

## Depressão pós-parto: Considerações a propósito da intervenção psicológica

POR

BÁRBARA FIGUEIREDO<sup>(1)</sup>

### Resumo

*É ponto assente, hoje em dia, tendo em conta os resultados de um considerável número de estudos, que 10 a 15% das mães desenvolve depressão pós-parto: um episódio depressivo major que se inicia 2 ou 3 meses após o nascimento do bebé.*

*A importância desta evidência empírica prende-se não só com a elevada incidência da perturbação em causa, como ainda, com o elevado número de repercussões adversas que lhe são associadas, as quais, para além do mais, não se limitam à mulher, mas estendem-se ao bem-estar do cônjuge e à saúde e desenvolvimento do bebé.*

*Os mais diversos autores, embora alertem para a gravidade da situação, têm, na generalidade, dado pouca atenção à intervenção que pode ser levada a efeito no sentido de prevenir e/ou remediar a depressão pós-parto. Assistimos contudo, durante a última década, à proliferação de experiências inovadoras neste âmbito, que procuraremos relatar no decorrer do presente artigo.*

*Este artigo desenvolve-se assim em torno da intervenção psicológica na depressão pós-parto e aborda prioritariamente os elementos necessários ao estabelecimento de programas de prevenção e intervenção na depressão pós-parto.*

*Palavra chave: Depressão Pós-parto, Prevenção e Intervenção Psicológica.*

### Abstract

*Taking into account the outcomes of a large number of studies, it is generally accepted that 10 to 15% of the mothers will develop postpartum depression: a major depressive onset beginning from 2 to 3 months after delivery.*

*The relevance of that empirical evidence is related not only to the high incidence of this disturbance, but also to the strong adverse impact associated with that condition, which affects not only the woman herself, but also her husband's well-being and child's health and development.*

*Numerous authors, although alerting to the severity of this condition, generally haven't given much attention to interventions designed to prevent or remove postpartum depression. However, during the last decade, we have been assisting to an increase of innovative experiences in this field, whose presentation is going to be the aim of the present article.*

*Thus, this paper focus will be mainly the psychological intervention in postpartum depression, being given particular importance to the assessment of the elements necessary to the establishment of prevention and intervention postpartum depression programs.*

---

<sup>(1)</sup> Doutorada em Psicologia Clínica e Professora Auxiliar no Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

Departamento de Psicologia. Universidade do Minho. Campus de Gualtar - 4719 Braga - Portugal.  
Telef. 253 604 240/1/5. ccMail: bbf@iep.uminho.pt

## 1. Depressão pós-parto

Os estudos epidemiológicos mostram clara e consistentemente que a depressão é uma perturbação psicopatológica muito mais comum na mulher do que no homem (American Psychiatric Association, 1994). Mostram ainda que na mulher a depressão se associa muito particularmente a um acontecimento significativo do seu ciclo de vida: o nascimento de um filho. Com efeito, a depressão tem, na mulher, muito maior probabilidade de ocorrer na estreita relação com o nascimento de um bebé, do que durante a gravidez, ou em outros momentos não relacionados com a maternidade (Kumar & Robson, 1984; McIntoch, 1992; O'Hara, Neunaber & Zekowski, 1984).

Mesmo assim, a depressão pós-parto, que ocorre especificamente durante o puerpério, é alvo do interesse relativamente recente dos investigadores, visto que o primeiro estudo empírico realizado no âmbito data apenas de 1968 (Pitt, 1968).

Em relação à depressão pós-parto importa neste momento assinalar o seguinte:

1. Trata-se de um episódio depressivo *major*, que acontece em estreita relação com o parto, pois geralmente inicia-se 2 ou 3 meses após o nascimento do bebé (Cooper, Campbell, Day, Kennerley & Bond, 1988; Cox, Murray & Chapman, 1993; Leadbeater & Linares, 1992; Kumar & Robson, 1984; Pitt, 1968; Watson, Elliot, Rugg & Brough, 1984).
2. Caracteriza-se por problemáticas relativas ao desempenho do papel materno e à presença do bebé e por um conjunto de sintomas que ganham uma relevância particular na depressão pós-parto, comparativamente ao que acontece na depressão em geral. Esses sintomas são: queixas físicas — como, por exemplo, fadiga e perda de apetite (e.g., Troutman & Cutrona, 1990); níveis elevados de ansiedade e preocupação (e.g., Nott, 1987); extrema culpabilidade (e.g., Campbell et al., 1992); perda muito significativa de auto-estima (e.g., Hopkins, Campbell & Marcus, 1989); agravamento dos sintomas com o decorrer do dia (e.g., Pitt, 1968) e insónia de adormecimento (e.g., Hopkins, Marcus & Campbell, 1984).
3. Tem uma duração média de 3 ou 4 meses (Cooper et al., 1988), embora os sintomas se possam manter num nível clinicamente significativo até à idade de um ou dois anos do bebé (Campbell, Cohn, Flanagan, Popper & Meyers, 1992; Campbell & Cohn, 1997).
4. Trata-se de uma perturbação bastante corrente, dado que a sua incidência foi recentemente fixada em 13% das mulheres puérperas (O'Hara & Swain, 1996), com base em estudos realizados nos mais diversos países da Europa e não só, os quais encontraram que 10 a 20% das mulheres puérperas iniciavam um episódio depressivo *major* nos meses que se seguem ao parto (Augusto et al., 1996; Campbell & Cohn, 1991; Cox, 1983; Ghubash & Abu, 1997; Gottlib, Whiffen, Mount, Milne & Cordy, 1991; Kumar & Robson, 1984; O'Hara, Zekowski, Phillips & Wright, 1990; Yoshida, Marks, Kibe, Kumar et al., 1997).
5. Pelo seu aparecimento mais tardio e pela sua etiologia claramente psicossocial (Appleby, 1998), distingue-se do *blus* pós-parto e da psicose puerperal — as restantes duas perturbações psicopatológicas do puerpério — que têm o seu início durante o primeiro mês do puerpério e decorrem das grandes alterações hormonais associados ao parto (Hamilton, 1982; Kennerley & Gath, 1989).

Tendo em conta a caracterização clínica feita, convém desde já salientar que a depressão pós-parto tem, em relação à depressão que acontece em outros momentos da vida da mulher, uma sintomatologia, assim como uma etiologia, que lhe é específica, pelo que a intervenção neste âmbito tem de atender a estas duas particularidades.

As condições de vida das famílias têm vindo a mudar de forma radical nos últimos anos. Em quase todas as culturas existem rituais que servem para conferir um estatuto especial à mulher puérpera e que actuam essencialmente no sentido de aumentar a sua auto-estima, de diminuir as suas dificuldades na relação conjugal e de clarificar o seu estatuto social. No entanto, esses rituais de passagem estão a desaparecer nas sociedades ocidentais actuais e a falta desses rituais cria um terreno propício ao proliferar das perturbações relacionadas com a maternidade, nomeadamente porque a função desses rituais era assegurar o apoio social e sustentar a auto-estima da puérpera (Cox, 1996), duas circunstâncias intrinsecamente relacionadas com a depressão pós-parto.

Assista-se ou não, nos dias de hoje, ao recrudescimento das perturbações psicopatológicas relacionadas com a maternidade, em razão da falência dos sistemas de apoio sociais e culturais, o interesse que se dedica às perturbações psicopatológicas da

maternidade, e, mais recentemente, à prevenção e intervenção junto destas, justifica-se por diversas razões que passamos a assinalar.

Intervir no âmbito da depressão pós-parto — quer seja com medidas preventivas quer seja com medidas remediativas — é um importante motor de promoção da saúde mental de todos os elementos da família.

Permitiria, entre outros aspectos, evitar/minimizar as sérias consequências adversas associadas à depressão pós-parto. Particularmente, impediria elevada recorrência da perturbação psicopatológica e diminuiria os défices de funcionamento social e ocupacional da mulher com depressão pós-parto (Marks, Wieck, Checeley & Kumar, 1992) — dado que, por exemplo, a taxa de recorrência da depressão pós-parto, quer seja ou não em momentos relacionados com futuros puerpérios, situa-se na ordem dos 50% (Bell, Land, Milne & Hassanyeh, 1994; Cooper & Murray, 1995).

Mas também, a presença de perturbação psicopatológica no companheiro (Areias, Kumar, Barros & Figueiredo, 1996; Ballard & Davis, 1996; Ballard, Davis, Cullen, Mohan & Dean, 1994; Zerkowitz & Milet, 1996), bem como os défices e as perturbações no desenvolvimento cognitivo e sócio-emocional da criança (Leadbeater, Bishop & Raver, 1996; Murray & Cooper, 1996; Sharp, Hay, Pawlby, Schumcher, Allen & Kumar, 1995; Shaw & Vondra, 1995), poderiam ser minimizados com uma prevenção e intervenção adequadas.

A maternidade mobiliza na mulher todo um potencial para a mudança, sendo que a presença do bebé pode ser um motor para o bem-estar da mãe, tanto é que: (1) as perturbações psicopatológicas, quando se verificam em momentos relacionados com o nascimento de um bebé, têm uma reconversão muito mais rápida do que quando acontecem em momentos não relacionados com a maternidade (Davidson & Robertson, 1985), (2) certas perturbações psicopatológicas graves têm uma melhoria significativa durante o período da maternidade (Duchesne & Roy, 1991) e (3) alguma sintomatologia psicopatológica, tal como a ideação suicida, é muito rara em mães que tenham tido um bebé recentemente (Appleby, 1996, 1998).

Se tivermos em conta que as mulheres têm durante a gravidez repetidos contactos com os profissionais de saúde, como não acontece em mais nenhum período das suas vidas, fora da doença, a gravidez é uma oportunidade única para encetar acções de promoção da saúde e da doença psicológica.

## 2. Intervenção na depressão pós-parto

Os estudos empíricos que avaliaram a relevância de diferentes factores — biológicos, psicológicos e sociais — na etiologia das perturbações psicopatológicas da maternidade, assinalaram que determinadas perturbações — como é o caso da psicose puerperal — são condicionadas por uma forte componente biológica no seu aparecimento, enquanto que outras perturbações — particularmente, a depressão pós-parto — têm uma etiologia que se situa mais claramente no domínio psicossocial (e.g., Appleby, 1998; Brown, 1996; Kumar, 1996; O'Hara & Swain, 1996).

Apontada por diversos autores, a importância dos factores psicossociais, refere-se não apenas à etiologia da depressão pós-parto, como ainda à reconversão desta perturbação no puerpério.

Com efeito, os mais significativos factores que propiciam a depressão pós-parto, situam-se no contexto das relações interpessoais da mulher, com o cônjuge e as outras pessoas próximas, na gravidez e puerpério, mas também com o bebé, após o parto.

A depressão pós-parto tende a desenvolver-se em mulheres que não beneficiam de relações positivas com o cônjuge (Cox et al., 1982; Gottlib et al., 1991; Kumar & Robson, 1984; O'Hara, Hoffman, Philips & Wright, 1992; Paykel et al., 1980; Pitt, 1968; Stein et al., 1989; Watson et al., 1984), não usufruem de uma rede consistente de apoio por parte dos familiares e próximos (Campbell et al., 1992; Collins, Dunkel-Schetter, Lobel & Scrimshaw, 1993; Cutrona & Troutman, 1986; Demyttenaere, Lenaerts, Nijs & Van-Assche, 1995; Gottlib et al., 1991; Leadbeater & Linares, 1990; O'Hara et al., 1983; Paykel et al., 1980), e/ou têm bebés com dificuldades temperamentais, o que torna mais difícil o estabelecimento de relações e cuidados adequados (Campbell et al., 1992; Cutrona, 1984; Hopkins, Campbell & Marcus, 1987; Murray, 1998; O'Hara et al., 1991).

Por sua vez, também a gravidade e a duração dos sintomas da depressão pós-parto, dependem directamente da qualidade das circunstâncias interpessoais de vida da mulher; assim a reconversão dar-se-á muito mais rapidamente no caso de estarem garantidas interacções adequadas com o cônjuge e/ou com o bebé (e.g., Campbell et al., 1992; Campbell & Cohn, 1997; Figueiredo, no prelo). Caso contrário, a depressão pós-parto poder-se-á manter até à idade de 1 ou 2 anos do bebé, ultrapassando largamente a sua duração média, que é de 3 ou 4 meses (Cooper et al., 1988; Cox, Ronney, Thomas & Wrate, 1984; Kumar &

Robson, 1984; Watson et al., 1984).

Tendo em conta a importância atrás assinalada, em diversos estudos empíricos, dos factores psicossociais, e, em particular, de certos factores psicossociais, tanto na emergência como na gravidade e reconversão da depressão pós-parto, importa desde já adiantar três circunstâncias que serão mais tarde corroboradas pelos resultados dos estudos levados a cabo no âmbito da prevenção e intervenção na depressão pós-parto.

Primeiro, a relevância das estratégias de promoção das condições necessárias ao estabelecimento, quer de relações interpessoais mais adequadas com o cônjuge e com os outros significativos, nomeadamente para o usufruto de apoio instrumental e emocional, quer de interacções mais adequadas com o bebé, na prevenção da depressão pós-parto.

Segundo, a relevância das estratégias necessárias quer ao (re)estabelecimento de níveis de interacção adequados com o cônjuge, as pessoas próximas e o bebé, quer ao (re)estabelecimento de uma rede de suporte social consistente (o que passa pelo implemento da competência da mulher em obter a ajuda dos próximos) na intervenção na depressão pós-parto.

Por último, a relevância da intervenção psicológica na depressão pós-parto, relativamente a outros tipos de intervenção, como a intervenção biológica, o que se prende não só com a circunstância desta perturbação ter uma etiologia que se situa claramente no domínio das relações da mulher com o cônjuge e o bebé, como ainda se deve ao facto de ao uso de terapia química durante o puerpério se associarem alguns inconvenientes (Fradique, 1992).

## **2.1. Elementos necessários ao estabelecimento de programas de intervenção**

### **2.1.1. Identificação de puérperas com depressão pós-parto**

A maior parte dos autores concorda que os técnicos de saúde — mesmo os técnicos de saúde mental — não estão preparados para identificar as mães com depressão pós-parto, assim como não estão preparados para as apoiar (Grueen, 1990; Millis & Kornblith, 1992).

Com efeito, estudos realizados em países que dispõem de técnicos e serviços de saúde especializados na ajuda às mães durante o puerpério, verificaram que mais de metade das mães que desenvolvem depressão pós-parto não é identificada pelos técnicos de saúde primária com quem contacta (Cox et al., 1982; Sharp, 1993).

Mesmo nos países que dispõem de serviços pós-parto bem organizados, o que não é o caso de Portugal,

apenas 1/4 das mães com depressão pós-parto recorre a um técnico de saúde, geralmente ao seu clínico geral, para pedir auxílio (Elliot et al., 1989; Wickberg-Johansson, et al., 1996; Witton et al., 1996). Apenas uma pequena minoria de mães, os casos mais severos, entra em contacto com os serviços de psiquiatria (Kendell et al., 1987; Oates, 1996), pelo que a grande maioria das mães que sofre de depressão pós-parto não chega a receber nenhuma ajuda especializada, ou porque não a pede e a sua necessidade não é identificada pelos técnicos (Whitton et al., 1996), ou porque recusa a ajuda especializada que lhe é oferecida (Robinson & Yong, 1982).

Mais ou menos metade das mães que sofre de depressão pós-parto recusa a ajuda especializada com o argumento de não padecer de nenhuma perturbação que a justifique. Muito embora a quase totalidade das mães com depressão pós-parto (97%) reconheça que algo de errado se está a passar, só uma pequena percentagem (32%) admite tratar-se de uma depressão pós-parto (Whitton et al., 1996).

Para além do mais, a depressão pós-parto surge com frequência em mulheres sem história psiquiátrica prévia, o que aumenta a dificuldade de os sintomas serem identificados pela mulher ou os envolventes como correspondendo a um estado psicopatológico para o qual existe ajuda adequada.

Daí a importância de dar indicações, durante a gravidez, a respeito de que a depressão pós-parto pode acontecer após o parto, para favorecer uma detecção mais precoce e uma mais pronta procura de ajuda (Quadro 1).

### **2.1.2. Áreas privilegiadas de intervenção**

Dois dos aspectos mais relevantes, assinalado na literatura a propósito da intervenção na depressão pós-parto, são 1) a necessidade de, caso a caso, avaliar cada situação em relação a pontos fracos — por exemplo, ideação suicida, deterioração da relação com o cônjuge — e pontos fortes — por exemplo, funcionamento ocupacional e rede consistente de suporte social — a fim de decidir a respeito das estratégias e recursos mais adequados, e 2) a necessidade de minimizar os efeitos secundários à intervenção psicológica (procurar sempre o meio o menos interventivo possível).

A intervenção deverá contemplar diferentes níveis e diferentes áreas, dado que são diversos os factores que podem estar a causar a depressão pós-parto (Locicero, Weiss & Issokson, 1997). Por exemplo, a falta de suporte social e emocional, as dificuldades no relacionamento com o cônjuge, o cansaço ou a insónia

**Quadro 1: Sugestões para ultrapassar as dificuldades na identificação das mães com depressão pós-parto**

Alvo	Dificuldade	Sugestão
Técnicos de saúde	1. Dificuldade em distinguir dificuldades normativas de dificuldades patológicas na adaptação à maternidade.	1. Os técnicos de saúde têm hoje em dia à sua disposição questionários simples que permitem a rápida e segura identificação da depressão pós-parto
	2. Tendência para minimizar as dificuldades e não as considerar enquanto perturbação psicopatológica.	2. Alertar os técnicos de saúde para o impacto das perturbações psicopatológicas da maternidade sobre o bem-estar da mãe, do cônjuge e do bebé.
	3. Confusão relativamente à sintomatologia das mães com diferentes perturbações psicopatológicas da maternidade.	3. Formar os técnicos de saúde para o diagnóstico e diagnóstico diferencial das diferentes perturbações psicopatológicas da maternidade.
	4. Confusão relativamente às características e necessidades de cuidado específicas das mães com diferentes perturbações psicopatológicas da maternidade.	4. Formar os técnicos de saúde na sintomatologia e características típicas das perturbações psicopatológicas da maternidade, relativamente à sintomatologia destas mesmas perturbações quando ocorrem em momentos não relacionados com a maternidade.
Mães	5. As mães não identificam os sintomas e sinais da perturbação.	5. Desenvolver medidas preventivas para aumentar a acuidade das mães aos sintomas da depressão pós-parto.
	6. Os sintomas são identificados, mas a sua importância é minimizada, pelo que não se reconhece a necessidade de ajuda especializada.	6. Implementar medidas de normalização, assegurando a relativa normalidade da situação, nomeadamente a elevada frequência com que a perturbação acontece.
	7. Os sintomas são identificados, mas o seu significado é distorcido; o medo de julgamentos negativos ou que o bebé seja retirado, faz com que a ajuda especializada seja negada.	7. Divulgar e outras medidas de informação da existência de técnicos especializados no tipo de ajuda.
		8. Promover medidas de tranquilização para assegurar um clima de confiança e aceitação incondicional positiva.

causada pelas dificuldades temperamentais ou outras do bebé, a baixa de auto-estima resultante da falta de eficácia nos cuidados ao bebé, as dificuldades sócio-económicas, etc..

Geralmente, os programas levados a cabo nos

países em que, ao contrário do que acontece em Portugal, existem acções concertadas para dar uma resposta adequada às necessidades das mães com depressão pós-parto, sugerem, consoante a avaliação que é feita da gravidade do caso, uma variedade de estratégias

hierarquizadas, num contínuo de cuidados que apenas nos casos mais graves implica a medicação e o internamento conjunto mãe-bebé (e.g., Locicero, Weiss & Issokson, 1997; Mc Clarey & Stokoe, 1995). Assim sendo, o objectivo de hierarquizar necessidades e recursos é também o de reduzir a necessidade de internamento (Kumar, et al., 1986), tanto mais que as unidades de internamento conjunto mãe-bebé são praticamente inexistentes no nosso país e que os efeitos decorrentes da separação mãe-bebé podem, na maior parte dos casos, mesmo nos casos mais graves, ser mais disruptivos — quer para a recuperação da mãe quer para o bebé — do que os decorrentes da perturbação da mãe. A ajuda na comunidade tem assim a vantagem de evitar retirar a mãe do seu contexto familiar o que, entre outros, poderia ser muito disruptivo para a consolidação da sua relação com o bebé (Oates, 1996).

Assim, considera-se correntemente que a resposta às necessidades da maior parte das mães com depressão pós-parto pode ser dada pelos técnicos de saúde primária na comunidade, sendo que o recurso a ajuda especializada se justificaria em apenas 25% dos casos (Wickberg-Johansson et al., 1996), e o internamento seria justificável num número ainda mais limitado de situações (Dalton, 1971).

Pode assim estabelecer-se uma pirâmide de recursos em diferentes níveis de intervenção. Os indivíduos, de acordo com a gravidade e o tipo de sintomatologia que manifestam, bem como tendo em conta os recursos de que dispõem no meio, são assim integrados ao nível de ajuda mais adequado, sendo que podem em simultâneo beneficiar de ajuda a mais do que um nível, assim como progredir ao longo dos diversos níveis de apoio.

#### **Nível 0: Sem necessidade de apoio suplementar**

Um elevado número de mães não necessita de nenhum apoio suplementar, para além daquele que consiste em medidas preventivas de âmbito geral (como seja, advertência para a possibilidade de ocorrência de depressão pós-parto e informação acerca dos serviços de apoio a que podem recorrer nesse caso). A existência deste nível 0 possibilitaria, para além do mais, a detecção das mães que possam estar a necessitar de um apoio mais intensivo.

#### **Nível 1: Apoio geral não especializado**

Para algumas mães que possam sentir certas dificuldades em lidar com as novas tarefas impostas pela maternidade, um apoio geral não-especializado pode ser suficiente para garantir competências de cuidado adequadas (por exemplo, para dar de mamar

ao bebé) e ajudar a resolver problemas que possam surgir com o bebé (por exemplo, dificuldades na regulação dos períodos de sono-vigília, cólicas), através da ajuda na prestação dos cuidados diários ao bebé.

O estabelecimento de um programa de visitas domiciliárias permitiria responder às necessidades de certas mães cujas circunstâncias de vida não permitem a deslocação aos serviços de saúde ou não garantem qualquer apoio a puérpera por parte do cônjuge, da família ou dos próximos. Possibilitaria ainda a detecção das mães que possam estar a necessitar de apoio mais especializado.

Existe já um número razoável de publicações que mostra como a intervenção junto das mães com depressão pós-parto pode ser bem sucedida, optando por um aconselhamento não directivo, em que a mãe é encorajada a falar acerca dos seus sentimentos (Holden et al., 1989; Holden, 1996). A oportunidade que é dada à mãe para expressar os seus sentimentos e necessidades é aliás uma valência reconhecida na generalidade dos programas de intervenção na maternidade (e.g., Shields et al., 1997).

#### **Nível 2: Apoio geral especializado (em grupo)**

Os grupos de apoio ou de suporte, muito em uso noutros países, permitem, entre outros aspectos, diminuir o isolamento da mãe, bem como diminuir a culpabilidade associada à presença de sintomatologia depressiva. Favorecem igualmente a detecção das mães que possam estar a necessitar de um apoio específico mais individualizado.

O grupo de apoio ou de suporte permite quebrar o isolamento social que geralmente acompanha a depressão pós-parto (Grueen, 1992; May, 1995). O grupo proporciona também que a mulher fale com outras mulheres que experienciam as mesmas dificuldades, e realize que não está só o que diminui a culpabilidade geralmente associada à presença de sintomas e permite restaurar a auto-estima. O grupo tem ainda uma função de suporte emocional, outra variável que sabemos estar altamente relacionada com a reconversão da depressão pós-parto (Eastwood et al., 1995; Grueen, 1992); para além do mais, facilita a partilha de conhecimentos e experiências entre as mães que nele participam (Pitts, 1995), bem como a exploração dos sentimentos e das expectativas das mães a respeito de si própria e do cônjuge (Eastwood, Horrocks & Jones, 1995).

A alteração das rotinas e a estruturação das actividades, no sentido de uma melhor gestão e organização do tempo, é um objectivo geralmente

assinalado nos programas de intervenção na depressão pós-parto (Elliott, Sanjacek & Levertón, 1988; Pitts, 1995; Whitton, Appleby & Warner, 1996), assim como a importância de a mãe realizar actividades em que possa ter sucesso e obter prazer (Whitton, Appleby & Warner, 1996). Há grupos que funcionam com os cônjuges.

O sucesso dos grupos de apoio ou de suporte na reconversão, da depressão pós-parto está hoje bem documentada (Grueen, 1992).

O relaxamento é também muito usado, pois facilita a remoção dos elevados níveis de ansiedade que geralmente acompanham a depressão pós-parto e permite resolver a insónia de adormecimento que é muito corrente nesta condição (May, 1995).

### **Nível 3: Apoio específico especializado (individual)**

Um apoio especializado justifica-se, pelo menos, nas 3 situações descritas nos parágrafos seguintes, em que a recuperação da puérpera passa pela resolução de problemáticas específicas que não são decorrentes das tarefas desenvolvimentais da maternidade, e se prendem com outros factores, que exigem estratégias de intervenção mais específicas, adequadas à sua resolução, como é o caso da psicoterapia individual, da psicoterapia mãe-bebé ou da terapia de casal.

- (1) Quando a perturbação psicopatológica acontece no quadro da história de vida (por exemplo, abandono, maus tratos, abuso sexual) ou no quadro de características da personalidade da mãe (por exemplo, história psiquiátrica prévia ou desordem de personalidade), mais do que no quadro de dificuldades de adaptação às tarefas desenvolvimentais da maternidade, a psicoterapia individual é aconselhável (Albright, 1993).
- (2) Quando a relação conjugal está muito deteriorada e a depressão pós-parto é mais uma consequência do que uma razão para esse facto, então uma terapia de casal é recomendável.

Um tipo de psicoterapia que têm tido algum sucesso no caso da depressão relacionada com a maternidade é uma forma modificada de psicoterapia interpessoal que considera a necessidade de ajudar a mulher a resolver os conflitos existentes, nomeadamente matrimoniais, e os papéis de transição que ocorrem com o nascimento do bebé (Stuart & O'Hara, 1995; Spinelli, 1997).

- (3) Quando a depressão pós-parto acontece especificamente no contexto dos cuidados e da interacção da mãe com o bebé, no caso de a mãe estar a ter dificuldades em prestar os cuidados adequados ou em estabelecer uma interacção adequada, o que pode ficar a dever-se a factores da mãe (como seja, falta de modelos adequados), ou do bebé (como seja dificuldades temperamentais ou prematuridade), uma ajuda adequada neste ponto pode ser necessária.

A facilitação da relação mãe-bebé passa pela identificação que o terapeuta faz dos padrões interactivos disfuncionais na díade — nomeadamente, sub-estimulação e/ou hiper-estimulação e intrusividade —, considerando mais as potencialidades do que as limitações da mãe. A melhoria dos padrões interactivos acontece pelo aumento da sensibilidade da mãe aos sinais do bebé que possibilita o aumento do envolvimento emocional mútuo (Field, 1997).

O terapeuta não é um substituto da mãe na interacção com o bebé, nem tão pouco um modelo, age apenas no sentido de reatar a comunicação na díade, chamando a atenção da mãe para os sinais do bebé, guiando a mãe na leitura desses sinais e cuidando que a mãe faça uma leitura correcta dos mesmos; reafirmando sempre a sua convicção nas competências da mãe.

Uma área de intervenção à qual não se tem dado a devida atenção é esta que se refere à interacção mãe-bebé. Elegendo a díade como alvo da intervenção, é possível, com apoio, promover ocasiões de interacção mãe-bebé mais adequada, sem que a mãe seja substituída nos cuidados a oferecer ao bebé (Scott, 1984). O efeito do aumento da estimulação táctil aquando da interacção mãe-bebé, por exemplo, parece favorecer a oportunidade de interacções mais adequadas entre mães deprimidas e os seus bebés (Paláez-Nogueras, Field, Hossain & Pickens, 1996).

### **Nível 4: Internamento conjunto mãe-bebé**

Justifica-se quando há uma situação de perigo imediato (suicídio ou homicídio) ou qualquer outra situação de elevado risco para a mãe e/ou o bebé (por exemplo, violência doméstica, total falta de apoio por parte dos próximos, sem abrigo).

Como vimos ao longo deste artigo a intervenção psicológica no âmbito das mulheres que desenvolvem depressão pós-parto deverá incidir em contextos variados, a nível bio-psico-social, de acordo com as variadas necessidades das mães tendo em vista reduzir

a necessidade de internamento (Kumar, et al., 1986), tanto mais que as unidades de internamento conjunto mãe-bebé, já existentes noutros países, são praticamente inexistentes no nosso.

As acções descritas têm tido bastante sucesso, nomeadamente quando se providencia o apoio domiciliário à puérpera (Hoden, Sagovsky & Cox, 1989; Lyons-Ruth et al., 1990; Scott, 1992) e quando se promove o envolvimento de toda a família (Krauss & Redman, 1987); sendo que os fracassos se limitam às acções excessivamente breves e superficiais, que não têm em conta as características específicas das perturbações psicopatológicas que se verificam no puerpério (e.g., Fleming et al., 1992).

Mesmo assim, os técnicos de saúde não estão

preparados para detectar e apoiar as mães com dificuldades de ajustamento no puerpério (Grueen, 1990; Millis & Kornblith, 1992), nem tão pouco sabem como identificar o fracasso interactivo mãe-bebé (Albright, 1993; Cazas et al., 1992; Gross, 1989).

No estabelecimento de programas de intervenção na depressão pós-parto dever-se-á ter em conta que se trata de uma depressão, estabelecendo prioridades de acordo com a sintomatologia depressiva, mas dever-se-á igualmente ter em conta que a depressão pós-parto não é uma depressão qualquer, mas uma depressão atípica que acontece em estreita relação com o facto de a mulher ter tido um filho (Locicero, Weiss, & Issokson, 1997).

### Bibliografia

- ALBRIGHT, A. (1993). Postpartum depression: an overview. *Journal of counselling & Development*, 71, 316-319.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fourth edition (DSM-IV)*. Washington, DC: Author.
- APPLEBY, L. (1996). Suicidal behaviour in childbearing women. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 107-115.
- APPLEBY, L., MORTENSEN, P. B., & FARAGHER, E. B. (1998). Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *British Journal of Psychiatry* (173), 209-211.
- AREIAS, M.E.G., KUMAR, R., BARROS, H., & FIGUEIREDO, E. (1996). Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 169, 36-41.
- AUGUSTO, A., KUMAR, R., CALHEIROS, J.M., MATOS, E., & FIGUEIREDO, E. (1996). Postnatal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26, 135-141.
- BALLARD, C.G., & DAVIS, R. (1996). Postnatal depression in fathers. *International Review Psychiatry*, 8 (1), 65-71.
- BALLARD, C.G., DAVIS, R., CULLEN, P.C., MOHAN, R.N., & DEAN, C. (1994). Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 164 (6), 782-788.
- BROWN, G.W., HARRISH, T. O., & EALES, M. J. (1996). Social factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168 (suppl. 30), 50-57.
- Campbell, S.B., & Cohn, J. (1991). Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (4), 473-477.
- CAMPBELL, S.B., & COHN, J. (1997). The timing and chronicity of postpartum depression: Implications for infant development. In L. Murray, and P. Cooper, (Eds.), *Postpartum depression and child development* (pp. 165-197). New York: The Guilford Press.
- CAMPBELL, S.B., COHN, J., FLANAGAN, C., POPPER, S., & MEYERS, T. (1992). Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Developmental Psychopathology*, 4, 29-47.
- COLLINS, N.L., DUNKEL-SHETTER, C., LOBEL, M. & SCRIMSHAW, S.C.M. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1243-1258.
- COOPER, P.J., CAMPBELL, E.A., DAY, A., KENNERLEY, H., & BOND, A. (1988). Nonpsychotic psychiatric disorder after childbirth: A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of*



- Psychiatry*, 152, 799-806.
- 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.
- COX, J.L. (1983). Postnatal depression: A comparison of African and Scottish women. *Social Psychiatry*, 18, 25-28.
- COX, J.L., CONNOR, Y., & KENDELL, R.E. (1982). Prospective study of psychiatric disorders of childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 150, 111-117.
- COX, J.L., MURRAY, D., & CHAPAM, G. (1993). A controlled study of the onset, duration, and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31.
- COX, J. H. (1996). Perinatal mental disorder — a cultural approach. *International Review of Psychiatry*, 8 (1), 9-18.
- CUTRONA, C.E., & TROUTMAN, B.R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57, 1507-1518.
- DALTON, K. (1971). Prospective study into puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 118, 689-692.
- DAVIDONS, J., & ROBERTSON, E. (1985). A follow-up study of postpartum illness: 1946-1978. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 451-457.
- DEMYTTENAERE, K., LENAERTS, H., NIJS, R., & VAN ASSCHE, F.A. (1995). Individual coping style and psychological attitudes during pregnancy and during postpartum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 95-102.
- DUCHESNE, N., & ROY, J. (1991). Enfants de mère psychotique: risques développementaux et interactions précoces: revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 39 (7), 291-299.
- EASTWOOD, P., HORROCKS, E., & JONES, K. (1995). Promoting peer group support with postnatally depressed women. *Health Visitor*, 68 (4), 148-150.
- ELLIOTT, A., RUGG, A. J., WATSON, J. P., & BROUGH, D. I. (1989). Mood changes during pregnancy and after the birth of a child. *British Journal Clinical Psychology*, 22, 295-308.
- FRADIQUE, F. (1992). Programa desenvolvimentalista preventivo da depressão pós-parto. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- GHUBASH, R., ABOU-SALEH, M. T. (1997). Postpartum psychiatric illness in Arab culture: Prevalence and psychosocial correlates. *British Journal of Psychiatry*, 171, 65-68.
- GOTLIB, I. H., WIFFEN, V. E., WALLACE, P. M., & MOUNT, J. H. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (2), 122-132.
- GRUEN, D. (1990). Postpartum depression: a debilitating yet often unassessed problem. *Health and Social Work*, 15 (4), 261-270.
- GRUEN, D. S. (1992). A group psychotherapy approach to postpartum depression. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43 (2), 191-202.
- HAMILTON, J. A. (1982). *The identity of postpartum psychosis*. London: Academic Press Inc.
- HOPKINS, J., CAMPBELL, S. B., & MARCUS, M. (1989). Postpartum depression adjustment: Overlapping constructs? *Journal of Affective Disorders*, 17, 251-254.
- ILES, S., GAHT, D., & KENNERLY, H. (1989). Maternity blues: II a comparison between postoperative and postnatal women. *British Journal of Psychiatry*, 155, 363-366.
- KENDELL, R. E., CHALMERS, J. C., & PLATZ, C. (1987). Of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 150, 662-673.
- KUMAR, R. (1996). Postnatal mental illness: A transcultural perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 250-264.
- KUMAR, R., & ROBSON, K. M. (1984). A prospective study of neurotic disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 36-47.
- LEADBEAR, B. J., & LINARES, O. (1992). Depressive symptoms in black and Puerto Rican adolescent mothers in the first 3 years postpartum. *Development and Psychopathology*, 4, 451-468.
- LEADBEATER, B. J., BISHOP, S., & RAVER, C. C. (1996). Quality of mother-toddler interactions, maternal depressive symptoms, and behaviour problems in preschoolers of adolescent mothers. *Developmental Psychology*, 32 (2), 280-288.

- LOCICERO, A., WEISS, D., & ISSOKSON, D. (1997). Postpartum depression: proposal for prevention through an integrated care and support network. *Applied & Preventive Psychology*, 6, 169-178.
- MAHONEY, G., & FILER, J. (1996). How responsive is early intervention to the priorities and needs of families? *Topics in Early Childhood Special Education*, 16 (4), 437-457.
- MARKS, M., WIECK, A., CHECKLEY, S., & KUMAR, C. (1996). How does marriage protect women with histories of affective disorder from postpartum relapse. *British Journal of Medical Psychology*, 69 (4), 329-342.
- MAY, K. (1992). Social Networks and Help-Seeking Experiences of Pregnant Teens. *Journal of obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*, 21 (6), 497-502.
- MILLIS, J., & KORNBLITH, P. (1992). Fragile beginnings: identification and treatment of postpartum disorders. *Health and Social Work*, 17 (3), 192-199.
- MURRAY, L., & COOPER, P. J. (1996). The impact of postpartum depression on child development. *International Review Psychiatry*, 8 (1), 55-63.
- MURRAY, L. (1998). L'impact de la dépression du post-partum sur le développement de l'enfant. In P. Mazet, & Lebovici, S. (Ed.), *Psychiatrie périnatale - parents et bébés: du projet de l'enfant aux premiers mois de vie* (pp. 287-298). Paris: Monographies de la psychiatrie de l'enfant.
- NOTT, P. N. (1982). Psychiatric illness following childbirth in Southampton: a case register study. *Psychological Medicine*, 12, 557-561.
- OATES, R. K. (1996). *The spectrum of child abuse - assessment, treatment, and prevention*. New York: Brunner/Mazel, Publishers.
- O'HARA, M. W., NEUNABER, D. J., & ZEKOSKI, E. M. (1984). A prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 158-171.
- O'HARA, M. W., SCHLECHTE, J. A., LEWIS, D. A., & WRIGHT, E. J. (1991). Prospective study of postpartum blues: Biologic and psychosocial factors. *Archives of General Psychiatry*, 48 (9), 801-806.
- O'HARA, M. W., & SWAIN, A. N. (1996). Rates and risk of postpartum depression — a meta-analysis. *International Review Psychiatry*, 8 (1), 37-54.
- PAYKEL, E. S., EMMS, E. M., FLECHTER, J., & RASSABY, E. J. (1980). Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 136, 339-346.
- PITT, B. (1968). Atypical depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1325-1335.
- ROBINSON, G. E., OLMSTED, M. P., GARNER, D. M. (1989). Predictors of postpartum adjustment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80 (6), 561-565.
- SHARP, D., HAY, D. F., PAWLBY, S., SCHMUCKER, G., ALLEN, H. & KUMAR, R. (1995). The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36 (8), 1315-1336.
- SHAW, D., & VONDRA, J. (1995). Infant attachment security and maternal predictors of early behavior problems: a longitudinal study of low-income families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23 (3), 335-357.
- SHILDS, N., REID, M., CHEYNE, H., HOLMES, A., MCGINLEY, M., TURNBULL, D., & SMITH, L. N. (1997). Impact of midwife-managed care in the postnatal period: an exploration on psychosocial outcomes. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 15, 91-108.
- SPINELLI, M. (1997). Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1028-1030.
- STEIN, A., COOPER, P. J., CAMPBELL, E. A., DAY, A., & ALTHAM, P.E.M. (1989). Social adversity and perinatal complications: their relation to postnatal depression. *British Medical Journal*, 298, 1073-1074.
- STUART, S., & O'HARA, M. (1995). Treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 52, 75-77.
- TROUNTMAN, B., & CUTRONA, C. (1990). Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (1), 69-78.
- WATSON, J. P., ELLIOT, S. A., RUGG, A. J., & BROUGH, D. I. (1984). Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry*, 144, 453-462.
- WHITTON, A., APPLEBY, L., & WARNER, R. (1996). Maternal thinking and the treatment of postnatal depression. *International Review of Psychiatry*, 8, 73-78.
- WICKBERG-JOHANSSON, B., ERLANDSSON, B., & HWANG, C. (1996). Primary health care management of postnatal

- depression in Sweden. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 14, 69-76.
- WICKERBERG, B., & HWANG, C. P. (1997). Screening for postnatal depression in a populations-based Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95 (1), 62-66.
- YOSHIDA, K., MARKS, M. N., KIBE, N., & KUMAR, R. (1997). Postnatal depression in Japanese women who given birth in England. *Journal of Affective Disorders*, 43 (1), 69-77.
- ZELKOWITZ, P. & MILET, T. H. (1996). Postpartum psychiatric disorders: Their relationship to psychological adjustment and marital satisfaction in the spouses. *Journal of Abnormal Psychology*, 105 (2), 281-285.



31. Figueiredo, B., Paiva, C., Matos, R., Maia, A. & Fernandes, E. (2001). História de abuso durante a infância. *Análise Psicológica*, 3 (XIX), 21-43.
-