

Determinantes da Sintomatologia depressiva pós natal: Efeitos da saúde perinatal e sintomatologia depressiva pré natal

Fábio Ruben de Maia e Silva

Tese de Mestrado Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Professora Doutora Ana Conde

Co-Orientação: Professora Doutora Raquel Costa

Abril, 2016

Fábio Ruben de Maia e Silva



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

**Determinantes da sintomatologia depressiva pós natal:
Efeito da sintomatologia depressiva pré natal e da saúde
perinatal.**

Dissertação apresentada com vista a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da
Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da Professora: Doutora Ana Conde

Trabalho realizado sob a co-orientação da Professora: Raquel Costa

Porto, Abril de 2016

Determinantes da sintomatologia depressiva pós natal: Efeito da sintomatologia depressiva pré natal e da saúde perinatal.

Resumo

Objetivos: Este trabalho tem como objetivos (1) analisar a prevalência da sintomatologia depressiva durante a gravidez e no período pós parto, utilizando instrumentos de auto-relato com *cut-offs* estabelecidos através da comparação com entrevista clínica *gold-standard* e ajustados aos diferentes períodos, pré natal e pós natal; e (2) analisar o efeito preditor da sintomatologia depressiva durante a gravidez e da saúde perinatal na sintomatologia depressiva pós parto.

Método: Foram recrutadas, 180 mulheres no principal hospital da cidade do Porto e em centro de saúde primários da região, preenchendo medidas de autorrelato de depressão, às 35 semanas de gestação e aos 2 meses após o parto e um instrumento clinimétrico acerca da saúde perinatal, 3 a 4 dias após o parto. Análises descritivas foram utilizadas para caracterizar a amostra e estimar a prevalência de sintomatologia nos dois períodos, modelos de regressão linear foram utilizados para analisar o efeito preditor da sintomatologia depressiva pré parto e da saúde perinatal na sintomatologia depressiva pós parto.

Resultados: A prevalência de sintomatologia depressiva das mulheres revelou-se mais acentuada durante o período pré natal do que no pós natal. Relativamente ao efeito preditor da sintomatologia depressiva pré natal na sintomatologia depressiva pós natal, verificamos que um efeito estatisticamente significativo, o mesmo acontece não acontece no caso do efeito preditor da saúde perinatal na sintomatologia depressiva pós natal.

Conclusão: A sintomatologia depressiva demonstrou ser superior no período pós natal em relação ao período pré natal. Utilizando questionários de autorrelato, *cut-offs* empiricamente validados para a população específica devem ser considerados. Pela primeira vez um *cut-off* adaptado à população portuguesa foi usado como referência, este fator pode estar na génese dos resultados obtidos. Tendo em conta este fator, o estudo aponta para o facto de que as mulheres podem enfrentar desafios principalmente após o nascimento da criança que potenciem a prevalência de sintomatologia depressiva. A sintomatologia

depressiva pré natal demonstrou um efeito preditor na sintomatologia depressiva pós natal, uma deteção precoce da sintomatologia durante a gravidez deveria ser um dos principais focos dos serviços de saúde, procurando evitar que as mães cheguem ao período pós natal demonstrando sintomatologia depressiva, facilitando a transição para a parentalidade e consequentemente promovendo uma melhor relação com a criança e um melhor ambiente familiar. O efeito preditor da saúde perinatal na sintomatologia depressiva pós natal não se evidenciou, uma possível explicação para estes resultados, prende-se com o facto de que em estudos anteriores as variáveis de saúde perinatal eram analisadas individualmente, enquanto que no nosso estudo, as variáveis perinatais estão agrupadas em domínios específicos de forma a compreender a saúde perinatal globalmente e atingir uma abordagem mais alargada dos *outcomes* perinatais.

Determinants of postpartum depressive symptoms: Effects of prenatal depressive symptoms and perinatal health

Abstract

Aims: This study aims to (1) analyze the prevalence of depression during pregnancy and postpartum period using self-report instruments with established cut-offs by comparison to gold-standard clinical interview and adjusted to different periods ,Prenatal and postnatal ; and (2) to analyze the predictive effect of depression during pregnancy and perinatal health in depressive symptoms postpartum .

Methods: Were recruited, 180 women in the main hospital of the city of Oporto and primary health center of the region by completing self-report measures of depression at 35 weeks of pregnancy and two months after delivery and clinimetric instrument on perinatal health, 3/4 days after birth. Descriptive statistics were used to characterize the sample and estimate the prevalence of symptoms in both periods. Linear regression models were used to analyze the predictive effect of prenatal depressive symptoms and perinatal health in postpartum depressive symptoms

Results: The prevalence of depressive symptoms of women proved to be more pronounced during the prenatal period than in postnatal period. Regarding the predictor effect of prenatal depressive symptoms in the postnatal depressive symptoms, we found a statistically significant effect, the same does not happen in the case of perinatal health predictor effect on postnatal depressive symptoms.

Conclusion: Depressive symptoms shown to be superior in the postnatal period comparing to the prenatal period. Using self-report questionnaires, empirically validated cut-offs for specific population should be considered. For the first time a cut-off adapted to the Portuguese population was used as a reference, this factor may be in the genesis of the results obtained. Given this, the study points to the fact that women may face challenges specifically after childbirth, that enhance the prevalence of depressive symptoms. The prenatal depressive symptoms showed a predictor effect on postnatal depressive symptoms, early detection of symptoms during pregnancy should be a major focus of health services, seeking to prevent mothers from reaching the postnatal period demonstrating depressive symptoms, facilitating

transition to parenthood and therefore promoting a better relationship with the child and a better family environment. The predictive effect of perinatal health in postnatal depressive symptoms not evident, a possible explanation for these results relates to the fact that in previous studies perinatal health variables were analyzed individually, whereas in our study, the variables perinatal are grouped in specific areas in order to understand the perinatal health globally and achieving a broader approach of perinatal outcomes.

Índice

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Introdução	11
Gravidez como período de transição	12
Maternidade enquanto risco psicológico	15
A relação da depressão pré parto com a depressão pós parto	19
A saúde perinatal e a sua relação com a depressão pós parto	20
Relevância da sintomatologia depressiva pré parto e da saúde perinatal na sintomatologia pós parto	22
Referências	25

ESTUDO EMPIRICO

Resumo	30
Introdução	30
Métodos	32
Procedimentos	35
Resultados	36
Conclusão	38
Referências	41
Conclusão	43
Referências	46

Índice de Tabelas

Tabela 1- <i>Características sócio-demográficas das mulheres</i>	31
Tabela 2- <i>Diferenças nos resultados do EPDS no período pré-natal tendo em conta as variáveis sócio-demográficas e história obstétrica</i>	32
Tabela 3- <i>Prevalência da sintomatologia depressiva clinicamente significativa durante a gravidez (EPDS ≥ 9) e no período pós-parto (EPDS ≥ 7).</i>	35
Tabela 4- <i>Sintomas depressivos durante a gravidez como preditor de sintomas depressivos no período pós-parto.</i>	36
Tabela 5- <i>Saúde perinatal como preditora dos sintomas depressivos no período pós-parto.</i>	37

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Introdução

A depressão é um dos problemas mais comuns identificado entre mulheres durante o período da gravidez e do pós parto (Lee, & Chung, 2007). Sendo um período bastante importante na vida de uma mulher, a transição para a parentalidade, a experiência da gravidez e conseqüentemente a entrada no papel de mãe, exige à mulher uma enorme capacidade de adaptação a uma nova realidade, enfrentando tarefas que nunca tinha experienciado e sendo exigido à mesma respostas específicas para as mesmas (Caplan, 1960; Colman, & Colman, 1994; Figueiredo, 2000). Os papéis executados pela mulher alteram-se resultando numa reorganização abrupta da forma como vê a realidade que a rodeia, deixando de ser apenas filha de alguém para passar a ser também, mãe.

O aparecimento de novos desafios na vida da mulher e de todas as alterações físicas, psicológicas e sociais (Figueiredo, 2001; Figueiredo, 1997; Parry, 1999) que a afetam tornam-na mais permeável ao aparecimento de sintomatologia depressiva, tanto na fase da gravidez como após o nascimento da criança.

Neste sentido, o objetivo principal desta dissertação passa por analisar a prevalência da sintomatologia depressiva durante a gravidez e no período pós parto, utilizando instrumentos de auto-relato com *cut-offs* estabelecidos através de acordo com entrevista clínica *gold-standard* e ajustados aos diferentes períodos, pré natal e pós natal; e analisar o efeito preditor da sintomatologia depressiva durante a gravidez e da saúde perinatal na sintomatologia depressiva pós parto.

Numa primeira fase desta dissertação é feito o enquadramento teórico subjacente a este trabalho, procurando esclarecer alguns conceitos e modelos referentes à transição para a parentalidade, à análise da maternidade enquanto risco psicológico, às tarefas e desafios enfrentados pela mãe, às prevalências da sintomatologia depressiva nos diferentes períodos, a caracterização da sintomatologia depressiva desde a gravidez até ao pós parto, à análise da sintomatologia depressiva durante a gravidez como preditora da mesma no período pós parto, à análise dos *outcomes* perinatais que surgem durante a gravidez e durante o parto como preditores da sintomatologia depressiva no período pós parto e finalmente às implicações da sintomatologia depressiva pós parto para a mãe, criança e indivíduos que fazem parte das relações da mulher, por exemplo, marido, familiares, amigos, entre outros.

Os objetivos são avaliados numa segunda fase da dissertação, através da apresentação de um estudo empírico, denominado de “Determinants of postpartum depressive symptoms: Effects of prenatal depressive symptoms and perinatal health” que visa contribuir para o estado da arte sobre a depressão pós parto.

Finalmente na conclusão é apresentada uma síntese dos resultados obtidos no estudo empírico, discutindo o mesmo à luz do estado da arte, sendo ainda apresentadas mais-valias do mesmo, limitações e sugestões de futuras investigações.

A gravidez como período de transição

É necessário analisar a gravidez não como um acontecimento mas sim como um processo, uma vez que transcende o momento da gravidez e do parto. A mulher estar grávida e ser mãe são dois conceitos bastante distintos, uma vez que, o facto de a mulher estar à espera de uma criança, não implica que esteja preparada para abraçar a maternidade (Canavarro, 2001).

Entenda-se por gravidez o período entre o qual acontece a conceção e o parto, sendo este período normalmente situado às quarenta semanas. Relativamente à maternidade, não podemos estipular um período específico pelo qual ela se desenrole, uma vez que se trata de uma tarefa que se desenvolve ao longo de toda a vida da mulher. De certa forma este período é evidenciado de uma forma mais concreta nos primeiros anos de vida da criança devido às necessidades que a mesma acarreta, no entanto, não podemos afirmar que o papel materno termine nesse momento (Canavarro, 2001).

A transição para a maternidade inicia-se no momento em que a mulher descobre que está grávida. O período da gravidez, permite à mulher preparar-se para os desafios que acontecem após o parto, esta desenvolve capacidades que a permitirão cuidar da criança (Canavarro, 2001).

Rodeando nos de conceitos característicos da corrente cognitiva, o comportamento da mãe durante o parto, é resultado das crenças prévias e do significado que esta atribui às mesmas. As representações construídas estão na base de uma gravidez e maternidade adaptativa ou não, estas podem ser influenciadas por diversos fatores.

O fator genético é um dos referidos, segundo McCrae & Costa, entendemos por fatores genéticos, “potenciais abstratos do indivíduo que incluem capacidades perceptuais e cognitivos, *drives* fisiológicos, características físicas, assim como traços da personalidade”. (cit. In. Canavarro, 2001)

Outro dos fatores a ter em conta são as características sócio culturais das mulheres grávidas, a cultura em que a mulher está inserida, influenciam em grande escala a forma como esta constrói a sua representação da gravidez e maternidade, visto que estes dois conceitos variam de forma acentuada de acordo com a cultura, por exemplo, a definição de maternidade na África subsariana não deve ser percebida da mesma forma que na Europa ou na América do Norte. Tal como a cultura, a história de vida da mulher também é um fator fulcral, uma vez que as representações que possui são construídas de acordo com as vivências da mesma, a relação com progenitores, a ocorrência de abortos prévios, entre outros aspetos, possuem uma influência considerável (Canavarro, 2001).

Fatores de relacionais também devem ser considerados, sendo que dentro deste, dois aspetos distintos demonstram-se fundamentais, a relação entre a grávida e a sua figura materna e a relação marital. Durante a infância a figura materna é para o sujeito o principal modelo a seguir, é a partir desta que são criadas expectativas relativamente ao comportamento de terceiros, assim como uma base de respostas e a construção da sua própria regulação emocional (Soares, 2001). Esta influência, apesar de não ser quantificada, permite nos verificar que a forma como decorreu o desenvolvimento e a relação entre a mulher grávida com a sua figura materna, tem impacto nas representações criadas acerca da gravidez e no momento pós parto. A relação com o cônjuge e figuras de apoio é também um ponto fundamental, é essencial para a mulher grávida que perceciono o apoio junto dela durante a gravidez e para as tarefas que se encaminham após o parto. A existência de apoio emocional demonstra uma associação com a adaptação da mulher a esta nova realidade assim como à qualidade dos cuidados prestados à criança (Figueiredo, 1997) deste modo, as representações construídas acerca da gravidez e da maternidade também estarão associadas a existência de apoio emocional (Canavarro, 2001).

Os fatores referidos anteriormente contribuem para o desenvolvimento da personalidade da mãe e conseqüentemente para a construção das representações que possui acerca da gravidez e da maternidade.

Essas mesmas representações referidas contribuem para a forma como se desenrolam os processos cognitivos adjacentes, por exemplo, os comportamentos exibidos pela mãe durante a gravidez e após o parto, a decisão de engravidar entre outros.

A perspectiva desenvolvimental assume a gravidez como uma fase de desenvolvimento, ou seja, é vista como um período em que surgem tarefas específicas que exigem resoluções com o mesmo grau de especificidade (Caplan, 1960; Colman, & Colman, 1994; Figueiredo, 2000). identificaram essas tarefas. A primeira, diz respeito a aceitação da gravidez, é o processo pelo qual a mulher acredita que está efetivamente à espera de um filho e é subsequente às tarefas seguintes, este período pode ser caracterizado por um período de ambivalência emocional, independentemente do grau de desejabilidade da gravidez, existe sempre um paradoxo de emoções, por um lado a alegria da notícia e por outro o receio e a ansiedade do período que se segue (Canavarro, 2001; Colman, & Colman, 1994; Lederman, 1996). Nesta fase o apoio conjugal assim como dos familiares e amigos mais próximos da mulher, é fundamental para conseguir ultrapassar esta ambivalência (Canavarro, 2001). A segunda tarefa é direcionada à aceitação da realidade do feto, o processo pela qual a mãe apreende o feto como um ser separado dela mesmo, com um funcionamento autónomo. É um processo que ocorre gradualmente, inicialmente é comum a mãe ver o feto como uma parte de si, com o passar do tempo, com o respetivo crescimento do bebé essa “separação” ocorre com sinais emitidos pelo próprio bebé. É comum nesta tarefa existirem fantasias por parte da mãe relativamente ao bebé, começam por imaginar algumas características físicas e temperamentais que a criança poderá vir a possuir assim como a imaginar como serão prestados os primeiros cuidados à mesma (Canavarro, 2001; Colman, & Colman, 1994). A terceira tarefa trata-se da reavaliação da relação com os pais, encontrar uma nova homeostasia. É esperado nesta tarefa que seja efetuada uma reintegração das experiências que a mulher grávida viveu com as suas próprias figuras paternas, é fulcral que consiga afastar-se de uma posição em que tentará replicar tudo aquilo que a sua mãe fez por ela, mas também aceitar os erros que os seus pais cometeram ao longo da sua educação e crescimento.

Desta forma é esperado que a mulher grávida abrace e lide com as suas próprias falhas de uma forma adaptativa (Canavarro, 2001). Relativamente à quarta tarefa, é esperada uma reavaliação com o cônjuge, é necessário enfrentar as novas tarefas que surgem relativamente à integração de um novo elemento no seio familiar, a transformação da díade familiar numa tríade, o parceiro na relação deixa de possuir apenas o papel de companheiro romântico, para ser também visto como pai (Canavarro, 2001). Durante a quarta tarefa, os papéis são reestruturadas e as crenças acerca do relacionamento alteradas em prol da inclusão de um novo elemento, a criança. Por último, a quinta tarefa refere-se à aceitação do bebé como uma pessoa separada, é visto como um “desligar” da gravidez por parte da mãe, a visualização da criança como um indivíduo independente da mãe com necessidades próprias. Com o aproximar do final da gravidez a mulher é confrontada com sentimentos ansiosos relativos ao nascimento da criança, por vezes desejos de prolongar o período da gravidez assaltam a mulher, com receio de não estar preparadas para determinadas tarefas (Canavarro, 2001). Tal como referido por Canavarro (2001), “nesta fase, o grande desafio desenvolvimental é ser capaz de interpretar e responder ao comportamento do bebé”.

Maternidade enquanto período de risco psicológico

Cada vez mais, investigadores têm demonstrado interesse em compreender se a maternidade pode ou não ser vista como um fator de risco para a saúde psicológica da mulher (Figueiredo, 2000).

É de conhecimento comum que a gravidez por si só acarreta bastantes mudanças para a mãe, alterações desde o campo biológico, psicológico, ao conjugal e familiar e até mesmo emocional (Figueiredo, 2001; Figueiredo, 1997; Parry, 1999). O conjunto de tarefas e acontecimentos característicos de uma gravidez, como por exemplo, as alterações corporais, a reorganização família, os cuidados médicos redobrados, entre outros aspetos, podem se tornar uma ameaça a homeostasia e impermeabilidade do estado psicológico da mãe.

Apesar de nem todas as mães experienciarem sintomatologia depressiva após o nascimento da criança, diferentes estudos recentes demonstram que um número, que pode ser considerado significativo, de mulheres tem sido afetadas por esta problemática (Andersson, Sundstrom-Poromaa, Wulff, Astrom, & Bixo, 2006; Felice, Saliba, Grech, & Cox, 2004; Segre, O’Hara, Arndt, Stuart, 2007).

Estas alterações e aumento da probabilidade de sintomatologia psicológica, mais concretamente, sintomatologia depressiva, sentida pelas mulheres após o nascimento da criança podem ser explicadas através de alguns conjuntos de explicações devidamente sustentadas. Tal como já foi referido anteriormente, à luz das correntes cognitivas, o parto e o nascimento da criança pode ser considerado como um período em que é exigido à mãe a reestruturação das suas crenças e da forma como vê o mundo, assim como uma adaptação constante a diferentes situações que vão surgindo ao longo deste novo dia-a-dia (Figueiredo, 2001). Biologicamente, as mudanças corporais são claras no corpo da mulher, ao longo da gravidez o crescimento da barriga, dos seios, o alargamento da anca entre outros aspetos e a diminuição drástica das mesmas nos dias que seguem o parto. Mas nem só a nível biológico o corpo feminino é afetado, a nível hormonal, durante a gravidez os níveis de progesterona e estrogénio aumenta cerca de duzentas vezes, sendo que este diminui rapidamente para os valores normais, dias após o nascimento da criança. Outro dos aspetos hormonais claros, passa pela produção exacerbada de prolactina, responsável pela produção do leite materno nos seios da mulher (Figueiredo, 2001; O'Brien, & Pitt, 1994; Wieck, 1996). Tendo em conta todas estas mudanças físicas, é exigido à mulher que faça um readaptação da imagem que tem de si própria, encarando todas as alterações da forma mais adaptativa possível.

A nível psicológico, todas as mudanças referidas, o conjunto de todas as reorganizações que a mulher é obrigada a fazer, das mudanças de papéis e da ascensão da sua identidade materna, contribuem para uma maior permeabilidade ao aparecimento de sintomatologia psicológica (Figueiredo, 2001).

Tal como já foi referido, as mudanças no relacionamento conjugal e o desempenhar de novas tarefas entre o casal é também uma possível explicação para o aumento da probabilidade de aparecimento de sintomatologia psicológica.

É possível identificarmos alguns dos sintomas mais comuns no que toca a depressão durante estas fases específicas da vida da mulher, gravidez e período após o parto como por exemplo, humor deprimido durante a maior parte do dia, quase todos os dias, identificado pelo mau estar subjetivo, ou através da observação de terceiros; diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas as atividades; perda de peso, não estando a fazer dieta, ou aumento de peso significativo; insónia ou hipersónia; agitação ou lentificação

psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva; diminuição da capacidade de pensar ou de concentração; pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida sem plano específico, ou tentativa de suicídio; os sintomas devem causar um mau estar clinicamente significativo ou déficit social (American Psychiatric Association, 2013). Estes sintomas são característicos de uma psicopatologia depressiva padrão, podendo ocorrer nas mulheres em qualquer altura da sua vida, no entanto, existem algumas sintomas que podem ser especificamente evidenciados em mulheres grávidas ou recentemente mães, é possível que surjam sentimentos de impotência face as necessidades da criança, sentindo-se como incapazes de executar o papel de mãe, conduzindo a sentimentos menos positivos como culpa ou vergonha da forma como executa o seu papel. É possível também evidenciar em alguns casos um afastamento por parte da mãe para com a criança e com os familiares mais próximos. Alguns sintomas físicos também devem ser ressaltados, tais como, dores relativas ao parto, cefaleias e dores nas costas (Lee, & Chung, 2007).

Apesar de alguns sintomas descritos acima serem comuns a qualquer indivíduo que padece de uma perturbação depressiva, é necessário existir um diagnóstico bastante exímio de forma a evitar erros de diagnóstico, concretamente, uma perda ou aumento de peso espontânea, que em alguns casos depressivos é classificado como um sintoma, no caso de uma mulher numa fase de pós parto é perfeitamente comum e normativo. Mas não só os sintomas físicos devem ser analisados desta forma, a falta de atenção e problemas de memória, podem ser justificados pelas alterações hormonais que atingem a mulher neste período (Lee, & Chung, 2007).

É possível analisarmos a evolução da sintomatologia temporalmente. Os sintomas depressivos referidos podem surgir ainda antes do nascimento da criança, denominando a problemática de depressão pré natal. Os sintomas que assolam as mulheres nesta fase são semelhantes ao que foram descritos em cima, sendo que a gravidade do problema ascende consoante a sintomatologia evidenciada, escalando desde apatia social e problemas de concentração até ideações suicidas, quando atingem este tipo de sintomatologia é necessário tratamento psiquiátrico o mais cedo possível. Tendo em conta que o aparecimento de sintomatologia em algumas mulheres grávidas ocorre ainda durante a gravidez, é

fundamental existir uma identificação dos sintomas e o tratamento dos mesmos o mais precocemente possível (Lee, & Chung, 2007).

Após o nascimento da criança o espectro de tipos de perturbações depressivas aumenta, podendo-se caracterizar em diferentes categorias. Seguindo uma linha temporal, o primeiro tipo de diagnóstico são os *blues* pós parto e caracterizam-se como sendo a perturbação de humor mais comum entre mulheres que foram mães recentemente. Este tipo de perturbação surge nos primeiros dias após o nascimento afetando as mulheres com uma sintomatologia depressiva moderada, por exemplo, irritabilidade, choro incessante, ansiedade generalizada e problemas de sono e de apetite. Tipicamente este tipo de problemática desaparece em alguns dias sem que seja necessário nenhum tipo de tratamento ou intervenção psicológica (Kennerley, & Gath, 1989; Pitt, 1973; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004)

A psicose pós parto é a problemática menos comum no que toca a perturbações de humor relacionadas com a maternidade (Robertson, et. al, 2004). Caracteriza-se como sendo a perturbação mais grave que a mulher pode padecer, surge poucas horas a seguir ao parto sendo que este período pode se estender até duas semanas seguidas a este (Kendell, Chalmers, & Platz, 1987). Os sintomas são consideravelmente mais graves do que os característicos de uma perturbação depressiva, sendo que, comportamentos bipolares, alucinações e comportamentos completamente desorganizados podem surgir (Brockington, Cernik, Schofield, Downing, Francis, & Keelan, 1981). Nestes casos, o tratamento especializado é sempre requerido, evitando que exista a probabilidade de danos físicos e psicológicos tanto para a mãe como para a criança (Robertson, et. al, 2004).

Finalmente surge a depressão pós parto, a perturbação mais comum entre as mulheres nesta fase de vida. Normalmente inicia-se cerca de seis semanas depois do parto, podendo surgir da continuidade e agravamento da sintomatologia dos *blues* pós parto. Relativamente à caracterização da sintomatologia, é bastante semelhante aquela característica de perturbações depressivas, no entanto, o foco dos comportamentos e das crenças desadaptadas centra-se na criança e na execução da maternidade, tendo impacto na mãe, no bebé e no seio familiar. Um dos fatores a ter em conta, é que podem surgir sintomas relacionados com uma preocupação excessiva com a saúde da criança, assim como respostas excessivas a

determinados comportamentos da mesma, levando a sentimentos de culpa e baixa eficácia enquanto mãe (Robertson, et. al, 2004; Robinson, & Stewart, 2001)

O tratamento para o tipo de problemáticas descritas em cima, irá depender bastante da gravidade da mesma. No caso dos *blues* no pós parto, é esperado que natural e adaptativamente os sintomas desapareçam com o tempo, com as estratégias de *coping* das mulheres e com o apoio do seu suporte social, já no caso de depressão pré natal ou pós natal, o a psicoterapia é fundamentais, uma vez que este tipo de sintomatologia surge do despoletar de um evento stressante na vida das mulheres, este tipo de intervenção pode permitir às mesmas, lidar com a problemática de uma forma mais adaptativa (Appleby, Warner, Whitton, & Faragher, 1997; Dennis, 2005; Lee & Chung, 2006). Em casos mais complicados, como a psicose pós parto, o tratamento farmacológico pode ser fundamental de forma a acentuar o processo de recuperação, Apesar da psicoterapia conseguir atingir os mesmos resultados da psicofarmacologia, o tempo despendido em terapia é bastante maior (Lee & Chung, 2006).

É importante realçar que em casos de depressão pré natal, o uso de psicofarmacologia pode não ser benéfico, uma vez que introduzir no medicação numa mulher grávida pode gerar problemas no feto, aliás existem evidências que a utilização de alguns antidepressivos específicos encontram-se relacionados com maiores dificuldades durante o parto e problemas congénitos para a criança (Lee & Chung, 2006; Sanz, De-las-Cuevas, Kiuru, Bate, & Edwards, 2005).

A relação da depressão pré parto com a depressão pós parto.

Diversos estudos demonstram que a presença de sintomatologia depressiva durante a gravidez é um dos principais preditores da presença da mesma no período após o nascimento da criança, é evidenciada uma certa estabilidade na presença dos sintomas, iniciando-se nos primeiros meses de gravidez, ou até antes da mesma, e continuando até ao nascimento da criança e nos meses imediatamente a seguir (Heron, O'Connor, Evans, Golding, Glover, & Team, 2004; Robertson, et. al, 2004; Kim, Hur, Kim, Oh, & Shin, 2008).

Existem alguns modelos explicativos para este tipo de comportamento da sintomatologia depressiva. Em termos psicológicos, o período da gravidez acarreta para a

mulher a construção de diversas expectativas em relação ao mesmo, expectativas essas que contribuem para o aparecimento de preocupações específicas deste período, desta forma, e pelos motivos descritos anteriormente, é possível que as mulheres se tornem mais instáveis e com uma maior vulnerabilidade em relação ao aparecimento de sintomatologia depressiva (Heron, et. al, 2004).

Mas não é apenas a vulnerabilidade psicológica descrita que pode ser explicativo desta relação entre sintomatologia durante a gravidez e após o nascimento da criança. É possível que as alterações hormonais que afetam a mãe durante o período da gravidez, nomeadamente alterações que dizem respeito ao eixo Hipotalamo-Pituitaria-Adrenal, HPA, como por exemplo o aumento dos níveis de cortisol (Kammerer, Adams, Von Castelberg, & Glover, 2002) pode ser outra das explicações para esta manutenção e capacidade de predição da sintomatologia depressiva durante a gravidez (Heron, et. al, 2004).

A saúde Perinatal e a sua relação com a depressão pós parto.

Durante a gravidez é possível que a mãe sofra de diversas complicações relacionadas com a sua saúde e a saúde da criança, complicações essas que podem surgir da história passada da mãe ou mesmo de acontecimentos durante o período da gravidez. Denominamos os acontecimentos referidos de *outcomes* perinatais, *outcomes* esses que dizem respeito a questões relacionadas com o histórico social e de saúde da mãe (*e.g.* estado civil, estatuto socioeconómico, doenças prévias, complicações obstétricas em partos anteriores), a gravidez (*e.g.* violência doméstica durante a gravidez, complicações obstétricas como anemia, diabetes gestacionais, entre outros, amniocentese), o parto da criança (*e.g.* cor do líquido amniótico, medicação durante o parto, presença de suporte familiar, recurso a instrumentos durante o parto) a condição neonatal (*e.g.* anomalias congénitas, índice de Apgar, falhas cardíacas, amamentação) e finalmente a condição da mãe antes da alta hospitalar (*e.g.* febre, hematomas, infeções no local da sutura).

Anteriormente, a saúde perinatal era avaliada de acordo com a presença ou ausência de acontecimentos adversos (Carroli, Rooney, & Villar, 2001; Murphy, & Fullerton, 2006), no entanto, essa forma de analisar a saúde perinatal alterou-se, passando a dar enfoque não só a acontecimentos de risco menos comuns, como outros tipos de *outcomes* perinatais. Por

outras palavras, podemos referir que o paradigma foi alterado, passando a olhar-se não para a presença de doença, mas sim para a presença de saúde (Murphy, & Fullerton, 2006).

Algumas das problemáticas referenciadas antes da mudança de paradigma, caracterizavam-se como, morte fetal, neonatal ou maternal, ou a ocorrência de problemas graves como por exemplo, parto prematuro, baixo peso à nascença ou hemorragias (Murphy, & Fullerton, 2006).

Ao analisarmos a saúde perinatal e conseqüentemente a ocorrência de *outcomes* negativos para a mãe e para a criança, chegamos ao conceito de otimalidade. Entenda-se por otimalidade, o facto de não existir nenhum tipo de intervenção na ausência de complicações (Murphy, & Fullerton, 2006), no entanto, qualquer tipo de intervenção mesmo sendo necessária, já deverá ser considerada como, “não ótima”. O conceito de otimalidade, diferencia-se da definição de normalidade, no sentido em que entre clínicos, o acontecimento de determinado *outcome* poderá ser normal para uns mas não para outros, enquanto que quando falamos em otimalidade, procuramos definir a melhor condição possível, um conceito mais consensual entre profissionais (Murphy, & Fullerton, 2006).

Determinados *outcomes* adversos parecem estar relacionados com a ocorrência de sintomatologia depressiva após o parto, acontecimento de abortos e complicações obstétricas em gravidezes prévias, cesarianas e partos com recurso a instrumentos, hiperémese; contrações prematuras, licença médica e maior número de visitas à cuidados de saúde, podem surgir durante a gravidez, analgesia durante o trabalho de parto com derivados de morfina, são alguns dos exemplos (Josefsson, Angelsiöö, Berg, Ekström, Gunnervik, Nordin, & Sydsjö, 2002).

Os *outcomes* descritos em cima, podem ser resultado de uma diversidade de fatores, entre as mudanças hormonais sofridas no corpo da mulher durante a gravidez, por exemplo, no caso da ocorrência de pré eclampsia durante a gravidez, é sabido que este tipo de *outcome* causa um aumento de serotonina no sangue, o que conseqüentemente diminui os seus níveis no cérebro da mãe, o que pode levar ao aparecimento de sintomatologia depressiva (Blom, et al 2010).

Outra forma de procurar compreender a relação entre a ocorrência de *outcomes* adversos e o aparecimento de sintomatologia depressiva após o nascimento da criança, é a condição física da mãe. Ao padecer de algum tipo de complicação durante a gravidez, como por exemplo, a utilização de instrumentos durante o parto, o uso de cesariana, entre outros, sentem-se mais frágeis fisicamente durante o período de pós parto (Bloch, Schmidt, Danaceau, Murphy, Nieman, & Rubinow, 2000), sendo assim mais permeáveis a stressores como as dores, cansaço e todas as limitações resultantes (Blom, et al 2010).

As expectativas criadas à volta da gravidez e do nascimento da criança é outro ponto a focar relativamente à associação entre a ocorrência de *outcomes* perinatais negativos e o aparecimento de sintomatologia depressiva. Um parto recheado de complicações ou o aparecimento de determinados problemas na criança conduzem a mãe a sentimentos negativos como decepção (Beck, 2006; Robertson, et. al, 2004; Milgrom, et al., 2008) conduzindo-a consequentemente a uma adaptação menos facilitada ao início da maternidade (Blom, et al 2010).

Finalmente características da personalidade da mãe pode estar na génese, da associação entre os *outcomes* adversos que possam surgir e o aparecimento de sintomatologia depressiva (Blom, et al 2010). Mães francamente mais confiantes e otimistas, lidam mais fácil e adaptativamente com determinados tipos de problemas que possam surgir, ao contrário de mulheres, tendencialmente mais negativas.

Relevância da sintomatologia depressiva pré parto e da saúde perinatal na sintomatologia pós parto.

A presença de sintomatologia depressiva, de acordo com o que foi descrito anteriormente afeta as mulheres a todos os níveis da sua vida, destabiliza a sua homeostasia relativamente à saúde física e psicológica assim como tem impacto na sua vertente social, entenda-se por vertente social, a situação profissional, vivências com o grupo de pares, família, no relacionamento conjugal e mesmo na relação com a criança após o nascimento. Mulheres que padecem de sintomatologia depressiva durante o pós parto, possuem uma maior tendência para desenvolverem estilos de vinculação inseguros, refletindo-se numa relação matrimonial desajustada, uma apreensão desadaptada do seu suporte social e menos

vinculação para com a criança, dificultando a interação entre ambos e a criando de vínculos saudáveis para o desenvolvimento do bebê (Wilkinson, & Mulcahy, 2010).

A presença de sintomatologia depressiva aumenta o risco de comportamentos desadaptados, consequentes da mesma, afetando diretamente a vida social da mulher, aumentando o nível de utilização de medicação, assim como um menor índice de produtividade nas suas tarefas diárias. No entanto, não só a mulher que padece de sintomatologia é afetada, as suas relações com familiares, amigos e trabalhadores ou entidade patronal, também são abaladas comprometendo as mesmas (Bennett, Einarson, Taddio, Koren, & Einarson, 2004; Ormel, Vonkorff, Oldehinkel, Simon, Tiemens, & Üstün, 1999).

Dado a prevalência da depressão pós parto ser considerável e de em diversos casos passar despercebido aos clínicos e até aos familiares próximos da mulher, o tratamento tardio da sintomatologia pode potenciar o desenvolvimento da perturbação, fazendo a mesma escalar em termos de gravidade (Nielsen, Videbech, Hedegaard, Dalby, & Secher, 2000). Sendo que grande parte da sintomatologia surge ainda durante a gravidez, ou até antes, tendo por foco a identificação precoce da sintomatologia, pode ser possível evitar o aparecimento, ou continuidade de sintomas depressivos no período de pós parto (Nielsen, et al., 2000).

Relativamente à saúde futura da criança, a presença de sintomatologia depressiva após o parto nas mães, pode relacionar-se com o aparecimento de problemáticas relativas ao desenvolvimento da criança, por exemplo, ganham menos peso do que crianças com mães que não padeceram de sintomatologia, tem mais problemas de saúde considerados pouco graves, possuem mais distúrbios relacionados com o sono, acordando mais vezes durante a noite (Gress-Smith, Luecken, Lemery-Chalfant, & Howe, 2012).

Através do conhecimento da evolução da sintomatologia depressiva ao longo da gravidez, da identificação dos principais preditores da mesma e por todos os fatores referidos em cima, uma deteção precoce por parte dos clínicos e familiares e o respetivo encaminhamento para estratégias de resolução de sintomatologia depressiva, permite diminuir o seu aparecimento no período do pós parto, evitando assim existirem consequências nocivas para a criança, em termos de complicações de saúde durante o parto e nos primeiros meses de vida, assim como impedindo o aparecimento de problemas desenvolvimentais relacionados com a mesma, e também consequências para a mãe, evitando

o surgimento de consequências adversas no que toca a sua saúde física, psicológica, integridade emocional e qualidade dos seus relacionamentos.

Referências enquadramento teórico

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M., & Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(8), 937-944. doi: 10.1080/00016340600697652
- Appleby, L., Warner, R., Whitton, A., & Faragher, B. (1997). A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *Bmj*, 314(7085), 932.
- Beck, C. T. (2006). Postpartum Depression: It isn't just the blues. *AJN The American Journal of Nursing*, 106(5), 40-50.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 698-709.
- Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., & Rubinow, D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 924-930.
- Blom, E. A., Jansen, P. W., Verhulst, F. C., Hofman, A., Raat, H., Jaddoe, V. W. V., ... & Tiemeier, H. (2010). Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(11), 1390-1398.
- Brockington, I. F., Cernik, K. F., Schofield, E. M., Downing, A. R., Francis, A. F., & Keelan, C. (1981). Puerperal psychosis: phenomena and diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, 38(7), 829-833.
- Canavarro, M. (2001). Gravidez e Maternidade- Representações e tarefas de desenvolvimento. In M.Canavarro, ed., *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, 1st ed. Coimbra: Quarteto Editora, pp. 17-49

- Caplan, G. (1960). Patterns of parental response to the crisis of premature birth: A preliminary approach to modifying the mental-health outcome. *Psychiatry*, 23(4), 365-374.
- Carroli, G., Rooney, C., & Villar, J. (2001). How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatric and perinatal Epidemiology*, 15(s1), 1-42.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*: Lisboa: Edições Colibri.
- Dennis, C.-L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *Bmj*, 331(7507), 15.
- Felice, E., Saliba, J., Grech, V., & Cox, J. (2004). Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *Journal of affective disorders*, 82(2), 297-301.
- Figueiredo, B. (1997). Depressão pós-parto, interacção mãe-bebé e desenvolvimento infantil.
- Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento e da Maternidade. In: I. Soares, ed., *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*, 1st ed. Coimbra: Quarteto Editora, pp.347-380.
- Figuereado, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M.Canavarro, ed., *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, 1st ed. Coimbra: Quarteto Editora, pp. 161-188
- Gress-Smith, J. L., Luecken, L. J., Lemery-Chalfant, K., & Howe, R. (2012). Postpartum depression prevalence and impact on infant health, weight, and sleep in low-income and ethnic minority women and infants. *Maternal and child health journal*, 16(4), 887-893.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., & Team, A. S. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of affective disorders*, 80(1), 65-73.
- Josefsson, A., Angelsiöö, L., Berg, G., Ekström, C.-M., Gunnervik, C., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2002). Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, 99(2), 223-228.

- Kammerer, M., Adams, D., Von Castelberg, B., & Glover, V. (2002). Pregnant women become insensitive to cold stress. *BMC pregnancy and childbirth*, 2(1), 8.
- Kendell, R., Chalmers, J., & Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *The British Journal of Psychiatry*, 150(5), 662-673.
- Kennerley, H., & Gath, D. (1989). Maternity blues. I. Detection and measurement by questionnaire. *The British Journal of Psychiatry*, 155(3), 356-362.
- Kim, Y. K., Hur, J. W., Kim, K. H., Oh, K. S., & Shin, Y. C. (2008). Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: A prospective study. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 62(3), 331-340.
- Lee, D. T., & Chung, T. K. (2007). Postnatal depression: an update. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 183-191.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., . . . Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of affective disorders*, 108(1), 147-157.
- Murphy, P. A., & Fullerton, J. T. (2006). Development of the optimality index as a new approach to evaluating outcomes of maternity care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(6), 770-778.
- Nielsen, D., Videbech, P., Hedegaard, M., Dalby, J., & Secher, N. (2000). Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(10), 1210-1217.
- O'Brien, S., & Pitt, B. (1994). Hormonal theories and therapy for postnatal depression. In J. Cox, & J. Holden, (Ed.) *Perinatal Psychiatry*. London : Gaskell.
- Ormel, J., Vonkorff, M., Oldehinkel, A., Simon, G., Tiemens, B., & Üstün, T. (1999). Onset of disability in depressed and non-depressed primary care patients. *Psychological medicine*, 29(04), 847-853.
- Parry, B. L. (1999). Postpartum depression in relation to other reproductive cycle mood changes. In L. Miller (Ed.), *Postpartum mood disorders*, 21-46. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Pitt, B. (1973). Maternity blues'. *The British Journal of Psychiatry*, 122(569), 431-433.

- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry*, 26(4), 289-295.
- Robinson GE, Stewart DE. Postpartum disorders. In: Stotland NL, Stewart DE, editors. Psychological aspects of women's health care. Washington (DC), American Psychiatric Press, Inc., 2001. p. 117-39.
- Sanz, E. J., De-las-Cuevas, C., Kiuru, A., Bate, A., & Edwards, R. (2005). Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome: a database analysis. *The Lancet*, 365(9458), 482-487.
- Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., & Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(4), 316-321.
- Soares, I. (2001). Vinculação e cuidados maternos: segurança, proteção e desenvolvimento da regulação emocional. In M.Canavarro, ed., *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, 1st ed. Coimbra: Quarteto Editora, pp. 75-104
- Wieck, A. (1996). Ovarian hormones, mood and neurotransmitters. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 17-25.
- Wilkinson, R. B., & Mulcahy, R. (2010). Attachment and interpersonal relationships in postnatal depression. *Journal of reproductive and infant psychology*, 28(3), 252-265.

ESTUDO EMPÍRICO

Determinantes da sintomatologia depressiva pós-parto: Efeitos dos sintomas depressivos pré-natais e da saúde perinatal

Resumo

Para analisar a prevalência de sintomatologia depressiva pré e pós-natal, utilizando medidas de auto-relato com cut-offs estabelecidos contra uma entrevista clínica e ajustados para estes períodos e analisar o efeito dos sintomas depressivos pré-natais e saúde perinatal nos sintomas depressivos no pós-parto, 180 mulheres preencheram o Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) às 35 semanas de gestação e dois meses após o parto e o Optimality Index (OI), com 35 semanas de gestação. A percentagem de mulheres deprimidas no período pré-natal ($EPDS \geq 9$) situa-se em 25,6% e no período pós-natal ($EPDS \geq 7$) em 38,9%. A saúde perinatal não mostrou associação com os sintomas depressivos no pós-parto. Os sintomas depressivos pré-natais mostraram uma associação com os sintomas depressivos no pós-parto ($p < ,001$). Através dos resultados confirma-se o facto de que a presença de sintomas depressivos pré-natais são o melhor preditor de sintomas depressivos no pós-parto, quando comparado com a saúde perinatal, destacando a importância de um rastreio precoce dos sintomas depressivos pré-natais, bem como uma intervenção precoce na mãe, facilita uma melhor transição para a parentalidade e, conseqüentemente, uma melhor relação com a criança e um melhor ambiente de família.

Palavras Chave: Sintomas depressivos pré-natais; Saúde perinatal; Sintomas depressivos pós-natais.

Introdução

A depressão é um dos problemas psicológicos mais comuns evidenciados durante a gravidez e o período pós-parto (Lee, e Chung, 2007). A prevalência de sintomas depressivos pode variar de 15% a 29,2%, no período pré-natal (Flynn, 2005; Goodman & Tyer-Viola, 2010; Sidebottom, Hellerstedt, Harrison, e Henrikus, 2014; Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa, 2008) e de 4,6% para 16,5% no período pós-natal (Andersson, Sundstrom-Poromaa, Wulff, Astrom, & Bixo, 2006; Felice, Saliba, Grech, & Cox, 2004; Segre, O'Hara, Arndt, & Stuart, 2007). Apesar dos diferentes momentos de avaliação utilizados, a prevalência de sintomas depressivos é maior no período pré-natal em relação ao período pós-natal (Andersson, et al, 2006;. Figueiredo & Conde, 2011; Goodman & Tyer-

Viola, 2010; Sidebottom, et al., 2014). Nos estudos utilizando medidas de auto-relato de saúde mental, os pontos de corte utilizados, tanto no período pré-natal como período pós-natal foram os mesmos (Figueiredo & Conde, 2011; Sidebottom, et al, 2013.). Uma vez que um estudo recente demonstrou que os instrumentos de rastreio e de pesquisa devem ser ajustados a diferentes períodos de avaliação, na transição para a parentalidade (Tendais, Costa, Conde, & Figueiredo, 2014), no presente estudo pretende-se analisar a prevalência de sintomas depressivos pré-natais e dos sintomas depressivos pós-natais, utilizando medidas de auto-relato com cut-offs estabelecidos de acordo com uma entrevista clínica e ajustados para esses períodos.

Uma questão relevante a considerar quando os sintomas depressivos são analisados é se há ou não uma continuidade dos mesmos desde o período pré-natal até ao pós-natal. Alguns estudos mostram que as mulheres com sintomas depressivos clinicamente significativos após o parto já estavam deprimidas durante a gravidez (Sidebottom, et al, 2013.; Heron, O'Connor, Evans, Golding, e Glover, 2004; Robertson, Grace, Wallington, & Steward, 2004).

Considerando os aspetos negativos associados à depressão pós-parto, encontrar um preditor para estes sintomas é determinante para garantir um bem-estar geral e um bom funcionamento familiar. Vários estudos mostram que a saúde mental pré-natal e saúde perinatal são variáveis importantes a ter em conta.

Resultados consensuais sugerem que os sintomas depressivos durante a gravidez são o indicador mais consistente de sintomas depressivos no período pós parto (Heron, et al, 2004;.. Robertson, et al, 2004; Kim, Hur, Kim, Oh, e Shin, 2008) em comparação com ps fatores obstétricos (Johnstone, Boyce, Hickey, Morris-Yates, & Harris 2001; Nielsen, Videbech, Hedegaard, Dalby, & Secher, 2000).

No entanto, variáveis perinatais, como o elevado número de visitas à clínica pré-natal, as contrações prematuras, hiperemese, a episiotomia, feridas relativas à cesariana, dor mamária e transtornos psiquiátricos, também parece estar relacionadas com sintomas depressivos no período pós-parto (Josefsson, et al ., 2002).

Neste estudo pretende-se analisar o efeito dos sintomas depressivos pré-natais e da saúde perinatal nos sintomas depressivos no pós-parto.

Método

Amostra

A amostra é composta por 180 mulheres. A grande maioria dos participantes tinha idades compreendidas entre 30 e 39 anos de idade, eram casadas ou estavam numa união de facto, com salários mensais superiores a 1000€ e com mais de 12 anos de escolaridade (ver Tabela 1). Considerando as características obstétricas, a maioria das mulheres nunca teve um aborto prévio (74,7%), eram primíparas (62,8%), teve um parto normal com recurso a epidural (42%) e teve uma concepção natural (96,7%). A maioria das mulheres não referiu nenhum tipo de problema psiquiátrico (99,4%) e não fumavam (92,2%).

Tabela 1

Características sócio-demográficas das mulheres (N= 180)

		(%)
Idade (anos)	<20	0.6
	20-29	32.2
	30-39	62.8
	≥40	4.4
Estado civil	Casada/União de facto	73.7
	Solteira/Divorciada	26.3
Salário mensal (€)	<1000	29.9
	>1000	70.1
Escolaridade (anos)	< 12	48.9
	> 12	51.1

Não foram encontradas diferenças significativas nos sintomas depressivos pré-natais tendo em conta, o salário mensal das mães, os anos de escolaridade, o estado civil e a presença de um aborto prévio (ver Tabela 2)

Tabela 2

Diferenças nos resultados do EPDS no período pré-natal tendo em conta as variáveis sócio-demográficas e história obstétrica

	EPDS		
	Mãe N=180 M(DP)	T	P
Salário Mensal		-,140	,889
≤1000 (n=50)	5,74(3,60)		
>1000 (n=117)	5,82(3,33)		
Escolaridade (anos)		,782	,435
≤12 (n=88)	6,13(3,77)		
>12 (n=92)	5,72(3,21)		
Estado Civil		,784	,434
Solteira/Divorciada (n=47)	6,48(3,97)		
Casada/União de facto (n=132)	5,93(4,26)		
Aborto		-,886	,377
Sim (n=45)	6,35(3,40)		
Não (n=133)	5,81(3,53)		

Instrumentos

a. Questionário Sócio-demográfico

Os participantes completaram um questionário de auto-relato, desenvolvido para este estudo, composto por 43 itens, procurando recolher informação acerca da idade, raça, nacionalidade, estado civil, situação profissional, escolaridade, número de filhos e histórico

medico e obstétrico. A informação relacionada com o abuso de substâncias como o Tabaco e o alcóol também foram recolhidas.

b. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox, Holden & Sagovsky, 1987)

O EPDS é um questionário de auto-relato composto por 10 itens cotados numa escala de *Lickert* de 0 a 3, concebido para avaliar a depressão pós-parto. O EPDS mede a intensidade dos sintomas depressivos relativamente aos 7 dias anteriores ao preenchimento. Relativamente às características psicométricas, o EPDS demonstrou neste estudo uma boa consistência interna (Cronbach $\alpha = .782$ na gravidez and Cronbach $\alpha = .779$ após o parto). Os *cut-offs* ideais foram diferentes nos dois momentos de avaliação, (gravidez ≥ 9 ; período pós-parto ≥ 7) (Tendais, Costa, Conde, & Figueiredo, 2014).

c. Optimality Index (Murphy & Fullerton, 2006)

O Optimality Index é um instrumento clinimétrico que permite recolher informação acerca de 5 domínios perinatais distintos criados a partir da soma da ocorrência de cada item: (1) História social e histórico médico (estado civil; minoria étnica; fumar; álcool; consumo de drogas; índice de massa corporal antes da gravidez; idade; existência de uma doença crónica; parto prematuro anterior; morte fetal intrauterina prévia; cesariana prévia; outras complicações anteriores ao parto), (2) gravidez presente, estado maternal, diagnóstico e medidas terapêuticas utilizadas (morte fetal intrauterina; violência doméstica; outras condições/complicações pré-parto graves; assistência pré-natal: iniciada no primeiro trimestre com o mínimo de 5 visitas; amniocentese; uso de medicação), (3) parto (período de tempo entre o primeiro exame digital após a ruptura das membranas e o nascimento; fluído amniótico; indução do parto; amniotomia; medicação oral ou injectável durante o primeiro e segundo estágio do parto; epidural; fetoscópio; anomalias no ritmo cardíaco fetal; presença de uma pessoa de apoio durante o parto; contrações não direcionadas; parto acontece no local inicialmente previsto; parto instrumental; cesariana; episiotomia; 1º ou 2º grau de laceração do tecido do períneo; medicação durante a terceira fase do trabalho de parto; contacto com a criança; retenção da placenta; hemorragia pós-parto; transfusão de sangue; outras

complicações durante o parto), (4) condição neonatal (estimativa da idade gestacional; peso ao nascer; índice de Apgar; transferência para os cuidados neonatais de alto risco; anomalias congénitas; trauma durante o nascimento; amamentação; morte perinatal) and (5) condição da mãe antes da alta dos cuidados de saúde (febre enquanto a mãe ainda está no hospital ou diagnóstico de infecção ou complicações; prescrição de medicação para problemas identificados durante o período intraparto ou no período pós-parto; morte maternal). O instrumento fornece uma medida de otimalidade nos cuidados perinatais, ou seja, a melhor condição com o mínimo de intervenções, tendo em conta a criança e a mãe. O conceito de otimalidade é definido como a ausência de problemas perinatais e a necessidade de aplicação intervenções necessárias. Quando uma intervenção é usada, mesmo que necessária para intervir numa complicação específica, o resultado é considerado como não ótimo.

Procedimentos

Este estudo longitudinal faz parte de um projeto mais alargado, “*Contributions of parent-infant psychophysiology during dyadic interactions to child development*”, financiado pela fundação BIAL (157/12).

A amostra deste estudo envolve 180 mulheres, a seleção dos participantes foi feita no principal hospital do Porto e em 13 unidades de saúde primárias. As mães foram recrutadas durante uma consulta de rotina às 35 semanas de gestação. Os objetivos deste estudo foram inicialmente explicados aos participantes elegíveis, sendo fornecida informação acerca dos métodos e procedimentos. Foram entregues consentimentos informados, e após serem preenchidos, iniciou-se a recolha de informação. Este estudo foi aceite e aprovado anteriormente pelo comité ético da direção de saúde do norte e do principal hospital do Porto. Mulheres que não sabiam ler e escrever em português e fetos com problemas congénitos foram excluídos. O primeiro momento de avaliação ocorreu durante as 35 semanas de gestação, recolhendo a informação sócio-demográfica, informação clínica e informação acerca de abuso de substâncias (álcool, drogas e tabaco). Os sintomas depressivos foram recolhidos utilizando o Edinburgh Postnatal Depression Scale. A informação acerca da saúde perinatal foram recolhidas aproximadamente 4 dias após o nascimento da criança, utilizando o Optimality Index. As medidas relativas aos sintomas depressivos foram repetidas aos 2 meses após o nascimento da criança.

Análise de dados

Os dados foram analisados utilizando o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. Análises descritivas foram utilizadas para analisar as variáveis sócio-demográficas da amostra e para estimar a prevalência da sintomatologia depressiva clinicamente significativa durante a gravidez e durante o período pós-parto. Foi efetuada uma regressão linear de forma a analisar o efeito preditor dos sintomas depressivos pré-natais e da saúde perinatal nos sintomas depressivos pós-natais. Foi tido em consideração um valor de p inferior a 0.05 como estatisticamente significativo.

Resultados

Prevalência da sintomatologia depressiva durante a gravidez e no período pós-parto

Durante a gravidez, 25.6% das mães demonstraram sintomatologia depressiva clinicamente significativa ($EPDS \geq 9$), dessas, 80.4% continuam a demonstrar os mesmo sintomas clinicamente significativos 2 meses após o parto ($EPDS \geq 7$). Uma incidência de 33 novos casos (18.3%) foram descobertos após o nascimento da criança com uma prevalência total de 38.9% ($EPDS \geq 7$) (ver Tabela 3).

Tabela 3

Prevalência da sintomatologia depressiva clinicamente significativa durante a gravidez ($EPDS \geq 9$) e no período pós-parto ($EPDS \geq 7$).

EPDS	Gravidez N=180 (%)	Pós-parto N=180 (%)
≥ 9	46 (25.6%)	

≥ 7	70 (38.9%)
----------	---------------

Sintomas depressivos pré-natais como preditores de sintomas depressivos pós-natais

A regressão linear efetuada para analisar o potencial valor preditivo dos sintomas depressivos pré-natais nos sintomas depressivos pós-natais, esta demonstrou que quanto maior os níveis de sintomas depressivos durante a gravidez maiores os níveis de sintomas depressivos no período pós-parto (ver Tabela 4).

Tabela 4

Sintomas depressivos durante a gravidez como preditor de sintomas depressivos no período pós-parto.

	R^2	F	p	β	t	p
Modelo	.441	140.609	<.001	.664	11.858	<.001

Saúde perinatal como preditora dos sintomas depressivos no período pós-parto.

A regressão linear efetuada para analisar o potencial valor preditivo dos diferentes domínios de saúde perinatal,- nomeadamente o histórico social e médico; a gravidez presente, estado da mãe, diagnóstico e medidas terapêuticas; parto; condição neonatal; condição da mãe antes da alta dos cuidados médicos; índice de otimalidade - nos sintomas depressivos pós-natais. Os resultados demonstraram que a saúde perinatal não prediz os sintomas depressivos no período pós parto (ver Tabela 5).

Tabela 5

Saúde perinatal como preditora dos sintomas depressivos no período pós-parto.

<i>Modelo</i>	R^2	F	Sig F	B	t	<i>p</i>
SMB	.000	.005	.945	-.005	-.069	.945
PPMSDTM	.000	.050	.823	-.017	-.224	.823
P	.007	1.278	.260	-.084	-1.130	.260
NC	.007	1.201	.275	.082	1.096	.275
CMPD	.002	.374	.542	.049	.611	.542
OPPP	.001	.133	.716	-.027	-.364	.716

Legenda: SMB – Social and medical background; PPMSDTM – Present pregnancy, maternal status, diagnostic and therapeutic measures; P – Parturition; NC – Neonatal condition; CMPD – Condition of the mother prior to discharge from birth facility or from provider care; OPPP – Total score of Optimality Index

Discussão

O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência dos sintomas depressivos no período pré e pós-natal utilizando questionários de auto-relato com *cut-offs* estabelecidos através de uma entrevista clínica e ajustados aos diferentes momentos de avaliação, assim como analisar o efeito dos sintomas depressivos pré-natais e da saúde perinatal nos sintomas depressivos no período pós-parto. Os resultados demonstraram que os sintomas depressivos no período pré-natal predizem os sintomas depressivos no período pós-parto. Demonstram ainda que a saúde perinatal não prediz os sintomas depressivos no período pós-parto.

Neste estudo, a prevalência de sintomatologia depressiva clinicamente significativa no período pré-natal é menor quando comparada com a sintomatologia depressiva clinicamente significativa no período pós-parto. Os dados da prevalência da sintomatologia depressiva clinicamente significativa demonstra uma diminuição dos sintomas depressivos desde a gravidez até o período pós-parto (Andersson, et al., 2006; Felice, et al., 2004; Figueiredo & Conde, 2011; Goodman & Tyer-Viola, 2010; Sidebottom, et al., 2014).

Relativamente à prevalência, em ambos os momentos, pré-natal e pós-natal, os valores demonstram-se mais altos no nosso estudo, quando comparados com outras investigações (Andersson, et al., 2006; Felice, et al., 2011; Goodman & Tyer-Viola, 2010; Sidebottom, et al., 2014). Em Portugal, os *cut-offs* ideais para o EPDS, quando comparados com uma entrevista clínica (*gold-standard*) foram de 9 durante a gravidez e 7 no período pós-parto (Tendais et al., 2014). Este foi o primeiro estudo em Portugal que analisou a validade do EPDS comparando com uma entrevista clínica durante a gravidez e no período pós-parto, e o nosso estudo o primeiro a utilizar estes *cut-offs* estabelecidos como ideais. Os estudos envolvendo questionários de auto-relato de saúde mental deveriam considerar *cut-offs* empiricamente validados para a população específica, não só para rastreio como também para pesquisa. Utilizando estes como referência, ao contrário do que seria esperado, este estudo aponta para o facto que as mulheres podem enfrentar desafios específicos principalmente após o nascimento da criança, que aumenta a sintomatologia depressiva no período pós-parto, aumentando a sua prevalência. Os *cut-offs* utilizados foram menores do que noutros estudos (normalmente 13) o que pode justificar a disparidade dos valores das prevalências.

Um resultado interessante é que a grande maioria das mulheres grávidas com sintomatologia depressiva clinicamente significativa mantêm a sintomatologia depressiva após o nascimento da criança. A detecção e o tratamento da depressão são aspetos que têm sido enfatizados durante o período pós-parto (Evans et al, 2001), no entanto, este estudo demonstra que mais de metade dos casos de depressão pós-parto são na verdade casos de depressão durante a gravidez que permanece sem tratamento após o nascimento da criança. Além disso, este e outros estudos indicam que um dos melhores preditores de sintomas depressivos no período pós-parto é a presença de sintomas depressivos durante a gravidez (Austin, Tully, & Parker, 2007; Heron, et al, 2004; . . Kim, et al, 2008). Assim, o rastreio de sintomas depressivos durante a gravidez deve ser o principal objectivo dos serviços de saúde para uma intervenção precoce evitando que a mãe chegue ao período pós-parto demonstrando sintomas depressivos, facilitando uma melhor transição para a parentalidade, uma melhor relação com a criança e, conseqüentemente, um melhor ambiente familiar.

Estudos anteriores demonstram uma associação entre a saúde perinatal, nomeadamente, baixa médica durante a gravidez e um elevado número de visitas à clínica

pré-natal e sintomas depressivos no período pós-parto (Josefsson , et al. , 2002). Neste estudo, obtivemos resultados diferentes, a saúde perinatal não demonstrou uma associação com os sintomas depressivos no período pós-parto, uma possível explicação para estes resultados prende-se com o facto de que as variáveis perinatais nos estudos foram analisados individualmente , enquanto que no nosso estudo, as variáveis perinatais foram agregados em domínios específicos, procurando compreender este conceito de uma forma global de forma a alcançar uma abordagem mais ampla dos resultados perinatais. Além disso, foram utilizados sintomas depressivos clinicamente significativos em vez de sintomas depressivos por si só.

Um dos pontos fortes do nosso estudo, prende-se com a utilização de *cut-offs* de EPDS empiricamente validados em específico para a população portuguesa, quando comparados com uma entrevista clínica (*gold-standard*). Estes foram de 9 durante a gravidez e 7 no período pós-parto (Tendais et al. , 2014) . O uso de registos médicos , conseguidos através do Optimality Index e dados obtidos nos centros hospitalares e unidades de saúde primárias, oferecendo precisão na avaliação dos resultados perinatais da mãe e da criança.

No nosso estudo, temos dois momentos diferentes durante as duas fases de avaliação, durante a gravidez, só recolhemos os dados acerca dos sintomas depressivos pré-natal no terceiro trimestre, e no pós-parto nos dois meses após o nascimento da criança, como sugestão para futuras pesquisas é importante existirem mais momentos de avaliação ao longo da gravidez e no período pós-parto de forma a recolher mais informações sobre o desenvolvimento de sintomatologia durante toda a gravidez e do momento do parto até dois meses depois .

Referências

- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M., & Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(8), 937-944. doi: 10.1080/00016340600697652
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Felice, E., Saliba, J., Grech, V., & Cox, J. (2004). Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *Journal of affective disorders*, 82(2), 297-301.
- Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of women's mental health*, 14(3), 247-255.
- Flynn, H. A. (2005). Epidemiology and phenomenology of postpartum mood disorders. *Psychiatric Annals*, 35(7), 544-551.
- Goodman, J. H., & Tyer-Viola, L. (2010). Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *Journal of Women's Health*, 19(3), 477-490.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., & Team, A. S. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of affective disorders*, 80(1), 65-73.
- Johnstone, S. J., Boyce, P. M., Hickey, A. R., Morris-Yates, A. D., & Harris, M. G. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(1), 69-74.

- Josefsson, A., Angelsiöö, L., Berg, G., Ekström, C.-M., Gunnervik, C., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2002). Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, *99*(2), 223-228.
- Kim, Y. K., Hur, J. W., Kim, K. H., Oh, K. S., & Shin, Y. C. (2008). Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: A prospective study. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *62*(3), 331-340.
- Lee, D. T., & Chung, T. K. (2007). Postnatal depression: an update. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *21*(2), 183-191.
- Murphy, P. A., & Fullerton, J. T. (2006). Development of the optimality index as a new approach to evaluating outcomes of maternity care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *35*(6), 770-778.
- Nielsen, D., Videbech, P., Hedegaard, M., Dalby, J., & Secher, N. (2000). Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *107*(10), 1210-1217.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry*, *26*(4), 289-295.
- Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., & Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *42*(4), 316-321.
- Sidebottom, A. C., Hellerstedt, W. L., Harrison, P. A., & Hennrikus, D. (2013). An examination of prenatal and postpartum depressive symptoms among women served by urban community health centers. *Archives of women's mental health*, *17*(1), 27-40.
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of affective disorders*, *119*(1), 142-148.
- Tendais, I., Costa, R., Conde, A., & Figueiredo, B. (2014). Screening for depression and anxiety disorders from pregnancy to postpartum with the EPDS and STAI. *The Spanish journal of psychology*, *17*, E7.

Conclusão

É possível olharmos para a depressão como um dos maiores problemas das mulheres grávidas e recém mães (Lee, & Chung, 2007). Caracterizando-se como sendo uma fase de extrema importância na vida de uma mulher, a transição para a parentalidade, a experiência da gravidez e conseqüentemente a entrada no papel de mãe, exige à mulher uma enorme capacidade de adaptação a uma nova realidade, enfrentando tarefas que nunca tinha experienciado e sendo exigido à mesma respostas específicas para as mesmas (Caplan, 1960; Colman, & Colman, 1994; Figueiredo, 2000). Toda a reorganização exigida, todas as modificações efetuadas nos papéis executados pela mulher resultam numa reorganização abrupta da forma como vê a realidade que a rodeia, deixando de ser apenas filha de alguém para passar a ser também, mãe.

Sendo um período tão complexo e tão multidisciplinar, envolvendo diferentes aspectos na vida da mulher, é compreensível que, resultado de todas as reorganizações efetuadas, mudanças corporais, psicológicas e sociais, esta se torne mais permeável ao aparecimento de sintomatologia depressiva (Figueiredo, 2001; Figueiredo, 1997; Parry, 1999).

Desta forma, procuramos analisar a prevalência da sintomatologia depressiva portuguesas, utilizando um valor de *cut-off* adaptado à população específica, assim como compreender o efeito preditor de duas variáveis distintas na sintomatologia depressiva pós natal, a saúde perinatal e a sintomatologia depressiva pré natal.

Existem diversos estudos que evidenciam a presença de sintomatologia depressiva durante a gravidez (Flynn, 2005; Goodman & Tyer-Viola, 2010; Sidebottom, Hellerstedt, Harrison, & Henrikus, 2014; Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa, 2008) assim

como no período de pós parto (Andersson, Sundstrom-Poromaa, Wulff, Astrom, & Bixo, 2006; Felice, Saliba, Grech, & Cox, 2004; Segre, O'Hara, Arndt, & Stuart, 2007), demonstrando a importância de estudar a sintomatologia nesta fase da vida de várias mulheres. É importante ressaltar que grande parte dos estudos demonstrou uma curva descendente na prevalência de sintomatologia depressiva desde o período pré natal, até ao pós natal (Andersson, et al., 2006; Figueiredo & Conde, 2011; Goodman & Tyer-Viola, 2010; Sidebottom, et al., 2014). Os nossos resultados relativos à prevalência de sintomatologia depressiva, contradizem estes resultados, demonstrando valores mais elevados no período a seguir ao nascimento da criança do que durante a gravidez. Uma possível explicação passa pela utilização de *cut-offs* adequados à população portuguesa (Tendais et.al., 2014) é fundamental que estudos que envolvem questionários de autorrelato, mas mesmo durante a deteção dos sintomas por parte dos profissionais, tenham isto em conta, adequando o *cut-off* à população que está a ser avaliada. Por outro lado, estes resultados demonstram que provavelmente, as mulheres durante o período de pós parto, enfrentam desafios específicos que potenciam o aparecimento e o aumento da prevalência da sintomatologia depressiva, comparando com o período pré natal.

Ao contrário de outros estudos, não encontramos um efeito preditor da saúde perinatal na sintomatologia depressiva pós natal (Josefsson, et al., 2002). É possível que este efeito não se tenha revelado devido ao facto de que, em estudos anteriores, as variáveis de saúde perinatal eram analisadas individualmente (*e.g.* pré eclampsia, baixo índice de Apgar), enquanto que no nosso estudos, as variáveis foram agrupadas em domínios específicos (*e.g.* parto, condição neonatal), de forma a conseguirmos atingir um visão mais alargada e uma abordagem mais completa da saúde perinatal. Outro dos fatores que pode ter influencia, é o facto de ter utilizado o diagnóstico de sintomatologia depressiva clinicamente significativa como referência, em vez de presença de sintomas depressivos.

Tal como em estudos anteriores (Heron, et al., 2004; Robertson, et al., 2004; Kim, Hur, Kim, Oh, & Shin, 2008), a presença de sintomatologia depressiva durante a gravidez, demonstrou-se como o mais forte preditor da sintomatologia depressiva após o parto. É importante ressaltar que a grande maioria de mulheres grávidas que demonstravam sintomatologia, mantiveram na após o nascimento da criança, evidenciando uma falta de

atenção por parte dos familiares e profissionais de saúde relativamente à deteção precoce desta sintomatologia. Sendo a presença de sintomatologia depressiva pré natal o principal preditor da sintomatologia depressiva após o parto, é fulcral que a deteção e intervenção na sintomatologia em fases iniciais da gravidez seja um foco dos serviços nacionais de saúde, evitando que a mãe atinja o período de pós parto demonstrando sintomatologia depressiva, facilitando uma melhor transição para a parentalidade, melhorando a relação entre mãe bebé e finalmente, potenciando um melhor ambiente familiar.

Realço que a utilização de *cut-offs* adequados à população portuguesa deve ser visto como uma mais valia deste estudo, ganhando um maior grau de precisão ao analisar a sintomatologia depressiva. O uso de um instrumento clinimétrico como o Optimality Index é outro ponto positivo, permitindo recolher informação acerca do estado de saúde da mãe e da criança de forma mais precisa e completa.

Como perspectiva para futuras investigações, poderia ser importante analisar a sintomatologia depressiva durante mais momentos sendo que neste trabalho recolhemos informação apenas durante o terceiro trimestre de gravidez e dois meses após o parto. Analisar os diferentes trimestres e procurar acompanhar a mãe durante um período de tempo mais alargado após o nascimento da criança, permitiria recolher mais informação acerca do desenvolvimento da sintomatologia depressiva.

Referências

- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M., & Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(8), 937-944. doi: 10.1080/00016340600697652
- Caplan, G. (1960). Patterns of parental response to the crisis of premature birth: A preliminary approach to modifying the mental-health outcome. *Psychiatry*, 23(4), 365-374.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*: Lisboa: Edições Colibri.
- Felice, E., Saliba, J., Grech, V., & Cox, J. (2004). Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *Journal of affective disorders*, 82(2), 297-301.
- Figueiredo, B. (1997). Depressão pós-parto, interacção mãe-bebé e desenvolvimento infantil
- Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of women's mental health*, 14(3), 247-255.
- Figuereado, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M.Canavarro, ed., *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, 1st ed. Coimbra: Quarteto Editora, pp. 161-188
- Flynn, H. A. (2005). Epidemiology and phenomenology of postpartum mood disorders. *Psychiatric Annals*, 35(7), 544-551.

- Goodman, J. H., & Tyer-Viola, L. (2010). Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *Journal of Women's Health, 19*(3), 477-490.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., & Team, A. S. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of affective disorders, 80*(1), 65-73.
- Josefsson, A., Angelsiö, L., Berg, G., Ekström, C.-M., Gunnervik, C., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2002). Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics & Gynecology, 99*(2), 223-228.
- Kim, Y. K., Hur, J. W., Kim, K. H., Oh, K. S., & Shin, Y. C. (2008). Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: A prospective study. *Psychiatry and clinical neurosciences, 62*(3), 331-340.
- Parry, B. L. (1999). Postpartum depression in relation to other reproductive cycle mood changes. In L. Miller (Ed.), *Postpartum mood disorders*, 21-46. *Washington DC: American Psychiatric Press.*
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry, 26*(4), 289-295.
- Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., & Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 42*(4), 316-321.
- Sidebottom, A. C., Hellerstedt, W. L., Harrison, P. A., & Hennrikus, D. (2013). An examination of prenatal and postpartum depressive symptoms among women served
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of affective disorders, 119*(1), 142-148.
- Tendais, I., Costa, R., Conde, A., & Figueiredo, B. (2014). Screening for depression and anxiety disorders from pregnancy to postpartum with the EPDS and STAI. *The Spanish journal of psychology, 17*, E7.