

[post-print version]

DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Ana Fonseca¹ & Maria Cristina Canavarro²

¹ Investigadora de Pós-Doutoramento do Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, com bolsa de pós-doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BPD/93996/2013). Psicóloga Clínica colaboradora da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Daniel de Matos (UnIP) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

² Professora Catedrática da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coordenadora da Linha de Investigação “Relações, Desenvolvimento, & Saúde” do Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coordenadora da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Daniel de Matos (UnIP) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Resumo:

A Depressão Pós-Parto caracteriza-se pela ocorrência de um episódio depressivo *maior* no período pós-parto. Esta condição clínica é prevalente - afeta cerca de 10 a 15% das mulheres – e tem consequências graves não só para a mãe, mas para todo o sistema familiar. Neste capítulo, é abordada a sintomatologia característica da Depressão Pós-Parto, bem como as suas principais características distintivas, que permitem estabelecer o diagnóstico diferencial com a melancolia pós-parto e com a psicose puerperal.

A literatura tem identificado um conjunto de fatores de risco para a ocorrência de Depressão Pós-Parto, que são abordados neste capítulo; contudo, é necessária mais investigação que permita o estabelecimento de modelos conceptuais sólidos para esta condição clínica. Por fim, tem sido feitos avanços importantes no que diz respeito à eficácia da prevenção e tratamento da Depressão Pós-Parto, nomeadamente no que diz respeito às abordagens terapêuticas da Terapia Cognitivo-Comportamental e da Terapia Interpessoal.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto; Diagnóstico; Fatores de Risco; Avaliação; Prevenção e Tratamento.

INTRODUÇÃO

A **transição para a maternidade** (que inclui o período de tempo compreendido entre o início da gravidez e os primeiros meses após o nascimento do bebê) tem sido perspectivada como uma transição desenvolvimental comum à maioria das pessoas, num determinado ponto do seu ciclo de vida. É um período marcado por grandes mudanças e reorganizações (e.g., mudanças biológicas, psicológicas e interpessoais) para a mulher, e pela aprendizagem de novas competências, associadas ao desempenho dos novos papéis e tarefas (Canavarro, 2009). Neste contexto, apesar de o nascimento de um bebê ser um acontecimento culturalmente celebrado e estar habitualmente associado a sentimentos de alegria e satisfação (O'Hara, 2009), a maternidade é também um *stressor* psicossocial e as suas exigências podem **precipitar a ocorrência/recorrência de perturbações de saúde mental**.

A definição de saúde da Organização Mundial de Saúde [OMS] inclui o *completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença e enfermidade*. No entanto, a saúde mental tem sido considerada uma componente marginal e negligenciável da saúde reprodutiva, apesar do seu impacto em termos de doença e incapacidade (World Health Organization [WHO], 2009). De acordo com a OMS, os programas de saúde reprodutiva devem reconhecer a importância dos problemas de saúde mental nas mulheres, e incorporar esta dimensão na prestação de cuidados (WHO, 2009).

A Depressão afeta duas vezes mais as mulheres do que os homens e é a principal causa de incapacidade entre as mulheres. Os anos reprodutivos (18-44 anos) são um período de particular vulnerabilidade (O'Hara, 2009). No período pós-parto, as perturbações de humor são as perturbações mais frequentes, nas quais se inclui a Depressão Pós-Parto [DPP] (Riecher-Rossler & Hofecker, 2003).

OBJETIVOS

No final do capítulo, o leitor poderá:

- Reconhecer sinais e sintomas da DPP, bem como conhecer as suas principais características clínicas e consequências;
- Fazer o diagnóstico diferencial entre DPP, Melancolia pós-parto e Psicose puerperal;
- Identificar fatores de risco para o desenvolvimento de DPP;
- Conhecer os principais modelos de conceptualização da DPP;
- Identificar os aspetos mais relevantes a considerar na avaliação da DPP;
- Conhecer as diferentes abordagens de prevenção e tratamento de DPP.

1. DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CARACTERIZAÇÃO, PREVALÊNCIA E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A DPP é caracterizada pela **ocorrência de um episódio depressivo major (por vezes inclui também a depressão menor) no período pós-parto**, que corresponde habitualmente aos 12 primeiros meses após o nascimento do bebé (O'Hara, 2009; O'Hara & McCabe, 2013).

Tem existido um debate acerca da pertinência da classificação da **DPP enquanto categoria diagnóstica distinta**. Por um lado, existe alguma evidência de que a DPP não é uma entidade clínica específica, na medida em que não é qualitativamente diferente de episódios depressivos ocorridos noutros períodos da vida, em termos dos seus principais sintomas, etiologia, evolução e prevalência.

Por outro lado, a existência da DPP enquanto categoria de diagnóstico justifica-se porque **a depressão no período pós-parto tem várias especificidades**: a) um precipitante específico (o nascimento do bebé); b) necessidades específicas de cuidado; c) consequências, não só individuais, mas para o bebé e para todo o sistema familiar; e d) dificuldade de identificação e procura de ajuda (e.g., devido ao estigma ou à interpretação errónea dos sintomas e dificuldade em reconhecer a gravidade da situação; Riecher-Rossler & Hofecker, 2003).

A DPP não é considerada uma categoria de diagnóstico independente no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5) da Associação Americana de Psiquiatria [APA] (2013). No entanto, a DSM-5 reconhece que a DPP pode ser uma forma específica de depressão, ao considerar o **especificador “com início no periparto”**, para se referir aos sintomas depressivos que ocorrem durante a gravidez ou quatro semanas após o parto (APA, 2013). Contudo, tendo em conta a prevalência de episódios depressivos no período pós-parto que se iniciam depois do primeiro mês após o nascimento do bebé (Gaynes et al., 2005), este especificador não parece constituir o limite temporal adequado para determinar a ocorrência de DPP. Na Tabela 1, apresentamos os critérios de diagnóstico do Episódio Depressivo Major, de acordo com a DSM-5 (APA, 2013).

Além disso, a DPP parece também incluir outras categorias de diagnóstico consideradas na DSM-5, como a depressão *minor* (que é similar à perturbação depressiva *major* em termos de sintomatologia, mas requer a presença de apenas dois a cinco sintomas depressivos) ou a perturbação de adaptação com humor deprimido (que se caracteriza por sofrimento marcado e limitações no funcionamento habitual, em resposta a um acontecimento indutor de *stress* bem identificado; Milgrom, Martin, & Negri, 1999).

Do ponto de vista de diagnóstico, o DSM-IV (1994) e o DSM-IV-R (2002) não distinguiam as perturbações de humor que ocorrem no período pós-parto das perturbações de humor que ocorrem noutros períodos. Quando a sintomatologia depressiva ocorria nas primeiras quatro semanas após o parto, era utilizado o especificador “*com início no pós-parto*”. Na DSM-5

(2013), a única modificação foi a inclusão do especificador “*com início no periparto*”, para incluir as perturbações depressivas que se iniciam durante a gravidez ou nas primeiras quatro semanas pós-parto.

Tabela 1. Episódio Depressivo Major (DSM-5, 2013).

Episódio Depressivo Major - Critérios de diagnóstico:

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p.e., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p.e., parece choroso);
2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas);
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p.e., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias;
4. Insônia ou hipersônia quase todos os dias;
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento);
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorreprovação ou culpa por estar doente);
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas);
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente, sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

D. A ocorrência do episódio depressivo major não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno

esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.

E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.

SINTOMATOLOGIA DA DPP

Como referimos anteriormente, a DPP não apresenta uma fenomenologia específica, sendo **cl clinicamente similar, em termos de sintomatologia**, a depressões ocorridas noutros períodos da vida (e.g., humor disfórico – tristeza, ansiedade, irritabilidade, fadiga; perturbações de alimentação e do sono; perda de interesse nas atividades diárias) (Milgrom & Gemmill, 2014).

No entanto, parece também existir alguma evidência das **especificidades desta condição clínica**. Especificamente, as mulheres com DPP parecem apresentar (Milgrom et al., 1999; Pope, 2000; Riecher-Rossler & Hofecker, 2003):

- Maior labilidade emocional (flutuações de humor);
- Preocupações exageradas com o bem-estar do bebé e com a sua própria competência parental;
- Medo de estar sozinha com o bebé, de sair com ele ou de o machucar;
- Sintomas de ansiedade associados à sintomatologia depressiva;
- Pensamentos obsessivos (e.g., pensamentos sobre fazer mal ao bebé), reportados em cerca de 20-40% das mães;
- Elevado número de queixas físicas (e.g., fadiga, dores de cabeça, falta de apetite) por comparação a sintomas cognitivo-emocionais;
- Maiores dificuldades de concentração e tomada de decisão;
- Menor probabilidade de ideação suicida (e se esta ocorrer, o suicídio é relativamente invulgar);
- Dificuldade em estabelecer ligação com o bebé;
- Diminuição do desejo sexual pelo companheiro.

Algumas destas características parecem ser particularmente assustadoras para as mães, motivando frequentemente a procura de ajuda profissional.

Os **pensamentos automáticos negativos** são uma componente importante da sintomatologia da DPP. Os pensamentos relacionados com o bebé no período pós-parto podem ser perspetivados num contínuo: podem ser adaptativos e fazer parte de um fenómeno normal após a gravidez, ou serem pensamentos negativos e intrusivos que geram sentimentos de estranheza e culpa, e podem influenciar o funcionamento da mulher.

Apesar de a ocorrência de pensamentos negativos no período pós-parto ser identificada na maioria das mulheres (Hall & Wittkowski, 2006), as mulheres com sintomatologia depressiva apresentam **pensamentos**

negativos mais intensos, frequentemente relacionados com a incapacidade de cuidar do bebê e com o medo de ficarem sozinhas com ele (Jennings, Ross, Popper, & Elmore, 1999).

INÍCIO E EVOLUÇÃO DOS SINTOMAS

A DPP não é uma condição clínica homogênea, existindo variação no período de início, gravidade e evolução dos sintomas.

No que respeita ao **início dos sintomas**, a maior parte das mulheres desenvolve sintomas de DPP nos três primeiros meses pós-parto, embora um segundo pico de incidência de sintomatologia depressiva ocorra entre os seis e oito meses pós-parto (Milgrom et al., 1999).

Em alguns casos, a sintomatologia depressiva já está presente na gravidez. Uma grande proporção de mulheres que apresentam sintomatologia depressiva na gravidez também apresenta sintomatologia depressiva no período pós-parto (Milgrom et al., 1999).

No que diz respeito à sua **evolução**, alguns estudos sobre a cronicidade da DPP sugerem que esta tende a ser prolongada; cerca de 30 a 50% das mulheres continuam a apresentar sintomatologia depressiva passado seis meses (Cooper & Murray, 1995), o que não difere significativamente da duração de episódios depressivos que ocorrem noutros períodos da vida.

Adicionalmente, tem-se demonstrado que as mulheres que desenvolvem sintomas depressivos nos primeiros meses pós-parto têm um risco aumentado de apresentar sintomas depressivos persistentes durante o primeiro ano pós-parto (Beeghly et al., 2002). Apesar de se verificar uma melhoria gradual após o primeiro ano pós-parto, algumas mães continuam a experienciar sintomatologia depressiva após este período, caso não exista tratamento.

No que respeita à **probabilidade de recorrência** de episódios depressivos após a DPP, Cooper e Murray (1995) identificaram dois padrões distintos: enquanto as mulheres com DPP que não tinham história prévia de perturbação de humor se encontram em risco acrescido de desenvolver novos episódios de DPP, em gestações futuras, as mulheres com DPP que apresentavam história prévia de psicopatologia encontram-se em risco acrescido de desenvolver episódios depressivos subsequentes, noutros períodos da sua vida.

PREVALÊNCIA

Os estudos epidemiológicos da DPP sofrem de algumas limitações metodológicas, que se devem sobretudo ao facto de a DPP não ser uma categoria de diagnóstico claramente definida (e.g., inconsistência na definição da duração do período pós-parto, que pode oscilar entre 4 semanas e 12 meses pós-parto). Nesse contexto, as estimativas de prevalência da DPP são variáveis,

tendo em conta a diversidade de critérios de DPP, o período temporal em consideração e a população estudada (Gaynes et al., 2005).

De forma geral, os estudos apontam para uma prevalência da DPP de cerca de 10-15%, embora outros estudos apontem valores superiores (19.2% para depressão maior e menor; Epperson & Ballew, 2006; O'Hara & McCabe, 2013). De acordo com a meta-análise conduzida por Gaynes et al. (2005), após o parto, a **prevalência pontual** de depressão *major* e *minor* começa a aumentar, atingindo o seu pico no terceiro mês pós-parto (12.9%). Do quarto ao sétimo mês pós-parto, verifica-se uma ligeira diminuição da prevalência, apesar de esta se manter ainda acima dos 10%. A partir do sétimo mês pós-parto, verifica-se um declínio mais acentuado na prevalência da DPP (cerca de 6.5%). No que diz respeito à **prevalência de período** de depressão *major* e *minor*, esta atinge os 19.2% nos três primeiros meses pós-parto e 53.7% nos 12 meses pós-parto (Gaynes et al., 2005).

A *prevalência pontual* define o número de pessoas de uma determinada população que tem uma doença ou condição num momento particular (e.g., número de pessoas com DPP no primeiro mês pós-parto).

A *prevalência de período* define o número de pessoas de uma determinada população que tem uma doença ou condição durante um determinado período (e.g., número de pessoas com DPP nos primeiros três meses pós-parto).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para que se possa estabelecer o diagnóstico de DPP, é importante distinguir esta condição clínica da melancolia pós-parto e da psicose pós-parto. **A melancolia pós-parto** é uma condição clínica comum (estimativas de incidência de 40 a 80% das mulheres), transitória e benigna, que habitualmente ocorre nos primeiros três a cinco dias pós-parto e tem uma duração limitada. Pela frequência com que ocorre, a melancolia pós-parto é considerado parte da reação normal ao pós-parto. Entre os sintomas mais frequentes da melancolia pós-parto, encontra-se o humor disfórico, choro fácil, irritabilidade e labilidade emocional, ansiedade e perturbação do sono.

A melancolia pós-parto não altera a capacidade funcional da mulher, nem requer tratamento profissional. No entanto, a psicoeducação sobre a elevada prevalência e natureza transitória e benigna desta condição clínica pode ser útil, não só para a mãe como para a família; é importante aliviar a mãe dos sentimentos de culpa e frustração que podem advir do facto de não se sentir feliz, enquanto mãe (Riecher-Rossler & Hofecker, 2003). Apesar de a sintomatologia de melancolia pós-parto desaparecer alguns dias após a sua ocorrência, quanto mais severos forem os sintomas neste período temporal, maior a probabilidade de a mulher vir a desenvolver DPP (Epperson & Ballew, 2006; O'Hara, 2009).

A DPP também deve ser distinguida da **psicose pós-parto ou psicose puerperal**, que é uma condição clínica rara (estimativas de incidência na ordem dos 0.1% a 0.5%) e aguda, que geralmente ocorre nas duas primeiras semanas

após o nascimento do bebê. As psicoses puerperais caracterizam-se por um episódio psicótico e são frequentemente acompanhadas pelos seguintes sintomas: desorganização de pensamento, comportamentos bizarros, falta de *insight*, delírios de referência, perseguição, de ciúme ou grandiosidade, perturbação sensorial e autonegligência. O risco de suicídio nas mulheres com psicose puerperal é muito elevado e, atendendo ao quadro psicótico em curso, considera-se que os filhos das mulheres afetadas por esta condição clínica se encontram em particular risco, quer por negligência/incapacidade de prestação de cuidados, quer pela influência das alucinações/delírios (Epperson & Ballew, 2006; O'Hara, 2009). Do ponto de vista de tratamento, a psicose puerperal requer tratamento psiquiátrico e hospitalização (Milgrom et al., 1999).

Na Tabela 2 apresenta-se informação síntese das principais características distintivas das três condições clínicas.

Tabela 2. Diagnóstico diferencial: Blues Pós-Parto, DPP e Psicose puerperal (adaptado de Epperson & Ballew, 2006)

<i>Características</i>	<i>Melancolia Pós-Parto</i>	<i>DPP</i>	<i>Psicose puerperal</i>
Prevalência	40-80%	10-15%	0.1-0.5%
Início			
2-5 dias pós-parto	x		
2-4 semanas pós-parto			x
12 meses pós-parto		x	
Duração			
Horas a dias	x		
Semanas a meses		x	x
Sintomas			
Labilidade emocional	x	x	x
Humor deprimido	x	x	
Interesse ou prazer diminuído nas atividades		x	
Sentimentos de culpa inapropriados		X	
Mudanças no apetite/peso		X	
Pensamentos obsessivos		X	
Irritabilidade	x	x	
Ansiedade	x	x	
Perturbações de sono	x	x	
Ideação suicida/infanticida		x	x
Agitação		x	X
Pensamentos ou comportamentos incomuns			x
Alucinações/delírios			x
Hiperatividade			x
Confusão/desorientação			x
Hipersexualidade			x

CONSEQUÊNCIAS

A DPP é um problema de saúde pública relevante com consequências graves para o sistema familiar (mãe, bebê e toda a família), e que pode ter custos econômicos elevados para a comunidade.

No que respeita às **consequências para a mãe**, a DPP está associada a: níveis mais elevados de ansiedade e a um maior número de outros sintomas psiquiátricos; menor autoestima materna e menos confiança no desempenho do papel parental; mais problemas de saúde física, mais comportamentos autolesivos e menor autocuidado (e.g., menor adesão a tratamentos médicos, automedicação, nutrição desadequada; Milgrom et al., 1999; O'Hara & McCabe, 2013; Tronick & Reck, 2009).

Adicionalmente, têm sido demonstradas **consequências da DPP para a criança**, quer nos primeiros meses após o seu nascimento, quer durante os seus primeiros anos de vida. Especificamente, a investigação tem demonstrado de forma consistente que os sintomas depressivos maternos experienciados nos primeiros meses pós-parto podem comprometer o desenvolvimento da criança, em particular o seu desenvolvimento cognitivo (Kingston, Tough, & Whitfield, 2012). Além disso, existe alguma evidência de que a DPP está também associada ao comprometimento da saúde física da criança (e.g., pobre funcionamento cardiovascular, maior número de inspeções respiratórias e gastrointestinais) (O'Hara & McCabe, 2013). Foi também identificada uma associação entre a DPP e problemas comportamentais e emocionais na criança, incluindo problemas internalizantes e externalizantes (O'Hara & McCabe, 2013). A cronicidade da sintomatologia depressiva materna (isto é, a exposição da criança, de forma prolongada, a sintomatologia depressiva) parece ter um papel mutio significativo na determinação das consequências adversas para o bebé/criança (O'Hara & McCabe, 2013).

A sintomatologia depressiva e os défices comportamentais daí decorrentes parecem também ter influência no **desempenho do papel parental e na relação mãe-criança**. Na interação com a criança, as mães deprimidas apresentam, por comparação às mães sem sintomatologia depressiva (Field, 2010; O'Hara, 2009) :

- Menor emotividade positiva, maior hostilidade e irritabilidade;
- Menor envolvimento emocional nas interações;
- Alternância entre distanciamento (pouca estimulação, afastamento da criança) e intrusividade (controlo, sobre-estimulação) na relação com a criança;
- Menor contingência na resposta à criança;
- Menos interações face-a-face com a criança (e.g., vocalizações, sorrisos, imitações, brincadeira), que são habitualmente um contexto importante para a aprendizagem de competências de comunicação da criança;
- Menor envolvimento em atividades enriquecedoras com a criança (e.g., atividades de leitura, jogos).

A generalidade dos estudos demonstra que as crianças que são filhas de mães deprimidas estão expostas de forma crónica a interações menos positivas e reguladas, o que parece ter um efeito na capacidade de autorregulação da criança (Tronick & Reck, 2009).

As características do comportamento materno parecem traduzir-se também em **características da criança em momentos de interação**, nomeadamente: menor contacto visual durante o período de alimentação; menor envolvimento nos momentos de “jogo”; menos afeto positivo e mais afeto negativo; e níveis mais elevados de isolamento e distanciamento das mães (O'Hara, 2009; Tronick & Reck, 2009). De acordo com Field, o estado afetivo negativo das crianças que são filhas de mães deprimidas dificulta o estabelecimento de padrões de interação positiva, mesmo com adultos sensíveis (Field, 1995).

Adicionalmente, várias atividades de prestação de cuidados parecem ser comprometidas pela DPP, nomeadamente a amamentação (e.g., as mães deprimidas têm menor probabilidade de continuar a amamentação), as rotinas de sono (e.g., padrões de sono problemáticos da criança) e a prestação de cuidados de saúde à criança (e.g., menos cuidados médicos preventivos e maior recurso a cuidados médicos de emergência) (Field, 2010; O'Hara & McCabe, 2013).

Finalmente, a DPP parece também **afetar os companheiros** das mulheres deprimidas de forma negativa, tal como evidenciado pelos elevados níveis de depressão e *stress* que estes apresentam. A elevada coocorrência de depressão nos casais no período pós-parto tem implicações para a saúde e bem-estar de toda a família (Goodman, 2008).

2. FATORES DE RISCO PARA DPP

Apesar de inicialmente a DPP ter sido associada às mudanças biológicas e hormonais decorrentes da gravidez e do parto, tem sido crescentemente reconhecido o papel de **fatores psicossociais que aumentam o risco** de desenvolver DPP.

Um **fator de risco** é uma condição ou característica que aumenta a probabilidade de uma pessoa desenvolver um quadro clínico particular, por comparação com qualquer pessoa selecionada aleatoriamente da população geral (Pope, 2000). A identificação dos fatores de risco para DPP é importante por três razões: a) melhorar a nossa compreensão dos mecanismos que levam ao desenvolvimento da DPP; b) desenvolver abordagens preventivas; e c) possibilitar um tratamento mais eficaz (Boyce, 2003).

Existe atualmente um vasto corpo de investigação (revisões e meta-análises; Beck, 2001; Milgrom et al., 2008; O'Hara & McCabe, 2013; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004) que procura identificar os principais fatores de risco para a DPP. Podemos falar em diferentes categorias de fatores de risco: Fatores sociodemográficos; Fatores obstétricos; Fatores clínicos;

Acontecimentos de vida stressantes; Fatores Psicológicos; Apoio Social e Relação Conjugal; e Fatores relacionados com a criança.

De acordo com as revisões existentes sobre o tema, os fatores de risco com uma **associação moderada-forte com a DPP** são a história prévia de psicopatologia, ansiedade ou depressão pré-natal, neuroticismo, baixa autoestima, acontecimentos de vida *stressantes* (incluindo o *stress* associado à prestação de cuidados), pobre relação conjugal e escasso apoio social. Os fatores de risco que têm uma **associação mais modesta com a DPP** são o nível socioeconómico baixo, ser solteira, *stressores* obstétricos, gravidez não planeada, e temperamento difícil da criança (O'Hara & McCabe, 2013).

Fatores sociodemográficos

O nível socioeconómico baixo (incluindo baixo rendimento e situação profissional da mãe) constitui um fator de risco para a DPP, embora a magnitude do seu efeito seja baixa (Beck, 2001; Milgrom et al., 2008; Robertson et al., 2004). Apesar de algumas investigações apontarem a idade materna (mulheres mais novas ou mulheres mais velhas) e o nível educacional (habilitações literárias mais baixas) como fatores de risco para a DPP (Milgrom et al., 2008; O'Hara & McCabe, 2013), outras não reportam essa associação (Robertson et al., 2004). O estado civil (ser solteira) também tem sido considerado um fator de risco para a DPP (Beck, 2001; O'Hara & McCabe, 2013), apesar de os resultados não serem consistentes. O número de filhos e a paridade não se têm revelado fatores de risco para a DPP (Robertson et al., 2004).

Fatores obstétricos

A literatura tem apontado uma associação fraca mas significativa entre complicações obstétricas relacionadas com a gravidez (e.g., pré-eclampsia, hiperémese) ou com o parto (e.g., cesariana de emergência) e DPP (Robertson et al., 2004). No entanto, alguns estudos demonstram resultados inconclusivos em relação a algumas variáveis obstétricas (Milgrom et al., 2008). De forma menos consistente, tem sido também encontrada a relação entre DPP e gravidez não planeada/não desejada e amamentação (Beck, 2001; Robertson et al., 2004).

Fatores clínicos

Relativamente aos fatores clínicos, a história prévia de psicopatologia (depressão ou ansiedade) tem influência no desenvolvimento de DPP (Beck, 2001; Milgrom et al., 2008; Robertson et al., 2004). Adicionalmente, a investigação também tem demonstrado que a ansiedade e a depressão na gravidez (Beck, 2001; Milgrom et al., 2008; Robertson et al., 2004) estão significativamente associadas à ocorrência de sintomatologia depressiva no período pós-parto, tendo esta associação uma magnitude elevada.

Apesar de alguns estudos terem identificado que a história familiar de depressão pode constituir-se como um fator de risco para a DPP (Robertson et al., 2004), outras investigações não encontraram essa associação. Além disso, também existem alguns estudos que mostram a associação entre a melancolia

pós-parto, nomeadamente a intensidade dessa sintomatologia, e o posterior desenvolvimento de DPP (Beck, 2001; Epperson & Ballew, 2006; O'Hara, 2009).

Acontecimentos de vida stressantes

A ocorrência de acontecimentos de vida stressantes (e.g., morte de um familiar próximo, divórcio, perda de emprego) tem sido apontada na literatura, de forma consistente, como um fator de risco para a DPP (Beck, 2001; Robertson et al., 2004), verificando-se uma relação moderada a forte entre estas variáveis. Apesar de também terem encontrado esta associação, Milgrom et al. (2008) consideram que a investigação existente não permite estabelecer a ocorrência de acontecimentos de vida stressantes como um “fator de risco operante independente” (p. 154); contudo, estes autores consideram que um ambiente pré-natal não *stressante* tem um papel protetor na saúde mental das mulheres no período pós-natal (Milgrom et al., 2008).

Fatores psicológicos

Poucas investigações se debruçaram sobre a associação entre características de personalidade materna e a DPP, não permitindo a identificação clara das características de personalidade que podem constituir fatores de risco para esta condição clínica. No entanto, o neuroticismo (e.g., mulheres descritas como “*nervosas*”, “*tímidas*”, ou “*preocupadas*”), o estilo atribucional cognitivo negativo (e.g., pessimismo, ruminação) (Robertson et al., 2004), a baixa autoestima (Beck, 2001) e o perfeccionismo (Milgrom et al., 2008) têm sido identificados como fatores de risco para a DPP.

Por um lado, estas características de personalidade parecem tornar as mulheres mais vulneráveis aos *stressores* imprevisíveis e desafiantes da maternidade (e.g., dificuldades de alimentação do bebé; Milgrom et al., 2008). Por outro lado, se considerarmos simultaneamente o papel destas características de personalidade e da história prévia de psicopatologia, é possível que estas características de personalidade coloquem as mulheres em risco continuado para o desenvolvimento de perturbações de humor ao longo da sua vida (e não exclusivamente no período pós-parto), que podem ter uma natureza mais crónica ou episódica.

Apoio Social e Relação Conjugal

A investigação tem sido consistente em relação ao papel do escasso apoio social no desenvolvimento da DPP (Beck, 2001; Robertson et al., 2004), quer falta de apoio social em geral, quer falta de apoio social por parte do companheiro (Milgrom et al., 2008).

O **apoio social** é um conceito multidimensional. Podemos falar de diferentes fontes de apoio (e.g., o companheiro, familiares, amigos) e de diferentes tipos de apoio: *emocional* (expressões de preocupação e afeto);

instrumental (ajuda prática em termos materiais ou na realização de tarefas); e *informativo* (fornecer informação e aconselhamento sobre uma dada situação). É importante reconhecer a existência de discrepâncias entre as percepções das mulheres deprimidas acerca do apoio recebido, e a quantidade de apoio que efetivamente recebem (Robertson et al., 2004).

Os estudos demonstram que o isolamento social percebido na gravidez é um fator de risco para a DPP, encontrando uma associação entre baixo apoio emocional e instrumental recebido durante a gravidez e a ocorrência de DPP (Robertson et al., 2004).

Adicionalmente, a relação conjugal parece também assumir um importante papel na adaptação da mãe no período pós-parto. Especificamente, a insatisfação conjugal e problemas na relação conjugal (e.g., dificuldades de comunicação, falta de apoio) têm sido associados à ocorrência de DPP (Beck, 2001; Robertson et al., 2004).

Fatores relacionados com a criança

Apesar de a maior parte das investigações não se ter focado sobre os fatores de risco relacionados com a criança, algumas investigações têm reportado que o *stress* associado à prestação de cuidados e ter um bebé com um temperamento difícil se associam, de forma moderada, à ocorrência de DPP (Beck, 2001). Apesar de o género da criança não se ter associado à ocorrência de DPP, alguns estudos mostraram que, nalgumas sociedades (e.g., China, Índia), o facto de o sexo do bebé ser diferente do desejado pode ser um potencial fator de risco para DPP (Robertson et al., 2004).

Em síntese, e de acordo com Pope (2000), os fatores de risco para a DPP podem organizar-se em fatores de risco **confirmados** (sobre os quais existe concordância em resultados de estudos aleatorizados controlados ou em resultados de 75% dos estudos *cohort* bem desenhados), **prováveis** (existe acordo em 40% a 60% dos estudos publicados em revistas indexadas, mas é necessária mais investigação) e **possíveis** (existe pouca evidência empírica ou resultados inconsistentes, é necessária mais investigação).

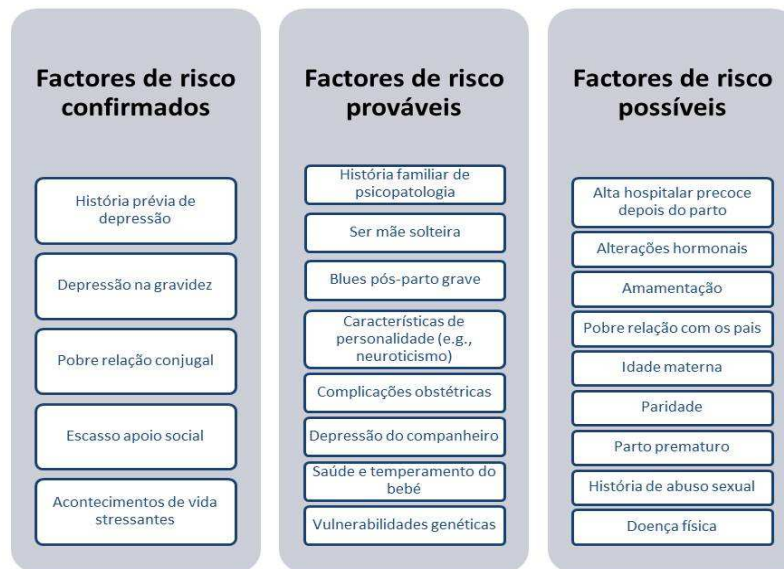


Figura 1. Fatores de risco para a DPP (de acordo com a classificação de Pope, 2000).

Pope (2000) identifica ainda um conjunto de possíveis **fatores protetores da DPP**, no qual inclui otimismo e autoestima, ter uma boa relação conjugal e apoio social disponível, bem como uma adequada preparação para as mudanças físicas e psicossociais da parentalidade.

Em suma, há evidência de um conjunto bem-identificado de fatores de risco que permitem identificar precocemente as mulheres que entram no período pós-parto em maior risco de desenvolver DPP, permitindo aos profissionais de saúde a adoção de abordagens preventivas para esta condição clínica (O'Hara & McCabe, 2013).

3. MODELOS COMPREENSIVOS DA DPP

Apesar do crescente reconhecimento do papel de variáveis psicossociais na compreensão da etiologia da DPP, a literatura sobre modelos compreensivos específicos da DPP é ainda escassa, sendo patente a necessidade de mais investigação sobre este tópico (O'Hara & McCabe, 2013).

MODELO INTERPESSOAL DA DPP

O modelo interpessoal da DPP assenta na premissa da Teoria Interpessoal (Sullivan, 1953), de que os seres humanos são seres iminentemente sociais, cujas personalidades são mais determinadas pelas suas

experiências sociais do que pelas suas experiências intrapessoais. Apesar de ter em conta o papel dos fatores biológicos, de acordo com esta teoria, o apoio interpessoal tem uma função protetora na saúde mental dos indivíduos; neste contexto, a depressão é conceptualizada como uma doença que ocorre num contexto social que se encontra perturbado (problemas interpessoais).

No caso da DPP, O'Hara (1994) propõe que o período pós-parto tem subjacente muitas perturbações nas relações interpessoais (e.g., com o companheiro, com os pais, com os amigos), e que as mulheres descrevem frequentemente discrepâncias entre o nível de apoio desejado e o nível de apoio que efetivamente recebem nesse período.

MODELOS DE VULNERABILIDADE-STRESS PARA A DPP

O modelo de vulnerabilidade-*stress* para a DPP baseia-se no modelo de vulnerabilidade-*stress* inicialmente desenvolvido para a depressão e preconiza que a ocorrência da DPP decorre da interação entre fatores de vulnerabilidade prévios (que refletem a história prévia de depressão, processos sociocognitivos disfuncionais) e acontecimentos indutores de *stress* (relacionados com o nascimento do bebé e com as exigências de prestação de cuidados).

Neste contexto, o período pós-parto é um período indutor de *stress* para as mães e pode ativar os fatores de vulnerabilidade pré-existent, precipitando a ocorrência de DPP. Adicionalmente, o repertório de *coping* das mulheres irá influenciar a sua capacidade para lidar com as vulnerabilidades e com os *stressores* característicos deste período (Hassert, 2014).

MODELO BIOPSIKOSSOCIAL DA DPP

Com base na investigação empírica e na conceptualização dos modelos de vulnerabilidade-*stress* e do modelo cognitivo-comportamental para a depressão de Beck, Milgrom et al. (1999) apresentam o modelo biopsicossocial da DPP. De acordo com este modelo, algumas mulheres possuem *fatores de vulnerabilidade* que as tornam mais suscetíveis a desenvolver DPP do que outras. Os fatores de vulnerabilidade incluem características que estão presentes desde muito cedo na vida das mulheres (e.g., estilos cognitivos e de personalidade; experiências familiares na infância), assim como aspetos que se manifestaram mais recentemente (e.g., perturbações psiquiátricas; acontecimentos de vida negativos).

De acordo com este modelo, existem fatores que ocorrem no período perinatal e funcionam como *fatores precipitantes* da DPP nas mulheres mais vulneráveis. Entre os fatores precipitantes da DPP incluem-se os fatores biológicos (e.g., alterações hormonais) e os acontecimentos indutores de *stress* (e.g., complicações obstétricas, problemas financeiros, exigências da prestação de cuidados).

Para além disso, a forma como as mulheres e a sua rede de suporte (e.g., parceiro, familiares, amigos) respondem à sintomatologia de DPP pode contribuir

para exacerbá-la ou mantê-la (*fatores de manutenção*), nomeadamente as respostas cognitivas (e.g., pensamentos de inadequação parental), afetivas (e.g., sentimentos de culpa, raiva, ansiedade, frustração) e comportamentais (e.g., capacidades parentais pobres, dificuldades na interação mãe bebé, conflitos conjugais) negativas.

Milgrom et al. (1999) salientam ainda o papel dos *fatores socioculturais*, que podem contribuir para precipitar a DPP, bem como para a exacerbá-la ou mantê-la. Entre os fatores socioculturais relevantes, encontram-se os mitos e crenças irrealistas sobre a maternidade (e.g., o mito da maternidade perfeita ou da alegria da maternidade) e a falta de estruturas de apoio social (devido ao facto de muitos casais, por circunstâncias profissionais, viverem deslocados das famílias de origem).

MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DA DPP

Em 2015, Wenzel e Kleiman apresentaram um novo modelo explicativo para o *distress* emocional no período perinatal, que se baseou no modelo biopsicossocial da DPP (Milgrom et al., 1999) e nas assunções do modelo cognitivo-comportamental. O aspecto inovador deste modelo assenta na consideração do **importante papel das crenças disfuncionais** (quer gerais, quer específicas sobre a maternidade) **na etiologia da DPP**. Este modelo assenta nos seguintes pressupostos: a) as pessoas têm vulnerabilidades biológicas e psicológicas que as predispõem para experienciar *distress* emocional; b) essas vulnerabilidades são frequentemente ativadas em períodos de *stress*; e c) as crenças nucleares disfuncionais emergem dos fatores de vulnerabilidade e também contribuem para o *distress* emocional.

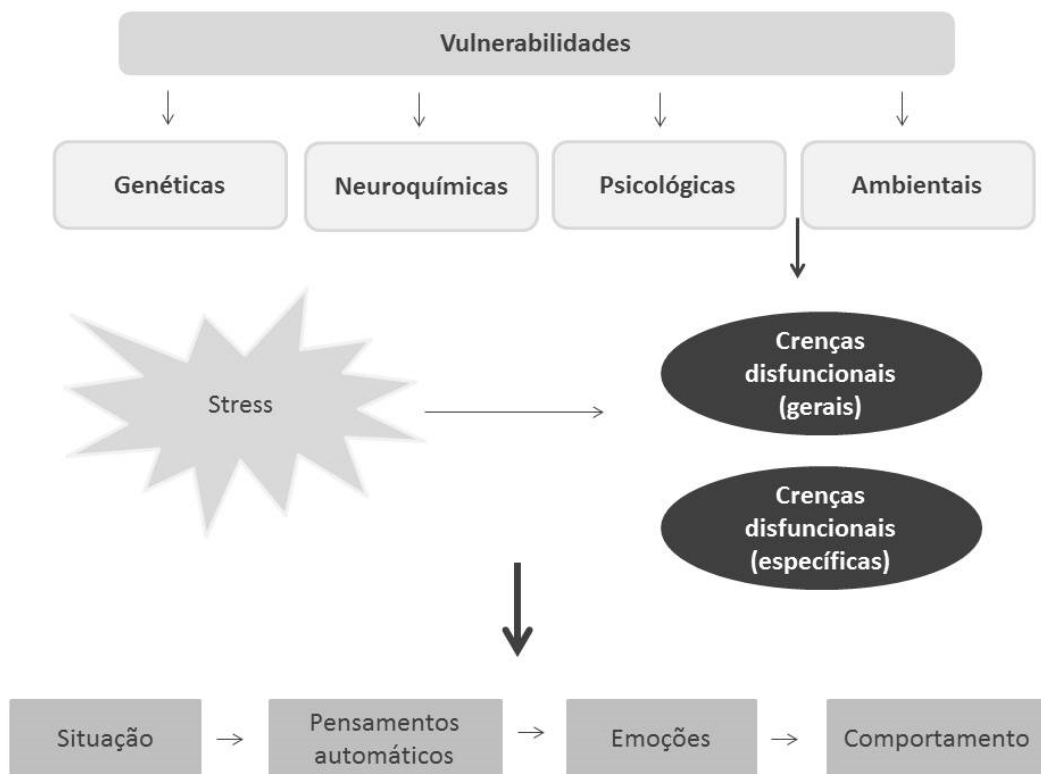


Figura 2. Modelo cognitivo-comportamental da DPP.

Fonte: Adaptado com permissão de Wenzel e Kleiman (2015, p. 22).

De acordo com este modelo, é possível identificar fatores modificáveis que podem ser alvo de intervenção, nomeadamente as *vulnerabilidades psicológicas* (estilos psicológicos que têm o potencial de aumentar a probabilidade de dificuldades de adaptação à transição para a parentalidade) e as *crenças disfuncionais* (que refletem julgamentos globais negativos do *self* [e.g., “Sou um fracasso”], dos outros [e.g., “Os outros vão rejeitar-me”], ou do futuro [e.g., “O futuro vai ser negativo”] ou julgamentos específicos sobre a competência parental [e.g., “Eu não sou boa mãe”] ou sobre o que significa ser mãe [e.g., “Eu devia ser mais dedicada ao meu bebé”]). Adicionalmente, o modelo aponta ainda a existência de pensamentos automáticos negativos e das respostas emocionais e comportamentais que lhe estão associadas, que podem também ser alvo de intervenção.

4. AVALIAÇÃO DA DPP

A variabilidade na apresentação e na sintomatologia da DPP contribui para as **dificuldades na sua avaliação e diagnóstico**, especialmente se as mulheres não reconhecerem os seus sintomas como sintomas depressivos ou

se existir uma grande predominância de sintomas somáticos (Pope, 2000). Apesar das consequências negativas da DPP, a investigação mostra que poucas mulheres (20-40%) procuram ajuda profissional para lidar com os sintomas depressivos no período pós-parto (Fonseca, Gorayeb, & Canavarro, 2015).

Quando recorrem aos cuidados de saúde primários, as queixas das mulheres com sintomatologia depressiva centram-se frequentemente nos tópicos relacionados com a saúde da criança, não abordando com o profissional de saúde os seus problemas psicológicos (Pope, 2000). Por esse motivo, a DPP é uma **condição clínica subdiagnosticada** e, conseqüentemente, subtratada (Gjerdingen & Yawn, 2007).

Para que o acesso das mulheres a ajuda profissional não esteja dependente da sua capacidade de comunicar com os profissionais de saúde acerca da sua sintomatologia depressiva, é importante que os profissionais de saúde incluam na sua avaliação o questionamento acerca do estado de humor das mulheres, do seu bem-estar emocional e saúde em geral, de forma a elicitar a informação necessária para uma avaliação inicial da sua saúde mental (Pope, 2000).

No que respeita à **deteção de sintomas da DPP**, a investigação demonstra que o rastreio (*screening*) da DPP é viável no contexto de cuidados de saúde primários, e pode aumentar as suas taxas de deteção e tratamento (Gjerdingen & Yawn, 2007; Milgrom & Gemmill, 2014). Além disso, a maioria das mulheres sente-se confortável com a ideia de ser rastreada quanto à presença de sintomas depressivos no período pós-parto (Gjerdingen & Yawn, 2007). No entanto, é importante notar que um rastreio positivo de DPP não equivale ao diagnóstico de DPP; ao rastreio positivo para DPP, deve sempre suceder-se uma avaliação clínica pormenorizada para o estabelecimento do diagnóstico (Gjerdingen & Yawn, 2007).

De acordo com Milgrom e Gemmill (2014), o **rastreio da sintomatologia depressiva**: a) não deve ser um processo isolado, mas deve se parte de um processo integrado de avaliação (diagnóstico) e tratamento (e.g., incluindo o *follow-up* sistemático dos casos de rastreio positivo); e b) deve ser conduzido no contexto de uma avaliação mais vasta de fatores psicossociais, incluindo sintomatologia comórbida (Milgrom & Gemmill, 2014).

INSTRUMENTOS DE RASTREIO DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NO PÓS-PARTO

- **EPDS (*Edinburgh Postpartum Depression Scale*)**: foi originalmente desenvolvido por Cox, em 1987, e é o instrumento mais comum de rastreio da DPP. O EPDS é um instrumento de autorrelato, constituído por 10 itens, respondidos numa escala de 4 pontos, que avaliam a experiência emocional das mulheres nos últimos sete dias. Têm sido estabelecidos pontos de corte para a pontuação do EPDS (e.g., EPDS > 10 para sintomas de depressão ligeira e EPDS > 13 para sintomas de depressão moderados a graves). O seu formato breve e a facilidade de

preenchimento constituem as principais vantagens deste instrumento. Além disso, o EPDS tem sido extensamente validado para ser utilizado no período pós-parto e durante a gravidez, em vários países (Horowitz & Goodman, 2005). Na população brasileira, o EPDS demonstrou ser um instrumento de rastreio adequado para o rastreio da DPP, revelando-se adequado o ponto de Corte ≥ 10 , particularmente no grupo de mulheres em risco de DPP (Santos et al., 2007).

- **PDSS (*Postpartum Depression Screening Scale*):** instrumento desenvolvido por Beck e Gable, em 2000, com o objetivo de ultrapassar as limitações de outros instrumentos normalmente utilizados para proceder ao rastreio da DPP. O PDSS é uma escala de autorresposta composta por 35 itens, respondidos numa escala Likert de 5 pontos (de 1 = *Discordo Muito* a 5 = *Concordo Muito*), que descrevem o modo como a mulher está a sentir-se após o nascimento do bebé. A PDSS organiza-se em sete dimensões: *Apetite/Sono*; *Ansiedade/Insegurança*; *Labilidade Emocional*; *Confusão Mental*; *Perda do Self*; *Culpa/Vergonha*; e *Pensamentos Suicidas*. Quanto mais elevada a pontuação, maior é a gravidade da sintomatologia depressiva no período pós-parto. A PDSS tem sido utilizada de forma eficaz para o rastreio da DPP, e os estudos de validade conduzidos em diversos países têm demonstrado as suas boas propriedades psicométricas. A versão reduzida original da PDSS é constituída por sete itens, tendo apresentado também boas propriedades psicométricas (Horowitz & Goodman, 2005). A versão brasileira possui boas propriedades psicométricas (fidelidade e validade); na versão brasileira, um ponto de corte de 102 revelou-se adequado para a deteção de sintomatologia depressiva no período pós-parto, embora os autores salientem a necessidade de validação adicional para que este valor seja aceite para uso clínico (Cantilino et al., 2007).

Para além destes instrumentos, outras medidas de depressão geral têm sido utilizadas de forma eficaz para avaliar os sintomas de DPP. Entre essas medidas, destacamos: o Inventário Depressivo de Beck II (desenvolvido por Beck e Brown, em 1996), o CES-D (*Center for Epidemiologic Studies of Depression Instrument*, desenvolvido por Radloff em 1997), ou a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (desenvolvida por Zigmond e Snaith, em 1983). Apesar da sua utilização na avaliação da sintomatologia depressiva no período pós-parto, estas medidas foram desenvolvidas para avaliar a intensidade da sintomatologia depressiva, e não tanto para rastrear a presença de sintomas depressivos, nomeadamente no período pós-parto.

Identificar as **mulheres que podem estar em risco aumentado de desenvolver DPP** é também um objetivo clínico importante (Horowitz & Goodman, 2005). Apesar de os instrumentos existentes de rastreio de fatores de risco para a DPP não possuírem características psicométricas que justifiquem a sua aplicação, por rotina, no período pré-natal, é possível que uma abordagem que conjugue instrumentos de avaliação e entrevista clínica possa identificar a

presença de fatores de risco na história clínica, a condição psicossocial atual e a presença de sintomas depressivos nas mulheres (Horowitz & Goodman, 2005), permitindo a identificação precoce de mulheres em risco de desenvolver DPP.

5. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DPP

A prevenção e o tratamento da DPP devem envolver a ação coordenada de uma **equipa interdisciplinar** composta por diferentes profissionais envolvidos na prestação de cuidados às mulheres no período perinatal. Além disso, o tratamento da DPP deve privilegiar uma **abordagem biopsicossocial** (Horowitz & Goodman, 2005).

PREVENÇÃO

As intervenções preventivas para a DPP são intervenções psicossociais (e.g., aulas de preparação para o parto, visitas a casa por profissionais de saúde) ou psicoterapêuticas, iniciadas durante a gravidez ou no início do período pós-parto (Stuart, O'Hara, & Gorman, 2003), que têm como objetivo prevenir a ocorrência de sintomas depressivos no período pós-parto. Os resultados da eficácia das intervenções preventivas da DPP são inconsistentes, e isso parece relacionar-se com a grande variabilidade das características das intervenções (e.g., universal vs. seletiva, psicoeducação vs. psicoterapia, prenatal vs. posnatal).

Na meta-análise de Sockol, Epperson e Barber (2013), verificou-se que as intervenções preventivas se traduzem numa redução significativa da prevalência de perturbações depressivas no período pós-parto, embora estes efeitos sejam mais modestos quando comparadas com o tratamento da DPP. As seguintes características parecem **umentar a probabilidade de eficácia de intervenções preventivas** da DPP (Clatworthy, 2012; Stuart et al., 2003):

- Intervenções dirigidas a mulheres com fatores de risco para DPP (intervenções seletivas/indicadas);
- Intervenções individuais (apesar de as intervenções em grupo também revelarem eficácia);
- Intervenções iniciadas no período pós-parto, já que nesse período as mulheres percebem a informação recebida como mais relevante e útil;
- Intervenções breves;
- Intervenções desenvolvidas com base em modelos psicoterapêuticos, como a Terapia Cognitivo-Comportamental ou a Terapia Interpessoal.

TRATAMENTO

As opções de tratamento para a DPP incluem a **terapia farmacológica** e a **psicoterapia** (individual ou em grupo), que podem ser utilizadas de forma isolada ou podem ser conjugadas (Horowitz & Goodman, 2005). De acordo com as recomendações, as terapias não farmacológicas (psicoterapia) devem ser privilegiadas em caso de DPP ligeira a moderada, sendo a terapia farmacológica mais indicada para casos de depressão moderada a grave, ou para casos que não respondam a psicoterapia. Atendendo aos aspetos psicossociais e relacionais associados à DPP, a utilização combinada de terapia farmacológica e de psicoterapia pode ser indicada em muitos casos de DPP moderada a grave.

TERAPIA FARMACOLÓGICA

No que diz respeito à **terapia farmacológica**, os inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS) são habitualmente a primeira escolha para o tratamento de DPP, pelos seus bons resultados de eficácia na melhoria da sintomatologia depressiva e da sua baixa toxicidade (Horowitz & Goodman, 2005). Quando as mulheres estão a amamentar, a sertralina, a paroxetina e a fluvoxamina têm sido os ISRS aconselhados para tratamento de DPP, pelos baixos níveis maternos do fármaco a serem detetados no bebé (Horowitz & Goodman, 2005).

A escolha da terapia farmacológica deve ter em conta a história da mulher, a sua resposta a tratamentos prévios utilizando terapia farmacológica, bem como a consideração personalizada dos riscos/benefícios do tratamento específico e da amamentação. É importante que o profissional de saúde adote uma postura de escuta e de não-julgamento sobre as perceções das mulheres acerca da amamentação, e que proporcionem informação clara acerca dos riscos/benefícios da medicação, para que as mulheres possam tomar decisões informadas acerca do tratamento a seguir (Horowitz & Goodman, 2005).

PSICOTERAPIA

As revisões sistemáticas e meta-análises conduzidas têm revelado que a psicoterapia é uma opção de tratamento eficaz para a DPP, sendo o seu efeito moderado e comparável aos efeitos reportados na literatura sobre o tratamento psicológico da depressão em geral (O'Hara & McCabe, 2013). De entre as abordagens psicoterapêuticas, a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Psicoterapia Interpessoal têm-se revelado as mais eficazes.

Terapia Cognitivo-Comportamental [TCC]

A TCC é um tipo de psicoterapia breve, que se baseia na premissa de que o sofrimento emocional e os padrões de comportamento desadaptativos estão associados a padrões de pensamento disfuncional; desta forma, a TCC foca-se na identificação e modificação de padrões de pensamento disfuncional (Beck, 1995). Existe evidência de que a TCC para a DPP deve atender a tópicos específicos do período perinatal (e.g., crenças culturalmente difundidas

associadas à maternidade, impacto da gravidez e do nascimento de um filho na identidade da mulher, mudanças na capacidade de se envolver em atividades que previamente eram significativas) e às relações interpessoais (e.g., promoção de apoio social adequado; O'Mahen et al., 2012).

Entre as técnicas mais comuns utilizadas na TCC para a DPP (Milgrom et al., 1999; Wenzel & Kleiman, 2015), inclui-se:

- **Psicoeducação:** informação sobre os fatores envolvidos na origem e manutenção da sintomatologia depressiva, e sobre os princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental;
- **Restruturação cognitiva:** identificação, avaliação e modificações de cognições negativas disfuncionais, quer gerais, quer relacionadas com temáticas específicas da maternidade, através do uso de técnicas como a análise lógica das evidências, etc.;
- **Estratégias de ativação comportamental** adaptadas: identificação de duas ou três atividades percebidas como sendo atividades de mestria e prazer e implementação de um agendamento flexível para cada uma dessas atividades (isto é, em vez de ter um horário específico, definir um período temporal, e.g., “sábado durante o dia”), bem como de um plano alternativo, caso seja impossível realizar a atividade no período definido (e.g., ter mais do que uma atividade possível);
- **Treino de resolução de problemas;**
- **Treino de competências de comunicação:** treino de competências de comunicação assertiva, que ajudem a mulher a pedir ajuda quando necessário, mas também a lidar com opiniões não solicitadas por parte da sua rede social.

Adicionalmente, desenvolvimentos recentes no tratamento da depressão têm salientado o papel das TCC de Terceira Geração, nomeadamente a Terapia de Aceitação e Compromisso [ACT] e a Terapia Focada na Compaixão [CFT]. Contudo, a investigação da relevância destas abordagens na prevenção e tratamento da DPP é ainda muito escassa (Cree, 2015).

Psicoterapia Interpessoal [TIP]

A TIP é um tipo de psicoterapia breve, que se baseia na premissa de que o *distress* interpessoal tem um papel importante na origem dos sintomas depressivos. A TIP tem como alvo a *melhoria do funcionamento interpessoal do indivíduo*. São três os principais objetivos da TIP para a DPP:

- remissão dos sintomas depressivos;
- diminuição do sofrimento interpessoal (e.g., conflitos, transições e experiências de perda nas relações do indivíduo);
- construção e ativação da rede de suporte social.

No contexto da DPP, as relações interpessoais (com a criança, com o companheiro, com a sua família de origem e a família de origem do companheiro,

e com os amigos) e as dificuldades associadas às transições de papéis (e.g., regresso ao trabalho) assumem particular destaque na intervenção.

Entre as técnicas mais comuns usadas na TIP para a DPP, inclui-se a *psicoeducação* (e.g., informação sobre a natureza e curso da DPP), a *análise comunicacional* (e.g., discussão de incidentes interpessoais específicos, ajudando a identificar de que forma a comunicação pode ter sido ambígua e a promover estratégias de comunicação clara e aberta com os outros) e o *role-playing* (e.g., ajudar a ter *insight* acerca da interação com os outros e dos seus pontos de vista, nomeadamente assumindo o papel do outro nos exercícios de *role-play*) (Horowitz & Goodman, 2005; Stuart, 2012).

PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA ONLINE PARA A DPP

De acordo com a literatura, poucas mulheres procuram ativamente ajuda profissional para a DPP, quer pela baixa literacia em saúde mental (escasso reconhecimento dos sintomas de DPP e opções de tratamento), pelo estigma associado à doença mental, ou mesmo por barreiras práticas (dificuldade em deslocar-se aos serviços de saúde, não poder faltar ao trabalho ou não ter com quem deixar o bebé; Fonseca et al., 2015). Tendo em conta as consequências negativas da DPP, aumentar o acesso e a utilização de tratamentos disponíveis por parte das mulheres no período pós-parto é um dos maiores desafios para os cuidados de saúde, em todo o mundo.

Neste contexto, os programas de intervenção psicológica *online* para a DPP podem constituir uma forma eficiente de contornar as razões que até aqui têm limitado o acesso desta população aos cuidados de saúde mental.

Os programas de intervenção psicológica *online* têm associadas vantagens como a flexibilidade (sem restrições de deslocação ou horário), ajuste às necessidades individuais, privacidade (contribuindo para a diminuição de sentimentos de estigma/vergonha) e facilidade de utilização (interfaces visuais e gráficas que ajudam à transmissão da informação, interatividade).

Nos últimos anos, tem sido desenvolvidas intervenções psicológicas *online* para prevenção (Barrera, Wickham, & Munoz, 2015; Haga, Drozd, Brendryen, & Slinning, 2013) ou tratamento da DPP (Danaher et al., 2013; O'Mahen et al., 2013) em diferentes países (e.g., Austrália, Estados Unidos da América, Reino Unido), com resultados encorajadores quanto à sua eficácia.

Em Portugal, uma equipa de investigadores da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra está neste momento desenvolver um programa *online* de prevenção da DPP – o *Be a Mom [Ser Mãe]* – que pretende aumentar o acesso das mulheres portuguesas a cuidados de saúde mental no período pós-parto (Fonseca, Pereira, Araújo-Pedrosa, Gorayeb, & Canavarro, manuscrito submetido). O *Be a Mom* é um programa de intervenção preventiva breve (5 sessões de periodicidade semanal), dirigido a mulheres com fatores de risco para DPP no período pós-parto, e assente no

modelo da TCC, embora incorporando os recentes desenvolvimentos das terapias de 3ª geração (e.g., ACT). Em termos de áreas temáticas, o *Be a Mom* foca-se não apenas na psicoeducação acerca das mudanças e reorganizações normativas na transição para a parentalidade e diversidade de reações emocionais associadas, mas também na promoção de flexibilidade cognitiva para lidar com pensamentos negativos comuns neste período (aceitação não-avaliativa das experiências internas, desfusão cognitiva), na ativação do apoio social e na promoção de competências de comunicação assertiva e de negociação, quer na relação com os outros, quer na relação com o companheiro. Finalmente, é fornecida informação sobre os sinais de alerta para a DPP e as estratégias para procura de ajuda profissional. A avaliação qualitativa, realizada com mulheres no período pós-parto com sintomatologia depressiva, evidenciou a boa aceitação e a satisfação das mulheres com os conteúdos, estratégias e estrutura do programa de prevenção da DPP. Brevemente será realizado um estudo piloto e um *Randomized Controlled Trial* para avaliação da eficácia do programa (Fonseca et al., manuscrito submetido).

CASO CLÍNICO

M. de 34 anos, sexo feminino, 2 filhas (A., com 8 anos, e B. com 4 meses). Chega à consulta de acompanhamento psicológico por insistência do marido, que estava muito preocupado com as queixas apresentadas nos últimos meses por M.. Cerca de duas semanas após o nascimento da B., M. começou a sentir-se muito triste, irritada, com dificuldades em cumprir as tarefas do dia a dia, nomeadamente as relacionadas com cuidados à bebé (*“sinto-me muito cansada, não me apetece fazer nada, só me apetece estar deitada sem ouvir ninguém...ouvir a minha filha a chorar perturba-me muito”*). Além disso, M. tem tido alterações do sono (*“não consigo dormir, mesmo quando ela dorme...”*) e períodos de grande ansiedade, habitualmente associados a pensamentos intrusivos sobre o bebé (*“tenho medo de ficar sozinha com ela, às vezes passa-me pela cabeça que lhe posso fazer alguma coisa de mal, é horrível...”*). Face a estas dificuldades, a mãe de M. mudou-se temporariamente para sua casa, para ajudar na prestação de cuidados à bebé, mas isso não se traduziu numa melhoria dos sintomas de M.. Apesar da presença física da mãe, M. refere que não sente que esta lhe dê o apoio de que necessita nesta fase (*“ela não me compreende, acha que ela é que sabe tudo e às vezes gostava que a minha opinião fosse mais valorizada...estamos a falar da minha filha! Mas se eu digo alguma coisa, ela fica logo chateada, prefiro calar-me.”*).

Quando questionada sobre a sua história prévia, M. refere que já tinha tido sintomas de depressão aquando do nascimento da primeira filha (*“na altura não pedi ajuda...tive vergonha; acho que só quando a minha filha fez três anos é que me senti recuperada. Agora, pedi ajuda porque o meu marido me obrigou...disse-me que não podia continuar assim...”*). Antes da primeira gravidez, M. não relata história prévia de ansiedade ou depressão.

Apesar de referir ter uma boa relação com o marido, o facto de este trabalhar por turnos faz com que sinta mais sobrecarregada com as decisões e tarefas de cuidados às filhas. Agora que o regresso ao trabalho está próximo (M. é contabilista e a licença de maternidade termina no próximo mês), tem receio de não conseguir conciliar as exigências profissionais (“*até aqui sempre consegui fazer tudo, sempre fui um bocado perfeccionista, mas agora com duas não sei como vai ser... tenho pensado muito nisso*”) com as tarefas de maternidade.

CONCLUSÃO

Apesar da elevada prevalência da DPP e das suas consequências para toda a família, esta condição clínica é ainda subdiagnosticada e, conseqüentemente, subtratada. É, pois, necessário, desenvolver novas abordagens que aumentem a sua deteção e tratamento e, neste contexto, uma modelo *stepped-care* (tratamento por passos) para o tratamento da DPP pode constituir uma boa abordagem (Gjerdingen, Katon, & Rich, 2008).

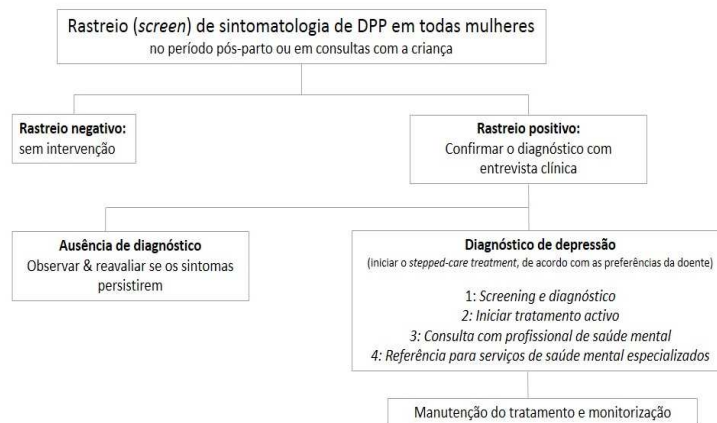


Figura 3. Modelo de Tratamento *Stepped-Care* (tratamento por passos) para a DPP.

Fonte: Adaptado com permissão de Gjerdingen, Katon e Rich (2008, p. 48).

De acordo com esta abordagem, existem diferentes níveis de cuidados, em função dos níveis de sintomatologia apresentados:

a) rastreio da sintomatologia depressiva na população perinatal, acompanhada de educação acerca da DPP (diagnóstico, natureza e duração da perturbação, complicações, opções de tratamento);

b) tratamento inicial da sintomatologia depressiva nos cuidados de saúde primários (desenvolvimento de planos de tratamento, intervenções breves de

menor intensidade e custo, como intervenções psicoeducativas ou de treino de competências);

c) quando os sintomas depressivos assumem um carácter persistente, consulta com profissional de saúde mental, preferencialmente de forma integrada nos cuidados de saúde primários (abordagem psicoterapêutica); e

d) referência para serviços de saúde mental especializados, para doentes com perturbação psiquiátrica grave (e.g., perturbação bipolar ou psicótica; perturbações de personalidade; perturbações de abuso de substâncias; ideação suicida ativa; Gjerdingen et al., 2008; Stuart et al., 2003).

As intervenções psicológicas *online*, constituindo intervenções de menor intensidade e custo, podem tornar o uso da abordagem *stepped-care* para a DPP mais viável na prática clínica.

QUESTÕES DE ESCOLHA MÚLTIPLA

1. Analise as seguintes afirmações sobre o diagnóstico da Depressão Pós-Parto.

I – Na DSM-5, a Depressão Pós-Parto é uma entidade clínica distinta e bem definida, enquadrada nas perturbações de humor.

II - Na DSM-5, o diagnóstico de Episódio Depressivo Major inclui o especificador “com início no pós-parto”, para se referir aos sintomas depressivos que ocorrem durante a gravidez ou quatro semanas após o parto.

III – Na DSM-5, contrariamente às versões anteriores da DSM, o diagnóstico de Episódio Depressivo Major inclui o especificador “com início no periparto”, para se referir aos sintomas depressivos que ocorrem durante a gravidez ou quatro semanas após o parto.

Que afirmações são corretas?

- A) A afirmação I e III são verdadeiras.
- B) A afirmação I e II são verdadeiras.
- C) A afirmação III é verdadeira.
- D) Todas as afirmações são verdadeiras.

Resposta:

Opção C). A DPP não é considerada uma categoria de diagnóstico independente na DSM-5 (APA, 2013). No entanto, a DSM-5 reconhece que a DPP pode ser uma forma específica de depressão, ao considerar o especificador “com início no periparto”, para se referir aos sintomas depressivos que ocorrem durante a gravidez ou quatro semanas após o parto. Nas versões anteriores da DSM (DSM-IV e DSM-IV-R), o especificador considerado era “com início no pós-parto”, referindo-se apenas aos sintomas depressivos manifestos nas primeiras quatro semanas após o parto.

2. No que diz respeito à sintomatologia característica da DPP, selecione a afirmação correta:

- A) A sintomatologia de DPP pode incluir os pensamentos automáticos negativos, frequentemente relacionados com a incapacidade de cuidar do bebê ou com o medo de ficar sozinha com ele, mas também pensamentos obsessivos (e.g., pensamentos sobre a possibilidade de fazer mal ao bebê).
- B) A sintomatologia ansiosa não surge associada à DPP.
- C) Habitualmente, a DPP não se caracteriza por queixas físicas (e.g., fadiga, dores de cabeça, falta de apetite).
- D) Todas as opções são corretas.

Resposta:

Opção A). Os pensamentos automáticos negativos ocorrem na maioria das mulheres no período pós-parto, mas assumem maior intensidade e frequência quando estas apresentam sintomatologia depressiva. Além disso, cerca de 20-40% das mulheres com DPP reporta também pensamentos obsessivos (e.g., relacionados com a possibilidade de magoar o bebê), sendo estes pensamentos particularmente perturbadores para as mulheres, e motivo para procurar ajuda profissional. A DPP tem ainda associada, com frequência, sintomatologia ansiosa e as queixas somáticas (e.g., cansaço e fadiga, falta de apetite, dificuldades ao nível do sono) são também frequentes.

3. No que diz respeito à prevalência da DPP, selecione a afirmação correta:

- A) O período de maior incidência e prevalência pontual da DPP são os três primeiros meses pós-parto.
- B) O período de maior incidência e prevalência pontual da DPP são os seis meses pós-parto.
- C) A prevalência de período nos 12 meses pós-parto é cerca de 10-15%.
- D) As opções A) e C) estão corretas.

Resposta:

Opção A). Os estudos de incidência e prevalência da DPP sugerem que a maior parte das mulheres desenvolve sintomas depressivos nos três primeiros meses pós-parto, pelo que a prevalência pontual da DPP atinge o seu pico no terceiro mês pós-parto (12.9%), período a partir do qual começa a diminuir. No que diz respeito à prevalência de período de DPP, as estimativas sugerem que esta atinge os 53.7% nos 12 meses pós-parto.

4. No que diz respeito ao diagnóstico diferencial entre DPP, Blues Pós-parto e psicose puerperal, selecione a opção correta:

- A) O blues pós-parto distingue-se da DPP porque se inicia 2-5 dias após o parto, e tem uma natureza benigna e transitória (os sintomas remitem passado alguns dias).
- B) A psicose puerperal distingue-se pelo quadro de sintomatologia apresentado (e.g., alucinações/delírios, hiperatividade, agitação,

confusão/desorientação, comportamentos bizarros, falta de *insight*), que não costuma ocorrer na DPP, e requer habitualmente tratamento psiquiátrico.

- C) Nenhuma das opções é correta.
- D) As opções A) e B) são corretas.

Resposta:

Opção D). Em termos de diagnóstico diferencial, a DPP distingue-se do *blues* pós-parto e da psicose puerperal. O *blues* pós-parto é uma condição clínica muito comum, que habitualmente ocorre nos primeiros três a cinco dias pós-parto e tem uma duração limitada (os sintomas remitem passado alguns dias). Por outro lado, a psicose puerperal é uma condição clínica mais rara e aguda, que se caracteriza por sintomatologia que não é característica do episódio depressivo e permite estabelecer o diagnóstico diferencial (e.g., desorganização de pensamento, comportamentos bizarros, falta de *insight*, delírios de referência, perseguição, de ciúme ou grandiosidade, perturbação sensorial, hiperatividade, e autonegligência). Habitualmente, a psicose puerperal requer tratamento psiquiátrico e hospitalização.

5. No que diz respeito às consequências da DPP, selecione a opção correta:

- A) A DPP tem consequências graves para a mãe, em termos da sua saúde física e bem-estar, mas não há evidências que tenha consequências para o bebé/criança.
- B) Existe evidência empírica de que a DPP pode comprometer o desenvolvimento do bebé, nomeadamente o seu desenvolvimento cognitivo.
- C) A interação mãe-criança não é habitualmente perturbada, na presença de DPP.
- D) Todas as opções são corretas.

Resposta:

Opção B). A investigação tem demonstrado que a DPP está associada a consequências não só para a mãe, mas para todo o sistema familiar. Especificamente, a investigação tem demonstrado que a DPP pode comprometer o desenvolvimento do bebé, nomeadamente o seu desenvolvimento cognitivo, e também tem repercussões na interação mãe-criança; a generalidade dos estudos demonstra que as crianças que são filhas de mães deprimidas estão expostas de forma crónica a interações menos positivas e reguladas (e.g., respostas menos contingentes à criança, mais emocionalidade negativa, menos interações face-a-face com a criança e menor envolvimento em atividades enriquecedoras com a criança).

6. Analise as seguintes afirmações sobre os fatores de risco da Depressão Pós-Parto.

I – A história prévia de psicopatologia e a ansiedade ou depressão durante a gravidez são fatores de risco da DPP, tendo sido encontrada uma associação fraca entre estas variáveis e a DPP.

II – O perfeccionismo é um fator de risco para a DPP.

III – Quando as mulheres percebem fraco apoio social por parte do seu companheiro ou se encontram insatisfeitas com a sua relação conjugal, estão em maior risco de desenvolver DPP.

Que afirmações são corretas?

- A) A afirmação I e III são verdadeiras.
- B) A afirmação I e II são verdadeiras.
- C) A afirmação II e III são verdadeiras.
- D) Todas as afirmações são verdadeiras.

Resposta:

Opção C). A história prévia de psicopatologia e a ansiedade e depressão pré-natal são fatores de risco para a DPP, encontrando-se uma associação moderada a forte entre estas variáveis e a DPP. No que respeita aos fatores psicológicos, o perfeccionismo tem sido considerado um fator de risco para a DPP. De forma consensual, o fraco apoio do companheiro e a insatisfação conjugal são também fatores de risco para a DPP.

7. A identificação dos fatores de risco para a DPP é importante porque:

- A) Melhora a compreensão dos mecanismos que mantêm a DPP.
- B) Melhora a compreensão dos mecanismos que levam ao desenvolvimento da DPP e possibilita o desenvolvimento de abordagens de prevenção mais eficazes.
- C) O conhecimento dos fatores de risco permite identificar quais são os fatores protetores da DPP.
- D) Nenhuma das opções é verdadeira.

Resposta:

Opção B). A identificação dos fatores de risco para a DPP é importante porque melhora a compreensão dos fatores e dos mecanismos que levam ao desenvolvimento da DPP; essa identificação possibilita o desenvolvimento de intervenções preventivas direcionadas à eliminação dos fatores de risco ou à ação sobre os mecanismos pelos quais os fatores de risco atuam, tornando essas prevenções mais eficazes.

8. Sobre os modelos conceptuais da DPP, é verdade que:

- A) A Teoria Interpessoal da DPP assenta na premissa de que a DPP tem origem nas perturbações das relações interpessoais (e.g., com o companheiro, com os pais, com os amigos), que são características do período pós-parto.

- B) O modelo de vulnerabilidade-*stress* para a DPP, o modelo Biopsicossocial da DPP e o modelo Cognitivo-Comportamental da DPP assentam na premissa de que o período pós-parto é um período indutor de *stress* para as mulheres, podendo ativar fatores de vulnerabilidade pré-existentes, e precipitando a ocorrência de DPP.
- C) As opções A) e B) são verdadeiras.
- D) Nenhuma das opções é verdadeira.

Resposta:

Opção C). A Teoria Interpessoal assenta na premissa de que os seres humanos são seres iminentemente sociais, pelo que, apesar de ter em conta o papel dos fatores biológicos, de acordo com esta teoria, a depressão é conceptualizada como uma doença que ocorre num contexto social que se encontra perturbado (problemas interpessoais). O modelo de vulnerabilidade-*stress* para a DPP, o modelo Biopsicossocial da DPP e o modelo Cognitivo-Comportamental da DPP têm em comum duas assunções: a) existem mulheres mais vulneráveis à ocorrência de DPP, porque possuem um conjunto de características (fatores de vulnerabilidade) que as tornam mais suscetíveis a essa condição clínica; e b) o período pós-parto é um período indutor de *stress*, podendo ativar fatores de vulnerabilidade pré-existentes.

9. De acordo com o modelo Cognitivo-Comportamental da DPP de Wenzel e Kleiman (2015):

- A) A vulnerabilidades biológicas e psicológicas são frequentemente ativadas em períodos de *stress*.
- B) As crenças nucleares disfuncionais sobre a maternidade são mais frequentes em mulheres que não têm fatores de vulnerabilidade para a DPP.
- C) As vulnerabilidades psicológicas e as crenças disfuncionais são fatores modificáveis através da intervenção.
- D) As opções A) e C) estão verdadeiras.

Resposta:

Opção D). O modelo Cognitivo-Comportamental da DPP (2015) assenta no modelo biopsicossocial da DPP e nas assunções do modelo cognitivo-comportamental. De acordo com este modelo: a) as pessoas têm vulnerabilidades biológicas e psicológicas que as predispõem para experienciar *distress* emocional; b) essas vulnerabilidades são frequentemente ativadas em períodos de *stress*; e c) as crenças nucleares disfuncionais emergem dos fatores de vulnerabilidade e também contribuem para o *distress* emocional. De acordo com este modelo, é possível identificar fatores modificáveis que podem ser alvo de intervenção, nomeadamente as vulnerabilidades psicológicas e as crenças disfuncionais gerais e específicas.

10. Analise as seguintes afirmações sobre a avaliação da Depressão Pós-Parto.

I – A avaliação da DPP é fácil, porque as mulheres reconhecem facilmente os sintomas depressivos quando recorrem aos cuidados de saúde primários.

II – A DPP é uma condição clínica subdiagnosticada, porque as mulheres têm dificuldade em reconhecer os sintomas depressivos e em falar deste tópico com os profissionais de saúde.

III – O rastreio (*screening*) da DPP pode aumentar as taxas de deteção e tratamento da DPP, apesar de não ser bem aceite pelas mulheres no período pós-parto.

Que afirmações são corretas?

- A) A afirmação I e III são verdadeiras.
- B) A afirmação II é verdadeira.
- C) A afirmação II e III são verdadeiras.
- D) A afirmação III é verdadeira.

Resposta:

Opção B). A avaliação da DPP nem sempre é fácil, porque as mulheres têm dificuldade em reconhecer os seus sintomas depressivos e em abordar este tópico com os profissionais de saúde. Em consequência, a DPP é uma condição clínica subdiagnosticada. Para evitar que a abordagem sobre este tópico esteja dependente da capacidade de comunicação das mulheres, é importante que os profissionais de saúde incluam na sua avaliação o questionamento acerca do estado de humor das mulheres e do seu bem-estar emocional. O rastreio (*screening*) da DPP nos cuidados primários de saúde, através de instrumentos de autorresposta, é uma forma de aumentar as taxas de deteção e tratamento da DPP, sendo uma opção para a qual as mulheres demonstram grande aceitabilidade.

11. No que respeita à identificação das mulheres que podem estar em risco aumentado de desenvolver DPP:

- A) Os instrumentos de avaliação dos fatores de risco para a DPP podem ser utilizados isoladamente, pelas suas excelentes características psicométricas.
- B) Idealmente, uma abordagem que conjugue instrumentos de avaliação dos fatores de risco para a DPP e entrevista clínica é a mais adequada para a identificação precoce de mulheres em risco de desenvolver DPP.
- C) Os instrumentos de avaliação dos fatores de risco da DPP não devem ser utilizados.
- D) Nenhuma das opções é correta.

Resposta:

Opção B). A identificação de mulheres que possam estar em risco aumentado de desenvolver DPP é um objetivo clínico importante e, para isso, uma abordagem que conjugue instrumentos de avaliação e entrevista clínica, que possa identificar a presença de fatores de risco na história clínica, a condição psicossocial atual e a presença de sintomas depressivos nas mulheres, parece ser a abordagem mais indicada.

12. Sobre as intervenções preventivas para a DPP, é verdade que:

- A) Estas parecem ser mais eficazes se dirigidas a todas as mulheres (universal) e não apenas a mulheres com fatores de risco para DPP.
- B) Estas parecem ser mais eficazes se desenvolvidas com base em modelos psicoterapêuticos (como a Terapia Cognitivo-Comportamental ou a Terapia Interpessoal) e aplicadas durante a gravidez.
- C) Estas parecem ser mais eficazes se desenvolvidas com base em modelos psicoterapêuticos (como a Terapia Cognitivo-Comportamental ou a Terapia Interpessoal) e aplicadas no período pós-parto.
- D) Estas têm uma eficácia similar à eficácia dos tratamentos da DPP.

Resposta:

Opção C). As intervenções preventivas para a DPP são mais eficazes quando: a) são dirigidas as mulheres com fatores de risco para DPP (intervenções seletivas/indicadas); b) são individuais; c) se iniciam no período pós-parto; d) são breves; e) são desenvolvidas com base em modelos psicoterapêuticos, como a Terapia Cognitivo-Comportamental ou a Terapia Interpessoal. Os efeitos das intervenções preventivas para a DPP são mais modestos quando comparados com os efeitos do tratamento da DPP.

13. No que diz respeito à Terapia Cognitivo-Comportamental para a DPP, é verdade que:

- A) Esta deve atender a tópicos específicos do período perinatal (e.g., crenças culturalmente difundidas associadas à maternidade) e às relações interpessoais.
- B) Os treinos de competências (resolução de problemas, comunicação) são componentes importantes do processo terapêutico.
- C) As estratégias de ativação comportamental devem ser adaptadas, de forma a ajustar-se às especificidades deste período e não contribuir para aumentar a percepção de fracasso e incompetência materna.
- D) Todas as opções são verdadeiras.

Resposta:

Opção D). A TCC para a DPP deve atender a aspetos específicos do período perinatal (e.g., crenças culturalmente difundidas associadas à maternidade) e às relações interpessoais. Entre as técnicas terapêuticas utilizadas, encontram-se a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, as estratégias de ativação comportamental adaptadas, os treinos de resolução de problemas e de competências de comunicação.

14. Leia o caso clínico de M. Que fatores de risco para a DPP podemos identificar na sua história?

- A) Escasso apoio social e insatisfação na relação conjugal.
- B) Dificuldades em conciliar as tarefas profissionais e familiares.
- C) Escasso apoio social, história de psicopatologia e perfeccionismo.

D) Problemas na relação com a mãe e M. ter tido a segunda filha.

Resposta:

Opção C). Na história clínica de M., são evidentes os seguintes fatores de risco: escasso apoio social (sente-se sobrecarregada nas tarefas de cuidados devido ao trabalho por turnos do companheiro, apesar de terem uma boa relação conjugal), características de personalidade (perfeccionismo) e história prévia de psicopatologia.

15. Atendendo à sintomatologia clínica apresentada por M., que componentes considera prioritárias na intervenção, de acordo com a terapia cognitivo-comportamental?

- A) Treino de competências comunicacionais e reestruturação cognitiva.
- B) Treino de resolução de problemas.
- C) Psicoeducação e reestruturação cognitiva.
- D) Psicoeducação e treino de competências comunicacionais.

Resposta:

Opção A). Face à sintomatologia apresentada por M., o treino de competências comunicacionais é particularmente relevante, para que a M. possa desenvolver competências de comunicação assertiva que a ajudem a pedir apoio quando necessário (obter apoio social), mas também a lidar com opiniões não solicitadas da rede social (por exemplo, da sua mãe). Além disso, M. refere ter dificuldade em lidar com os pensamentos negativos intrusivos, pelo que a reestruturação cognitiva é também uma componente prioritária da intervenção.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barrera, A., Wickham, R., & Munoz, R. F. (2015). Online prevention of postpartum depression for Spanish and English-speaking pregnant women: A pilot randomized controlled trial. *Internet Interventions, 2*, 257-265. doi:10.1016/j.invent.2015.06.002
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research, 50*, 275-285.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beeghly, M., Weinberg, M., Olson, K., Kernan, H., Riley, J., & Tronick, E. (2002). Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year. *Journal of Affective Disorders, 71*, 169-180. doi:10.1016/S0165-0327(01)00409-8
- Boyce, P. (2003). Risk factors for postnatal depression: A review and risk factors in Australian populations. *Archives of Women's Mental Health, 6*, s43-s50. doi:10.1007/s00737-003-0005-9

- Canavarro, M. C. (2009). *Uma perspetiva desenvolvimentista e ecológica sobre a adaptação na transição para a maternidade*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Cantilino, A., Carvalho, J. A., Maia, A., Albuquerque, C., Cantilino, G., & Sougey, E. (2007). Translation, validation and cultural aspects of Postpartum Depression Screening Scale in Brazilian Portuguese. *Transcultural Psychiatry, 44*, 672-684. doi:10.1177/1363461507083904
- Clatworthy, J. (2012). The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women. *Journal of Affective Disorders, 137*, 25-34. doi:10.1016/j.jad.2011.02.029
- Cooper, P. J., & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *The British Journal of Psychiatry, 166*, 191-195. doi:10.1192/bjp.166.2.191
- Cree, M. (2015). *The compassionate mind approach to postnatal depression: Using compassion focused therapy to enhance mood, confidence and bonding*. Great Britain: Robinson.
- Danaher, B. G., Milgrom, J., Seeley, J. R., Stuart, S., Schembri, C., Tyler, M. S., . . . Gemmill, A. W. (2013). MomMoodBooster web-based intervention for postpartum depression: Feasibility Trial Results. *Journal of Medical Internet Research, 15*, e242. doi:10.2196/jmir.2876
- Epperson, C., & Ballew, J. (2006). Postpartum Depression: A common complication of childbirth. In V. Hendrick (Ed.), *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum: Principles and treatment*. New Jersey: Humana Press.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior & Development, 18*, 1-13.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior & Development, 33*, 1-6. doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.005
- Fonseca, A., Gorayeb, R., & Canavarro, M. C. (2015). Women's help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Sociodemographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help. *Midwifery, 31*, 1177-1185. doi:10.1016/j.midw.2015.09.002
- Gaynes, B., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K., Swinson, T., Gartlehner, G., . . . Miller, W. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy and screening outcomes. *Evidence Report/Technology Assessment (Vol. 119)*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Gjerdingen, D. K., Katon, W., & Rich, D. (2008). Stepped care treatment of postpartum depression: A primary care-based management model. *Women's Health Issues, 18*, 44-52. doi:10.1016/j.whi.2007.09.001
- Gjerdingen, D. K., & Yawn, B. P. (2007). Postpartum depression screening: Importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *Journal of American Board of Family Medicine, 20*, 280-288.
- Goodman, J. H. (2008). Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction. *Infant Mental Health Journal, 29*, 624-643. doi:10.1002/imhj.20199
- Haga, S., Drozd, F., Brendryen, H., & Slinning, K. (2013). Mamma mia: A feasibility study of a web-based intervention to reduce the risk of

- postpartum depression and enhance subjective well-being. *Journal of Medical Internet Research*, 2, e29. doi:10.2196/resprot.2659
- Hall, P. L., & Wittkowski, A. (2006). An exploration of negative thoughts as a normal phenomenon after childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51, 321-330. doi:10.1016/j.jmwh.2006.03.007
- Hassert, S. (2014). *Expecting the unexpected: Testing a theoretical model of postpartum depression*. Unpublished Doctoral Dissertation, Arizona State University: Arizona.
- Horowitz, J. A., & Goodman, J. H. (2005). Identifying and treating postpartum depression. *Journal of Obstetrics, Gynecological, and Neonatal Nursing*, 34, 264-273. doi:10.1177/0884217505274583
- Jennings, K., Ross, S., Popper, S., & Elmore, M. (1999). Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *Journal of Affective Disorders*, 54, 21-28.
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 43, 683-714. doi:10.1007/s10578-012-0291-4
- Milgrom, J., & Gemmill, A. W. (2014). Screening for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28, 13-23. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.014
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., . . . Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 147-157. doi:10.1016/j.jad.2007.10.014
- Milgrom, J., Martin, P. R., & Negri, L. M. (1999). *Treating postnatal depression: A psychological approach for health care practitioners*. West Sussex: Wiley.
- O'Hara, M. W. (1994). *Postpartum depression: Causes and Consequences*. New York: Springer-Verlag.
- O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: What we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1258-1269. doi:10.1002/jclp.20644
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
- O'Mahen, H., Fedock, G., Henshaw, E., Himle, J. A., Forman, J., & Flynn, H. A. (2012). Modifying CBT for perinatal depression: What do women want? *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 359-371. doi:10.1016/j.cbpra.2011.05.005
- O'Mahen, H. A., Woodford, J., McGinley, J., Warren, F. C., Richards, D. A., Lynch, T. R., & Taylor, R. S. (2013). Internet-based behavioral activation-treatment for postnatal depression (Netmums): A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 150, 814-822. doi:10.1016/j.jad.2013.03.005
- Pope, S. (2000). *Postnatal Depression: A systematic review of published scientific literature to 1999*. Australia: National Health and Medical Research Council.
- Riecher-Rossler, A., & Hofecker, M. (2003). Postpartum depression: Do we still need this diagnostic term? . *Acta Psychiatrica Scandinava*, 108, 51-56.

- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295. doi:10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006
- Santos, I., Matijasevich, A., Tavares, B., Barros, A., Botelho, I., Lapolli, C., . . . Barros, F. (2007). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 2577-2588. doi:10.1590/S0102-311X2007001100005
- Sockol, L., Epperson, C., & Barber, J. (2013). Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33, 1205-1217. doi:10.1016/j.cpr.2013.10.004
- Stuart, S. (2012). Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19, 134-140. doi:10.1002/cpp.1778
- Stuart, S., O'Hara, M. W., & Gorman, L. L. (2003). The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6, s57-s69. doi:10.1007/s00737-003-0003-y
- Sullivan, H. S. (ed) (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: The W. W. Norton & Company.
- Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 147-156. doi:10.1080/10673220902899714
- Wenzel, A., & Kleiman, K. (2015). *Cognitive Behavioral Therapy for Perinatal Distress*. New York: Routledge.
- World Health Organization. (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health: A global review of the literature*. Geneva: World Health Organization.