"Uma das questões que maior polémica tem suscitado (...) é a questão de saber se a maternidade é, em si e só por si, um factor de risco para o estado de saúde da mulher." (Figueiredo, 2000, pp.360)

A depressão durante o puerpério é uma condição que, acima de tudo, provoca sofrimento e défices no funcionamento normal da mulher. Em 1992 foi identificada pela Organização Mundial de Saúde com um diagnóstico distinto, mais tarde perfeitamente identificável no *Diagnostic and Statistical Manual-IV* (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiatria. Neste documento, é referido que "... a sintomatologia (...) pós-parto não difere da sintomatologia em episódios de humor que não são pós-parto..." (p.397). Para se considerar que estamos perante uma depressão pós-parto, os sintomas devem ocorrer num período de 4 semanas após o parto. Acrescenta-se ainda que, muitas vezes, a mulher experiencia um sentimento de culpabilidade associado a estes sintomas, visto considerar ser uma altura em que deveria sentir-se feliz. De facto, O'Hara (1997) refere que "It can be particularly devastating in a time when a woman and her family expect joy and happiness to be the rule of the day, not sadness and depression"

O reconhecido impacto negativo que a depressão pós-parto pode ocasionar gerou inúmeros estudos epidemiológicos e clínicos nos últimos anos. Os dados empíricos sugerem que o humor deprimido materno está relacionado com o temperamento infantil (e.g., Beck, 1996), nomeadamente ao nível da irritabiidade (Murray, Stanley, Hooper, King, & Fiori-Cowley, 1996), pode afectar negativamente o comportamento interactivo (Figueiredo, 1997; Jameson, Gelfand, Kulcsar, & Teti, 1997; Zekoski, O'Hara, & Wills, 1987) e a vinculação da criança (e.g., Beck, 1995; Figueiredo, 2001; Murray, Fiori-Cowley, Hooper, & Cooper, 1996; Righetti-Veltema, Bousquet, & Manzano, 2003), associa-se a problemas de comportamento da criança (e.g., Beck, 1999; Brennan, Hammen, Anderson, Bor, Najman, & William, 2000; Murray, Sinclair,

Cooper, Ducournau, Turner, & Stein, 1999), desordens funcionais ao nível da alimentação e sono (Righetti Veltema, Conne-Perreard, Bousquet, & Manzano, 2002) e interfere no desenvolvimento emocional e cognitivo da criança com idade superior a 1 ano (e.g., Beck, 1998; Cogill, Caplan, Alexandra, Robson, & Kumar, 1986).

A evidência das consequências nefastas da perturbação quer para a mãe quer para o bebé é consistente e justifica a relevância deste e de outros estudos que se esforçam por identificar factores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto, no sentido de proporcionar informação que permita que os profissionais de saúde estejam alerta para determinadas características que possam constituir um risco acrescido de desenvolvimento de situações de patologia materna.

Neste capítulo pretendemos rever a literatura que tem contribuído de alguma forma para a compreensão da depressão pós-parto. Assim, os estudos que têm procurado apurar a prevalência de depressão pós-parto serão analisados. A quantidade de estudos nesta área é extremamente vasta pelo que procuramos apresentar aqui apenas os mais recentes sobre esta matéria. Abordaremos de seguida as investigações que procuram dar a conhecer a forma como a maternidade e a depressão são vivenciadas pelas mulheres para depois nos debruçarmos sobre os trabalhos de investigação que analisam os factores de risco demográficos, sociais, psicológicos e biológicos para o desenvolvimento de depressão pós-parto

1. Estudos de Prevalência de Depressão após o parto

Vários autores interessaram-se por perceber se o período da gravidez e maternidade torna a mulher particularmente vulnerável para o desenvolvimento de perturbação psicopatológica.

Eberhard, et al. (2002) avaliam a prevalência de depressão em mulheres após o parto e comparam com mulheres que não se encontram em período pós-parto tendo identificado os factores de risco da depressão nos dois grupos. Utilizam uma amostra de 2730 mulheres entre os 18 e os 49 anos de idade, das quais 416 estão em período pós-parto. Verificam que a prevalência de depressão é maior nas mulheres que não se encontram em período pós-parto do que nas puérperas. No

entanto, a maioria dos investigadores encontram resultados contraditórios a este. Por exemplo, Cooper, Campbell, Day, Kennerley, e Bond (1998) examinam antenatalmente o estado psiquiátrico de 483 mulheres e aos 3, 6 e 12 meses após o parto. Verificam que, para a maioria das mulheres, o desenvolvimento de desordem psiquiátrica ocorre logo após o parto e dura até 3 meses. A prevalência de desordem psiquiátrica não psicótica durante a gravidez é de 6% e, após o parto é de 8.7% aos 3 meses, 8.8% aos 6 meses e 5.2% aos 12 meses. Quando comparada com os níveis da população normal de mulheres não se revelou superior num sub-grupo da totalidade da amostra; a incidência de desordem psiquiátrica no ano que se segue ao parto é de 15.1%. Cox, Murray, e Chapman (1993) constatam igualmente que a prevalência de depressão após o parto é semelhante à encontrada na população geral de mulheres. No entanto, O'Hara, Zekoski, Philipps, e Wright (1990) mostram que, apesar de não encontrarem diferenças significativas entre as mulheres grávidas e não grávidas em relação aos níveis de depressão minor e major quer durante a gravidez quer após o parto, as grávidas experienciam significativamente maiores níveis de sintomatologia depressiva e pior ajustamento social do que as mulheres não grávidas no final da gestação e início do puerpério. Este estudo prospectivo foi efectuado com o objectivo de determinar até que ponto a gravidez e o puerpério estão associados com um risco acrescido de depressão minor e major, sintomatologia depressiva e dificuldades de ajustamento social. Um grupo de grávidas foi recrutado durante o segundo trimestre de gestação, bem como um grupo de igual dimensão e emparelhado de mulheres não grávidas. As participantes foram avaliadas múltiplas vezes durante a gravidez e após o parto em termos da sintomatologia depressiva e ajustamento social e marital.

Resultados semelhantes encontram Troutman e Cutrona (1990) numa amostra de 128 adolescentes primíparas (idades entre 14 e 18 anos), avaliadas durante a gravidez, 6 semanas após o parto e 1 ano após o parto. Adolescentes emparelhadas não grávidas (n = 114) foram avaliadas nas alturas correspondentes. Seis semanas após o parto 6% das adolescentes grávidas preenchem critérios de diagnóstico para depressão major e 20% para depressão minor. Esta incidência não difere significativamente das adolescentes não grávidas (4% major e 10% depressão minor). Elevados níveis de sintomas somáticos de depressão são, no entanto, encontrados nas grávidas quando comparadas com as não grávidas.

A prevalência de depressão pós-parto referenciada na literatura varia entre 6,5% e 27,5%. Esta amplitude de valores pode ficar a dever-se a vários factores, nomeadamente, à diversidade de metodologias de investigação utilizadas, em termos de instrumentos adoptados para o diagnóstico de depressão pós-parto e dos timings da avaliação.

Wickberg e Hwang (1997) examinam a prevalência de depressão pós-parto, às 8 e 12 semanas do puerpério, em 1584 mulheres com idades compreendidas entre os 17 e os 44 anos. Os índices encontrados são de 12,5% às 8 semanas e de 8,3% às 12 semanas. A incidência neste período de tempo é de 4,5%. Valores semelhantes encontram Campbell e Cohn (1991) numa amostra composta por 1033 mulheres casadas, primíparas, de classe média, com gravidez de termo e bebés saudáveis: 9,3% têm diagnóstico de depressão pós-parto e 39% das mulheres não deprimidas apresentam pelo menos 1 sintoma depressivo.

Na China, Zhang, Xi e Miao (2002) estudam a frequência e características clínicas da depressão em 463 puérperas entre as 5 e as 7 semanas após o parto. Verificam que a incidência de depressão pós-parto é de 10,2%; no entanto, constatam que, nesta altura 100% das mulheres apresentam sintomatologia depressiva. Yonkers, Ramin, Rush, Navarrete, Carmody, March, Heartwell e Leveno (2001), particularmente interessados na incidência de depressão pós-parto nas minorias, analisam uma população predominantemente afro-americana e hispânica de 802 mulheres com média de 24,2 anos de idade. Mostram que os índices são os mesmos reportados para a população caucasiana: a prevalência de depressão pós-parto é de 6,5% para as afro-americanas e de 8,5% para as hispânicas. Contudo, apenas 50% das mulheres deprimidas reportam início no pós-parto.

Já noutro estudo (Ballard, Davis, Cullen, Mohan, et al., 1994), a prevalência de depressão pós-parto encontrada na amostra (n=200) é mais elevada: 27.5% às 6 semanas, e 25.7% aos 6 meses após o parto. Em consonância com estes valores, Stuart, Couser, Schilder, O'Hara, e Gorman (1998) verificam que a prevalência de depressão numa amostra de 107 mulheres com idade média de 30,8 anos é de 23,3% às 14 semanas e de 18,7% às 30 semanas após o parto. A incidência da depressão durante este período é de 7,48%. Também Montgomery (2001) encontra uma elevada prevalência de depressão pós-parto em mulheres hispânicas (n=60).

Aos 2 meses 21% e aos 4 meses 26% das participantes encontram-se deprimidas, sendo que 99% das que estão deprimidas aos 2 meses, encontram-se igualmente deprimidas aos 4 meses. Outros autores (Horan-Smith & Gullone, 1998) efectuam um estudo numa comunidade de 71 mães primíparas Australianas, tendo verificado que destas 25,4% estão em risco de desenvolver depressão às 6 semanas após o parto e entre 9,9% e 15,7% são identificadas como estando em risco de experienciar sintomatologia depressiva severa.

Em Portugal, a prevalência de depressão encontrada entre as 2 e as 5 semanas após o parto, numa amostra de 352 mães residentes numa área urbana do Portugal é de 13.1% (Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996). A prevalência no período compreendido entre os 0 e os 3 meses, numa amostra de 54 mulheres primíparas é de 31,5% e entre os 4 aos 12 meses de 53,7% (Areias, Kumar, Barros, & Figueiredo, 1996a; 1996b)

Muito recentemente, Gorman, O'Hara, Figueiredo, Hayes, Jacquemain, Kammerer, Klier, Rosi, Seneviratne, Sutter-Dallay, & TCS-PND Group (2004) analisaram a prevalência de depressão no período compreendido entre o 3º trimestre de gravidez e 6 meses após o parto em 296 mulheres de 8 países diferentes. A prevalência de depressão pelo período considerado foi de 17.3% na cidade do Porto e de 12.3% (em média) nos países considerados. A prevalência aos 6 meses após o parto é de 9.5% no Porto e de 6.6% (em média).

Também O'Hara e Swain (1996), numa meta-análise de 59 estudos, constataram que a prevalência média de depressão pós-parto não psicótica é de 13%.

Embora a evidência empírica nos mostre que a incidência e prevalência de depressão clínica em mulheres após o parto não difere significativamente da encontrada em mulheres noutros períodos das suas vidas (e.g. Cox, et al., 1993), a prevalência de sintomas cognitivos e comportamentais é significativa e bastante elevada (e.g. O'Hara, Zekoski, Philipps, & Wright, 1990). E, apesar de não existir consenso com respeito à etiologia da desordem, admite-se que se trata de uma condição com elevado risco de morbilidade e mortalidade, podendo afectar a criança (Murray, 1992; Murray & Cooper, 1996), a relação entre a mãe e a criança (Beck, 1995) e o companheiro (Suttie, 1998).

2. Experiência de Maternidade e Depressão

Procuramos agora dar a conhecer um conjunto de estudos qualitativos realizados com o intuito de mostrar de que forma a maternidade e as tarefas que lhe estão inerentes são vivenciadas pelas mulheres e podem estar na origem da perturbação após o parto. Estas investigações são importantes de serem referidas, uma vez que nos mostram uma linha de investigação bastante diferente da que adoptamos no nosso trabalho, mas que aponta igualmente para aspectos relevantes que podem estar na origem das dificuldades de adaptação e que, por isso, não devem ser descurados.

Para alguns investigadores, a maternidade é caracterizada, acima de tudo, por um conjunto de perdas, em particular, a perda de identidade e do sentimento de self autónomo, individualizado e separado. Segundo Oakley (1980), que realizou um estudo qualitativo longitudinal em Inglaterra, com 55 mulheres primíparas e de classe média, a perda de identidade ocorre fundamentalmente pela perda de emprego remunerado e pelo isolamento e mobilização de uma relação marital igualitária para uma relação segregacionista. Considera, por isso, que as dificuldades maternas devem ser vistas num contexto de perda/luto. Mais tarde, Nicolson (1990) corrobora esta conceptualização através dos resultados de um estudo qualitativo longitudinal acerca da depressão na transição para a maternidade. Recorre a uma amostra de 24 mulheres (21-41 anos) que foram entrevistadas durante a gravidez, 1, 3 e 6 meses após o parto. As participantes no estudo têm idades compreendidas entre os 21 e 41 anos por altura da primeira entrevista, 18 são primíparas, 5 têm já um filho, e 1 têm dois filhos, mantêm uma relação duradoura com o pai do bebé e são, na sua maioria, de etnia caucasiana e nascidas em Inglaterra. Todas, excepto uma, tinham já tido uma experiência anterior de depressão. Os dados foram transcritos e analisados para identificar temas relacionados com o significado da maternidade e experiência de depressão durante esse período. A autora verifica igualmente que os sentimentos das mães são discutidos no contexto de perda. Quase todas consideram que a maternidade mudou as suas vidas a vários níveis e de diferentes formas. Esta mudança é descrita e compreendida inicialmente em termos de perda de juventude ou, pelo menos, dos comportamentos auto-centrados e despreocupados que a juventude representa.

Os resultados deste estudo demonstram um importante paradoxo na experiência das mulheres: estão contentes por serem mães, mas infelizes com as perdas que a maternidade provoca nas suas vidas: perda de autonomia e tempo, de aparência, de feminilidade e sexualidade e de identidade ocupacional. A perda de autonomia e de tempo ocorre porque as exigências dos cuidados ao bebé, consomem o tempo e energia da mãe e, consequentemente, o tempo para cuidar de si própria é escasso, o que provoca cansaço, exaustão e, ocasionalmente, também ressentimento. A perda de aparência decorre, por um lado, da exaustão e esforço físico que promovem a sensação de mudança negativa da aparência e, por outro lado, da perda de tempo que leva a negligência efectiva da aparência. A aparência e a preocupação com o tamanho do corpo está presente quer durante a gravidez, quer após o parto. A perda de feminilidade e sexualidade decorre quer da perda da forma física anterior à gravidez quer da imagem de mãe: dado que passou pela experiência de parto e pela amamentação, a mulher experiencia o corpo de uma forma diferente e as sensações são diferentes o que, por vezes, se deve a danos físicos decorrentes do parto. A perda de identidade ocupacional resulta da perda de uma parte importante da imagem que a mulher concebia acerca de si própria enquanto pessoa, principalmente, quando a mulher opta pela maternidade a tempo inteiro. Nestes casos, algumas mães sentem que a perda do seu papel profissional motiva uma mudança complexa no seu estilo de vida que origina reacções emocionais como depressão, solidão e pânico, sentem a falta do companheirismo dos colegas de trabalho e consideram o sentimento de isolamento deprimente (Nicolson, 1999). Por isso, a “mãe deverá integrar a sua identidade materna emergente no quadro da sua identidade pessoal” (Figueiredo, 2001, pp. 163). A perda de autonomia e controlo foi igualmente documentada por DiMatteo, Kahn e Berry (1993) que encorajam as mulheres a examinar, numa discussão franca, os acontecimentos relativos à experiência de trabalho de parto, parto e pós-parto, através de um focus group. As narrativas de 41 mães são analisadas e, para além do tema supracitado, foram identificados mais 4 temas: dor física inesperada durante o parto, reacções emocionais inesperadas, pressões financeiras e efeitos do suporte durante o trabalho de parto e parto

Ter um bebé é marcado por uma série de perdas na vida da mulher, mas também pelo ganho de um bebé e do estatuto social de mãe. Nicolson (1999) considera que

as mulheres são impedidas de chorar as suas perdas pelas constrições sociais e pela aceitação inconsciente de tais constrições, que as impede de resolver o seu problema. De facto, Lauer-Williams (2001) constata que as mulheres deprimidas após o parto experienciam culpa, vergonha e sentimento de ser anormal e valorizam a oportunidade de partilhar a experiência de depressão com figuras significativas que possam validar os seus sentimentos e confortar. Para além destes temas, encontrou mais 8: 1. a maior parte das mulheres experienciou a gravidez como desagradável e/ou o parto como traumático; 2. a depressão pós-parto foi um acontecimento importante, mas também devastador na vida destas mulheres. A presença de ansiedade, pensamentos obsessivos, insónias e desvinculação em relação ao bebé era predominante; 3. as mulheres tentam fazer sentido à sua depressão e procuram uma explicação; 4. muitos profissionais de saúde desconhecem os pequenos sinais de depressão e não fornecem informação em relação à depressão pós-parto; 5. as mulheres descrevem discrepâncias entre as expectativas do parto e a realidade da experiência; 6. ter depressão pós-parto deixa as mulheres com um sentimento de tristeza e arrependimento por terem perdido uma experiência de parto e um regresso a casa positivos; 7. a interrupção no trabalho não é experienciada como uma perda ou como stressor e 8. o processo de recuperação é gradual e inicia-se com intervenção psicofarmacológica. Também Beck (1992) verifica que a culpa, os pesadelos com ataques de ansiedade incontroláveis e os pensamentos obsessivos caracterizam a estrutura central da depressão. Estes resultados derivam de um estudo qualitativo relativo às experiências subjectivas de 7 mães que sofrem de depressão pós-parto. Esta autora constata ainda que as participantes pensam magoar-se a si próprias e também aos seus filhos, sentem-se envolvidas na solidão e a qualidade das suas vidas é caracterizada pela falta de emoções e interesses prévios. O medo que as suas vidas nunca mais voltem ao normal está presente.

Lee (1997) considera igualmente que as expectativas culturais de que o cuidado da família é um trabalho natural da mulher, e que é fácil e desprovido de stress, significam que muitas mulheres sofram uma combinação de excesso de trabalho e culpa. A autora argumenta que se as perdas forem tomadas a sério e se a mulher for encorajada a chorá-las, a depressão pós-parto deixará de ser entendida como uma resposta patológica a um “acontecimento feliz” para passar a ser vista pela mulher,

companheiro, família e amigos como um processo saudável face à reintegração psicológica e crescimento pessoal (Nicolson, 1999). Tal como Oakley (1980), contextualiza a maternidade em termos de perdas e a depressão pós-parto em termos de luto (Nicolson, 1990). Argumenta que a depressão pós-parto deve ser entendida como um processo normal que decorre do facto da maternidade ser predominantemente caracterizada pela perda do self, que a mãe deve chorar. A autora critica radicalmente as explicações tradicionais da depressão pós-parto. Argumenta que muitas questões são sociais e não biológicas e que longe de ser uma condição anormal, indesejável e patológica, é uma resposta normal e saudável a uma série de perdas (Nicolson, 1999). Também Romito (1990), considera que as dificuldades maternas fazem parte de uma experiência normal de maternidade, com base nos resultados do seu estudo que apontam para o facto de que 57% das mulheres experienciam momentos de choro, tristeza e preocupação nas primeiras 5 semanas após o parto. Argumenta que a depressão não deve ser considerada uma resposta patológica excepcional, mas uma reacção às circunstâncias socio-políticas das mães.

Nicolson (1999), examina a forma como o discurso médico/clínico a respeito da depressão pós-parto, regula a organização da mulher acerca da experiencia subjectiva e percepção da maternidade. Os resultados dos seus estudos demonstram que a mulher experiencia e constrói socialmente a tensão entre a maternidade e os seus problemas contingentes num contexto pré-definido de depressão como desordem clínica, enquanto elas próprias experienciam a depressão como uma parte normal das suas vidas. A autora faz notar que as mulheres da sua amostra afirmam não experienciam depressão pós-parto e concordantemente não a etiquetam como depressão pós-parto. Usam termos alternativos como: sentir-se em baixo, abatida, transtornada (Nicolson, 1990). A saúde mental debilita-se apenas quando após a perda, a mulher ignora ou reprime o impacto potencial que essa perda pode representar; ou quando a história psicológica do indivíduo indica que existem dificuldades no passado envolvendo perdas ou luto e ainda não resolvidas.

Em suma, a perspectiva feminista conceptualiza a depressão pós-parto como uma resposta "normal" à maternidade que está relacionada com a perda de identidade, autonomia, independência, poder e emprego remunerado (Nicolson, 1999).

No entanto, Mauthner (1999) alerta que considerar que a depressão é normal, trivializa e minimiza sentimentos que são experienciados pelas próprias mães como anormais e aterrorizadores. Desta forma corre-se o risco de negligenciar a depressão por se considerar que os sintomas são normais após o parto. Esta autora, realiza um estudo com o objectivo de explorar a depressão pós-parto e a maternidade do ponto de vista das mulheres, com o interesse específico de descobrir o que é que as mães têm a dizer em relação à maternidade, às respostas psicológicas e emocionais, aos sentimentos de depressão e de que forma estes factores se relacionam com outros aspectos das suas vidas, em particular, as suas relações interpessoais e as suas expectativas relativas à maternidade. Foram efectuadas entrevistadas em relação a sua própria compreensão e relatos da sua experiência na tentativa de elucidar os processos através dos quais a mulher se torna deprimida e de compreender a depressão pós-parto em termos das similaridades e diferenças entre as mulheres e as suas vidas (Mauthner, 1998). A amostra do estudo é constituída por 40 mulheres, na sua maioria caucasianas, com idades compreendidas entre os 17 e os 42 anos de idade na altura do parto. Por altura da entrevista, 32 mulheres tinham apenas um filho, 5 tinham dois filhos e 3 tinham três filhos. Das 40 mães, 17 relatam a maternidade como um acontecimento feliz e relativamente desprovido de problemas para elas. Este grupo de mães difere muito em termos de idade e estatuto socio-económico. 5 mães relatam a maternidade como um período difícil em que se sentem em baixo, deprimidas ou stressadas durante os primeiros meses após o parto e em que experienciam um conjunto de problemas, incluindo parto traumático, dificuldades de amamentação, bebé muito choroso, bebé com dificuldades de sono, cansaço, problemas maritais e falta de tempo para elas próprias. Finalmente, 18 identificam-se como tendo experienciado o que chamam de "depressão pós-parto" e, embora a severidade e duração da depressão variasse consideravelmente entre as 18 mulheres, todas enfatizam a diferença entre o que descrevem como sentimento de "depressão" ou "doença" e sentir-se simplesmente "em baixo", abatida", "cansada" ou "exausta", ao contrário do que aconteceu na amostra de Nicolson (1999), em que as próprias

mulheres sublinham que não têm depressão pós-parto. As 18 mulheres descrevem a depressão como "uma prisão no escuro", um "espaço fechado", um "túnel", "jaula", "caixa", "prisão", "grande buraco". Sentem que as suas experiências não são normais no sentido em que não reconhecem a pessoa em que se tornaram e nunca haviam experienciado nada igual. Neste estudo, a autora verifica que (ao contrário da visão construcionista social, que considera que o modelo médico serve apenas para culpabilizar as mães pelas suas dificuldades individuais) as mães desta amostra sentem que a etiqueta, o estatuto médico e a explicação hormonal, tem o efeito benéfico de as libertar da culpa e responsabilidade porque a depressão é algo que lhes acontece a elas e aos seus corpos e que portanto foge ao seu controlo: "...it's easier on me to think it's hormonal because it's completely out of my control and hormones go wrong and then go right." (Mauthner, 1999, p.152). Assim, estas mulheres parecem aliviadas com as explicações hormonais e a designação médica (Mauthner, 1998).

Os resultados deste estudo apontam ainda para a existência de um conflito entre expectativas prévias de maternidade e experiência real de maternidade, ou seja, entre a mãe que é e a mãe que gostaria de ser, o que dificulta a aceitação dos seus sentimentos e das experiências reais e concretas de maternidade. Estes resultados estão em consonância com os obtidos por Lauer-Williams (2001), supracitados, e com os de Brown, Small, e Lumley (1997) que encontram claramente, no conteúdo das entrevistas, um enorme esforço por parte das mulheres na tentativa de conciliar as suas crenças acerca do que é ser uma boa mãe e as muitas exigências com que se deparam nesta fase das suas vidas. Também Leung (2002) verifica um desfazamento entre as expectativas prévias e a situação actual de maternidade num estudo acerca da relação entre o suporte social, stress e depressão pós-parto no contexto da cultura chinesa. Recorre a uma amostra de 385 mulheres, recrutadas de 5 hospitais centrais de Hong Kong no 3º trimestre de gravidez. Aos 6 meses após o parto uma sub amostra de 59 mulheres foi sujeita a entrevistas. Para além deste tema surgem mais 9, relativos ao stress e suporte relacionados com o ajustamento pós-parto: preocupações ante-natais, experiências de parto inesperadas, competências de cuidados à criança, ajustamento a novos papéis de vida, problemas relacionados com o bebé, disposição para os cuidados à criança, pressão tradicional, suporte e stress das figuras de suporte e dos profissionais de saúde.

Mais tarde, Beck (2002) constata igualmente uma incongruência entre as expectativas e a realidade da maternidade numa meta-síntese de 18 estudos qualitativos acerca da depressão pós-parto. Encontrou ainda outros temas comuns: 1. espiral decrescente, 2. perda penetrante, e 3. enriquecimento alcançado.

Segundo Mauthner (1999), as mulheres lutam activamente consigo próprias, bem como com as pessoas e o mundo social que as rodeia, mas não vêem forma de dar voz aos seus sentimentos no contexto político e pessoal que, tal como percebem, prescreve rigidamente o que uma boa mãe deve pensar, sentir e fazer, e que condena as mães que não são capazes de preencher estes requisitos. Assim, as mulheres com depressão pós-parto tendem a isolar-se dos contactos sociais, sentem-se aprisionadas na sua própria miséria e experienciam um sentimento de solidão e isolamento (Nahas, et al., 1999). A desesperança e o desamparo são temas emergentes nestas mulheres (Nahas & Amasheh, 1999; Chan, Levy, Chung, & Lee, 2002). Quando se encontram na presença de outros, escondem os seus sentimentos e convencem-nos de que estão alegres (Mauthner, 2002). Mauthner (1995), considera que os sentimentos de bem-estar emocional e psicológico estão interligados com a natureza e qualidade de diferentes relações em que estão envolvidas. As mães sentem-se isoladas, mas explicam que a sua solidão deriva do seu próprio afastamento das relações interpessoais. Por outras palavras, ao contrário do que sugere a investigação feminista, as dificuldades experienciadas pelas mulheres em entrar em contacto com outras mulheres está ligada à sua depressão e não à natureza isoladora da maternidade, uma vez que poucas mães relacionam o isolamento a obstáculos sociais, físicos ou geográficos reais. De facto, embora não estejam fisicamente isoladas, elas sentem-se isoladas. Também Nahas, et al. (1999) verificam que a solidão devido ao sentimento de isolamento e a falta de suporte social é um dos temas que emerge dos discursos de mulheres acerca da depressão pós-parto. Este facto deve-se, segundo a perspectiva relacional defendida por Mauthner (2003), a uma experiência de disconexão da mulher com ela própria, com as outras pessoas e com o mundo que a rodeia. Esta disconexão pode ocorrer por diferentes razões, nomeadamente porque: 1. a mulher não está capaz de participar nas relações interpessoais; 2. o contexto relacional não é responsivo; 3. sentimento de que a experiência de depressão não se insere nas normas e expectativas culturais. Mauthner (1998a) chama a atenção para o facto de que, se

alguns companheiros não proporcionam de facto suporte, por vezes também as mulheres desencorajam os seus companheiros de ajudar e dar suporte, pelo que, a depressão pode levar ao afastamento emocional do casal. A investigação tem-se centrado no suporte que o companheiro proporciona ou não à mulher, sem tomar em consideração de que forma a mulher participa nesta relação. A autora alerta para a importância de examinar os contextos culturais e políticos em que estes homens e mulheres vivem, no sentido de perceber de que forma podem influenciar e constringir as suas relações interpessoais.

A depressão na mulher para além de estar relacionada com as suas expectativas e as dos companheiros e com as suas condições sociais está também relacionada com as ideias culturais acerca do que é ser uma boa mãe (Mauthner, 2003; Nahas & Amasheh, 1999; Nahas et al., 1999). O medo de falhar e de ser considerada má mãe é um dos temas que emerge numa investigação realizada com 45 mães que experienciam depressão pós-parto (Nahas et al., 1999). O objectivo deste estudo é explorar as experiências vividas de depressão pós-parto e, para além do tema já referido, emergem mais 4: 1. solidão devido a sentimentos de isolamento e falta de suporte social; 2. desamparo que deriva da incapacidade para lidar com as tarefas relacionadas com o papel tradicional de mãe e esposa; 4. conhecimento insuficiente acerca da depressão pós-parto e dos serviços de suporte disponíveis; 5. recuperar da depressão através da adopção de diversas actividades e aprendizagem de novas competências.

A autora (Mauthner, 1998b) refere que as mães não deprimidas diferem das deprimidas pelo facto das primeiras serem mais capazes de se aceitarem a elas próprias, as suas experiências e os seus sentimentos e, num dado contexto cultural, a sua capacidade de o fazer depende de circunstâncias individuais e interpessoais. Esta autora argumenta que "...postpartum depression occurs when women are unable to experience, express and validate their feelings and needs with supportive, accepting and non-judgmental interpersonal relationships and cultural contexts." (Mauthner, 1999, p.148). As crenças das mães acerca delas próprias, das suas relações e das normas sociais, bem como as suas expectativas prévias acerca da maternidade, são centrais para a depressão. "In order to understand the depression, it was critical to make sense of the ways in which the mothers themselves knew that this was part of their difficulties." (Mauthner, 1998b, pp. 345).

Em suma, Mauthner (1999) adopta uma abordagem relacional na explicação da depressão pós-parto, que toma a relação como uma unidade de análise e explora os sentimentos das mulheres em termos da sua relação com elas próprias, as suas relações interpessoais e as suas relações com oportunidades e constrangimentos sociais e estruturais. Considera que esta conceptualização promove uma forma frutuosa de compreender a depressão pós-parto.

Embora diferentes mães resolvam os seus conflitos de forma diversa, a recuperação envolve algum tipo de resolução das dificuldades e conflitos experienciados e capacidade de auto-aceitação. Beck (1993) investiga o processo social utilizado para resolver os problemas sociais específicos na depressão pós-parto. Os dados foram obtidos através de entrevistas e da observação participante num grupo de suporte para mulheres com depressão pós-parto num período de 18 meses. A perda de controlo foi a dimensão encontrada que constitui o problema psicológico básico na depressão pós-parto. As participantes utilizam estratégias de *coping* através de um processo de 4 estádios: “encontrar o terror”, “morte do self”, “luta pela sobrevivência” e “recuperar o controlo”. Também Amankwaa (2000), considerando a escassez de estudos que foquem as experiências das mulheres afro-americanas, realiza um trabalho de investigação com o objectivo compreender os processos psicossociais em que as mulheres afro-americanas enveredam no sentido de se adaptarem à depressão pós-parto. Para o efeito, 12 mulheres afro-americanas, que experienciaram depressão pós-parto nos últimos 3 anos, foram entrevistadas durante cerca de 1 hora. Dos dados, emergiu um processo psicossocial básico de “sofrimento” e 6 temas principais. Os primeiros 5 temas “stress”, “sentir-se em baixo”, “perder força”, “procurar ajuda” e “sentir-se melhor” representam os estádios do processo tal como é experienciado pela mulher. O último tema “lidar com”, representa a forma cultural das mulheres gerirem a depressão. As conclusões sugerem que, embora as mulheres afro-americanas possam experienciar os mesmos estádios de depressão, as respostas e gestão da depressão pós-parto podem ser únicas e baseadas na sua experiência cultural (Amankwaa, 2000).

3. Factores de Risco

No sentido de analisar os diversos estudos que examinam os factores de risco para a depressão pós-parto, alguns autores reuniram vários estudos e realizaram meta-análises que permitem verificar dentro de uma panóplia de factores, aqueles que mais poderão contribuir para a emergência desta perturbação. O'Hara e Swain (1996), por exemplo, conduzem uma meta-análise baseada em 59 estudos para determinar o efeito de um vasto conjunto de factores de risco, medidos durante a gravidez, para a depressão pós-parto. Verificam que os preditores mais fortes de depressão pós-parto são história psicopatológica prévia, distúrbio psicológico durante a gravidez, relações maritais de pouca qualidade, reduzido suporte social, e acontecimentos de vida stressantes. Mais recentemente, Beck (2001) realiza uma meta-análise de 84 estudos publicados até 1990 acerca da depressão pós-parto, para determinar a relação entre depressão pós-parto e vários factores de risco. Os resultados revelam alguns predictores significativos da depressão pós-parto: depressão pré-natal, baixa auto-estima materna, stress relacionado com os cuidados ao bebé, ansiedade pré-natal, circunstâncias de vida adversas, baixo suporte social, dificuldades na relação matrimonial, história anterior de depressão, dificuldades temperamentais do bebé, blues pós-parto, estatuto marital, estatuto socio-económico e gravidez não planeada/não desejada.

De uma forma geral, os estudos empíricos têm mostrado a existência de factores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto de natureza variada, o que se pode dever ao facto de terem sido realizados em contextos diferentes, utilizando métodos diversos de avaliação, ou ainda porque não existe um factor de risco, mas pelo contrário, a conjugação de vários pode constituir o risco. Variáveis biológicas, nomeadamente as hormonas estradiol (e.g., Buckwalter, 1999), progesterona e prolactina (e.g., Abou-Saleh, Ghubash, Karim, Krymski, & Bhai, 1998; Harris, Johns, Fung, Thomas, et al., 1989), sindrome pré-menstrual (e.g., Boyle & Boucher, 2000) e disfuncionamento da tiróide (e.g., Harris, 1993; Glover, 1992), têm sido apontados como factores de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto. Assim como variáveis demográficas e sociais como a idade (e.g., Cryan, Keogh, Connolly, Cody, Quinlan, & Daly, 2000), paridade (e.g., Righetti-Veltema, Conne-Perreard,

Bousquet, & Manzano, 1998), estatuto marital (e.g., Beck, 2001), nível educacional (e.g., Tammentie, Tarkka, Astedt-Kurki, & Paavilainen, 2002), suporte social (e.g. Beck, 2001; Brugha, Sharp, Cooper, Weisender, Britto, Shinkwin, Sherrif, & Kirwan, 1998; Cryan, et al. 2000; O'Hara & Swain, 1996), relação marital (e.g. Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Samuelsen, & Opjordsmoen, 2002; Longsdon & Usui, 2000; Suttie, 1998; Matthey, Barnett, Ungerer, & Waters, 2000), vida familiar (e.g.,Tammentie, et al., 2002), acontecimentos de vida (e.g. Eberhard, et al., 2002; O'Hara & Swain, 1996; Righetti-Veltema, et al., 1998), stress (e.g. Beck, 2001; Bernazzani, Saucier, David, & Borgeat, 1997; Berthiaume, David, Saucier, & Borgeat, 1996), dificuldades socio-profissionais (e.g., Cryan, et al., 2000; Righetti-Veltema, et al., 1998; Warner, Appleby, Whitton, & Faragher, 1996) se relacionam com depressão pós-parto. Variáveis psicológicas como história psicopatológica (e.g. Beck, 2001; Cryan, et al. 2000; Johnstone, Boyce, Hickey, Morris-Yates, & Harris, 2001; O'Hara & Swain, 1996), distúrbio psicológico durante a gestação (e.g., Bernazzani, et al., 1997; Logsdon, Birkimer, & Usui, 2000; Righetti-Veltema, et al., 1998), sensibilidade interpessoal e neuroticismo (e.g., Bernazzani, et al. 1997), auto-estima materna (e.g., Fontaine & Jones, 1997; Hall, Kotch, Browne & Rayens, 1996), auto-criticismo / auto-aceitação (e.g., Dimitrovsky, Lev & Itskowitz, 1998; Priel & Besser, 1999), estilo de *coping* (e.g., Demyttenaere, et al., 1995) e estilo de vinculação (e.g., Bifulco, Figueiredo, Guédeney, Gorman, Hayes, Muzik, Glatigny-Dallay, Valoriani, Kammerer, Henshaw, & TCS-PND Group, 2004) se associam a depressão pós-parto. As variáveis obstétricas como planeamento da gravidez (e.g., Beck, 2001; Warner, et al., 1996), complicações obstétricas (e.g., Verdoux, Sutter, Glatigny-Dallay, & Minisini, 2002), aborto (e.g., Cryan, et al., 2000), tipo de parto/analgesia (e.g., Edwards, Porter, & Stein, 1994; Murray & Cartwright, 1994), experiência de parto (e.g., Righetti-Veltema, et al. 1998) e as características do bebé como o sexo (e.g., Oweis, 2001), temperamento (e.g., Beck, 2001; Mayberry & Affonso, 1993), tipo de amamentação (e.g., Tammentie, et al., 2002; Warner, et al., 1996) e prematuridade (e.g., Demyttenaere, Lenaerts, Nijs, & Van-Assche, 1995) são igualmente factores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto.

3.1. Factores Biológicos

Os factores fisiológicos podem desempenhar um papel importante na etiologia da depressão pós-parto uma vez que alterações hormonais abruptas ocorrem nos primeiros dias que se seguem ao parto (O'Hara, 1997). Boyle e Boucher (2000) considerando que as flutuações de humor estão associadas a condições hormonalmente mediadas, incluindo o ciclo menstrual, examinam a relação entre a síndroma pré-menstrual e a depressão pós-parto. A amostra é constituída por 51 puérperas entre os 22 e os 36 anos de idade, das quais 25 não relatam sintomas de depressão pós-parto e 26 estão claramente diagnosticadas com depressão pós-parto. Os resultados sugerem que a vivência da síndroma menstrual antes da gravidez é um predictor válido da futura depressão pós-parto. Buckwalter (1999) leva a cabo um estudo para avaliar o leque de hormonas associadas ao humor num grupo de 11 mulheres menstruadas (idade média 34 anos), 2 anos após o parto, que também participaram em avaliações durante a gravidez e pós-parto imediato. Encontrou uma correlação entre humor mais elevado e um aumento do estradiol, já que as mulheres com maiores níveis de estradiol durante a gravidez têm humor mais positivo 2 anos após o parto. Também Abou-Saleh, et al. (1998) investigam a relação entre o cortisol, prolactina, estrogénio, progesterona, tiroxina e a hormona estimulante tirotrofina e a depressão pós-parto numa amostra de 38 mulheres não grávidas (média de 36,2 anos idade), 23 grávidas (média de 27,8 anos idade), 70 puérperas (média de 30,8 anos idade). As mulheres no pós-parto têm níveis mais elevados de cortisol, prolactina, tiroxina e estrogéneo do que as mulheres não puérperas. As mulheres com depressão pós-parto têm níveis significativamente mais baixos de prolactina do que as que não têm depressão pós-parto e as mulheres que desenvolvem depressão pós-parto, entre as 6 e as 10 semanas após parto, têm menos prolactina e mais progesterona do que as não deprimidas. Mulheres com história de depressão apresentam maior sintomatologia depressiva, menos prolactina e níveis mais elevados de hormona estimulante tirotrofina do que as que não têm história de depressão.

Harris, et al. (1989) investigam a possível influência moderadora dos esteróides na depressão pós-parto através da medição das concentrações salivares de hormonas, comparando mulheres deprimidas com não deprimidas, numa amostra de 147

participantes entre os 17 e os 40 anos de idade. De acordo com 3 medidas de depressão, 14,6% das participantes estavam deprimidas. Correlações significativas foram observadas entre os índices de depressão e a prolactina e progesterona salivar. Nas mulheres que não amamentam, a progesterona salivar está positivamente associada à depressão, nas mulheres que amamentam, está negativamente associada. Num estudo anterior, Harris (1993), sugeriu que, num subgrupo de mulheres, a depressão pós-parto pode ser atribuída a desordens da tiróide. O hipotiroidismo tem sido descrito como uma condição frequente que ocorre na mulher alguns dias após o parto. Também Glover (1992) constatou que, num subgrupo de mulheres, a depressão pós-parto está associada com disfuncionamento da tiróide, com picos entre os 2 e os 5 meses. Considera igualmente que alterações ao nível da progesterona, estrogénio, cortisol e nível de beta-endorfinas associadas ao parto podem contribuir para mudanças no humor, no entanto, avança que a depressão pós-parto é uma condição heterogénea com diferentes timings de incidência, e que vários factores sociais e biológicos jogam um papel a diferentes níveis em diferentes indivíduos.

3.2. Factores socio-demográficos

Eberhard et al., (2002) constatam que cotações na escala de acontecimentos de vida, história de depressão e piores relações com o companheiro relacionam-se com depressão em ambos os grupos de mulheres. Também Tammentie, et al. (2002) investigam a prevalência da sintomatologia depressiva após o parto e a sua relação com factores sociais e demográficos, numa amostra de 373 mães e 314 pais finlandeses, avaliados aos 2 meses após o parto. Constatam que 13% das mães apresentam sintomatologia depressiva, as quais têm menor nível educacional, amamentam por menos tempo e estão mais insatisfeitas com a vida familiar, quando comparadas com mães que não exibem sintomatologia depressiva. O número de gravidezes, partos ou crianças, o tipo de parto ou a idade da mãe não se relacionam contudo com os sintomas depressivos.

No entanto, Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, e Figueiredo (1996) mostram que a multiparidade e baixo estatuto socio-económico contribuem para maiores níveis de sintomatologia depressiva entre a 9ª e 20ª semana após o parto, num estudo

conduzido com 352 mulheres portuguesas com idades compreendidas entre os 16 e 43 anos de idade (média=28). Também Righetti-Veltema et al. (1998) verificam que a multiparidade é um dos factores mais significativos preditivo de depressão pós-parto, juntamente com as dificuldades socioprofissionais, acontecimentos de vida adversos, separação precoce mãe-filho, experiências de parto negativas e humor deprimido anterior ao parto. A amostra deste estudo é composta por 570 mulheres, das quais 58 sofrem de depressão pós-parto. Noutro estudo com 213 grávidas (Bernazzani, et al. 1997), o nível de depressão pré-natal foi igualmente identificado como um factor com efeito directo no nível de sintomatologia depressiva após o parto, juntamente com mais 3 variáveis: stressores distais, história psiquiátrica pessoal e estatuto ocupacional. Também Warner, et al. (1996) identificam 2 factores de risco para sintomatologia depressiva após o parto relacionados com o estatuto ocupacional: desemprego materno e desemprego paterno, numa amostra de 2375 mulheres. A gravidez não planeada, e não amamentar ao peito foram também consideradas variáveis de risco para a sintomatologia depressiva neste estudo.
Onozawa, Kumar, Adams, Doré, e Glover (2003) analisam se as mulheres de minorias étnicas e/ou nascidas em países de língua oficial não inglesa têm risco acrescido de desenvolver depressão pós-parto. A amostra é constituída por 830 participantes e os autores concluem que devem ser consideradas como uma população em risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto. No entanto, resultados contrário foram encontrados por Lasek (2000) que, num estudo com 42 mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 48 anos de idade, não encontra uma relação significativa entre o estatuto socio-económico e a depressão pós-parto.

3.3. Suporte social

Brugha et al. (1998) realizam um estudo prospectivo epidemiológico acerca do papel das variáveis sociais e psicológicas na predição de depressão pós-parto, numa amostra de 507 grávidas multíparas (15-43 anos), das quais 427 foram seguidas até aos 3 meses de pós-parto. Os níveis de depressão eram predizíveis pela falta de suporte percebido por parte dos membros do grupo de suporte primário da mulher e falta de suporte em relação ao acontecimento de ter ficado grávida. O tamanho do

grupo de suporte primário não prediz contudo o desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Num estudo posterior Logsdon et al. (2000) verificam igualmente uma associação entre os sintomas depressivos e a importância dada ao suporte, assinalando que a importância percebida do suporte é melhor indicador do que a quantidade de suporte recebido. Logsdon e Usui (2001) avaliam a importância do suporte social numa amostra constituída por 199 mães, das quais 105 são de etnia caucasiana e de classe média, 37 são de etnia caucasiana e de classe média, mas com bebés prematuros e 57 são de etnia afro-americana com bebés de termo e de baixo estatuto económico. A média de idades é de 26 nas mães caucasianas e de 20 nas mães afro-americanas. Os resultados mostram que os predictores da depressão pós-parto são os mesmos nas diversas amostras de mulheres: a importância dada ao suporte, o suporte recebido e a proximidade com o companheiro são sempre predictores significativos da depressão. Collins, Dunkel-Schetter, Lobel, e Scrimshaw (1993) examinam os efeitos do suporte social pré-natal no bem-estar materno e do bebé após o parto, numa amostra de 129 grávidas de baixo estatuto socio-económico. Três aspectos do suporte (quantidade, qualidade e recursos da rede social) e 4 resultados (peso à nascença, índices de apgar, progresso do parto e depressão pós-parto) foram estudados: as mulheres com melhor qualidade do suporte têm bebés com maior índice de apgar e experienciam menos depressão pós-parto. Xu e Lu (2001) analisam a relação entre depressão pós-parto, suporte social e acontecimentos de vida numa amostra constituída por 62 mulheres das quais 30 foram diagnosticadas com depressão pós-parto (22-30 anos) e 32 não foram diagnosticadas com depressão pós-parto (21-32 anos). Constatam que as pacientes com diagnóstico de depressão pós-parto obtêm menos suporte social e experienciam mais acontecimentos negativos. Também Seguin, Potvin, St-Denis, e Loiselle (1999) estudam a relação entre suporte social, stressores crónicos e acontecimentos de vida e sintomatologia depressiva pós-parto, num grupo de 80 grávidas de baixo estatuto socio-económico e num grupo de 36 grávidas de elevado nível socio-económico, que participaram no estudo desde as 30 semanas de gravidez até às 9 semanas do puerpério. As variáveis grupo socio-económico e sintomatologia depressiva durante a gravidez foram controladas. Os stressores crónicos prénatais (episódios frequentes de conflito com membros da rede social,

problemas de saúde materna) e o suporte social estão relacionados com sintomatologia depressiva pós-parto.

Stuchbery, Matthey, e Barnett (1998), examinam quais as dimensões do suporte social associadas à depressão pós-parto, em mulheres com origem em locais em que a língua mãe não é o inglês. A rede de suporte social e o humor pós-parto de 105 anglo-célticas, 113 vietnamitas e 98 mulheres árabes a viver na Austrália foram avaliadas às 6 semanas do puerpério. Os investigadores verificam que para as mulheres anglo-célticas, o baixo humor pós-natal está associado à necessidade percebida de mais apoio por parte do companheiro e da mãe. Para as mulheres vietnamitas, o baixo humor pós-natal está associado à relação pobre com o companheiro e à necessidade percebida de mais ajuda prática por parte dele. Para as mulheres árabes, o baixo humor pós-natal está associado à necessidade percebida de mais suporte emocional por parte do companheiro. Igualmente, Suttie (1998) num estudo realizado com 105 mulheres entre os 25 e os 44 anos de idade, descobre que a satisfação com a relação matrimonial, o suporte do companheiro e o stress relacionado com os cuidados ao bebé, contribuem em 13% para a variância nos índices de depressão. Também Berthiaume, et al. (1996) verifica que o suporte marital, suporte social e stress, são predictores de depressão pós-parto, numa amostra de 420 mães caucasianas entre os 20 e os 40 anos de idade. Seltzer-Sucher (1999) constata igualmente que uma maior qualidade da satisfação materna com a relação marital está correlacionada com menor incidência de depressão pós-parto materna numa amostra de 47 casais expectantes do primeiro filho.

Da mesma forma, Matthey, et al. (2000) mostram que, no final do primeiro ano do puerpério, a morbilidade do casal aumenta, com níveis de distress máximos para ambos os pais, e que os factores associados com a relação marital são predictores significativos do humor deprimido, quer para as mães quer para o pais. Neste estudo, o objectivo centra-se em examinar o curso da depressão pós-natal em mães primíparas com ênfase no papel da personalidade e da relação parental como factores de risco. Para tal, 157 casais (17- 44 anos de idade) foram avaliados antes do parto e 6, 12 e 52 semanas após o parto. A análise dos factores associados ao humor deprimido sugere igualmente que a relação com a sua própria mãe, os níveis de sensibilidade interpessoal e neuroticismo são variáveis importantes no estádio imediatamente seguinte ao parto. Em concordância com estes resultados, Merchant,

Affonso, e Mayberry (1995) analisam a influência predictiva do ajustamento marital e do stress relacionado com o cuidado prestado à criança. Participaram no estudo 71 mulheres primíparas. Os autores verificam que tanto a relação marital como o stress relacionado com os cuidados ao bebé influenciam significativamente a sintomatologia depressiva materna 9 meses após o parto.

3.4. Factores psicológicos

Factores psicológicos da mãe parecem igualmente contribuir para a depressão pós-parto. Smith (1996) verifica que não só a ansiedade relacionada com a gravidez, mas também a ansiedade relacionada com o parto, predizem os níveis de depressão e ansiedade pós-parto. Estes resultados derivam de um estudo com 97 mulheres primíparas entre os 18 e os 40 anos de idade, entrevistadas aos 7 meses de gestação e aos 5 meses após o parto. Oweis (2001) realiza um estudo com o objectivo de explorar a relação entre variáveis situacionais de stress percebido na experiência de parto, duração e dificuldade percebida do parto, variáveis individuais, suporte percebido por parte das enfermeiras e depressão pós-parto, em mulheres Jordanianas. Uma amostra constituída por 278 mulheres: primíparas, casadas e com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos de idade, sem complicações durante a gravidez, com parto normal de termo, que deram à luz um bebé saudável, capazes de falar e perceber árabe e sem história de problemas psicológicos como depressão, participou no estudo. Os resultados indicam que o stress percebido na experiência de parto é o maior predictor de depressão pós-parto e é também discriminador entre médias altas e baixas de depressão pós-parto na amostra.

Outras características da personalidade da mulher que não apenas situacionais interferem com a sua saúde mental, como o estilo de vinculação, auto-criticismo ou auto-estima. Bifulco, Figueiredo, Guedeney, Gorman, Hayes, Muzik, Glatigny-Dallay, Valoriani, Kammerer, Henshaw; TCS-PND Group (2004) avaliam a relação entre o estilo de vinculação materno e a depressão minor e major em 204 grávidas das quais 174 foram seguidas até aos 6 meses após o parto. Encontram uma associação entre o estilo de vinculação evitante (desligado ou retraído) e depressão

antenatal e entre o estilo de vinculação ansioso (emaranhado ou medroso) com a desordem pós-natal.

Priel e Besser (1999) efectuam um estudo prospectivo para analisar o papel do auto-criticismo e dependência como factores de vulnerabilidade para a depressão pós-parto numa amostra não clinica. 73 grávidas primíparas (idade média 23 anos) foram avaliadas ao 3º trimestre de gravidez e às 8 semanas após o parto. Os investigadores mostram que, apesar da dependência não estar associada com a sintomatologia depressiva após o parto, o auto-criticismo avaliado na gravidez prediz a depressão pós-parto. Ressalvam, no entanto, que as mulheres com elevado auto-criticismo têm menor risco de depressão pós-parto se se tornarem fortemente vinculadas ao bebé durante a gravidez. De igual forma, Dimitrovsky, et al. (1998) verificam que as mulheres com maior auto-aceitação estão menos deprimidas e apresentam menor afecto negativo do que aquelas com menor auto-aceitação. Acrescentam ainda que as mulheres deprimidas no período ante e pós-natal apresentam maior auto-aceitação materna do que auto-aceitação geral. Estes resultados foram observados numa amostra de 49 mães primíparas e casadas israelitas durante o 3º trimestre de gravidez e novamente entre as 6 e as 8 semanas após o parto.

Demyttenaere, et al. (1995) examinam 5 primigrávidas desde as 30 semanas de gestação até aos 6 meses após o parto para avaliar o valor preditivo do estilo de *coping* individual, concepção do tempo e mudanças psicológicas específicas durante a gravidez nos níveis de depressão avaliados durante o 3º trimestre de gravidez e 5 dias, 6 semanas e 6 meses após o parto. O estilo de *coping* individual é um predictor efectivo dos níveis de depressão durante o 3º trimestre de gravidez e 6 meses após o parto, mas não para os níveis de depressão 5 dias e 6 semanas após o parto. *Coping* depressivo mais elevado, maior tempo de concepção e menor suporte marital durante a gravidez prediz maiores níveis de depressão pós-parto aos 6 meses.

Hall, et al. (1996) examinam o papel da auto-estima como mediador do efeito dos stressores e recursos sociais na sintomatologia depressiva após o parto. Os dados recolhidos durante visitas domiciliárias com 738 mulheres entre o 1º e o 2º mês após o parto mostram que 42% das participantes apresenta elevados sintomas depressivos. A auto-estima medeia o efeito dos stressores diários e a qualidade das

relações íntimas primárias nos sintomas depressivos. As mães com baixa auto-estima têm 39 vezes mais probabilidade de ter elevados sintomas depressivos do que as mulheres com elevada auto-estima. Mais tarde, Fontaine e Jones (1997) analisam o valor predictivo da auto-estima e do optimismo disposicional para a depressão pós-parto. 45 mulheres britânicas foram recrutadas algumas semanas antes do parto; a depressão foi novamente medida às 2 e 6 semanas após o parto. O optimismo está associado a menor sintomatologia depressiva durante a gravidez e às 2 semanas do puerpério, enquanto a elevada auto-estima está associada a menores níveis de sintomatologia depressiva nos 3 momentos de avaliação. Após controlar o optimismo e os níveis prévios de sintomatologia depressiva, a elevada auto-estima continua associada a menor sintomatologia depressiva 2 semanas após o parto. Este estudo sugere que é a auto-estima e não o optimismo que o factor mais determinante para a susceptibilidade diferencial à depressão pós-parto.

3.5. Factores Obstétricos

Para além dos factores relacionados com as características demográficas e com o suporte social, também as variáveis de índole médica podem constituir factores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto. Por exemplo, Verdoux, et al. (2002) estudam a relação entre complicações obstétricas e sintomatologia depressiva no pós-parto. Entrevistam 441 mulheres durante o 3º trimestre de gravidez e aos 3 a 6 dias após o parto. Os resultados mostram que a exposição a complicações obstétricas durante a gravidez se associa a sintomas depressivos mais intensos, independentemente das variáveis socio-demográficas, ajustamento marital, paridade e história de desordens depressivas ou de ansiedade durante a gravidez. Os autores concluem que as complicações durante a gravidez podem aumentar a severidade da sintomatologia depressiva pós-natal. Também a história passada de complicações na gravidez, nomeadamente aborto, se relaciona com a depressão pós-parto, como nos reporta um estudo realizado por Cryan, et al. (2000), com 377 mulheres, das quais 28,6% apresentam diagnóstico de depressão clínica. Neste estudo a depressão pós-parto, está associada a história de aborto anterior, menor idade, ausência de confidentes e tratamento prévio para a depressão.

Mas o risco não termina na gravidez, visto que algumas das circunstâncias relacionadas com o parto têm vindo a ser apontadas como importantes predictores da depressão pós-parto. Edwards et al. (1994) comparam a prevalência de depressão pós-natal em 103 mulheres com parto por cesariana e 93 mulheres com parto normal. Uma significativa maior incidência de depressão pós-parto é encontrada entre mulheres que tiveram cesariana. Os autores encontram ainda uma relação significativa entre anestesia geral e depressão pós-parto. Murray e Cartwright (1994) acrescentam que os riscos obstétricos durante o parto (fórceps e cesariana) se relacionam significativamente com a depressão pós-parto, mas apenas nos sujeitos com história prévia de depressão. Neste estudo, a amostra é composta por 40 participantes com depressão pós-parto mas sem história prévia de depressão, 21 com depressão pós-parto e com história prévia de depressão, 13 sem depressão pós-parto mas com história prévia de depressão e 42 sem depressão pós-parto e sem história prévia de depressão. Por seu turno, Johnstone et al. (2001) enfatizam a importância dos factores socio-demográficos e sugerem que os factores obstétricos durante a gravidez e parto não aumentam significativamente o risco de depressão pós-parto. Neste estudo, os autores examinam a relação entre factores de risco obstétrico e depressão pós-parto, numa amostra de 490 mulheres entre os 16 e os 42 anos de idade, tendo controlado factores como personalidade, história psiquiátrica e acontecimentos de vida recentes. Factores de risco não obstétricos para o desenvolvimento de depressão pós-parto às 8 semanas de vida do bebé foram reportados, incluindo variáveis sociais, demográficas, personalidade, história psiquiátrica e acontecimentos de vida recentes. Nenhuma das variáveis obstétricas está significativamente associada a um risco aumentado de depressão pós-parto, embora algumas mostrem uma significância marginal.

3.6. Características do Bebé

As variáveis relacionadas com o bebé nos primeiros meses de vida, parecem igualmente contribuir para a depressão pós-parto. Mayberry e Affonso (1993), por exemplo, numa revisão da literatura que relaciona o temperamento infantil e a depressão pós-parto, verificam que a percepção materna acerca da dificuldade da criança se associa a depressão, particularmente durante o 2º mês do puerpério.

Oweis (2001) constatam também que as mulheres que tiveram um filho rapaz apresentam significativamente menos níveis de depressão do que as que deram à luz meninas.

Para além do temperamento e sexo, também a prematuridade do bebé pode influenciar no estado emocional materno, dado que o parto prematuro constitui um acontecimento crítico na vida da família. Alguns estudos têm vindo a mostrar que as mães destes bebés têm risco acrescido de distress psicológico, apresentando níveis mais elevados de depressão, ansiedade e irritabilidade, quando comparadas com as mães de bebés de termo, sendo ainda que os níveis de irritabilidade têm tendência a aumentar 3 meses após a alta do bebé (e. g. Barros, 1992; cit. por Barros, 2001a). Nestas situações de prematuridade, "a depressão surge sobretudo da constatação de que o parto não decorreu como o esperado, de que o bebé é menos perfeito e saudável do que o esperado, ou da avaliação de perda da qualidade de vida em geral" (Barros, 2001a, pp. 247). Gennaro (1988) examina as diferenças na ansiedade e depressão de mães de bebés de termo e bebés pré-termo, na primeira semana após o parto e por um período de 6 semanas. As mães de 41 bebés pré-termo foram emparelhadas com 41 mães de bebés de termo no que respeita à paridade, tipo de parto, idade e etnia. Os resultados mostram que as mães de bebés pré-termo estão significativamente mais ansiosas e deprimidas do que as mães de bebés de termo na primeira semana após o parto, no entanto esta diferença não persiste ao longo do tempo. Mais recentemente, Ukpong, Fatoye, Oseni, e Adewuya (2003) investigam se as mães de bebés pré-termo experienciam mais distress psicológico do que as mães de bebés de termo, no período imediatamente após o parto. Para o efeito participam neste estudo 60 mulheres, 33 são mães de bebés pré-termo e 27 mães de bebés de termo. Os resultados mostram que mais mães de bebés pré-termo (27.3%) apresentam distress emocional significativo do que as mães de bebés de termo (3.7%). De igual forma, mais mães de bebés pré-termo (15.1%) estão mais deprimidas do que as mães de bebés de termo (3,7%). Estes resultados estão em consonância com os verificados por Davis, Edwards, Mohay, e Wollin (2003) numa investigação com 62 mães de bebés prematuros (<32 semanas de gestação), efectuada com o objectivo de examinar a sintomatologia depressiva no mês que se segue ao parto prematuro. Quase metade das mães (40%) reportam sintomas depressivos significativos. O elevado stress materno resulta em aumento

da probabilidade de desenvolver sintomatologia depressiva. Estes autores constataram ainda que o elevado nível educacional e a percepção de suporte por parte dos enfermeiros resultam no decréscimo da probabilidade de desenvolver sintomas depressivos. Outros investigadores assinalaram a importância do apoio emocional para compensar potenciais riscos relacionados com o parto prematuro (e.g. Barros, 2001b).

Embora a depressão pós-parto seja um tema de interesse e que tem vindo a suscitar muitos estudos de investigação, não existe ainda um consenso entre os investigadores acerca da melhor forma de explicar a depressão pós-parto, pelo que novas teorias continuam a ser propostas. A prevalência de depressão referenciada na literatura varia entre 6.5 e 27.5%. Em Portugal é de 13.1% (Augusto et al., 1996). Os estudos de natureza qualitativa assinalam que, para além dos factores individuais da mulher, é necessário adoptar medidas ao nível político-social que permita alterar as atitudes e crenças dos profissionais de saúde e da população leiga. Uma mudança nas expectativas sociais, maior envolvimento dos pais e práticas laborais mais flexíveis que permitam que os pais tomem conta dos seus filhos contribuiria grandemente para aliviar o stress pós-parto nos primeiros anos da maternidade (Lee, 1997). O conhecimento, aceitação e compreensão da depressão pós-parto promove o diagnóstico e prevenção precoce das mulheres em risco (Lauer-Williams, 2001).

Os estudos quantitativos encontram factores de risco biológicos, sócio-demográficos, psicológicos e do bebé para o desenvolvimento de depressão após o parto. Especificamente, as hormonas estradiol (e.g., Buckwalter, 1999), progesterona e prolactina (e.g., Harris et al., 1989), sindrome pré-menstrual (e.g., Boyle & Boucher, 2000) e disfuncionamento da tiróide (e.g., Glover, 1992), a idade (e.g., Cryan et al. 2000), paridade (e.g., Righetti-Veltema et al., 1998), estatuto marital (e.g., Beck, 2001), nível educacional (e.g., Tammentie et al., 2002), suporte social (e.g. O'Hara & Swain, 1996), relação marital (e.g. Eberhard-Gran et al., 2002), vida familiar (e.g.,Tammentie et al., 2002), acontecimentos de vida (e.g. O'Hara & Swain, 1996), stress (e.g. Bernazzani et al., 1997), dificuldades socio-profissionais (e.g., Warner et al., 1996), história de psicopatologia (e.g. Cryan et al. 2001), distúrbio psicológico durante a gestação (e.g., Bernazzani et al., 1997), sensibilidade

interpessoal e neuroticismo (e.g., Bernazzani et al. 1997), auto-estima materna (e.g., Fontaine & Jones, 1997), auto-criticismo / auto-aceitação (e.g., Dimitrovsky et al., 1998; Priel & Besser, 1999), estilo de *coping* (e.g., Demyttenaere et al., 1995) e estilo de vinculação (e.g., Bifulco at al., 2004), planeamento da gravidez (e.g. Warner et al., 1996), complicações obstétricas (e.g., Verdoux et al., 2002), aborto (e.g., Cryan et al., 2000), tipo de parto/analgesia (e.g., Murray & Cartwright, 1994), experiência de parto (e.g., Righetti-Veltema et al. 1998), sexo (e.g., Oweis, 2001), e temperamento do bebé (e.g., Mayberry & Affonso, 1993), tipo de amamentação (e.g., Tammentie et al., 2002) e prematuridade (e.g., Demyttenaere, et al., 1995) constituem factores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto. Pelo que, muitas implicações têm sido extrapoladas da investigação realizada até ao momento com especial enfoque para a importância dos serviços de saúde estarem atentos aos factores de risco associados à depressão pós-parto, no sentido de tomarem medidas preventivas da ocorrência desta condição. Estas medidas podem passar, por exemplo, pela avaliação prévia dos factores demográficos da grávida, por fornecer suporte desde a gravidez até ao pós-parto ou ainda pela adopção de determinados procedimentos obstétricos em detrimento de outros.