

Risco psicopatológico da gestante e relação precoce com o bebê

Manuel Joaquim Loureiro

Paula Carvalho

Profesores de la Universidad da Beira Interior

Resumo

A experiência da maternidade exige da grávida adaptações de natureza intrapsíquica e interpessoal. Neste processo adaptativo há um risco palpável de perturbação psíquica suportado por diferentes estudos, sendo o mais conhecido o risco de vir a deprimir. Por sua vez este risco e as vivências associadas aos estados perturbados de depressão e ansiedade introduzem alterações na auto-percepção da grávida e nas suas atitudes face ao bebê. As alterações atitudinais têm implicações no processo de comunicação da mãe com o bebê, com consequências a nível do desenvolvimento cognitivo, emocional, social e comportamental deste.

Estas dificuldades, nem sempre adequadamente sinalizadas, para além da terapêutica médica convencional beneficiam de intervenções de natureza psicológica e psicossocial, nomeadamente, a terapia comportamental cognitiva e aconselhamento não directivo. Igualmente se justificam as estratégias preventivas, encontrando algumas delas apoio empírico como as postas em prática com base na comunicação entre as mães via telefone.

Neste artigo apresentamos uma revisão de trabalhos que reportam investigações sobre as dificuldades emocionais que podem ocorrer associadas à maternidade e suas consequências para a saúde materna e para a relação precoce mãe-bebê.

Palabras clave: maternidad, ansiedad, psicosocial, dificultades emocionales.

Abstract

The maternity's experience involves a lot of adaptations of nature interpersonal and intrapsychic. Along this process there is a palpable risk of psychic perturbation, fact supported for several studies, the best known the depression's risk. At the same time this risk with the added experiences to these emotional disturbing states: anxiety and depression, become alterations on the perception of the majority of their attitudes to the baby. These alterations bring the non-communication between the mother and the baby with consequences at a cognitive, emotional, social and behavioural level.

These difficulties are not always well analysed into the traditional medical therapeutic, being necessary psychological and psychosocial interventions, normally, non-direct counseling and behavioural therapies. In the same way are justified the preventive strategies, that find empirical support as those which take place in the practical communication among the mothers by the phone.

On this article, it is presented a revision of the works that treat of the different researches over of the associated difficulties to the motherhood and their consequences for the mother's health and for the relationship with the baby.

Key words: maternity, anxiety, psychosocial, difficulties.

Introdução

A parentalidade tem sido perspectivada como um acontecimento normativo do ciclo de vida, ocorrendo no contexto do desenvolvimento individual de cada um dos pais, bem como no seu contexto sócio-familiar mais alargado (Canavarro, 2001; Cowan & Cowan, 1992; Goldberg, 1988). Pode ser definida como "a capacidade de superar as tarefas desenvolvimentais, fundindo-as na capacidade de cuidar e educar uma criança, contribuindo para o seu desenvolvimento harmonioso e também para o próprio desenvolvimento pessoal" (Canavarro, 2001, p. 45).

Desde sempre se admitiu que o nascimento de um filho marca o início de uma nova etapa da vida da mulher, do casal e da família mais alargada. Sobretudo quando se trata do primeiro filho, implica grandes mudanças e tem um grande impacto na vida pessoal e familiar dos indivíduos (Relvas & Lourenço, 2001), modificando de forma irre-

versível a identidade, papéis e funções dos pais e de toda a família (Colman & Colman, 1994; Relvas & Lourenço, 2001).

A transição para a parentalidade refere-se ao período relativamente breve de tempo que medeia entre o início de uma gravidez e os primeiros meses após o nascimento do bebé (Goldberg, 1988). Se numa perspectiva biológica podemos considerar que a transição se inicia com a concepção, do ponto de vista psicológico e sociológico, teremos que conceber a transição para a parentalidade como tendo início quando a mulher tenta ficar grávida ou fica grávida, quando a gravidez é confirmada e quando decide continuar a gravidez (Mercer, 2004), pois a partir daí surgem as expectativas e todos os processos de tomada de decisão já relacionados com a concepção de uma criança e que influenciarão sempre aquele momento. As forças, biológicas e ambientais, que levam homens e mulheres a desejarem ter filhos e as fantasias nascidas desse desejo, podem encarar-se como a pré-história da vinculação (Brazelton & Cramer, 1993).

Nos meses de gravidez que se seguem e que culminarão no momento do parto, num período relativamente curto, a mulher vai ter de efectuar adaptações a mudanças diversas, nomeadamente às respeitantes à sua nova condição corporal, psicológica, familiar e social, implicadas na transição da gravidez para a parentalidade (Canavarro & Pedrosa, 2005; Fernández & Cabaco, 2004; Figueiredo, 2000; Jongenelen, 2003). Pode ser simultaneamente compreendida como um processo em que se dá a reorganização dos papéis de cada um dos indivíduos, a nível conjugal, parental, social, profissional, podendo mesmo haver algumas modificações da personalidade de cada um dos pais, bem como do seu sentido de identidade (Antonucci & Mikus, 1988). É também neste período, que se verifica uma sucessão de fases que podem ser descritas como o alvorecer da vinculação (Brazelton & Cramer, 1993).

O impacto deste processo de transição transcende os momentos da concepção e do parto (Cowan & Cowan, 1992). Tornar-se mãe ou pai é sobretudo um processo dinâmico de construção e de desenvolvimento pessoal (Canavarro, 2001; Canavarro & Pedrosa, 2005) que acciona outros processos susceptíveis de modificar a identidade pessoal, funções e papéis dos progenitores e da família, e que se traduzem na construção da parentalidade (Colman & Colman, 1994).

A transição para a parentalidade apresenta-se, pois, como um período de investigação fértil, principalmente devido às múltiplas implicações que a condição de ser pai ou mãe traz, a nível individual e, consequentemente, para a vida familiar, cuidados parentais e relação pais-criança, estando o desenvolvimento do novo ser directamente implicado.

Pelo que foi exposto anteriormente, parece claro que a gravidez e o nascimento de um filho assumem um carácter de transição e como

tal, representam momentos de mudança na trajetória de vida dos pais e do sistema familiar. São acontecimentos acompanhados de alterações significativas na vida da mulher, na medida em que por vezes obriga a uma modificação de padrões de actividade, a modificações de hábitos e de relações sociais, que implicam um conjunto de ganhos e perdas, dependentes do significado e da avaliação que para cada mulher tem a sua nova condição física. Se estas mudanças forem percebidas como ameaçadoras e ultrapassarem os recursos individuais e familiares existentes, podem potencialmente acarretar condições de risco (Rutter, 1990; Vaz Serra, 1999).

1. Risco psicopatológico associado à gravidez: consequências para a relação precoce da mãe com o bebé

A gravidez tem sido frequentemente considerada como um período de tranquilidade e bem-estar, sendo aceite por vários investigadores que este período da vida de uma mulher é marcado por um relativo bem-estar psicológico. Contudo, outros investigadores reportam a presença de sintomatologia depressiva ou outra, ligeira ou moderada, durante a gravidez (e.g. Austin, 2004; Cohen, Nonacs, Bailey, Viguera, Reminick, Altshuler, Stowe, & Faraone, 2004; Marcus, Flynn, Blow, & Barry, 2003). Em algumas mulheres a transição da gravidez para a maternidade é acompanhada de perturbações psicopatológicas que podem ser de vários tipos. Estas mulheres podem apresentar emoções, comportamentos e pensamentos fora dos parâmetros considerados normais.

Parece estranho que um acontecimento que em termos culturais tende a estar associado à alegria, congratulação e festa, possa ser vivenciado com sofrimento. Contudo, é isso que se passa com uma percentagem significativa de mulheres independentemente de ser ou não a primeira vez que assumem o papel de mãe. Entre as manifestações mais comuns podem-se encontrar durante a gravidez perturbações emocionais (e.g. Austin, 2004; Berthiaume, David, Saucier, & Borgeat, 1998; Cohen et al., 2004; Marcus et al., 2003), nas semanas que se seguem ao parto (e.g. Battle, & Zlotnick, 2005; Grazioli, & Terry, 2000; Nysten, Segre, & O'Hara, 2005; Steiner, 2002) ou em ambos estes períodos (e.g. Boath, Bradley, & Henshaw, 2005; Mathey, Phillips, Glossop, Hopper, Panasetis, & Petridis, 2004; Nhiwatiwa, Patel, & Acuda, 1998).

Marcus e colaboradores (2003) num estudo sobre uma extensa amostra de grávidas (N=3472), utilizando como instrumento de medida o CES-D durante o 1.º, 2.º ou 3.º trimestre de gravidez, verificaram que 20,4% das mulheres que participaram neste estudo apresentavam sintomatologia depressiva. Constataram também que eram

muito poucas as grávidas que se encontram em tratamento, apenas 13,8% (Marcus et al., 2003). Os resultados desta investigação replicam as evidências de outros estudos efectuados nos últimos anos que mostram que as mulheres deprimem durante a gravidez.

Num estudo de Kelly, Pusso e Katon (2001), conduzido sobre um conjunto de 186 grávidas, com 18 ou mais anos de idade e recebendo acompanhamento obstétrico, verificam que 21% da amostra cumpria critérios diagnósticos de depressão avaliada através do questionário PRIME-MD¹.

Uma investigação de Cohen e colaboradores (2004), permitiu concluir que a gravidez e as alterações hormonais que lhe estão associadas, não têm um carácter “protector” em relação ao risco de recaída de depressão. Numa amostra de 32 mulheres grávidas com história passada de depressão, cerca de 75% destas mulheres recaíram durante a gravidez. Saliente-se que a maioria das recaídas (79%) ocorreu durante o 1.º trimestre de gravidez e que a recaída foi mais frequente em mulheres que apresentavam histórias de depressão crónica. Cerca de 38% das mulheres que recaíram, reintroduziram o tratamento com anti-depressivos, que mantiveram durante toda a gravidez (Cohen et al., 2004).

Relativamente às variáveis que estão associadas à depressão na gravidez e que podem ser consideradas factores de risco para a sua ocorrência têm sido apontadas: a história anterior de depressão (e.g. Carvalho, Loureiro, & Simões 2007; Cohen et al., 2004; Finkelman, 2003; Marcus et al., 2003); condições sociodemográficas desfavoráveis, como por exemplo o facto de a grávida não ser casada ou possuir um baixo nível educacional (e.g. Marcus et al., 2003); abuso de substâncias (e.g. Finkelman, 2003); baixos níveis de suporte social ou baixo grau de satisfação conjugal (e.g. Carvalho et al., 2007; Fernández, 2005; gravidez não planeada/desejada (e.g. Carvalho et al., 2007; Conway, & Kennedy, 2004).

Existe um conjunto de circunstâncias que estando associadas à depressão na gravidez, podem constituir-se como fontes secundárias de preocupação e aumentar o risco de problemas de vinculação para o bebé. Entre elas figuram, um maior número de queixas somáticas durante a gravidez (e.g. Kelly et al., 2001); pior estado geral de saúde (e.g. Conway, & Kennedy, 2004; Diego, Field, Hernandez-Reif, Cullen, Schanberg, & Kuhn, 2004); menos cuidados de saúde pré-natais (e.g. Fernandez et al., 2005; Finkelman, 2003) e, sobretudo, um maior consumo de substâncias, nomeadamente de bebidas alcoólicas e tabaco (e.g. Blalock, Fouladi, Wetter, & Cinciripini, 2005; Conway, & Kennedy, 2004; Finkelman, 2003; Marcus et al., 2003), que têm sido encontrados com bastante frequência em associação com a depressão na gravidez.

¹ Primary Care Evaluation of Mental Disorders (Spitzer et al., 1994).

As principais consequências decorrentes da depressão na gravidez a curto prazo referem-se às complicações obstétricas e neonatais. Existem vários estudos que têm vindo a demonstrar que é significativamente mais baixo o peso à nascença dos bebés, em mulheres que estiveram deprimidas, quando comparadas com mulheres que não apresentaram sintomatologia psicopatológica ao longo da gestação (e.g. Conway, & Kennedy, 2003).

Os efeitos adversos da depressão na mulher grávida sobre a maturação fetal foram inicialmente assinalados nos bebés recém-nascidos. Entre esses efeitos incluem-se, nos bebés observados poucas horas depois do parto, cujas mães estiveram deprimidas durante o último trimestre de gravidez, a presença de padrões desorganizados de sono (Diego et al., 2004); presença de maior assimetria frontal direita (devida a reduzida actividade do hemisfério esquerdo) nos exames ECG (Diego et al., 2004), menor tónus vagal (Field, 2002) e uma mais pobre realização nas NBAS², particularmente em dimensões como orientação e desenvolvimento motor (Diego et al., 2004; Field, 2002).

Quando estes bebés foram comparados com bebés filhos de mães que não apresentavam sintomatologia psicopatológica na gravidez, níveis mais elevados de norepinefrina e de cortisol e níveis mais baixos de dopamina e de serotonina foram encontrados junto dos bebés das mães deprimidas. Este padrão é semelhante aos padrões presentes nas suas mães que se encontravam deprimidas durante o período de gestação (Diego et al., 2004). Assim, podemos observar que dados recentes mostram que os valores de cortisol e norepinefrina maternos funcionam como preditores significativos quer da assimetria frontal direita observada no bebé durante a primeira semana de vida, quer dos valores neonatais de cortisol, epinefrina, dopamina e norepinefrina (Diego et al., 2004).

Estudos mais recentes têm mostrado que a depressão materna tem efeitos sobre o feto durante o período de gestação. Tal como nas investigações anteriores, verifica-se que as mães deprimidas apresentam valores mais elevados de cortisol em relação às mães que não se encontram deprimidas. Os fetos de mães deprimidas apresentavam maior actividade fetal durante o 2.º trimestre (sobretudo durante o 6.º mês) e o peso era significativamente mais baixo (Field, 2002).

Os efeitos da depressão materna no desenvolvimento do bebé têm sido associados a comportamentos menos adequados e às características neurocomportamentais exibidas pelos filhos de mães deprimidas durante a gravidez (Diego et al., 2004). Os filhos de mães deprimidas durante a gravidez apresentam maior irritabilidade e maior afastamento, níveis mais baixos de actividade, menores vocali-

² Neonatal Behavior Assessment Scale (Brazelton, 1995).

zações e mais expressões faciais negativas (Ashman e Dawson, 2002; Fernández et al., 2005; Field, 2002).

Dado que os bebés foram observados nos momentos imediatos após o parto, não se pode supor que tais efeitos sejam derivados da interacção com as mães, mas antes do facto das mães terem estado deprimidas durante a gravidez (Figueiredo, 2005).

Finkelman (2003), referiu também que as perturbações psicopatológicas maternas podem ter um impacto negativo no desenvolvimento social, emocional e cognitivo dos seus filhos. A depressão durante a gravidez, se não for diagnosticada e tratada, pode trazer vários problemas, porque afecta a mãe directamente e a criança indirectamente, através dos comportamentos que a mãe apresenta (Cox & Holden, 2004). Misri, Oberlander, Fairbrother, Carter et al. (2004), numa amostra de 46 mulheres grávidas que estavam a efectuar medicação psicotrópica para a ansiedade e/ou depressão, verificaram que estas mulheres que apresentavam níveis elevados de ansiedade e depressão durante o 2.º e 3.º trimestre de gravidez apresentavam um risco mais elevado de fraca adaptação neonatal.

As mães que apresentam depressão são caracterizadas como menos espontâneas, menos sensíveis e com menos capacidade para educar os filhos, utilizando com maior frequência a punição física (Cunningham & Zayas, 2002).

Conway e Kennedy (2004), referem que os sintomas depressivos apresentados durante a gravidez podem influenciar os comportamentos da mãe em relação ao filho, nomeadamente na redução de cuidados pré-natais e no aumento de comportamentos não-saudáveis.

Um estudo de Carter, Garrity-Rokous, Chazan-Cohen, Little e Briggs-Gowan (2001), refere que a depressão durante a gravidez é um factor de risco para o aparecimento de interacções menos positivas entre mãe-filho e para que os filhos se revelem crianças inseguras. Referem, ainda, que os filhos rapazes de mães que se apresentam deprimidas durante a gravidez e no pós-parto apresentam problemas comportamentais e fracas competências e as filhas raparigas apresentam problemas comportamentais.

De acordo com vários estudos, juntamente com a depressão, a ansiedade é outra das alterações emocionais que surge frequentemente na gravidez (e.g. Falcone et al., 2005; Glazier et al., 2004; Gurung et al., 2005; Kelly et al., 2001).

A ansiedade pode também surgir como um estado comórbido com a depressão quer durante a gravidez quer após o parto. Num estudo de Ross e colaboradores (2003), numa amostra de 150 mulheres que apresentavam sintomas depressivos no pós-parto, avaliado pelo EPDS (ponto de corte > 12), 50% apresentavam, também, níveis elevados de ansiedade, medida pela sub-escala ansiedade, utilizando

o BSI (Ross et al., 2003). Estes autores referiram também que os níveis de ansiedade durante a gravidez eram superiores aos resultados obtidos nas 6 semanas e nas 18 semanas após o parto.

Num outro estudo conduzido sobre um conjunto de 186 grávidas, com 18 ou mais anos de idade e recebendo acompanhamento obstétrico, verificam que 23% da amostra cumpria critérios diagnósticos de depressão e/ou ansiedade, sendo que 5% cumpria critérios para perturbações de ansiedade avaliada através do questionário PRIME-MD (Kelly et al., 2001).

Alguns estudos têm também vindo a salientar que a presença de depressão e ansiedade durante a gravidez, parece relacionar-se com o desenvolvimento de depressão pós-parto (e.g. Cunningham & Zayas, 2002; Spinelli, 1997).

Embora os sintomas depressivos e os sintomas ansiógenos estejam muito associados durante a gravidez e a maternidade, apresentam diferentes cursos: enquanto os sintomas depressivos são mais elevados durante a gravidez e nos primeiros meses que se seguem ao parto, os sintomas de ansiedade são mais elevados no ano a seguir ao nascimento da criança, sobretudo em pais que apresentavam sintomas psicopatológicos durante a gravidez (Perren et al., 2005).

Os níveis elevados de ansiedade durante a gravidez podem provocar consequências negativas quer para as mães quer para os futuros filhos (Gurung et al., 2005). Num estudo conduzido sobre mulheres que apresentavam sintomas de ansiedade e/ou depressão durante a gravidez, estas referiam um número muito mais elevado de queixas somáticas. Entre estas queixas as mais frequentes eram as dores de estômago, enxaquecas, tonturas, náuseas, entre outros (Kelly et al., 2001).

Níveis elevados de ansiedade durante a gravidez podem estar associados com um trabalho de parto mais prolongado ou com a realização de cesarianas (Jonhson & Slade, 2003) e com a ocorrência de parto prematuro e complicações médicas (Pacheco et al., 2005).

Verificou-se ainda uma associação entre a presença de ansiedade e/ou depressão na gravidez e a existência de uma pior qualidade na interacção entre a mãe e o bebé. Carter e colaboradores (2001), efectuaram uma investigação com uma amostra de 69 mulheres, avaliadas em vários momentos distintos: durante a gravidez, aos 4 meses que se seguem ao parto, aos 14 meses e aos 30 meses após o parto. As mulheres grávidas que apresentavam durante a gravidez depressão, medida pelo CES-D e ansiedade, avaliada através de uma entrevista clínica estruturada³, apresentam interacções menos positivas com os

³ Structured Clinical Interview for the DSM-III-R- Non-Patient Version (SCID-NP) (Spitzer et al, 1992).

filhos quando são avaliados conjuntamente nos quatro meses que se seguem ao parto. Os filhos de mães deprimidas e ansiosas durante a gravidez apresentam um risco mais elevado de vinculação insegura, sendo cerca de 80% destas crianças classificadas como inseguras (Carter et al., 2001).

A ansiedade durante a gravidez tende a ser mais elevada entre as mulheres grávidas que apresentam uma menor percepção de controlo sobre a situação (e.g. Gurung et al., 2005), atitudes mais negativas perante a gravidez (e.g. Glazier et al., 2004; Gurung et al., 2005), mulheres que referem baixo suporte social durante a gravidez (e.g. Fernandez et al., 2004; Glazier et al., 2004; Gurung et al., 2005); fraco apoio do cônjuge (e.g. Glazier et al., 2004; Gurung et al., 2005) e que experienciam um maior número de acontecimentos de vida negativos durante a gravidez (e.g. Glazier et al., 2004; Gurung et al., 2005). Os acontecimentos de vida negativos têm sido associados com o aumento de risco de parto prematuro, baixo peso à nascença e *stress* emocional na mãe (Glazier et al., 2004).

Gurung e colaboradores (2005), efectuaram uma investigação com uma amostra de 453 mulheres grávidas, avaliadas em três momentos da gravidez (1.º momento - M=18,39 semanas; 2.º momento - M=27,88 semanas e 3.º momento - M=35,80 semanas). Os dados sócio-demográficos, a avaliação de suporte social e as atitudes perante a gravidez eram efectuados no 1.º momento. A avaliação da percepção de controlo sobre a situação era efectuada no 2.º momento. A avaliação da ansiedade era efectuada em todos os momentos (Gurung et al., 2005). Estes autores ao efectuarem uma pesquisa acerca dos factores preditores de ansiedade na mãe no início da gravidez (18-20 semanas) referiram que as mulheres com atitudes positivas perante a gravidez e com níveis mais elevados de percepção de controlo apresentavam níveis mais baixos de ansiedade. As mulheres que apresentavam um maior número de acontecimentos de vida negativos apresentavam níveis mais elevados de ansiedade. Quando efectuaram uma pesquisa acerca dos factores preditores de ansiedade na mãe no final da gravidez (30-34 semanas) referiram que as mulheres com atitudes mais positivas perante a gravidez e com níveis mais elevados de percepção de controlo apresentavam níveis mais baixos de ansiedade ao longo de toda a gravidez.

Outros estudos corroboram estes resultados, um estudo de Glazier e colaboradores (2004), conduzido sobre uma amostra de 2052 grávidas conclui que as mulheres que apresentam atitudes negativas perante a gravidez, acontecimentos de vida negativos, fraco apoio do cônjuge e baixo suporte social, apresentavam níveis mais elevados de ansiedade e depressão (Glazier et al., 2004).

2. Risco psicopatológico após o parto: consequências para a relação precoce da mãe com o bebê

Durante o período que se segue ao parto, muitas mulheres experienciam sentimentos negativos, oscilando entre reacções psicóticas severas (psicose puerperal) e reacções depressivas (depressão pós-parto) até às formas mais moderadas, mas também muito comuns de humor depressivo (*blues* pós-parto) (Perren et al., 2005; Reck, Stehle, Reinig, & Mundt, 2009). Iremos referir-nos conseqüentemente à depressão pós-parto.

A depressão pós-parto tem sido definida como uma perturbação do humor que se desenvolve especificamente na sequência do parto num elevado número de mulheres (Figueiredo, 1997; 2001). A depressão pós-parto possui características em comum com as perturbações depressivas *major* e tem um pico de aparecimento nos primeiros meses e um segundo pico entre o 9.º mês e o 15.º mês após o parto (Santos, 1998). Caracteriza-se também por ausência de sintomatologia psicótica (Grace, Evindar, & Stewart, 2003).

Os estudos referem que 2 em cada 3 mulheres que desenvolvem depressão pós-parto iniciam a perturbação entre o 1.º e o 3.º mês do puerpério (e.g. Kumar & Robson, 1984).

A mulher quando chega a casa vê-se assolada por crises de lágrimas e com uma sensação de incapacidade e impotência ao que se pode associar uma irritabilidade despoletada pelos mínimos acontecimentos. Entre os sintomas mais frequentes nesta perturbação salientam-se: humor depressivo, tristeza; choro incontrolável; sentimentos de inutilidade; ansiedade ou mesmo ataques de pânico; sentimentos de culpabilização; perda da energia e sentimentos de exaustão; discurso lento e lentificação dos movimentos ou agitação motora; perda de interesse ou prazer em quase todas as actividades, incluindo a nível sexual; sentimentos de irritabilidade; perda ou aumento de apetite; diminuição da concentração e da capacidade de tomada de decisões; dificuldades em dormir (não consegue dormir mesmo quando o bebê está a dormir); sentimentos de desespero e de inadequação; labilidade emocional; pensamentos acerca da morte e ideações suicidas (Milgrom et al., 1999).

A propósito da incidência da depressão pós-parto, estima-se que uma percentagem de cerca de 10-20% das mulheres apresenta depressão pós-parto (Grazioli & Terry, 2000; Milgrom et al., 1999).

Quanto à taxa de prevalência, ela pode variar em função da população estudada, do método de avaliação utilizado e do período no pós-parto em que se efectua a avaliação (Milgrom et al., 1999), sendo de esperar alguma variabilidade nos resultados dos estudos epidemiológicos. Uma meta-análise de 59 estudos refere uma preva-

lência de 13 % (O'Hara & Swain, 1996), com muitos casos a iniciar nos primeiros 3 meses após o parto (Cooper & Murray, 1998).

Não existe um consenso claro acerca do conjunto de variáveis que melhor ajudam a prever o risco de depressão pós-parto. Enquanto alguns investigadores sugerem que deve a sua etiologia a factores biológicos, outros referem os factores sociais e pessoais durante o período que antecede o parto (Steiner, 2002). O conjunto de variáveis de risco que continua a ser identificado com maior frequência é: acompanhamento psiquiátrico no passado e a presença no passado ou no presente de problemas psiquiátricos nos familiares em 1.º grau (Steiner, 2002).

Beck (2001) identificou os factores que permitem prever o risco de desenvolver depressão pós-parto. Os factores referidos são: depressão e/ou ansiedade durante a gravidez, acontecimentos de vida negativos, *stress* provocado pela prestação de cuidados ao bebé; pouco suporte social; existência de *blues* pós-parto; baixa satisfação conjugal; história prévia de depressão; ter um bebé com temperamento difícil; baixa auto-estima; baixo nível sócio-económico e gravidez não planeada/desejada. Entre estes, os que demonstraram maior poder preditivo foram a presença de ansiedade e/ou depressão durante a gravidez; baixa auto-estima e *stress* provocado pela prestação de cuidados ao bebé.

Num estudo de Steiner (2002), a maioria das doentes que apresentavam uma depressão pós-parto tinham associada uma história de acompanhamento psiquiátrico pessoal ou familiar no passado. Na história psiquiátrica familiar foram encontrados com maior frequência os quadros clínicos de perturbação depressiva *major*, perturbação bipolar ou perturbações esquizoaffectivas.

Tudo indica que a causa da depressão pós-parto é de natureza multifactorial tendo também a investigação sublinhado a importância das variáveis psicossociais (O'Hara & Swain, 1996; Cooper & Murray, 1997; Beck, 2001), as quais devem também ser consideradas nas técnicas de intervenção (Dennis, 2005).

As variáveis de suporte social analisadas em diversos estudos preditivos, mostram claramente um aumento do risco de depressão pós-parto em mulheres que não têm ninguém com quem falar e partilhar abertamente, nomeadamente com alguém que tenha partilhado e compreendido um problema semelhante, a quem falta um confidente ou amigo íntimo, que não recebem apoio sem ter que o pedir e, se sentem socialmente isoladas (Brugha, et al., 1998; Mills, Finchilescu & Lea, 1995).

3. Do risco psicopatológico às intervenções preventivas

Vários estudos referem que muitas das perturbações que ocorrem após o parto não são detectadas (e.g. Nylén et al., 2005). Uma larga percentagem de mulheres com depressão pós-parto não recebe tratamento adequado. Embora possa ser resultado de vários factores, as dificuldades das mulheres e dos seus médicos para reconhecerem os sintomas da depressão, é uma das maiores barreiras para iniciar o tratamento. Os médicos e as mulheres tendem a atribuir os sintomas que apresentam a “flutuações hormonais” ou a mudanças normais que ocorrem após o parto (e.g. fadiga, diminuição da libido, dificuldades em conciliar o sono, alterações no peso e apetite) (Nylén et al., 2005).

A depressão pós-parto afecta negativamente não apenas a saúde das mães (e.g. Steiner, 2002), a qualidade da relação destas com os seus bebés (e.g. Carter et al., 2000; Conway e Kennedy, 2004; Misri et al., 2004; Wilson, Bobier, & Macdonald, 2004;), chegando mesmo, em muitos casos, a afectar toda a família (e.g. Battle & Zlotnick, 2005; Nylén et al., 2005).

As mães que fizeram depressão pós-parto apresentam uma maior probabilidade de experimentar significativamente mais episódios futuros de depressão (Cooper & Murray, 1995), e os bebés e crianças tornam-se particularmente vulneráveis, devido à perturbação da relação com a mãe e à percepção negativa do comportamento da criança por parte desta (Dennis, 2005).

São conhecidas as implicações directas para a saúde do bebé e das crianças resultantes da perturbação das interacções com a mãe (Murray, Fiori-Cowley, Hooper, & Cooper, 1996) e das percepções negativas do comportamento do bebé e da criança (Mayberry & Affonso, 1993) aspectos que têm sido associados à insegurança na vinculação (Hipwell, Goossens, Melhuish, Kumar, 2000), atraso no desenvolvimento emocional (Hipwell, Goossens, Melhuish, Kumar, 2000), e a dificuldades nas interacções sociais (Murray, et al., 1999). Embora de manifestação mais rara são ainda de considerar o abuso e negligência da criança e ainda a mortalidade da mãe e da criança (Buist, 1998).

Vemos assim, que a depressão pós-parto afecta o desenvolvimento da criança num conjunto de domínios. Os sintomas de depressão, incluindo, humor depressivo, irritabilidade e sentimentos de desespero, interferem com a capacidade de fornecer cuidados adequados ao bebé (Ramchandani, 2005), que como sugerem Conway e Kennedy (2004) mais esforços devem ser efectuados para facultar o diagnóstico e tratamento médico.

Os dados até agora apontados conduzem-nos à conclusão de que a realização de avaliações sistemáticas durante a gravidez é sensata, já que a presença de sintomatologia depressiva ou outra, ligeira ou

moderada, referida nos diversos estudos justifica que seja identificada tão precocemente quanto possível (e.g. Austin, 2004; Berthiaume et al., 1998; Cohen et al., 2004; Fernández, 2005; Marcus et al., 2003; Mathey, 2005) e também porque apenas um número muito reduzido de mulheres procura tratamento. Na ausência de avaliações sistemáticas a depressão durante a gravidez por não ser muito reconhecida acaba por não ser alvo de tratamento (Nylen et al., 2005).

A realização de avaliações durante a gravidez permitiria sinalizar as mulheres que podem estar em risco de desenvolver depressão pós-parto (e.g. Austin, 2004; Cunningham & Zayas, 2002; Marcus et al., 2003; Spinelli, 1997). São reconhecidos os custos de uma depressão pós-parto para as mulheres, para as suas famílias e para a sociedade (e.g. Battle & Zlotnick, 2005; Nylen et al., 2005), que provocam uma atenção crescente no sentido de avaliar e prevenir esta perturbação.

A prevenção das perturbações durante a gravidez e no pós-parto passa pelo desenvolvimento de estratégias educacionais e psicoeducacionais; formação específica pré/pós-graduada dos técnicos de saúde em cuidados primários e hospitalares; avaliação e actuação ao nível da família e visitas dos técnicos de saúde (Carvalho, Murta & Monteiro, 1999). O ideal seria a existência de equipas multidisciplinares, com visitas domiciliárias, no primeiro mês a seguir ao parto; o uso sistemático de questionários simples durante a gravidez e/ou antes da mulher ter alta; promoção de leis protectoras da maternidade e paternidade, mais alargadas, que permitissem ao pai passar maior tempo em casa e prestar apoio à mãe (Cordeiro & Sintra, 1998). Segundo Pitt (1985), não é garantido que possa ser realizada uma prevenção primária eficaz nas perturbações psicopatológicas da gravidez e puerpério, mas se estivermos alertados para quem são os sujeitos vulneráveis e para o significado dos primeiros sintomas será mais fácil efectuar uma prevenção do tipo secundário.

Resultados recentes de investigações têm vindo a salientar a importância de identificar e estudar as perturbações psicopatológicas da gravidez e do puerpério pelas consequências adversas que implicam para o desenvolvimento do futuro filho (e.g. Conway, & Kennedy, 2004; Finkelman, 2003; Grace et al., 2003; Misri et al., 2004; Wilson et al., 2004).

Devido às consequências que os quadros depressivos durante a gravidez e no pós-parto podem apresentar na qualidade da relação mãe-bebé, torna-se necessário a identificação dos padrões interactivos disfuncionais na díade, nomeadamente a sub-estimulação e/ou hiperestimulação e intrusividade, considerando mais as potencialidades do que as limitações da mãe (Figueiredo, 2001).

Elegendo a díade como alvo de intervenção, é possível promover ocasiões de interacção mais adequada, sem que a mãe seja substituída nos cuidados a oferecer ao bebé. Neste sentido, é essencial aumen-

tar a sensibilidade da mãe aos sinais do bebê que possibilitem o envolvimento emocional mútuo (Cramer, 1997), como chamar atenção da mãe para os sinais do bebê, guiá-la na leitura desses sinais e consequentemente na leitura correcta dos mesmos, reafirmando sempre a convicção nas suas competências (Figueiredo, 2001). A facilitação da relação mãe-bebé, apresenta efeitos positivos tanto na mãe como no bebê, ocorrendo alterações positivas na depressão materna e no desenvolvimento do bebê (Cramer, 1997). De acordo com este autor, as alterações mais significativas no bebê referem-se aos sintomas funcionais (sono, alimentação) que melhoraram, as dificuldades de separação diminuíram e as perturbações comportamentais também melhoraram. Pode ainda verificar-se, o aumento da sensibilidade materna aos sinais do bebê, enquanto o controlo intrusivo diminuiu.

Alguns estudos recentes têm mostrado que é possível intervir no sentido de melhorar o estado de saúde e bem-estar das mães após o parto com os consequentes benefícios para os seus bebés. Morrel (2009) procurou num estudo recente avaliar a eficácia clínica do treino de *health visitors*⁴ para intervir com recurso a estratégias de base psicológica na prevenção da depressão em mulheres após o parto.

O treino consistiu em dotar as *health visitors* de capacidade para identificar sintomas depressivos usando a Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) (Cox & Holden, 2004) e de competências clínicas para avaliar o estado de humor das mães, incluindo os pensamentos suicidários.

Os resultados permitiram concluir que o treino de *health visitors* para ajudar as mulheres a identificar sintomas de depressão pós-parto, e proporcionar sessões informativas de natureza psicológica se mostrou clinicamente efectivo aos 6 e 12 meses quando comparados com os cuidados usuais.

Numa revisão compreensiva acerca de intervenção de natureza psicológica e psicossocial desenvolvida por Dennis (2004) sugere-se que as intervenções psicológicas e psicossociais podem ser desejáveis as mulheres com depressão pós-parto, considerando-se também o seu potencial efeito preventivo já que muitos dos factores de risco conhecidos se apresentam quer durante a gravidez, quer durante o período a seguir ao parto. Posteriormente a mesma autora (Dennis, 2005) num amplo estudo de revisão sistemática avaliar os efeitos das intervenções psicológicas e psicossociais quando comparadas com as

⁴ Decidimos não arriscar a tradução de *health visitor*. Trata-se de uma enfermeira qualificada e registada ou parteira treinada para avaliar as necessidades de saúde dos indivíduos, famílias ou comunidade, prevista no sistema nacional de saúde do Reino Unido. Têm por missão a promoção da saúde e a prevenção da doença na comunidade oferecendo ajudas práticas e aconselhamento.

intervenções usuais pré, durante e pós-parto dirigidas a prevenir o risco de depressão pós-parto, incidindo sobre 15 estudos, englobando 7697 mulheres. Embora não se tenha encontrado um efeito estatisticamente significativo na depressão pós-parto, na meta-análise de todos os tipos de intervenção, os resultados sugeriram uma potencial redução da depressão pós-parto. A única intervenção que teve um efeito preventivo claro foi o apoio intensivo pós-parto por parte de um profissional de saúde. Identificar as mulheres em risco ajuda na prevenção da depressão pós-parto. As intervenções com apenas o componente pós-natal revelaram-se mais benéficas, e as intervenções individuais forma mais efectivas do que as grupais.

Foi possível concluir que as diversas intervenções psicológicas e psicossociais não reduzem significativamente o número de mulheres com depressão pós-parto, mostrando-se mais promissoras as intervenções que proporcionam um cuidado profissional e intensivo.

Considerando que as mães deprimidas frequentemente atribuem a sua depressão à falta de apoio e ao isolamento e apontam, quando questionadas, como solução encontrar alguém com que falar (Small, Johnston & Orr 1997) é de esperar que disponibilizar o suporte de outras mães com experiência pode constituir uma intervenção simples no sentido de prevenir a depressão pós-parto. Dennis (2009) tendo por base esta ideia procurou avaliar o efeito do suporte de pares na prevenção de depressão pós-parto em 701 mulheres de alto risco (Dennis, 2009). A intervenção consistiu em disponibilizar um suporte individualizado com base numa comunicação telefónica proactiva individualizada, iniciada entre as 42 e as 72 horas por parte de uma voluntária recrutada na comunidade e que experienciou e recuperou previamente de depressão pós-parto. Esta para poder participar na intervenção foi submetida a um treino de 4 horas. Concluiu-se que o suporte de pares com base no contacto telefónico estabelecido se mostrou efectivo na prevenção da depressão pós-parto entre mulheres de alto risco.

Embora de manifestação mais rara, entre as implicações da depressão pós-parto é apontado o abuso e negligência da criança por parte da mãe (Buist, 1998). São conhecidos os efeitos comportamentais adversos da negligência e maus-tratos para a criança. A amamentação, com a libertação do neuropeptídeo oxitocina, pode melhorar a vinculação da mãe com a criança, ao contribuir para a elevação do humor e para a redução do stress maternal e do stress físico. Num estudo desenvolvido por Strathearn et al., (2009) são apresentados os altos níveis de maus tratos infantis perpetrados pelas mães biológicas e demonstra-se como a amamentação, entre outros factores, pode ter um efeito protector. Estes dados vão no sentido dos obtidos com a investigação animal acerca dos efeitos da oxitocina no comportamento maternal a longo prazo.

Considerando a dimensão e importância dos maus tratos infantis e as suas consequências para a saúde da criança traduzido em perturbações do desenvolvimento emocional e cognitivo, e também no aumento da probabilidade de vir ele própria a ser autora de maus-tratos quando adulta, torna-se necessário conhecer quais os factores que podem prevenir ou minimizar o risco (Strathearn et al., 2009).

Os factores protectores e os factores de risco identificados variam desde aqueles que se situam a um nível individual, relacionados com os pais (ansiedade, depressão) e a criança (prematuridade e entrada em UCI), até outros que se situam a um nível mais social e comunitário (rede limitada de suporte social, idade de gravidez precoce, gravidez não planeada, baixo nível educacional, desemprego e pobreza) contando-se ainda com a interacção entre estes factores (poucas expressões de afecto positivo, pouca comunicação focada na criança, interacções de controladoras, de interferência ou hostis, que são predictoras de maus-tratos futuros) (Sidebotham & Heron, 2006).

A investigação tem mostrado que o contacto precoce entre a mãe e o bebé estimula e ajuda a manter o comportamento maternal, o que tem um efeito protector na prevenção do comportamento materna de negligência e maus-tratos. A amamentação forma básica de relação precoce, pode estimular o comportamento maternal, ao estimular a libertação de oxitocina, a qual está relacionada com a redução da ansiedade e com a melhoria dos estados de humor, a atenuação da resposta de stress fisiológico, padrões de comportamento maternal mais harmonizados, presumivelmente através da actividade do sistema nervoso central (Stern, 1997; Heinrichs, et al., 2001).

Apesar da amamentação se apresentar como um factor protector, necessita da conjugação de outros factores para se tornar eficaz: promoção da educação parental e da estabilidade parental a longo prazo, e providenciando suporte social e económico para as mães que escolham ficar em casa com os seus bebés (Strathearn et al., 2009).

Em síntese, decorrem implicações a tomar em consideração no âmbito da vigilância pré-natal e pós-natal. Fará todo o sentido, mesmo no contexto da promoção da educação para a saúde durante a vigilância pré-natal, a identificação das mulheres que apresentem factores de risco de desenvolvimento de estados emocionais negativos e a definição de intervenções facilitadoras, que permitam minimizar o aparecimento de sintomas psicopatológicos e contribuir para que a mulher grávida efectue uma melhor adaptação à maternidade.

Referências Bibliográficas

ANTONUCCI, T. C., & MIKUS, K. (1988). The “power” of parenthood: personality and attitudinal changes during the transition to parenthood. In G.

- Michaels & W. Goldberg (Eds.), *The transition to parenthood: Current theory and practice* (pp.62-84). Cambridge: Cambridge University Press.
- ASHMAN, S. B. & DAWSON, G. (2002). Maternal depression, infant psychobiological development, and risk for depression. In S. H. Goodman e I. H. Gotlib (Eds.). *Children of Depressed Parents: mechanisms of risk and implications for treatment* (pp.37-58). Washington: American Psychological Association.
- AUSTIN, M. P. (2004). Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: where to from here? *Archives of Women’s Mental Health*, 7, 1-6.
- BATTLE, C. & ZLOTNICK, C. (2005). Prevention of postpartum depression. *Psychiatric Annals*, 35 (7), 590- 598.
- BECK, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50, 275-85.
- BERTHIAUME, M., DAVID, H., SAUCIER, J. F., & BERGEAT, F. (1998). Correlates of prepartum depressive symptomatology: A multivariate analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 45-56.
- BLALOCK, J. A., FOULADI, R. T., WETTER, D. W. & CINCIRIPINI, P. M. (2005). Depression in pregnant women seeking smoking cessation treatment. *Addictive Behaviors*, 30, 1195-1208.
- BOATH, E., BRADLEY, E. & HENSHAW, C. (2005). The prevention of postnatal depression: a narrative systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(3), 185-192.
- BRAZELTON, T. B., & NUGENT, J. K. (1995). *The Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Cambridge: Mac Keith Press.
- BRAZELTON, T. B. & CRAMER, B. G. (1993). A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce. Lisboa: Terramar.
- BRUGHA, T. S., SHARP, H. M., COOPER, S. A., WEISENDER, C., BRITTO, D., SHINKWIN, R., et al. (1998). The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychological Medicine*, 28, 63-79.
- BUIST, A. (1998). Childhood abuse, parenting and postpartum depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(4), 479-487.
- CANAVARRO, M. C. (2001). Gravidez e maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- CANAVARRO, M. C., & PEDROSA, A. (2005). Transição para a parentalidade – compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.225-256). Lisboa: Fim de Século.
- CARVALHO, P. S., LOUREIRO, M. J. & SIMÕES, M. R. (2007). Gravidez e Risco Psicopatológico. *Psicologica*, 46, pp.105-124.
- CARVALHO, S., MURTA, I & MONTEIRO, M. P. (1999). Psiquiatria Consiliar e perturbações psíquicas associadas ao puerpério: a psicopatologia no feminino. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*, 5 (2), pp.253-261.

- CARTER, A., GARRITY-ROKOUS, F. E., CHAZAN-COHEN, R., LITTLE, C., & BRIGGS-GOWAN, M. J. (2001). Maternal Depression and Comorbidity: Predicting early parenting, attachment security and toddler social-emotional problems and competencies. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 18-26.
- COHEN, L. S., NONACS, R. M., BAILEY J. W., VIGUERA, A. C., REMINICK, A. M., ALTSHULER, L. L., STOWE, Z. N., & FARAONE, S. V. (2004). Relapse of depression during pregnancy following antidepressant discontinuation: A preliminary prospective study. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 217-221.
- COLMAN, L. & COLMAN, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- CONWAY, K. & KENNEDY, L. (2004). Maternal depression and the production of infant health. *Southern Economic Journal*, 71 (2), 260-286.
- COOPER, P. J., MURRAY, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166, 191-195.
- COOPER, P. J., & MURRAY L. (1997). Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. *Archives of Disease in Childhood*, 77, 97-99.
- COOPER P. J., MURRAY L. (1998). Fortnightly review. Postnatal depression. *British Medical Journal*, 316, 1884-1886.
- CORDEIRO, O. & SINTRA, T. (1998). Distúrbios mentais maternos do pós-parto. *Saúde Infantil*, 20 (1), 29-41.
- COWAN, C. P., & COWAN, P. A. (1992). *When partners become parents: The big life change for couples*. New York: Basic Books.
- COX, J. & HOLDEN, J. (2004). Perinatal mental health: a guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Archives of Women's Mental Health*, 7, 96.
- CRAMER, B. G. (1997). Psychodynamic perspectives on the treatment of postpartum depression. In L. Murray & P. J. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development* (pp. 237-261). New York: The Guilford Press.
- CUNNINGHAM, M. & ZAYAS, L. (2002). Reducing Depression in Pregnancy: designing multimodal interventions. *Social Work*, 47(2), 114-120.
- DENNIS, C.-L. (2004). Treatment of postpartum depression. 2: a critical review of nonbiological interventions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1252-1265.
- DENNIS, C.-L., (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *British Medical Journal*, 331, 15, doi:10.1136/bmj.331.7507.15
- DENNIS, C.-L., Hodnett, E., Kenton, L., Weston, J., Zupancic, J., Stewart, D. E. & Kiss, A. (2009). Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 338, a3064, doi:10.1136/bmj.a3064
- DIEGO, M., FIELD, T., HERNANDEZ-REIF, M., CULLEN, C., SCHANBERG, S. & KUHN, C. (2004). Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns. *Psychiatry*, 67(1), 63- 80.

- FALCONE, V. M., MÄDER, C. V. N., NASCIMENTO C. F. L., SANTOS, J. M. M. & NÓBREGA, J. F. (2005). Multiprofessional care and mental health in pregnant women. *Revista de Saúde Pública*, 39 (4), 612-618.
- FERNÁNDEZ, L. M. (2005). *El vínculo afectivo con el niño por nacer*. Salamanca: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Salamanca.
- FERNÁNDEZ, L. M. & CABACO, A. S. (2004). Procesamiento del estrés en las gestantes: Implicaciones para la salud de la mujer y del niño intrauterino. *Familia*, 28, 9-24.
- FERNÁNDEZ, L. M., CABACO, A. S. & LEÓN, A. C. (2004). Factores ambientales y embarazo: Influencias físicas, psicosociales y socioculturales. *Psicología e Educação*, 2 (2), 5-14.
- FIELD, T. M. (2002). Prenatal effects of maternal depression. In S. H. Goodman & I. H. Gotlib (Eds.), *Children of Depressed Parents: Mechanisms of risk and implications for treatment* (pp.59-88). Washington: American Psychological Association.
- FIGUEIREDO, B. (1997). Questões de avaliação psicológica relativas às perturbações psicopatológicas da maternidade. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida & M. Simões (Orgs), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, Vol. V (pp. 477-492). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- FIGUEIREDO, B. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento da maternidade. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp.347-380). Coimbra: Quarteto Editora.
- FIGUEIREDO, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.161-188). Coimbra: Quarteto Editora.
- FIGUEIREDO, B. (2005). Depressão na gravidez: quais as consequências para a mãe e o bebé? In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 23-47). Lisboa: Fim de Século.
- FINKELMAN, A. (2003). Mental Health Policy: Implications for Newborns, Infants and Families. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 3 (1), 18-26.
- GLAZIER, R. H., ELGAR, F. J., GOEL, V. & HOLZAPFEL, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic and Gynecology*, 25, 247-255.
- GOLDBERG, W. A. (1988). Perspectives on the transition to parenthood. In G. Y. Michaels & W. A. Goldberg (Eds.), *The transition to parenthood: Current theory and research* (pp.1-20). Cambridge: Cambridge University Press.
- GRACE, S. L., EVINDAR, A., & STEWART, D. E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 263-274.
- GRAZIOLI, R. & TERRY, D. (2000). The role of cognitive vulnerability and stress in the prediction of postpartum depressive symptomatology. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 329-347.

- GURUNG, R., DUNKEL-SCHETTER, C., COLLINS, N., RINI, C., & HOBEL, C. (2005). Psychosocial predictors of prenatal anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(4), 497-519.
- HEINRICHS, M., MEINLSCHMIDT, G., NEUMANN, I., WAGNER, S., KIRSCHBAUM, C., EHLERT, U., & HELLHAMMER, D. H. (2001). Effects of suckling on hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to psychosocial stress in postpartum lactating women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 86*(10), 4798-4804.
- HIPWELL, A. E., GOOSSENS, F. A., MELHUISE, E. C., KUMAR, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Developmental Psychopathology, 12*, 157-75.
- JONGENELEN (2003). *Vinculação em mães adolescentes e seus bebês: da matriz relacional à matriz contextual*. Dissertação de doutoramento não publicada. apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- JOHNSON, R. C. & SLADE, P. (2003). Obstetric complications and anxiety during pregnancy: Is there a relationship? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 24*, 1-14.
- KELLY, R. H., PUSSO, J., & KATON, W. (2001). Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: Normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *General Hospital Psychiatry, 23*, 107-113.
- KUMAR, R., & ROBSON, K. M. (1984). A prospective study of neurotic disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry, 144*, 36-47.
- MARCUS, S., FLYNN, H., BLOW, F., & BARRY, K. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health, 12* (4), 373-380.
- MAYBERRY, L., J., & AFFONSO, D. D. (1993). Infant temperament and postpartum depression: a review. *Health Care for Women International, 14*(2), 201-211.
- MATHEY, S. (2005). Assessing for psychosocial morbidity in pregnant women. *Canadian Medical Association, 173* (3), 267- 269.
- MATHEY, S., PHILLIPS, J., GLOSSOP, P., HOPPER, U., PANASETIS, P. & PETRIDIS, A. (2004). Routine psychosocial assessment of women in the antenatal period: Frequency of risk factors and implications for clinical services. *Archives of Women's Mental Health, 7*, 223-229.
- MERCER, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship, 36* (3), 226-232.
- MILGROM, J., MARTIN, P. & NEGRI, L. (1999). *Treating postnatal depression: A psychological approach for health care practitioners*. New York: John Wiley & Sons.
- MILLS, E. P., FINCHILESCU, G., LEA, S. J. (1995). Postnatal depression – an examination of psychosocial factors. *South African Medical Journal, 85*, 99-105.
- MISRI, S., OBERLANDER, T. F., FAIRBROTHER, N., CARTER, D., RYAN, D., KUAN, A. J. & REEBYE, P. (2004). Relation between prenatal maternal mood and anxiety and neonatal health. *Canadian Journal of Psychiatry, 49* (10), 684-690.

- MURRAY, L., FIORI-COWLEY, A., HOOPER, R. & COOPER, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67, 2512-2526.
- MURRAY, L., SINCLAIR, D., COOPER, P., DUCOURNAU, P., TURNER, P. & STEIN, A. (1999). The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(8), 1259-1271.
- NHIWATIWA, S., PATEL, V. & ACUDA, W. (1998). Predicting postnatal mental disorder with a screening questionnaire: A prospective cohort study from Zimbabwe. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, 262-266.
- NYLEN, K. J., SEGRE, L. S. & O'HARA, M. W. (2005). Public Health Implications of Postpartum Depression. *Psychiatric Annals*, 35 (7), 599-609.
- O'HARA, M., & SWAIN, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- PACHECO, A., FIGUEIREDO, B., COSTA, R., & PAIS, A. (2005). Antecipação da experiência de parto: Mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1), 7-41.
- PERREN, S., WYL, A., BURGIN, D., SIMONI, H., & KLITZING, K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: Associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(3), 173-182.
- PITT, B. (1985). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74(2), 139-147.
- RAMCHANDANI, P., STEIN, A., EVANS, J., O'CONNOR, T.G. & ALSPAC study team (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: A prospective population study. *The Lancet*, 365, 2201-2205.
- RECK, C., STEHLE, E., REINIG, K. & MUNDT, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 113, 77-87.
- RELVAS, A. P. & LOURENÇO, M. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: Perspectiva sistémica. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.105-132). Coimbra: Quarteto Editora.
- ROSS, L. E., EVANS, S. G., SELLERS, E. M. & ROMACH, M. K. (2003). Measurement issues in postpartum depression part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 51-57.
- RUTTER, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protection factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). Cambridge: Cambridge University Press.
- SANTOS, M. B. (1998). Perturbações Psíquicas na gravidez e puerpério. *Psiquiatria Clínica*, 19 (1), 61-69.
- SIDEBOTHAM, P. & HERON, J. (2006). Child maltreatment in the "children of the nineties": a cohort study of risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 30 (5), 497-522.
- SMALL, R., JOHNSTON, V. & ORR, A. (1997). Depression after childbirth: the views of medical students and women compared. *Birth* 1997, (24), 109-115.

- SPINELLI, M. (1997). Interpersonal Psychoterapy for depressed antepartum women: A pilot study. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (7), 1028-1030.
- SPITZER, R. L., WILLIAMS, J. B. W., GIBBON, M. & FIRST, M. B. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.
- SPITZER, R. L., WILLIAMS, J. B. W., KROENKE K., et al. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. *JAMA*, 272, 1749-1757.
- STEINER, M. (2002). Postnatal depression: A few simple questions. *Family Practice*, 19 (5), 469-470.
- STERN, J. M. (1997). Offspring-induced nurturance: animal-human parallels. *Developmental Psychobiology*, 31(1), 19-37.
- STRATHEARN, L., MAMUN, A. A., NAJMAN, J. M. & O'CALLAGHAN, M. J. (2009). Does Breastfeeding Protect Against Substantiated Child Abuse and Neglect? A 15-Year Cohort Study. *Pediatrics*, 123, 483-493. doi: 10.1542/peds.2007-3546
- VAZ SERRA, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor.
- WILSON, D., BOBIER, C., & MACDONALD, E. (2004). A perinatal psychiatric service audit in New Zeland: Patient characteristics and outcomes. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 71-79.