

# **Depressão Perinatal: Das Relações Familiares ao Desenvolvimento da Criança. Estratégias de Prevenção**

Paula Cristina Pires da Costa<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

## **Correspondência:**

Paula Cristina Pires da Costa

Mestrado Integrado em Medicina – 6º ano

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Morada: Canada dos Terreiros, nº 2, Santa Bárbara, 9700-471 Angra do Heroísmo

E-mail: [paulapirescosta@gmail.com](mailto:paulapirescosta@gmail.com)

## RESUMO

Este artigo de revisão foi realizado com base em artigos científicos retirados de bases de dados como a PubMed e alguns livros sobre cuidados de saúde primários, com o objetivo de definir a depressão perinatal e os seus principais fatores de risco, as suas consequências em termos de relações familiares e desenvolvimento da criança, dando especial ênfase a estratégias de prevenção adequadas.

Atualmente, 1 em cada 7 mulheres tem a probabilidade de vir a sofrer de depressão pós-parto (DPP), sendo a depressão durante a gravidez o seu principal preditor. A gravidez e os 12 meses que se seguem, são um tempo de grande transição para a mulher, para a família e para a comunidade que os rodeia. Sendo reconhecidamente um grave problema de saúde pública, importa estudá-la do ponto de vista das relações familiares e do desenvolvimento da criança. Existem evidências que demonstram que tanto o desempenho cognitivo como emocional, e até mesmo a saúde física da criança parecem ser negativamente afetados.

O rastreio universal da depressão perinatal ainda não se encontra estabelecido. A investigação de novas abordagens preventivas tem apresentado resultados contraditórios, existindo necessidade de novos estudos de modo a esclarecer e identificar novas estratégias. Todavia, a identificação de qualquer grávida em risco parece ser a etapa mais importante na prevenção de uma depressão perinatal.

**Palavras-chave:** depressão perinatal; depressão pós-parto; fatores de risco; relações familiares; desenvolvimento da criança; rastreio; prevenção

## ABSTRACT

This review was based on scientific articles from databases such as PubMed and books on primary health care, with the aim of defining perinatal depression and its major risk factors, the consequences on familial relationships and development of the child, with special emphasis on appropriate prevention strategies.

Currently 1 in 7 women may suffer from postpartum depression (PPD) and depression during pregnancy is its main predictor. Pregnancy and the 12 following months are a great transition time for women, family and for those around them. Being recognized as a serious public health problem, it is worth study it from the viewpoint of familial relationships and child development. There is evidence that both cognitive and emotional, and even physical health of the child appear to be negatively affected.

Universal screening for perinatal depression is not yet established. Research on new prevention approaches has shown contradictory results, existing need for further studies to clarify and identify new strategies. However, the identification of any pregnant at risk seems to be the most important step in the prevention of a perinatal depression.

**Keywords:** perinatal depression; postpartum depression; risk factors; familial relationships; child development; screening; prevention

**LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS**

BDI – *Beck Depression Inventory*

BSQ – *Behavioural Screening Questionnaire*

CBT – *Cognitive behavioral therapy*

CES-D – *Center for Epidemiologic Study Depression Scale*

DGS – *Direção Geral de Saúde*

DPP – *Depressão pós-parto*

DSM-IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EPDS – *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

IPT – *Interpersonal therapy*

MBCT – *Mindfulness-based cognitive therapy*

NIHCM – *National Institute for Health Care Management*

NCS – *National Comorbidity Survey*

OMS – *Organização Mundial de Saúde*

PDSS – *Postpartum Depression Screening Scale*

PHQ9 – *Patient Health Questionnaire-9*

ROSE - *Reach Out, Stay strong, Essentials for new mothers*

**ÍNDICE**

I. Introdução .....	6
II. Material e métodos .....	8
III. Depressão Perinatal .....	9
1. Definição .....	9
2. Epidemiologia .....	12
3. Fatores de risco .....	13
4. Impacto da depressão perinatal nas relações familiares .....	16
5. Depressão materna vs Depressão paterna .....	19
6. Depressão perinatal e o desenvolvimento da criança .....	21
7. Depressão perinatal: um problema de saúde pública .....	30
8. A importância do diagnóstico precoce. Estratégias de Prevenção .....	30
8.1    Métodos de rastreio da depressão materna .....	32
8.2    Estratégias de Prevenção .....	34
a.    Intervenções psicoterapêuticas .....	35
b.    Intervenções psicossociais/Iniciativas educativas .....	37
c.    Intervenções para a reestruturação dos serviços .....	38
d.    Outras Intervenções .....	39
IV. Conclusão .....	42
V. Agradecimentos .....	44
VI. Referências bibliográficas .....	45

## I. INTRODUÇÃO:

A depressão é hoje no mundo a principal causa de incapacidade relacionada com doença na mulher<sup>(1)</sup>, sendo o período gravídico-puerperal a fase de maior prevalência de transtornos mentais.<sup>(2)</sup>

O nascimento de um filho é um grande acontecimento na vida, mas é também um tempo de grande vulnerabilidade psicológica. Embora seja quase sempre um período caracterizado por emoções alegres e felizes, em muitas mulheres é marcado por sentimentos de tristeza e ansiedade. A depressão perinatal define-se como o conjunto de episódios depressivos que ocorrem durante a gravidez ou nos primeiros 12 meses após o parto, incluindo a depressão durante a gravidez, a depressão pós-parto (DPP) e o *'baby blues'*. É uma situação que pode passar muitas vezes despercebida, visto que muitos dos sintomas associados à gravidez e ao puerpério são semelhantes aos sintomas de depressão.<sup>(3)</sup>

A depressão materna é cada vez mais reconhecida como um grave problema de saúde pública a nível mundial, na medida em que pode ter um impacto negativo na vida individual, afetando a qualidade de vida, a produtividade,<sup>(4)</sup> as relações familiares e a saúde e desenvolvimento da criança.<sup>(5)</sup> Numerosos estudos se têm debruçado sobre a problemática da depressão perinatal e as relações familiares, em particular as relações conjugais, e são também já conhecidos efeitos adversos da depressão materna sobre o desenvolvimento da criança a vários níveis.<sup>(6)</sup>

São objetivos principais deste trabalho indicar quais os principais fatores de risco associados à depressão perinatal, nomeadamente os fatores sociais e psicossociais, referir a sua influência nas relações familiares e no desenvolvimento da criança exposta, comentar também a importância do diagnóstico precoce, fazendo referência às principais escalas de rastreio atuais.

Sendo uma das complicações mais comuns da gravidez e puerpério, o reconhecimento atempado da depressão perinatal é de extrema importância. Sabendo que 10 a 20% das mulheres sofrem de depressão em qualquer altura entre a gravidez e os primeiros meses após o parto<sup>(3)</sup>, torna-se essencial definir estratégias preventivas adequadas.

## **II. MATERIAL E MÉTODOS:**

O presente artigo de revisão baseia-se numa pesquisa bibliográfica efetuada utilizando a base de dados PubMed. Foi realizada com base nos seguintes termos: *perinatal depression* ou *prenatal depression* ou *postnatal depression* e *familial relationships* e *child development* e *prevention*.

Foram também consultados alguns livros sobre cuidados de saúde primários e Medicina Geral e Familiar, bem como documentos e normas publicados pela Direção Geral de Saúde (DGS).

A escolha dos artigos baseou-se no fator de impacto das respetivas revistas e foi tido em conta o conteúdo do título e do abstract. Para a escolha das referências foi dada prioridade a artigos mais relevantes, sendo que foram posteriormente consultados alguns artigos referenciados nos artigos da primeira pesquisa e de relevo sobre o tema.



### III. DEPRESSÃO PERINATAL

#### 1. Definição

A gravidez é um dos acontecimentos mais sensíveis e vulneráveis na vida da mulher e do homem, capaz de gerar profundas alterações físicas e psíquicas, preparando-os para a parentalidade.<sup>(7)</sup> É um tempo de vulnerabilidade psicológica que irá ter repercussão na inter-relação com o bebé e no seu desenvolvimento.<sup>(8)</sup>

Os dois primeiros anos de vida correspondem a uma fase em que o desenvolvimento humano é mais rápido mas também mais vulnerável, tal é a dependência do meio que o rodeia. É durante esse período que a criança adquire a posição ereta, a marcha, a fala, e inicia a socialização, necessitando para isso de estabelecer uma relação privilegiada com os pais, que serão o suporte para o seu desenvolvimento emocional, cognitivo e social futuros.<sup>(8)</sup> Sendo dos períodos mais sensíveis da vida humana, torna-se fulcral a existência de uma rede multiprofissional atenta em torno da família.

A depressão é hoje no mundo a principal causa de incapacidade relacionada com a doença entre as mulheres<sup>(1)</sup>, em particular as mulheres em idade fértil, que são de alto risco para desenvolver uma depressão major.<sup>(3)</sup> Durante a gravidez, as taxas de episódios depressivos importantes, de acordo com a definição da quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, variam de 10% a 17%.<sup>(9)</sup>

A depressão perinatal é hoje encarada como um grave problema de saúde pública<sup>(10)</sup>, pois pode acarretar graves consequências para a saúde da mãe, para a criança e também para a família.<sup>(3)</sup>

Neste trabalho, a depressão perinatal define-se como um conjunto de episódios depressivos minor e major que ocorrem durante a gravidez ou durante os primeiros 12 meses

após o parto.<sup>(3)</sup> No seu amplo espectro, estão englobados os conceitos de depressão pré-natal, o *'baby blues'* ou *'postpartum blues'* e a DPP.

Visto que a gravidez é um momento particularmente stressante para a vida de uma mulher, que é exposta a uma série de mudanças hormonais e físicas, em situações normais, esta pode começar a agir de forma diferente. O trabalho de parto, associado à responsabilidade de trazer ao mundo uma nova criança, faz com que uma mãe experimente níveis elevados de stress, sobretudo se for a primeira vez. É por isso que, quando física e mentalmente esgotadas, muitas mulheres experimentam um fenómeno a que se dá o nome de *'baby blues'*.<sup>(5)</sup>

O *'baby blues'* consiste num estado de tristeza, disforia e choro frequente, muitas vezes sem motivo, e atinge 40% a 80% das puérperas. A sua etiologia é hormonal<sup>(11)</sup> e ocorre nas 4 semanas seguintes após o parto, com pico na primeira semana, principalmente entre o 3º e o 5º dia.<sup>(7)</sup> Contudo, se os sintomas persistirem por mais de duas semanas, a mãe pode já estar a entrar num quadro de DPP, o que requer especial atenção.<sup>(5)</sup> Na maioria dos casos, resolve espontaneamente ao fim de 7 a 10 dias.<sup>(7)</sup>

A DPP é o transtorno psiquiátrico mais comum. Ocorre em 10-15% das mulheres e atinge maioritariamente populações de alto risco, o que significa que cerca de uma em cada 7 mulheres tem probabilidade de vir a sofrer de DPP.<sup>(12)</sup> O período pós-parto é definido na literatura biomédica como o tempo ocorrido entre a hora seguinte após o nascimento do feto e a expulsão da placenta até às 6-8 semanas seguintes, sendo este o tempo necessário para que o corpo regresse a um estado não-gravídico.<sup>(13)</sup> A DPP é um termo muitas vezes utilizado para descrever a variedade de alterações emocionais que ocorrem após o parto. No entanto, é importante conseguir distingui-la do *'baby blues'* e da psicose pós-parto.<sup>(11)</sup>

A psicose pós-parto é uma doença rara mas grave, que requer avaliação psiquiátrica imediata, sendo muitas vezes necessária hospitalização.<sup>(14)</sup> Esta condição tem geralmente um

início agudo, entre os primeiros dias a 1 mês após o parto. Ao contrário de outras formas de depressão materna, os sintomas tendem a desenvolver-se rapidamente.<sup>(5)</sup> É um transtorno que parece ser mais comum em mulheres com uma marcada história familiar de doença bipolar ou transtorno esquizoafetivo.<sup>(3)</sup> Quanto aos sintomas, tanto podem ser psicóticos como depressivos, sendo que, de entre as mulheres que sofrem de psicose pós-parto, 5% acabam por cometer suicídio e cerca de 4% cometem infanticídio.<sup>(5)</sup>

A tabela 1 resume os tipos de depressão materna bem como a prevalência e o quadro clínico associado a cada tipo.

<b>Tipo</b>	<b>Depressão na gravidez</b>	<b>'Baby Blues'</b>	<b>Depressão Pós-Parto (DPP)</b>	<b>Psicose Pós-Parto</b>
<b>Início</b>	Durante a gravidez (1º/3º trimestre)	Começa durante as primeiras semanas após o parto (usualmente na primeira semana, entre o 3º e o 5º dia)	Pode surgir durante todo o 1º ano após o parto, sendo mais frequente a partir do 2º mês.	Início usualmente entre 2 a 4 semanas após o parto, mas pode começar apenas 2 a 3 dias depois (e ocorrer em qualquer altura no primeiro ano)
<b>Prevalência</b>	10 a 20% das grávidas	~ 40 a 80%	10 a 20%	1-2/1000 mulheres
<b>Sintomas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Choro frequente</li> <li>- Perturbações do sono               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fadiga</li> </ul> </li> <li>- Perturbações alimentares               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anedonia</li> <li>- Ansiedade</li> </ul> </li> <li>- Pobre ligação fetal</li> <li>- Irritabilidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Choro frequente</li> <li>- Tristeza</li> <li>- Irritabilidade</li> <li>- Sensação exagerada de empatia</li> <li>- Ansiedade</li> <li>- Labilidade emocional</li> <li>- Sentimento de incapacidade</li> <li>- Insónia; fadiga</li> <li>- Frustração</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tristeza persistente</li> <li>- Choro frequente, mesmo com pequenas coisas</li> <li>- Perturbações de concentração ou indecisão</li> <li>- Perturbações da memória</li> <li>- Sentimento de incapacidade, inadequação ou culpa</li> <li>- Irritabilidade</li> <li>- Perda de interesse em cuidar de si               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fadiga</li> <li>- Insónia ou hipersónia</li> <li>- Significativa diminuição ou aumento do apetite</li> <li>- Sintomas psicossomáticos</li> <li>- Desinteresse sexual</li> </ul> </li> <li>- Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anedonia</li> </ul> </li> <li>- Má vinculação com o bebé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alucinações auditivas/visuais e delírios</li> <li>- Angústias paranóides</li> <li>- Insónia</li> <li>- Mania (hiperatividade, humor eufórico, inquietação)</li> <li>- Pensamentos suicidas ou homicidas</li> <li>- Confusão</li> </ul>

**Tabela 1** – Tipos, prevalência e sintomas da depressão materna e sintomas associados. Adaptado de NIHCM<sup>(5)</sup>.

Contrariamente ao que se pensava inicialmente, que a DPP era um fenómeno isolado do período pós-parto<sup>(12)</sup>, e tendo em conta que a depressão pré-natal é um dos preditores mais consistentes da DPP<sup>(15)</sup>, a ocorrência de fenómenos depressivos e distúrbios da ansiedade, antes e depois da gravidez, podem ser vistos como fatores de risco importantes relacionados com a depressão no pós-parto. Cerca de 60% das mulheres que mostraram sofrer sintomas depressivos durante a gravidez, sofrem de sintomas depressivos após a gravidez, o que sugere que a depressão pós-parto possa então ser chamada de depressão perinatal.<sup>(12)</sup>

## **2. Epidemiologia da Depressão Perinatal:**

Alguns estudos mostram que a sintomatologia depressiva pode ser mais frequente durante a gravidez do que no pós-parto. A incidência da depressão durante a gravidez é relativamente elevada (10-20%).<sup>(16)</sup> De acordo com uma revisão sistemática da literatura, a depressão durante a gravidez afeta aproximadamente 12% das mulheres, com maior prevalência no segundo e terceiro trimestre. Segundo Bennett, a prevalência da depressão é de 7,4% no primeiro trimestre, 12,8% no segundo trimestre e 12% no terceiro.<sup>(2)</sup>

No período pós-parto, espera-se que 13% das mulheres grávidas desenvolvam depressão.<sup>(17), (18)</sup> Embora existam estudos epidemiológicos realizados em várias partes do mundo, poucos abordam a depressão em todo o período perinatal.

Em Portugal, as taxas de depressão parecem ser semelhantes às dos restantes países, tanto durante a gravidez como no período pós-parto. Segundo um estudo comparativo efetuado por Gorman *et al*, 9,5% das mulheres portuguesas encontravam-se deprimidas antes do parto e 9,4% sofriam de depressão após o parto.<sup>(16)</sup> Fatores de risco como a história de depressão ou depressão durante a gravidez, fatores socioeconómicos, paridade, experiência negativa do parto e falta de apoio social, foram os mais encontrados, à semelhança de estudos efetuados noutros países.<sup>(16)</sup>

De acordo com um estudo realizado por Figueiredo *et al*, sobre a prevalência da depressão perinatal numa população de mulheres portuguesas, concluiu-se que os níveis de sintomas depressivos tal como as taxas de pontuação na *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) > 12 são elevadas em Portugal, tanto no 3º trimestre de gravidez (17,6%) como durante o segundo e terceiro meses pós parto (18,5%). Este estudo mostrou que tanto os níveis de sintomas depressivos como de EPDS>12 eram semelhantes e ambos elevados na gravidez e no pós-parto, o que vem de encontro à literatura mais recente, que afirma que as mulheres se encontram em risco tanto durante como depois do parto e que a depressão durante a gravidez é tão comum como a DPP.<sup>(16)</sup>

### **3. Fatores de risco para a depressão perinatal**

O período gravídico-puerperal é a fase de maior prevalência de transtornos mentais na mulher.<sup>(15)</sup> Deste modo, na gravidez e no período pós-parto, o bem-estar psicológico da mulher é determinante. É necessário estar atento ao seu estado emocional e mobilizar o envolvimento do cônjuge e de outros familiares próximos. Assim, identificar as grávidas e puérperas com maior risco de aparecimento da depressão é o primeiro passo no diagnóstico desta patologia, o que permitirá assim uma intervenção precoce.

O aparecimento da depressão perinatal e a intensidade dos episódios depressivos não têm como base um fator único, mas sim uma conjugação e acumulação de diversos fatores.<sup>(19)</sup>

Fatores fisiológicos, familiares, conjugais, sociais, culturais e da própria personalidade da mulher estão entre os fatores de risco mais apontados. Entre os preditores mais consistentes do aparecimento da depressão estão incluídos a história psicopatológica prévia, nomeadamente depressão numa gravidez anterior, a depressão gestacional, história de abuso de substâncias ou dependência de álcool, relações conjugais insatisfatórias, a falta de suporte social e os chamados *stressful life events*.<sup>(5, 18, 19)</sup> Também a ansiedade e depressão pré-natal,

a baixa autoestima, o stress relacionado com os cuidados do bebé, as dificuldades financeiras, a baixa escolaridade, o fato de ser uma gravidez não desejada e a história de violência doméstica, são fatores de risco significativos.<sup>(20)</sup> Apesar do extenso leque de causas que podem ser apontadas, a maioria das mulheres nesta situação não é diagnosticada e tratada adequadamente.<sup>(15)</sup>

Embora muitas meta-análises já tenham sumarizado os fatores de risco para a DPP, existem na literatura poucas referências aos que estão implicados durante a gravidez. Por vezes não podemos assumir que os factores de risco são os mesmos, isto porque alguns deles, por exemplo o suporte social e a intenção ou não de engravidar, podem atuar de modos diferentes antes e depois da chegada de um bebé.<sup>(21)</sup> A ansiedade, por exemplo, mostra ser um dos mais fortes fatores de risco associados à depressão pré-natal.<sup>(21)</sup>

Quanto ao stress, muitos estudos se têm debruçado sobre os *stressful life events*. Estes eventos dizem respeito a mudanças na vida que exigem um reajuste, por exemplo a morte de um familiar ou parceiro, divórcio ou conflitos conjugais.<sup>(15)</sup> Cerca de 18 estudos consideram o stress como um potencial preditor da depressão anteparto. Num estudo que envolveu 3011 mulheres, as que apresentavam mais do que dois *stressful life events* no passado ano, tinham 3 vezes mais probabilidade de ter uma escala EPDS elevada.<sup>(21)</sup>

Dentro da falta de suporte social, podem também estar incluídos os problemas no relacionamento conjugal. O suporte social recebido antes e durante a gestação, principalmente o que é oferecido pelo companheiro, é determinante para o bem-estar da grávida. As mulheres solteiras e divorciadas estão entre as que apresentam mais sintomas depressivos nesse período.<sup>(15)</sup>

Também a história de violência contra a mulher, sobretudo a cometida pelo parceiro íntimo, tem grande influência no desenvolvimento de um transtorno depressivo durante a gravidez.<sup>(15)</sup>

No que diz respeito à idade materna, a frequência da depressão tende a ser mais alta entre as grávidas adolescentes do que em grávidas adultas. As mães adolescentes têm risco elevado para o desenvolvimento de uma depressão durante a gravidez e após o parto devido aos desafios únicos deste período de desenvolvimento. Sendo a adolescência um período de inúmeras mudanças metabólicas, hormonais e fisiológicas, a gravidez vem acrescentar complexidade, com mais mudanças fisiológicas e psicológicas.<sup>(22)</sup> Visto que a depressão é frequente na adolescência, a gravidez torna-se assim um importante fator de risco para o seu desenvolvimento nessa fase da vida, além de que, a uma gravidez na adolescência estão comumente associados riscos obstétricos e psicossociais, incluindo-se aqui as ideias suicidas.<sup>(15)</sup>

O fator de risco mais consistente para a depressão materna é um episódio prévio de depressão gestacional ou DPP<sup>(5)</sup>, sendo que muitas vezes a DPP é a continuação da depressão iniciada na gestação.<sup>(15)</sup> Aproximadamente 50 a 62% das mulheres com história de DPP e 33% das mulheres com história de depressão perinatal vão sofrer de depressão durante ou após uma gravidez, contrastando com os 2 a 5% de mulheres sem história de depressão que virão a desenvolver DPP num segundo parto.<sup>(5)</sup>

A seguinte tabela sumaria os principais fatores etiológicos de uma DPP, divididos em fatores predisponentes, fatores precipitantes e fatores de manutenção, segundo a perspectiva de Jenkins.<sup>(23)</sup>

<b>Fatores predisponentes, precipitantes e de manutenção da DPP</b>	
<b>Fatores predisponentes:</b> aumentam da vulnerabilidade à DPP no futuro	
- Biológicos	História familiar de depressão, história pessoal de depressão, QI baixo.
- Sociais	Privação emocional na infância, perda ou separação prolongada dos pais ou parceiro, dificuldades conjugais, falta de apoio social
- Psicológicos	Pobre relação com os pais, baixa autoestima, traço de personalidade neurótica
<b>Fatores precipitantes:</b> determinam o início da ocorrência da depressão	
- Biológicos	Desregulação hormonal do parto, amamentação, cesariana
- Sociais	<i>Stressful life events</i> , separação ou morte de um familiar
- Psicológicos	Baixa resposta adaptativa face a adversidades biológicas e sociais
<b>Fatores de manutenção:</b> determinam a duração da doença	
- Biológicos	Desequilíbrio hormonal
- Sociais	Stress social crónico, principalmente devido a trabalho, estado socioeconómico, relação conjugal deficiente
- Psicológicos	Baixa autoestima, personalidade dependente

**Tabela 2** – Factores predisponentes, precipitantes e de manutenção da DPP. Adaptado de Sharp <sup>(11)</sup>

#### 4. O impacto da depressão perinatal nas relações familiares

As famílias influenciam e são influenciadas pela saúde dos seus elementos. <sup>(24)</sup>

No passado, a depressão era tradicionalmente vista como um problema individual e não como um problema que tinha impacto na comunidade em geral. <sup>(25)</sup>

Visto que a depressão é particularmente comum em mulheres em idade fértil e tendo em conta que esta é uma patologia que tem consequências não só para a mãe, mas também para quem a rodeia, é importante avaliá-la num contexto social. Diversos estudos apontam para um impacto negativo da depressão materna na criança, no marido/companheiro e também na família. <sup>(10)</sup>



A família grávida é por si só uma família vulnerável, que requer vigilância médica no plano de cuidados, além dos cuidados físicos, particularmente na prevenção das agressões psicológicas.<sup>(24)</sup> A gravidez, como se sabe, tem grande impacto sobre o funcionamento e organização familiar. O novo bebé vai exigir a criação de um novo lugar na família, ao reorganizar a dinâmica do casal em particular. O espaço anteriormente ocupado por cada um dos elementos previamente existentes vai ser então reestruturado, o que pode desencadear reações potencialmente difíceis em cada um deles.<sup>(7)</sup>

Quando se trata de um primeiro bebé, com ele nasce também a família nuclear, no sentido mais comum do termo. A relação do casal que era antes uma díade nuclear, transforma-se numa relação triangular, que inclui agora a criança. Trata-se de uma nova fase no ciclo de vida familiar.<sup>(7)</sup>

Os sintomas depressivos na mulher ocorrem frequentemente associados a eventos da vida reprodutiva, como o período pré-menstrual, o período gestacional e o período pós-natal. Como anteriormente referido, as mulheres na classe trabalhadora, desempregadas, com filhos pequenos e que tenham uma relação escassa com o companheiro, são as mais vulneráveis ao aparecimento da depressão. Pelo contrário, uma relação baseada na confiança pode ser um fator de proteção.<sup>(10)</sup> Hoje em dia, sabe-se que a transição para a parentalidade é muitas vezes acompanhada por um declínio de funcionamento e qualidade da relação conjugal<sup>(26)</sup> e que durante uma gravidez, uma relação conjugal pode passar por diversas fases. Trata-se de um período de adaptação, e perante um quadro de depressão que se instala no seio de uma família grávida, toda a proximidade e confiança podem ser postas em causa.

A disfunção conjugal pode ser definida como falta de proximidade ou apoio do parceiro, ou pode dizer respeito a uma relação conflituosa ou abusiva. Estudos prospetivos e retrospectivos mostram que 7% a 65% das mulheres grávidas sofrem de maus-tratos durante a gravidez, que se estendem após o parto.<sup>(27)</sup> Num estudo feito com 12 mulheres grávidas, com

o objetivo de explorar a relação entre a DPP e a disfunção entre o casal no sucesso infantil, uma em cada três mulheres demonstrou sofrer de DPP clínica e disfunção familiar, independentemente da boa situação económica ou do grau académico elevado.<sup>(27)</sup>

As mulheres deprimidas parecem sofrer mais de disfunção conjugal do que as não deprimidas, o que pode ser ilustrado pela falta de comunicação, atrito, separação ou divórcio e problemas a nível sexual. Muitas vezes os problemas conjugais persistem mesmo após a mulher estar tratada do ponto de vista clínico.<sup>(27)</sup> Além dos sintomas de ansiedade e irritabilidade que caracterizam e acompanham o humor depressivo, também a perda de libido na decorrência de uma depressão é muitas vezes profunda e pode danificar ainda mais uma relação conjugal já previamente lesada.<sup>(11)</sup>

Segundo Coyne<sup>(28)</sup>, a teoria interpessoal da depressão propõe que o comportamento e atitudes da pessoa depressiva podem resultar num ambiente em que essa mesma pessoa é rejeitada pelos seus mais próximos. Além disso, diversos estudos mostram que as interações negativas dentro de uma rede social podem levar a ligações negativas entre a mãe e o filho.<sup>(10)</sup> Perante uma depressão, o parceiro que está deprimido tende a exibir sentimentos negativos, com criticismo e defesa, ao passo que, por outro lado, o parceiro da pessoa deprimida acaba por demonstrar criticismo e negativismo reforçado, afetando assim a relação.<sup>(29)</sup>

Fatores como o abuso de crianças ou negligência, a violação de mulheres pelo próprio marido, a DPP e a disfunção conjugal são fatores de risco psicossociais antenatais que estão fortemente associados ao desenvolvimento, intensidade e duração da depressão, podendo assim afetar as relações familiares após o parto. Muitos destes fatores de risco estão também associados a um aumento dos indicadores de morbilidade da primeira infância, como o aumento do número de consultas e idas à urgência.<sup>(26)</sup>

A tabela 3 ilustra os principais fatores associados a alterações da dinâmica familiar no período pós-parto.

<b>Fatores associados a alterações da dinâmica familiar no período pós parto.</b>	
<b>Fatores familiares</b>	Insatisfação ou pobre ajustamento conjugal
	Falta de suporte social
	Expetativas rígidas em termos sexuais
	<i>Stressful life events</i>
<b>Violência doméstica</b>	Mãe ou parceiro vítimas ou testemunhas de violência na infância
	Abuso atual ou passado da mulher pelo seu parceiro
	Parceiro suspeito de abuso de crianças no passado ou de disciplina severa
<b>Fatores maternos</b>	Fraca relação com os pais
	Baixa autoestima
	Doença psiquiátrica passada ou presente
	Gravidez não desejada
	Depressão anteparto
	Falta de assistência pré-natal até ao terceiro trimestre
	Recusa ou abandono de aulas pré-natais
<b>Abuso de substâncias</b>	Pela mãe ou pelo parceiro

**Tabela 3** – Fatores associados a alterações da dinâmica familiar no período pós-parto. Adaptado de Wilson *et al*<sup>(26)</sup>.

## 5. Depressão materna vs depressão paterna

Segundo O'Hara e Swain, a DPP afeta aproximadamente 13% das mulheres.<sup>(18)</sup>

As mulheres mostram ter maior prevalência de episódios depressivos do que os homens. Um estudo desenvolvido pelo *National Comorbidity Survey* (NCS) mostrou que durante toda a vida, a prevalência de ocorrência de depressão major em mulheres é de 21,3% contra 12,7% nos homens, enquanto outros estudos confirmaram que a mulher tem 2 vezes mais probabilidade do que o homem de sofrer de depressão.<sup>(10)</sup>

Embora a maior parte dos estudos no âmbito da depressão perinatal tenha sido efetuada em mulheres, esta também pode ocorrer no homem, sendo que frequentemente ambos os pais estão afetados.<sup>(30, 31)</sup> Após o nascimento de um filho, a vida emocional do pai tem sido deixada de lado, fazendo com que a DPP paterna seja ainda um fenómeno pouco

reconhecido e até um termo pouco utilizado, existindo ainda poucos estudos que foquem esta temática.<sup>(32)</sup> No entanto, considerando a gravidez um período de grande mudança para a mulher, também o homem é afetado e, mesmo que não intencionalmente, acaba por ser frequentemente discriminado tanto pela parceira como pelos serviços de saúde.<sup>(33)</sup>

De acordo com Klein e White, qualquer acontecimento que afete um dos membros da família, afeta todos os outros, direta ou indiretamente. Assim sendo, qualquer fenómeno depressivo que perturbe uma das partes da família, vai perturbar a outra, com graves implicações no bem-estar e saúde familiar, o que vem apoiar a ideia de que a depressão paterna possa estar intimamente ligada à depressão materna.<sup>(32)</sup>

Numa revisão da literatura efetuada por Goodman, as taxas de incidência da DPP em amostras de pais durante o primeiro ano após o parto, variaram de um mínimo de 1,2% a um máximo de 25,5%, enquanto a prevalência variou de 10,1% a 28,6%. Outro aspeto importante encontrado durante este estudo foi que as taxas de incidência variam entre 24% a 50% em homens cujas parceiras se encontram sob DPP.<sup>(32)</sup> Já um artigo mais recente (2015), afirma que 1 em cada 10 pais no mundo é afetado pela DPP.<sup>(34)</sup>

Segundo Field *et al*, os pais deprimidos também experimentam sintomas de depressão e ansiedade durante a gravidez, tal como as mães.<sup>(30)</sup> Uma meta-análise existente sobre a depressão pré-natal e pós-natal paterna, realizada por Paulson e Bazemore em 2010, mostrou uma estimativa de incidência de depressão paterna de 10,4%, entre o primeiro trimestre e o primeiro ano após o parto, sendo que foi entre os 3 a 6 meses pós-parto que se registaram as taxas mais elevadas. A depressão paterna também mostrou uma correlação positiva moderada com a depressão materna<sup>(35)</sup>, o que vem de encontro à ideia de que o mais forte preditor de uma depressão paterna seja provavelmente uma depressão materna.<sup>(5)</sup>

Embora a depressão materna e paterna estejam claramente ligadas, não está tão clara a causa que lhe está subjacente. É natural que, após o nascimento da criança, o pai procure

apoio emocional na sua parceira. Se esta se encontra deprimida, também o pai pode vir a sofrer com essa falta de apoio. Ainda que nos homens a incidência seja menor, fatores de risco como a história pessoal de depressão, depressão perinatal da parceira e a relação e funcionamento do casal também se apresentam como os principais fatores de risco para a DPP paterna.<sup>(32, 33)</sup>

Quando um dos pais está deprimido, o desenvolvimento da criança fica comprometido. Quando os dois estão deprimidos, esse risco aumenta, visto que a depressão paterna e a depressão materna têm um efeito aditivo.<sup>(10)</sup> Deste modo, a identificação de famílias em risco é a prioridade, pois a intervenção precoce beneficia toda a família.<sup>(32)</sup>

## **6. Depressão perinatal e o desenvolvimento da criança**

As crianças são incrivelmente sensíveis e vulneráveis ao ambiente que as rodeia.<sup>(5, 36)</sup>

O bebé humano nasce imaturo, frágil e totalmente dependente de um dador de cuidados, sendo que a formação de um vínculo afetivo entre o bebé, a mãe e o pai constitui a base para o seu desenvolvimento psíquico futuro. O contacto precoce pais-bebé, desde as primeiras horas de vida e durante a estadia na maternidade, bem como o estabelecimento de um ambiente calmo, íntimo e protetor, são condições propícias ao desenvolvimento da relação precoce pais-bebé.<sup>(7)</sup>

Os pequenos lactentes são extremamente sensíveis à qualidade de cuidados que lhe são prestados, assim como os recém-nascidos já são capazes de responder seletivamente a estímulos do exterior. Sabe-se hoje que a ligação precoce mãe-bebé vai influenciar o próprio desenvolvimento cerebral e contribuir para modular o pensamento, as emoções, a aprendizagem e o comportamento ao longo da vida. Estas interações precoces são mutuamente compensadoras e permitem que o bebé se desenvolva a nível cognitivo, emocional e relacional.<sup>(7)</sup> Certos comportamentos instintivos do bebé, como a sucção, a

preensão, o seguir com o olhar, o chorar ou o sorrir, geram no adulto uma necessidade de aproximação e proteção. A isto chama-se vinculação.<sup>(8)</sup>

A tabela 4 refere os tipos de vinculação existentes bem como os comportamentos do bebé/criança face ao seu dador de cuidados.

<b>Tipo de vinculação</b>	<b>Comportamentos do bebé/criança face ao dador de cuidados</b>	<b>Comportamentos do dador de cuidados</b>
Vinculação segura	<ul style="list-style-type: none"> <li>-reage positivamente à sua aproximação</li> <li>-procura a proximidade e mantém o contacto com ele</li> <li>-envolve-se em interações à distância</li> <li>-acalma-se na sua presença</li> <li>-sossega facilmente após encontro com ele</li> <li>-usa-o como uma base segura para exploração</li> <li>-prefere a sua companhia à de um estranho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-responde às necessidades da criança de modo caloroso, sensível e fiável</li> <li>-reage de forma contingente às manifestações da criança</li> <li>-está disponível física e emocionalmente</li> <li>-tem prazer na interação com o bebé</li> </ul>
Vinculação insegura evitante	<ul style="list-style-type: none"> <li>-quase não reage à separação do dador de cuidados</li> <li>-não festeja o regresso do dador de cuidados</li> <li>-não procura a proximidade ou manutenção do contacto com o dador de cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-tende a ser indisponível, não responsivo ou rejeitante</li> </ul>
Vinculação insegura ambivalente	<ul style="list-style-type: none"> <li>-fica perturbado ou inquieto, se é separado do dador de cuidados</li> <li>-difícil de acalmar após o encontro, pode ficar zangado</li> <li>-tem dificuldade em explorar o meio circundante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-tende a responder às necessidades do bebé de modo inconsistente ou imprevisível</li> </ul>
Vinculação insegura desorganizada	<ul style="list-style-type: none"> <li>-pára subitamente, durante segundos ou minutos, com olhar alheado ou assustado</li> <li>-afasta-se do dador de cuidados quando está perturbado ou ansioso</li> <li>-esconde-se após a separação</li> <li>-fica confuso e assustado após o encontro</li> <li>-evita fortemente e mostra grande ambivalência ou grande resistência face ao dador de cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-em situações extremas é abusivo ou gravemente negligente</li> <li>-as respostas tendem a ser ameaçadoras, muito ansiosas ou dissociadas</li> </ul>

**Tabela 4** – Tipos de vinculação e comportamento da criança face ao dador de cuidados. Adaptado de DGS.<sup>(7)</sup>

Também Murray se debruçou sobre diversos estudos que demonstraram que os recém-nascidos são altamente sensíveis ao seu ambiente interpessoal.<sup>(37)</sup> Além disso, várias

atividades relacionadas com o cuidado do bebé, especialmente os hábitos de sono e a amamentação parecem estar comprometidos<sup>(30)</sup>, já que devido ao seu estado emocional, muitas mães optam pela amamentação artificial.<sup>(27)</sup>

Numerosos estudos se têm debruçado sobre a relação entre a depressão materna e o desenvolvimento da criança, visto que o seu ambiente social nos primeiros meses de vida se resume essencialmente à sua relação com a mãe. Se esta se encontra deprimida, é muito provável que a forma como o acompanha e a perceção do mundo exterior que lhe apresenta seja também diferente. Variações no tipo, gravidade, cronicidade e *timing* da depressão materna, bem como a heterogeneidade da amostra e fatores de risco como a adversidade familiar ou o baixo suporte social e financeiro, são todos possíveis fatores que podem contribuir para as diferenças encontradas nos diversos estudos que abordam a temática do desenvolvimento da criança.<sup>(38)</sup>

As consequências da depressão materna na criança não se resumem apenas à primeira infância, mas esta pode afetar também a idade pré-escolar ou até a escolar. A tabela 5 sumaria as consequências da depressão materna desde o período pré-natal até a adolescência.<sup>(38)</sup>

<b>Consequências da depressão materna.</b>	
<b>Pré-natal</b>	Cuidado pré-natal inadequado, má nutrição, prematuridade, baixo peso de nascimento, pré-eclâmpsia, aborto espontâneo.
<b>Lactente</b> Comportamento Cognitivas	Raiva e estilo de coping protetor, passividade, afastamento, comportamento auto-regulação, atenção desregulada e excitação Baixo desempenho cognitivo
<b>Idade pré-escolar</b> Comportamento Cognitivas	<i>Noncompliance</i> passiva, expressão menos madura de autonomia, problemas de internalização e externalização e pouca interação Menos brincadeiras criativas e baixo desempenho cognitivo
<b>Idade escolar</b> Comportamento Desempenho escolar	Capacidade de adaptação prejudicada, problemas de internalização e externalização, transtornos afetivos, de ansiedade e conduta Défice de atenção/hiperatividade e baixo QI
<b>Adolescência</b> Comportamento Desempenho académico	Transtornos afetivos (depressão), transtornos de ansiedade, fobias, distúrbios alimentares, transtornos de pânico, abuso de substâncias e dependência do álcool Défice de atenção/hiperatividade e distúrbios de aprendizagem

**Tabela 5** – Consequências da depressão materna. Adaptado de *Canadian Paediatric Society*<sup>(38)</sup>

Tal como a depressão materna é capaz de afetar a comunicação entre mães e as suas crianças, também esta ausência ou comunicação deficiente afeta negativamente o desenvolvimento emocional e social das mesmas.<sup>(12)</sup>

A criança e a mãe participam diariamente e repetidamente em rotinas interativas. A depressão materna compromete a capacidade interativa desta díade, segundo dois padrões interativos: intromissão ou afastamento. As mães intrusivas ou intromissivas, manifestam um tipo de afeto hostil, acabando por afectar a actividade da criança. Assim, esta experimenta raiva, acabando por se afastar da mãe de modo a limitar a sua intromissão, e internaliza um estilo de *coping* mais protetor e também mais hostil. Por outro lado, as mães que adotam o padrão de afastamento são desligadas, pouco afetivas, dando pouco apoio à atividade da criança. Neste caso, as crianças, incapazes de se autorregular ou adotar uma estratégia de



coping protetor, desenvolvem passividade, afastando-se e adotando comportamentos autorreguladores como olhar o vazio e chupar o dedo.<sup>(38)</sup>

A depressão materna ameaça a capacidade física e emocional da mãe para cuidar do filho e promover com ele um relacionamento saudável. Estas crianças, em consequência dessa falta de afeto, apresentam maior risco para o desenvolvimento tardio ou debilitado das funções cognitivas, motoras, emocionais e linguísticas.<sup>(5, 12)</sup> A longo prazo, também os filhos de mães deprimidas são mais propensos a desenvolver problemas de saúde mental.<sup>(5)</sup> Além disso, os filhos de mães que tenham graves sintomas de depressão, são expostos cronicamente a um clima afetivo mais depressivo, quando comparados a mães com poucos ou nenhuns sintomas, pois mesmo que já se encontre num estado considerado clinicamente normal, continuará sempre a ter um nível de sintomas superior ao esperado numa mãe não depressiva.  
(12)

Diversos estudos indicam que filhos de mães deprimidas parecem ser menos cumpridores, com menos expressões maduras de autonomia de acordo com a idade, mais vulneráveis, com mais problemas de internalização (depressão) e externalização (agressivo e destrutivo), que estão associados a baixos *ratings* de interação. São também mais propensos a responder negativamente a abordagens amigáveis, mais propensos a não se envolverem em jogo físico e jogo criativo individual do que crianças dos grupos de controlo.<sup>(38)</sup>

Também Cummings corrobora a ideia de que o impacto da depressão está presente desde as primeiras semanas de vida até à adolescência. Diversos estudos sugerem que as crianças se tornam mais vulneráveis à medida que se tornam mais adultas.<sup>(39)</sup> No entanto, estudos posteriores sugerem que crianças muito pequenas podem também ser vulneráveis.

Um dos estudos mais fortes sobre os efeitos a longo prazo da DPP na criança é um estudo efetuado por Murray. Este estudo revelou que filhos de mulheres deprimidas tinham um desempenho significativamente mais baixo em tarefas cognitivas, as denominadas *object*

*concept tasks*, revelavam-se mais inseguros e com maiores dificuldades comportamentais aos 18 meses, comparativamente a crianças de mães saudáveis, especialmente se do sexo masculino.<sup>(40)</sup> Embora Murray tenha concluído que a DPP não tinha efeitos significativos em termos cognitivos e de linguagem, já Coghill *et al*, encontraram no seu estudo resultados que demonstram que as crianças de mães diagnosticadas com DPP estavam significativamente atrasadas a nível cognitivo, quando comparadas a crianças do grupo de controlo.<sup>(27)</sup> Outro fator que pode interferir com a aprendizagem é o afeto negativo demonstrado por bebés de mães deprimidas, mesmo quando interagem com adultos saudáveis. Tem sido documentado que o próprio afeto negativo da criança interfere com a aprendizagem e a capacidade de processar informação.<sup>(38)</sup>

Diversos estudos que englobam amostras de mulheres no período pós-parto, mostram que efetivamente a relação entre a mãe e a criança e o desenvolvimento desta última são negativamente afetados. Rutter apresenta três razões para isto acontecer: primeiro, pode haver um impacto prejudicial direto na exposição da criança a uma desordem parental como é a depressão materna; em segundo lugar, pode haver um impacto indireto através do efeito da depressão no comportamento interpessoal no geral e parental em particular (dificuldades parentais em consequência da depressão). Por outro lado, esse impacto negativo pode ocorrer através de outras variáveis, como fatores sociais adversos comumente associados a transtorno psiquiátrico, ou até fatores genéticos.<sup>(41)</sup>

Em pais não deprimidos, o sorriso, a imitação, a vocalização e os jogos fazem parte da interação dita cara a cara, interação esta de extrema importância na aprendizagem de capacidades de comunicação por parte da criança. Pelo contrário, estes comportamentos são escassos em mães deprimidas e os seus filhos, o que pode explicar a sua contribuição nos distúrbios de interação.<sup>(30)</sup>

Quanto ao desenvolvimento emocional, o impacto da DPP tem sido estudado em três formas: primeiro, pela qualidade do funcionamento interpessoal da criança, pela qualidade de vinculação da criança e problemas comportamentais.<sup>(37)</sup> Um estudo efetuado por Stein *et al*<sup>(42)</sup>, em mães que tinham passado por uma DPP, avaliou a qualidade da ligação mãe-criança em termos de interação. Aos 19 meses, as crianças do grupo de estudo apresentavam menos partilha afetiva, menor concentração e respostas negativas, sendo também notória uma relação menos sociável com estranhos. Murray encontrou uma associação significativa entre a ocorrência de depressão no período pós-natal e vinculação insegura aos 18 meses após o parto, associação esta que foi corroborada por Teti *et al*, noutra estudo efetuado.<sup>(41)</sup> Finalmente, em relação aos problemas comportamentais, também Murray entrevistou mães de crianças aos 18 meses usando uma versão modificada do *Behavioural Screening Questionnaire (BSQ)*, e concluiu que, comparativamente às mulheres que se encontravam bem no período pós-natal, as que sofreram DPP mais facilmente relataram certas dificuldades no comportamento da criança, tais como problemas relacionados com o sono e a alimentação, birras e separações mais difíceis.<sup>(40)</sup>

Também num estudo realizado por Tronick *et al*, diversas mães simularam uma depressão, interagindo com os filhos através de expressões faciais tristes, tom de voz monótono e poucos movimentos. Os filhos reagiram mostrando-se desconfiados e desviando o olhar, o que vem corroborar a hipótese de que a depressão poderá ter um efeito negativo nos estados afetivos e emocionais das crianças.<sup>(12)</sup> Também Beck referiu numa meta-análise realizada que as crianças filhas de mães depressivas mostravam-se mais inquietas, descontentes e tinham uma expressão facial negativa em comparação com as outras.<sup>(27)</sup>

Em relação às diferenças entre géneros, numerosos estudos sugerem que os rapazes parecem ser mais sensíveis que as raparigas e portanto estão em maior risco de ter dificuldades no desenvolvimento, quando encarados com a depressão materna.<sup>(12, 36)</sup> Isto

parece não fazer muito sentido, visto que surpreendentemente existem maiores níveis de sincronia entre a relação mãe-filho do que mãe-filha. Por sincronia, entende-se que seja uma boa qualidade na relação mãe-criança, o que leva a pensar que esta mede a vigilância do filho pela mãe devido às suas maiores necessidades regulatórias e reatividade emocional.<sup>(12)</sup> Num estudo desenvolvido por Sharp *et al*, apenas os rapazes mostraram uma diminuição da capacidade intelectual em testes padronizados. Estes resultados mostraram não ter relação com a ordem de nascimento, escolaridade materna, nível socioeconómico familiar, estado civil ou apoio social.<sup>(38)</sup> Em 1993, também Murray mostrou que o padrão de discurso materno tinha mais efeitos negativos no sexo masculino do que no feminino. Embora este facto ainda careça de estudo, uma das razões apresentadas para esta disparidade entre sexos é a de que as raparigas encontram proteção e vantagem na sua maturidade. É também possível que as mães tratem os seus filhos de forma diferente consoante o sexo, e que este tenha influência na duração do período depressivo.<sup>(36)</sup> As raparigas apresentam geralmente mais problemas de internalização, com tristeza e afastamento, do que os rapazes, o que pode estar relacionado com a sua grande capacidade de autorregulação. Por outro lado, os rapazes apresentam mais problemas de externalização (agressão, por exemplo), o que pode estar relacionado com a sua reatividade emocional. Isto vem apoiar a ideia de que cada um vai adotar um estilo diferente de se autorregular, e embora ainda especulativa, esta perspetiva tem implicações nas diferentes condutas e delinquência ou comportamentos violentos nos rapazes.

(12)

Existem evidências de que a DPP possa estar também associada a danos na saúde física das crianças. Como já anteriormente foi referido, as mães que sofrem de DPP mais dificilmente se comprometem com os cuidados a prestar à criança, como por exemplo a amamentação ou a ida periódica às consultas.<sup>(20)</sup> Em 2009, Gump *et al* avaliaram os sintomas depressivos em 176 mulheres desde os 3 meses até 10 anos após o parto, tendo concluído que

a sintomas depressivos cronicamente elevados estavam associadas alterações da função cardiovascular nas crianças.<sup>(43)</sup> Por outro lado, um estudo que envolveu mais de 107.000 mulheres primíparas revelou que a depressão perinatal materna está associada a taxas significativamente mais altas de infecções gastrointestinais e do trato respiratório inferior.<sup>(44)</sup>

Como se pode ver, os dados atuais sugerem uma forte implicação da DPP no desenvolvimento da criança, a vários níveis. No entanto, é a depressão materna recorrente ou a depressão crónica a que tem maior responsabilidade sob os efeitos na infância tardia, mais do que a depressão pós parto *per se*.<sup>(36)</sup>

Vários modelos teóricos sugerem que os pais podem ser mediadores da relação mãe-bebé, influenciando assim a associação entre a depressão materna e o desenvolvimento da criança.<sup>(45)</sup> Na verdade, um pai saudável pode proteger a criança ao adotar modelos de comportamento saudável, cognitivo e afetivo, sendo uma oportunidade para a criança de receber, pelo menos de um dos pais, as qualidades da parentalidade necessárias a um desenvolvimento saudável. Por outro lado, a criança poderia beneficiar também na medida em que, estando o pai saudável, seria prestado, do ponto de vista da relação conjugal, um maior apoio à mãe.<sup>(6)</sup>

Enquanto o desenvolvimento da criança é comprovadamente afetado perante a depressão perinatal, também as mulheres deprimidas têm riscos de saúde, pois perante uma depressão durante a gravidez, estão mais propensas a envolverem-se em comportamentos de risco, incluindo abuso de substâncias. As mulheres grávidas com depressão têm um risco 3,4 vezes maior de parto pré-termo e 4 vezes maior de dar à luz um recém-nascido de baixo peso, em comparação com mulheres não deprimidas. Em consequência, maiores são as complicações e piores são os resultados ao nascimento.<sup>(5)</sup>

Estes resultados alertam mais uma vez para a importância da deteção precoce e tratamento da DPP.

## **7. Depressão perinatal: um problema de saúde pública**

Atualmente, a depressão é conhecida como um dos maiores problemas de saúde pública, sendo quase duas vezes mais comum nas mulheres em idade fértil do que nos homens.<sup>(10)</sup> Segundo a WHO, é possível que se venha a tornar o segundo problema mais prevalente à escala mundial até 2020.<sup>(41, 46)</sup>

Reconhecendo a depressão perinatal em diferentes aspetos da vida social e humana, é necessário projetar uma política de saúde pública, incluindo uma estratégia de saúde mental, de modo a garantir que o apoio psicossocial nas mulheres grávidas possa ser assegurado pelos cuidados de saúde primários. A depressão durante a gravidez e no período pós-parto é um grave problema de saúde pública, que requer acompanhamento contínuo pelos serviços de saúde, para beneficiar não só a mulher, mas também a família, a comunidade e até os profissionais de saúde.<sup>(47)</sup>

## **8. A importância do diagnóstico precoce. Estratégias de prevenção.**

A depressão é uma condição altamente tratável, especialmente quando identificada precocemente durante a gravidez e período pós-parto. Infelizmente, a depressão nestes casos é normalmente diagnosticada muito depois de ter provocado graves danos no seio da família.<sup>(48)</sup> O rastreio da depressão materna não é *standard* e o tratamento nem sempre segue um diagnóstico<sup>(5)</sup> e são menos de 50% as grávidas e puérperas que, por rotina, são submetidas a rastreio pelos seus médicos e provedores de cuidados de saúde.<sup>(48)</sup>

A prevenção, deteção precoce e a conduta a adotar perante as complicações médicas do período pós-parto são e sempre serão os componentes chave da saúde materna perinatal.<sup>(13)</sup>

A literatura científica, na sua maioria, foca maioritariamente os fatores de risco associados à doença, em vez de se focarem em fatores ditos protetores, capazes de promover a

saúde. O bem-estar não se resume apenas à ausência de doença, requer um paradigma diferente; não se pode assumir que fatores protetores são o contrário de factores de risco.<sup>(49)</sup>

Durante a gravidez e o parto, as mulheres que mostram ser capazes e competentes, tendem a sentir-se melhor e mais confiantes sobre si mesmas, capazes de lidar com a transição implícita da maternidade. No entanto, o bem-estar no período pós natal tem sido um aspeto muito menos abordado que o stress emocional, os problemas de saúde e a infelicidade em geral.<sup>(49)</sup> Um estudo realizado com 5000 mulheres mostrou que o bem-estar após o parto pode ser influenciado por fatores sociais, de saúde e cuidadores. É importante que os cuidadores tenham esses fatores em mente, de modo a que possa ser disponibilizado apoio extra a mulheres mais suscetíveis de doença.<sup>(49)</sup>

A detecção de mães que estão em risco de depressão perinatal, permite aos profissionais de saúde iniciar serviços o mais precocemente possível de forma a prevenir problemas, tanto para a mãe como para o bebé. Essa intervenção pode ser feita por profissionais de obstetrícia ou profissionais de cuidados de saúde primários em conjunto com a família, antes, durante e após o parto.<sup>(5)</sup>

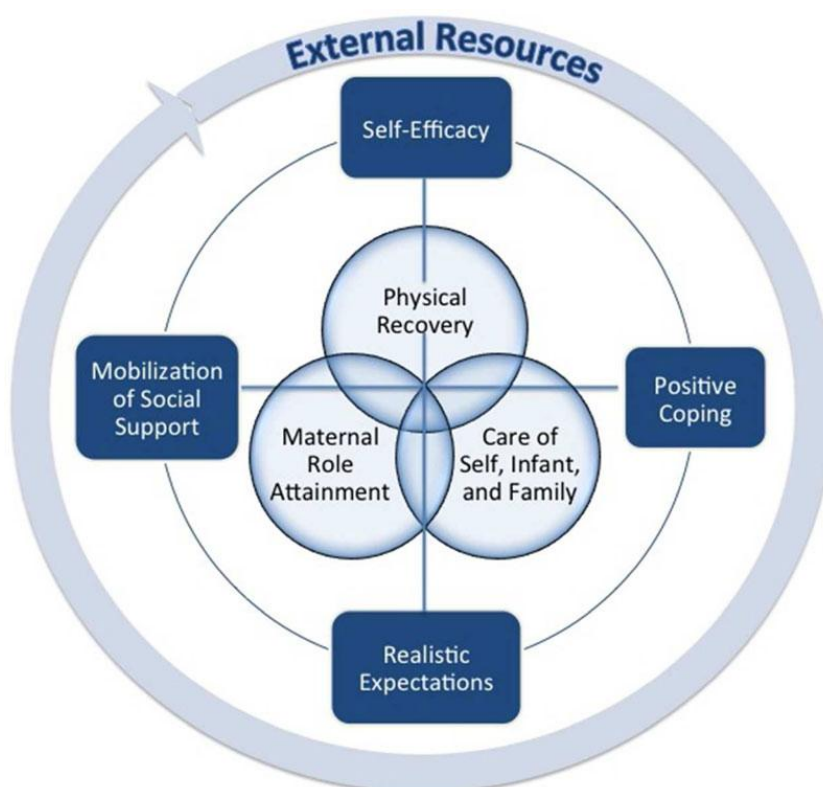
Apesar do potencial impacto da saúde materna no bem-estar da mulher e da família, a saúde da mulher durante o período pós parto ainda continua a ser um assunto sobre cuidados de saúde um pouco negligenciado, pois tem sido objeto de relativamente pouca pesquisa e atenção clínica.<sup>(13)</sup>

Como referido, a definição de bem-estar vai muito para além da ausência de doença. Segundo uma perspetiva de promoção da saúde, cada pessoa só é saudável se viver a vida na sua plenitude.

Três princípios fundamentais distinguem um modelo de promoção da saúde. As influências contextuais fazem parte de um deles. Segundo esta perspetiva, o bem-estar dos indivíduos é melhor visualizado no contexto da família, e a própria família no contexto da

comunidade. Certos fatores contextuais, como por exemplo a não compreensão, por parte dos familiares, de problemas psicológicos e do meio social, por exemplo, o estigma de sofrer de uma depressão, têm sido reconhecidos como entraves e impedimentos na procura de tratamento. <sup>(13)</sup>

Um modelo de promoção da saúde foi criado em resposta a pedidos de mudança na abordagem do período pós-parto (figura 1).



**Figura 1** – Modelo de Promoção de Saúde Mental Perinatal. Os três círculos internos referem-se às tarefas maternas chave para um período pós-parto saudável. O anel em torno destas tarefas inclui as principais habilidades individuais que são necessárias para assegurar que as tarefas são realizadas com sucesso. O anel externo representa os recursos que uma mulher pode necessitar, aplicando as suas habilidades individuais, a fim de realizar as tarefas no pós-parto, o que inclui o acesso aos serviços clínicos, serviços de apoio social, informações e recursos materiais. Adaptado de Fahey. <sup>(13)</sup>

### 8.1. Métodos de rastreio da depressão materna

Embora o rastreio da depressão possa ter um forte potencial benéfico, tanto para a mulher, como para a família, de momento não existem evidências suficientes que apoiem uma



recomendação para o rastreio universal da depressão antes e após o parto. São insuficientes também os dados que recomendam a frequência com que deve ser feito esse rastreio.<sup>(50)</sup>

Existem múltiplas escalas de rastreio que podem ser utilizadas na depressão perinatal, e muitas delas podem ser feitas em menos de 10 minutos (Tabela 6). A maioria apresenta no geral uma especificidade entre 77% a 100%. Entre os exemplos mais utilizados estão a EPDS – *Edinburgh Postnatal Depression Scale* e a PDSS – *Postpartum Depression Screening Scale*. (3, 50).

Escola	Descrição	Nº de Itens	Tempo	Sensibilidade/Especificidade
<b>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</b>	Criada especificamente para identificar doentes em risco de DPP. Avalia sintomas de depressão e ansiedade. Preenchida pela paciente. Escala mais utilizada em todo o mundo entre grávidas e mulheres no período pós-parto.	10	<5 minutos	Sensibilidade: 59%-100% Especificidade: 49%-100%
<b>Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)</b>	Utilizada para identificar mulheres com alto risco de DPP. Preenchido pela paciente.	35	5-10 minutos	Sensibilidade: 91%-94% Especificidade: 72%-98%
<b>Beck Depression Inventory (BDI)</b>	Avalia os níveis de ansiedade. Preenchido pela paciente.	21	5-10 minutos	Sensibilidade: 47,6%-82% Especificidade: 85,9%-89%
<b>Center For Epidemiologic Study Depression Scale (CES-D)</b>	Avalia sintomas depressivos e comportamento na última semana. Preenchido pela paciente.	20	5-10 minutos	Sensibilidade: 60% Especificidade: 92%
<b>Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)</b>	Faz o rastreio da depressão e pode ser utilizado para monitorizar a intensidade dos sintomas durante o tratamento. Preenchido pela paciente.	9	<5 minutos	Sensibilidade: 75% Especificidade: 90%
<b>BDI® -fastscreen for medical patients (BDI®)</b>	Utilizado para detetar sintomas depressivos. Preenchido pela paciente.	7	<5 minutos	-

**Tabela 6** – Escalas de rastreio da depressão perinatal. Adaptado de Santoro<sup>(5)</sup> e *American College of Obstetricians and Gynecologists*.<sup>(50)</sup>

A EPDS tem sido amplamente testada, traduzida e utilizada em mais de 23 países. Tem sido validada como uma ferramenta de rastreio eficaz para a depressão perinatal no primeiro, segundo e terceiro trimestres de gravidez, pois trata-se de uma escala fácil de administrar. A escala contém 10 itens, a preencher pela mulher, com base na forma como se sentiu nos últimos 7 dias. Tem uma pontuação máxima de 30 e requer apenas 5 minutos a preencher. Uma pontuação de 11 a 12 tem sensibilidade de 76,7% e especificidade de 92,5% para predizer o risco de depressão pós-parto. Uma pontuação acima de 12 indica uma possível depressão de gravidade variável.<sup>(48, 51)</sup>

Em Portugal, a EPDS já foi traduzida e validada e é a escala recomendada para o diagnóstico da depressão pós-parto.<sup>(8)</sup>

## **8.2. Estratégias de prevenção**

A intervenção nos períodos de gravidez e nos primeiros tempos de vida da criança é prioritária, pois tem repercussão na saúde mental ao longo de todo o ciclo de vida. Isto implica planear intervenções para dar suporte às funções parentais, facilitando as relações entre os pais e a criança. Esta intervenção deve ser iniciada o mais precocemente possível.<sup>(7)</sup>

Dada a elevada prevalência da depressão perinatal e as suas consequências, tem havido um grande interesse em estratégias preventivas. No que diz respeito à prevenção primária, os profissionais de cuidados de saúde primários desempenham aqui um papel fundamental, na medida em que é durante a gravidez que os fatores de risco predisponentes devem ser apurados e que o apoio social deve funcionar como medida protetora.<sup>(11)</sup>

O acompanhamento da gravidez pode ser potenciado solicitando a presença do pai nas consultas, dando especial atenção ao estado emocional da grávida, detectando situações de risco psicossocial, implementando visita domiciliária nos grupos de risco e reorganizando grupos de preparação para o parto com a presença do casal. Aos profissionais de saúde cabe

essencialmente construir e estabelecer uma relação de parceria e confiança com os pais, tendo como objetivo central um trabalho conjunto de suporte ao desenvolvimento da criança.<sup>(7)</sup>

Os estudos realizados com o intuito de procurar as estratégias de prevenção mais adequadas baseiam-se essencialmente em mulheres grávidas, com o intuito de prevenir a DPP.  
(52)

Diversos estudos utilizaram estratégias psicoterapêuticas e psicossociais como tentativa de evitar o desenvolvimento da DPP através da eliminação dos fatores de risco psicossocial. Fazem parte dessas intervenções: iniciativas educativas, melhoria no acompanhamento pré e pós-natal e intervenções com enfoque psicoterapêutico.<sup>(53)</sup>

#### **a. Intervenções psicoterapêuticas**

A abordagem de prevenção da DPP mais promissora até então estudada é baseada na *Interpersonal Therapy* (IPT).

A IPT foi originalmente desenvolvida para tratar a depressão major na população adulta em geral, tendo sido depois adaptada para o tratamento de mulheres durante o período perinatal.<sup>(54)</sup>

Esta intervenção atua com base no princípio de que existe uma relação entre a forma como as pessoas comunicam e interagem com os outros e a sua saúde mental. Tem, assim, como alvo, o estudo do funcionamento social de um paciente e o contexto em que os sintomas depressivos ocorrem<sup>(54)</sup>, com particular ênfase em quatro domínios: disputas interpessoais, transições de papéis, tristeza e deficits interpessoais.<sup>(52)</sup>

Segundo um estudo efectuado por Zlotnick *et al*<sup>(55)</sup> com mulheres grávidas entre a 20<sup>a</sup> e a 32<sup>a</sup> semana de gestação e pelo menos um factor de risco para a DPP, utilizando o programa ROSE (*Reach Out, Stay strong, Essentials for new mothers*) baseado na IPT, as mulheres que estavam inseridas no grupo de prevenção demonstraram taxas mais baixas de

depressão aos 3 meses após o parto, quando comparadas com as mulheres submetidas aos cuidados de rotina. O programa consistia em 4 sessões de grupo antenatais de uma hora e uma sessão intensiva no período pós-parto, com o objectivo de ajudar as mulheres a melhorar os seus relacionamentos, construir redes de suporte social e gerir a transição para a maternidade.<sup>(52), (53, 54)</sup> Neste estudo, a terapia interpessoal orientada em grupo demonstrou sucesso na prevenção da DPP no pós-parto, sendo que nenhuma mulher no grupo de estudo desenvolveu DPP, ao contrário do grupo controlo, em que 33% desenvolveu DPP.<sup>(56)</sup>

Num segundo estudo realizado em França, em mulheres grávidas com uma pontuação acima de 9 na EPDS, o grupo de intervenção mostrou índices de recuperação significativamente mais altos e uma significativa redução na ocorrência de depressão provável. Ficou assim provado que a intervenção precoce utilizando uma estratégia psicoterapêutica específica entre mulheres em risco, pode resultar numa redução significativa da sintomatologia depressiva.<sup>(53)</sup>

A *Cognitive behavioral therapy* (CBT) é uma terapia cognitivo-comportamental que combina componentes como a terapia cognitiva e de comportamento. Esta intervenção tem vindo a mostrar resultados mais variáveis que a IPT.<sup>(54)</sup>

O primeiro estudo a demonstrar resultados positivos foi conduzido por Chabrol *et al.* O estudo incluiu 241 mulheres determinadas em risco pelo EPDS, que eram submetidas a uma sessão de 1 hora de prevenção individual entre os 2 a 5 dias após o parto. Estas sessões incluíam um componente educacional, um componente de apoio e um componente de CBT. Nas 4 a 6 semanas após o parto, concluiu-se que a frequência de depressão era significativamente mais baixa, de acordo com as pontuações de EPDS posteriormente obtidas.<sup>(57)</sup>

Muitos foram os estudos que se seguiram na área da CBT. No entanto, muitos deles apresentavam pequenas amostras, intervenções de pequena duração ou intensidade do que as intervenções utilizadas nos estudos com população não perinatal. <sup>(52)</sup>

Segundo outro estudo, realizado por Austin *et al* em grávidas com risco ligeiro a moderado para o desenvolvimento de ansiedade ou depressão no período perinatal, com o objetivo de avaliar a eficácia de sessões em grupo de terapia cognitivo-comportamental, o estudo demonstrou que a CBT em grupo e a informação escrita são estratégias igualmente eficazes na redução da sintomatologia da DPP. Num total de 132 mulheres, cerca de 50% das que apresentavam sintomatologia depressiva no período pré-natal revelaram redução da sintomatologia. <sup>(56)</sup>

Embora as intervenções psicoterapêuticas sejam as que parecem ser mais eficazes na prevenção da DPP, há ainda controvérsia instalada em torno da sua eficácia. <sup>(56)</sup> Enquanto os estudos indicados acima apontam para alguns resultados promissores, já um estudo efetuado por Dennis mostra que não há evidência suficiente que apoie a recomendação específica e inequívoca destas intervenções para a prática clínica. <sup>(58)</sup>

#### **b. Intervenções psicossociais/Iniciativas educativas**

As iniciativas educativas têm o objetivo de fornecer informações à família grávida sobre o que esperar no período pós-parto, na esperança de que isto possa reduzir os níveis de ansiedade e possa diminuir o impacto dos fatores de risco psicossociais. No entanto, os estudos efetuados neste campo são discordantes, e em geral, as intervenções educativas pré-natais, em que se inserem sessões de educação individuais ou em grupo de preparação para a parentalidade e para o parto, não demonstraram ter eficácia na prevenção da DPP. <sup>(53, 56)</sup>

Segundo um estudo realizado por Stamp *et al*, não houve diferenças significativas entre as mulheres designadas para receber assistência pré-natal de rotina e aulas pré ou pós-

natais adicionais. Segundo a EPDS a que foram submetidas em 6 semanas, três meses e seis meses após o parto, não houve diferenças significativas quanto aos sintomas depressivos.<sup>(54)</sup>

Mais recentemente, Lara *et al* demonstraram no seu estudo que em 136 mulheres de risco, submetidas a sessões de aconselhamento, a quem lhes era fornecido um pacote informativo, o grupo de intervenção teve valores significativamente mais baixos de depressão. Noutro estudo, levado a cabo por Hayes *et al*, em que mulheres grávidas com 28-36 semanas de gestação foram escolhidas para receber atendimento pré-natal de rotina ou um pacote educativo para a família grávida, os resultados demonstraram que não havia diferenças significativas entre os grupos de mulheres com 8 a 12 e 16 a 24 semanas pós-parto.<sup>(54)</sup>

Também num ensaio clínico controlado realizado por Elliott *et al*, com mulheres identificadas como ‘vulneráveis’ e distribuídas em grupo de tratamento ou grupo de controlo, o estudo revelou que as primíparas no grupo de tratamento demonstraram menos sintomas depressivos, o que sugere que fazer uma transição entre o pré e o pós-parto pode melhorar a eficácia destas iniciativas.<sup>(53)</sup>

### **c. Intervenções para a reestruturação dos serviços**

A reorganização de serviços prestados por enfermeiros especialistas e outros serviços, a continuidade de cuidados, a notificação e identificação pré-natal de grávidas de risco ou até visitas domiciliárias, não reúnem ainda um consenso quanto à sua eficácia.<sup>(56)</sup>

A lógica subjacente a estas intervenções seria que o aumento do nível da atenção à saúde durante o período pré-natal ou logo após o parto reduziriam o impacto de certos fatores de risco psicossociais. No entanto, tal como as intervenções educativas pré-natais não demonstraram ser muito eficazes em reduzir a DPP, também a melhoria dos cuidados de saúde e acompanhamento têm ainda um papel limitado no que diz respeito à prevenção.<sup>(53)</sup>

#### **d. Outras intervenções**

Aqui inserem-se as medidas biológicas, que apoiam o uso de suplementos dietéticos, prevenção antidepressiva, relaxamento por imagem ou até mesmo massagem pré-natal.<sup>(53)</sup>

Intervenções como o uso de antidepressivos de forma profilática, como a nortriptilina e a sertralina, em mulheres com histórico de DPP e a adoção de uma dieta rica em cálcio, demonstraram algum sucesso a curto prazo em alguns estudos, embora nenhum dos estudos tenha demonstrado sucesso a longo prazo na prevenção da DPP.<sup>(53)</sup>

Quanto às medicações psicotrópicas, até ao momento, apenas um estudo se debruçou sobre os efeitos dos antidepressivos na prevenção da DPP. Esse estudo, efetuado por Wisner *et al*, demonstrou que a sertralina, a par da nortriptilina, conferiram eficácia na prevenção da DPP.<sup>(59)</sup>

Também as hormonas reprodutivas podem ter influência na prevenção. Como se sabe, os níveis de estrogénio e progesterona estão em constante flutuação durante o período perinatal, aumentando cerca de dez vezes durante a gravidez, voltando ao normal em 72 horas após o parto. Pensa-se que este declínio possa contribuir para a DPP em mulheres vulneráveis, embora a ligação não tenha sido ainda demonstrada.<sup>(60)</sup> Deste modo, pensa-se que a administração de altas doses de estrogénios pode ser uma medida promissora na prevenção.<sup>(54)</sup> Quanto aos progestagénios, Lawrie concluiu que estes não têm um efeito preventivo, podendo mesmo estar associados a um risco aumentado de DPP.<sup>(61)</sup>

O uso de ácidos gordos ómega-3 ou até hormonas tiroideias, têm sido alvo de diversos estudos no âmbito da prevenção, embora não se tenha chegado a uma conclusão quanto à sua eficácia.<sup>(54)</sup>

Outra das intervenções profiláticas passa pela reorganização do ciclo sono-vigília, embora ainda em estudo. A partir do final da gravidez, as mulheres experimentam drásticas alterações no padrão de qualidade do sono, o que se estende ao período pós-parto. Existem

evidências crescentes que destacam a associação entre a perda do sono e humor negativo em mulheres no pós-parto e como visto anteriormente, um dos sintomas comuns às mulheres que apresentam DPP é a grave privação do sono.<sup>(53)</sup>

Como se pode ver, muito ainda há a fazer e investigar no que diz respeito a medidas preventivas.

Mais recentemente, tem sido dada atenção à *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) como medida preventiva da depressão na população em geral. A MBCT atua como um pequeno grupo de intervenção e tem em conta fatores de risco e recorrência através da combinação de meditação, yoga, psicoeducação e estratégias cognitivo-comportamentais.<sup>(52)</sup>

A prevenção da depressão perinatal ainda apresenta muitas limitações no que respeita a literatura e estudos científicos, pois existe ainda dificuldade em definir uma grávida em risco de desenvolver uma depressão. Embora existam muitos fatores de risco implicados na depressão perinatal, ainda há controvérsia quanto aos que realmente predizem uma depressão. É necessário escolher uma população de risco apropriadamente e não esquecer que o número, *timing* e duração das sessões deverão ser adequados. É preciso também que os estudos sejam efetuados por clínicos especializados em psicologia de intervenção.<sup>(52)</sup>

Todos os estudos realizados até então e que abordam esta temática da prevenção, focam-se essencialmente na mãe, como elemento e alvo principal em que atuar. No entanto, é preciso não esquecer que mãe e filho formam uma díade. Sendo que o temperamento difícil de uma criança é já um possível fator de risco identificado para a DPP, uma intervenção baseada nesta díade seria muito mais vantajosa e teria o potencial para reduzir a incidência de DPP em mulheres de risco, afetando diretamente a relação mãe-bebé, a forma como a própria mãe vê o seu filho e conseqüentemente melhores resultados no que diz respeito ao desenvolvimento deste.<sup>(54)</sup>



Visto que a maioria das mulheres durante a gravidez opta por tratamentos não farmacológicos, por preocupações com o feto ou mais tarde, com a criança,<sup>(52)</sup> urge investigar novos métodos de prevenção.

Os membros da família poderão ser úteis na identificação dos primeiros sinais de depressão perinatal e tanto os clínicos de medicina geral e familiar como os cuidadores de saúde que acompanham a grávida, desempenham um papel importante em conseguir não só identificar a depressão perinatal, mas também, e não menos importante, de viabilizar o tratamento imediato e eficaz.<sup>(11)</sup>

## **XI. CONCLUSÃO**

A gravidez e a transição para a parentalidade são períodos caracterizados por grande vulnerabilidade emocional, afetando toda a família.

A depressão perinatal, sendo um fenómeno de elevada prevalência que pode ocorrer desde a gravidez até aos 12 meses após o parto, tem de ser avaliada como um problema de saúde pública.

É fácil concluir que grande parte dos fatores de risco, nomeadamente os sociais e psicossociais, as relações familiares, até mesmo a depressão paterna e o desenvolvimento da criança, são temas que se interligam mutuamente. A mãe, sendo a maior cuidadora da criança, é sem dúvida a que está mais suscetível ao desenvolvimento de uma depressão. Ainda assim, sabendo que frequentemente ambos os pais estão afetados, é preciso não esquecer que também os pais, apesar de muitas vezes poderem ter um papel moderador na relação mãe-bebé, podem sofrer desta patologia e também eles podem ter uma influência direta no desenvolvimento da criança.

Não restam dúvidas quanto à influência da depressão perinatal nas relações familiares e no desenvolvimento da criança. A depressão materna está associada a efeitos negativos na relação e vinculação mãe-bebé, com efeitos no desenvolvimento da criança, nomeadamente cognitivos e emocionais, levando por vezes a problemas de externalização que podem levar a condutas erradas e comportamentos violentos no futuro, principalmente nos rapazes.

Durante uma gravidez, os cuidados pré-natais debruçam-se essencialmente sobre a deteção de problemas médicos e obstétricos, ficando as necessidades sociais e psicossociais do casal um pouco deixadas para trás. Contudo, e sabendo hoje que o despoletar de uma depressão perinatal e a sua intensidade dependem da conjugação de diversos fatores, cada vez mais estudos se têm debruçado sobre esta temática.

Embora existam atualmente inúmeras escalas de rastreio que se possam utilizar tanto durante a gravidez como após o parto, estas muitas vezes não são suficientes para fazer o diagnóstico e não existem ainda evidências suficientes que apoiem o rastreio universal desta patologia.

Embora as intervenções psicoterapêuticas sejam as que parecem ser mais eficazes, há ainda controvérsia. Embora já alguns estudos tenham sido efetuados, muitos apresentam limitações.

Com a queda na mortalidade materna e perinatal que tem ocorrido nos últimos anos associada à diminuição do tamanho médio das famílias, por vezes há uma tendência para assumir que as consequências do parto pertencem ao passado. Talvez por isso a depressão perinatal seja ainda uma patologia muito pouco tratada. Por outro lado, o estigma associado à doença que ocorre durante um período da vida que deveria ser caracterizado por sentimentos felizes, bem como a falta de conhecimentos ou simplesmente a recusa do tratamento por exemplo durante a amamentação, faz com que muitas mulheres recusem o tratamento ou até o seu rastreio. Deste modo, torna-se urgente aplicar de modo mais assertivo as medidas de prevenção existentes, não deixando de investigar novas formas possíveis de antecipar este problema.

No futuro, é necessário e fulcral que qualquer grávida em risco seja identificada atempadamente. Muitas das medidas preventivas que hoje em dia são abordadas e estudadas são úteis, mas é preciso não esquecer que a verdadeira prevenção de uma depressão materna começa ainda na consulta de pré-conceção, através das consultas de vigilância e aconselhamento. Mulheres com histórico de depressão podem beneficiar de intervenções preventivas, e uma gravidez planeada, no contexto de uma relação conjugal saudável, com o apoio de amigos e familiares, constituem grandes fatores de proteção, reduzindo assim a probabilidade de virem a desenvolver uma depressão perinatal.

## **XII. AGRADECIMENTOS**

Ao Doutor Hernâni Caniço, agradeço toda a dedicação, empenho, atenção e tempo dispendido na orientação deste trabalho.

Ao Professor Doutor José Manuel Silva, agradeço a oportunidade de realizar este trabalho sob a sua co-orientação.

Agradeço também à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, que desde o início do curso me recebeu como só esta Faculdade sabe fazer, e a todos os professores e médicos que me acompanharam ao longo do meu percurso académico.

Aos amigos, obrigada por toda a compreensão, quando o tempo não me permitia estar ao vosso lado.

À melhor família do mundo, que mesmo do outro lado do oceano nunca deixou de estar presente, agradeço do fundo do coração.

### **XIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord.* 2003;74(1):5-13.
2. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* 103. United States 2004. p. 698-709.
3. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ).* 2005(119):1-8.
4. Gjerdingen D, McGovern P, Attanasio L, Johnson PJ, Kozhimannil KB. Maternal depressive symptoms, employment, and social support. *J Am Board Fam Med.* 2014;27(1):87-96.
5. Santoro K, Peabody H. Identifying and treating maternal depression: strategies and considerations for health plans. Washington, DC: National Institute of Health Care Management. 2010.
6. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2011;14(1):1-27.
7. Cepêda T, Brito I, Heitor MJ. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de Orientação para profissionais de saúde. [www.dgs.pt2005](http://www.dgs.pt2005). 46 p.
8. Brito I. A saúde mental na gravidez e primeira infância. 2009.
9. Goodman SH, Rouse MH. Perinatal depression and children: A developmental perspective. *Encyclopedia on Early Childhood Development.* 2010:1-7.
10. Burke L. The impact of maternal depression on familial relationships. *Int Rev Psychiatry.* 2003;15(3):243-55.

11. Sharp DJ. The prevention of postnatal depression in primary care. In: Kendrick A, Tylee A, Freeling P, editors. *The Prevention of Mental Illness in Primary Care*: Cambridge University Press; 1996. p. 57-73.
12. Tronick E, Reck C. Infants of depressed mothers. *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17(2):147-56.
13. Fahey JO, Shenassa E. Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the Perinatal Maternal Health Promotion Model. *J Midwifery Womens Health*. 2013;58(6):613-21.
14. Understanding Maternal Depression: A fact sheet for care providers, New York State Department of Health & Office of Mental Health. May 2005.
15. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Archives of Clinical Psychiatry*. 2008;35:144-53.
16. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(3):103-9.
17. Maia BR, Marques M, Bos S, Pereira AT, Soares MJ, Valente J, et al. Epidemiology of perinatal depression in Portugal: categorical and dimensional approach. *Acta Med Port*. 2011;24 Suppl 2:443-8.
18. O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 1996;8(1):37-54.
19. Costa R, Pacheco A, Figueiredo B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Archives of Clinical Psychiatry*. 2007;34:157-65.
20. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379-407.

21. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 202. United States: 2010 Mosby, Inc.; 2010. p. 5-14.
22. McClanahan KK. Depression in pregnant adolescents: considerations for treatment. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2009;22(1):59-64.
23. Jenkins R. Depression and anxiety: an overview of preventive strategies. *The Prevention of Anxiety and Depression: The Role of the Primary Care Team.* London: HMSO1992.
24. Caniço H, Bairrada P, Rodriguez E, Carvalho A. *Novos Tipos de Família: Plano de Cuidados.*2010.
25. Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: an integrative review. *Psychol Bull.* 1990;108(1):50-76.
26. Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, Biringir A, Carroll JC, Stewart DE. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *CMAJ.* 1996;154(6):785-99.
27. Roux G, Anderson C, Roan C. Postpartum depression, marital dysfunction, and infant outcome: a longitudinal study. *J Perinat Educ.* 2002;11(4):25-36.
28. Coyne JC. Toward an interactional description of depression. *Psychiatry.* 1976;39(1):28-40.
29. Gabriel B, Beach SR, Bodenmann G. Depression, marital satisfaction and communication in couples: investigating gender differences. *Behav Ther.* 2010;41(3):306-16.
30. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev.* 33. United States: 2009 Elsevier Inc; 2010. p. 1-6.
31. Sethna V, Murray L, Netsi E, Psychogiou L, Ramchandani PG. Paternal Depression in the Postnatal Period and Early Father-Infant Interactions. *Parent Sci Pract.* 152015. p. 1-8.

32. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs*. 2004;45(1):26-35.
33. Gawlik S, Muller M, Hoffmann L, Dienes A, Wallwiener M, Sohn C, et al. Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17(1):49-56.
34. Gressier F, Tabat-Bouher M, Cazas O, Hardy P. [Paternal postpartum depression: A review.]. *Presse Med*. 2015.
35. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA*. 303. United States 2010. p. 1961-9.
36. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health*. 2003;6(4):263-74.
37. Murray L, Cooper PJ. Postpartum depression and child development. *Psychol Med*. 1997;27(2):253-60.
38. Maternal depression and child development. *Paediatrics & Child Health*. 2004;9(8):575-583.
39. Cummings EM, Davies PT. Maternal depression and child development. *J Child Psychol Psychiatry*. 1994;35(1):73-112.
40. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1992;33(3):543-61.
41. Murray L, Cooper P. Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child*. 1997;77(2):99-101.
42. Stein A, Gath DH, Bucher J, Bond A, Day A, Cooper PJ. The relationship between post-natal depression and mother-child interaction 1991 1991-01-01 00:00:00. 46-52 p.



43. Gump BB, Reihman J, Stewart P, Lonky E, Darvill T, Granger DA, et al. Trajectories of maternal depressive symptoms over her child's life span: relation to adrenocortical, cardiovascular, and emotional functioning in children. *Dev Psychopathol.* 21. United States 2009. p. 207-25.
44. Ban L, Gibson JE, West J, Tata LJ. Association between perinatal depression in mothers and the risk of childhood infections in offspring: a population-based cohort study. *BMC Public Health.* 10. England 2010. p. 799.
45. Goodman SH. Depression in mothers. *Annu Rev Clin Psychol.* 2007;3:107-35.
46. World Health Organization. *Women's mental health: An evidence based review.*: Geneva:WHO press.; 2000.
47. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Antenatal and postnatal depression: A public health perspective. *J Neurosci Rural Pract.* 2015;6(1):116-9.
48. Breedlove G, Fryzelka D. Depression screening during pregnancy. *J Midwifery Womens Health.* 2011;56(1):18-25.
49. Henderson J, Redshaw M. Who is well after childbirth? Factors related to positive outcome. *Birth.* 2013;40(1):1-9.
50. Committee opinion no. 453: Screening for depression during and after pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2010;115(2 Pt 1):394-5.
51. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782-6.
52. Dimidjian S, Goodman S. Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clin Obstet Gynecol.* 52. United States 2009. p. 498-515.
53. Zinga D, Phillips SD, Born L. [Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented?]. *Rev Bras Psiquiatr.* 27 Suppl 2. Brazil 2005. p. S56-64.

54. Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(1):41-60.
55. Zlotnick C, Johnson SL, Miller IW, Pearlstein T, Howard M. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *Am J Psychiatry*. 2001;158(4):638-40.
56. Tavares M, Botelho M. Prevenir a Depressão Pós-Parto: uma análise ao conhecimento existente. *Pensar Enfermagem*. Vol.13; N°2; 2009.
57. Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Roge B, Mullet E. Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychol Med*. 2002;32(6):1039-47.
58. Dennis CL. Preventing postpartum depression part II: A critical review of nonbiological interventions. *Can J Psychiatry*. 2004;49(8):526-38.
59. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Piontek CM, Findling RL. Prevention of postpartum depression: a pilot randomized clinical trial. *Am J Psychiatry*. 2004;161(7):1290-2.
60. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry*. 44. United States 2003. p. 234-46.
61. Lawrie TA, Herxheimer A, Dalton K. Oestrogens and progestogens for preventing and treating postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. England 2000. p. CD001690.