

PsicoUSF

Psico-USF

ISSN: 1413-8271

revistapsico@usf.edu.br

Universidade São Francisco

Brasil

Bordin Schmidt, Eluisa; Piccoloto, Neri Maurício; Campio Müller, Marisa  
Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil  
Psico-USF, vol. 10, núm. 1, junho, 2005, pp. 61-68  
Universidade São Francisco  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401036062008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil

Eluisa Bordin Schmidt

Neri Maurício Piccoloto

Marisa Campio Müller<sup>1</sup>

---

### Resumo

A depressão pós-parto é uma condição que afeta 10% a 15% das mulheres no pós-parto. Este quadro tem seu início em algum momento durante o primeiro ano do pós-parto, havendo maior incidência entre a quarta e oitava semana após o parto. Geralmente se manifesta por um conjunto de sintomas como irritabilidade, choro freqüente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, ansiedade, sentimentos de incapacidade de lidar com novas solicitações. O objetivo deste artigo é apresentar uma revisão bibliográfica acerca da depressão pós-parto. São abordados aspectos conceituais, epidemiológicos, fatores de risco associados a sua ocorrência e algumas repercussões da depressão pós-parto na relação materno-infantil e no desenvolvimento da criança. O conhecimento destes aspectos reveste-se de grande importância considerando as conseqüências prejudiciais às mães bem como ao desenvolvimento cognitivo, social e emocional de suas crianças.

*Palavras-Chave:* Depressão pós-parto; Sintomas; Desenvolvimento da criança.

### Post-partum depression: Risk factors and repercussions in infant development

#### Abstract

The post-partum depression is a condition that affects 10 to 15% of the women in the post-partum period. These symptoms begin at some moment during the first year after delivery, occurring more frequently between the fourth and eighth week after parturition. It is generally expressed through a complexity of symptoms where there is a presence of irritability, frequent crying, feelings of abandonment and hopelessness, lack of energy and motivation, lack of sexual interest, disturbances in sleep and eating patterns, anxiety, and feelings of not being able to cope with new demands. The objective of this paper is to present a bibliographical revision regarding the post-partum depression. Conceptual and epidemiological aspects, risk factors associated with their occurrence as well as a few repercussions of the post-partum depression in the mother-child relation, and the development of the infant will be broached. The awareness of these aspects has become very important due to the harmful consequences suffered by the mothers as well as cognitive, social and emotional development of their infants.

*Keywords:* Postpartum depression; Symptoms; Infant development.

---

### Aspectos conceituais

Estudos recentes de saúde mental relacionados ao parto levaram a uma mudança no conceito específico de depressão pós-parto (DPP), por considerá-la um espectro de transtornos depressivos e ansiosos que surgem no período perinatal. Esta mudança está associada ao crescente reconhecimento da necessidade de prevenção e intervenção precoce nesse período (Austin, 2004).

A depressão pós-parto geralmente inicia da quarta a oitava semana após o parto (por vezes mais tarde, mas ainda dentro do primeiro ano) e pode persistir por mais de um ano (Cooper & Murray, 1995; Klaus, Kennel & Klaus, 2000). De acordo com o DSM-IV-TR, (APA, 2000), o Transtorno Depressivo Maior pode ter

como especificador o pós-parto, desde que este início ocorra no período de 4 semanas após o nascimento.

Os sintomas de DPP incluem irritabilidade, choro freqüente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, alterações alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações e queixas psicossomáticas. Uma mãe com depressão pós-parto pode apresentar também sintomas como cefaléia, dores nas costas, erupções vaginais e dor abdominal, sem causa orgânica aparente (Klaus e col., 2000).

Em linhas gerais, a sintomatologia depressiva não difere daquela presente nos episódios não relacionados com o parto e incluem instabilidade de humor e preocupações com o bem-estar do bebê, cuja

---

<sup>1</sup> Endereço para correspondência:

Avenida Ipiranga, 6.681, prédio 11, 9º andar, sala 938 – 90610-000 – Porto Alegre-RS

Fone: (51) 33203633 Ramal: 219

E-mail: mcampio@puccrs.br

intensidade pode variar de exagerada a francamente delirante (APA, 2000).

Os transtornos do humor que acometem as mulheres no período pós-parto incluem também a melancolia da maternidade, conhecida ou denominada de “*baby blues*” (O’Hara, 1997; Souza, Burtet & Busnello, 1997), ou “tristeza pós-parto” (APA, 2000), além das psicoses puerperais. O “*baby blues*” é caracterizado por um curto período de emoções voláteis, que comumente ocorre entre o segundo e o quinto dia após o parto, tendo geralmente remissão espontânea (O’Hara, 1997; Souza e col., 1997). As psicoses puerperais manifestam-se através de sintomas intensos, incluindo ruminções graves ou pensamentos delirantes a respeito do bebê, relacionados a um risco significativamente aumentado de danos ao mesmo. O infanticídio está associado, com maior frequência, a episódios psicóticos no pós-parto, com alucinações de comando ou delírios de possessão envolvendo o bebê (APA, 2000), requerendo estes episódios tratamento intensivo e, por vezes, hospitalização (Gale & Harlow, 2003; O’Hara, 1997; Souza e col., 1997).

Corroborando esses dados em um estudo prospectivo que objetivou identificar a presença de depressão pós-parto, 570 gestantes foram avaliadas durante o último trimestre de gravidez, aos três meses e aos 18 meses após o nascimento e foi constatado que a depressão no último trimestre de gestação apresentou-se de forma mascarada, envolvendo manifestações de ansiedade e irritabilidade direcionada aos outros ou a si mesmo, sendo assim destacada a dificuldade e a importância da detecção precoce desse transtorno (Righetti, Bousquet & Manzano, 2003).

### Aspectos epidemiológicos

A maioria dos estudos refere que a DPP atinge de 10% a 15% das mulheres (Beck, 2001; Chandran, Tharyan, Muliyl & Abraham, 2002; Hanna, Jarman & Savage, 2004; Righetti e col., 2003) e nos Estados Unidos, está presente em pelo menos 10% a 20% das mulheres nos seis primeiros meses após o parto, elevando-se esta taxa para 25% ou mais em mulheres com história de depressão pós-parto anterior (Clay & Seehusen, 2004).

A estimativa de prevalência de depressão pós-parto e sua relação com a presença de eventos vitais e de padrões de enfrentamento foi investigada por meio de um estudo que envolveu 113 mulheres no 10º dia de puerpério, na Clínica Obstétrica da Escola Médica da Universidade de São Paulo. Nesse estudo a prevalência de DPP foi de 15,9% identificados pelo *Beck Depression Inventory* (1961), *Holmes and Rahe Schedule of Recent Events* (1967), *Folkman and Lazarus Ways of Coping* (1985) e por um questionário de dados sociodemográficos, porém as

mulheres que participaram desta pesquisa apresentavam nível educacional mais baixo e tinham estratégias de enfrentamento menos adequadas, variáveis que podem estar relacionadas à etiologia deste transtorno (Faisal-Cury, Tedesco, Kahhale, Menezes & Zugaib, 2003).

A presença de sintomatologia depressiva no pós-parto foi também pesquisada em 125 gestantes acompanhadas até os 2 meses após o parto, tendo sido encontrada uma incidência de 22,4% de quadros depressivos no puerpério (Alvarado e col., 2002). Em outro estudo com 73 mulheres, entre 16 e 40 anos, avaliadas no período de 3 a 6 meses após o parto segundo a escala de depressão pós-parto de Edinburg (EDPS), verificou-se que 32,9% das mulheres dessa amostra apresentavam sintomatologia depressiva (Coutinho, Baptista & Moraes, 2002).

É importante a identificação da DPP em razão de seus efeitos devastadores sobre as crianças, tendo esse processo diagnóstico se efetivado por meio de diferentes escalas (Boukobza, 2000), entre elas a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Num estudo com 1.154 mulheres, em que esta escala foi aplicada no 2º ou 3º dia pós-parto, constatou-se que é um instrumento útil na identificação de mulheres com risco de depressão nessa fase (Teissedre & Chabrol, 2004).

Klaus e col. (2000) referem que a incidência do “*baby blues*” é de 80 a 90% e é considerada uma reação normal no puerpério imediato, atingindo as mães na primeira semana após o parto, tendo, porém, remissão espontânea. De acordo com a American Psychiatry Association (APA) (2000), é fundamental a distinção entre o episódio de humor pós-parto e a “tristeza pós-parto”, que afeta até 70% das mulheres nos 10 dias após o parto, é transitória e não prejudicial.

A psicose pós-parto é considerada mais rara, afetando 1 a 2 em cada 1.000 mulheres (APA, 2000; Gale, S. & Harlow, 2003; Klaus e col., 2000), tendendo a apresentar uma maior incidência em primíparas (APA, 2000). É importante a distinção destes transtornos do humor no pós-parto, pois podem trazer consequências a longo prazo, afetando o desenvolvimento social e psicológico da criança (Gale & Harlow, 2003).

### Aspectos etiológicos e fatores de risco

De acordo com a literatura, diversos fatores estão associados à etiologia da depressão pós-parto (Carnes, 1983; Cooper & Murray, 1995; Guedeney & Lebovici, 1999; Mazet & Stoleru, 1990; Meredith & Noller, 2003), sendo predominantemente citados fatores relacionados ao bebê, como prematuridade, intercorrências neonatais e malformações congênitas; fatores socioculturais, como morte de familiares, decepções na

vida pessoal ou profissional, retomada de atividade profissional e situação social de solidão; fatores físicos da mãe, como modificações hormonais; além de fatores psicopatológicos prévios (Mazet & Stoleru, 1990). Neste sentido Beck (2002) aponta quatro fatores de risco identificados mais recentemente: baixa auto-estima, problemas na situação conjugal e socioeconômica, além de gravidez não planejada ou não desejada.

Reading e Reynolds (2001) relacionaram os riscos para a depressão materna em três categorias: a primeira refere-se à qualidade dos relacionamentos interpessoais da mãe, particularmente com seu parceiro; a segunda relaciona-se à gravidez e ao parto e à ocorrência de eventos de vida estressantes; e a terceira refere-se a adversidades socioeconômicas. Um outro estudo realizado com uma amostra de 959 mulheres chinesas, objetivando a investigação de fatores de risco socioculturais para a DPP, mostrou que a história prévia de depressão, a depressão durante a gestação, a insatisfação conjugal e conflitos com a sogra foram preditores significativos de DPP (Lee, Yip, Leung & Chung, 2004). A baixa renda, o nascimento de uma filha quando um filho era desejado, dificuldades de relacionamento com sogras e pais, eventos adversos da vida durante a gestação e falta de amparo médico foram fatores de risco para DPP evidenciados por Chandran e col., (2002) e as dificuldades conjugais também foram apontadas por Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Samuelsen e Opjordsmoen (2002) no rol dos fatores de risco para a depressão pós-parto.

Andrews-Fike (1999) e Boyce (2003) consideraram os fatores psicossociais como predominantes para o risco de DPP, e este último autor destacou a importância do esclarecimento desses fatores para a compreensão dos mecanismos deste transtorno e para o desenvolvimento de estratégias preventivas e planos de tratamento. Algumas pesquisas revelaram que a história prévia de doença psiquiátrica ou problema psicológico da mãe também aumentaram a ocorrência de depressão materna (Klaus e col., 2000). Um estudo envolvendo 1.618 mulheres, separadas em grupos de alto risco e de baixo risco, visando à previsão pré-natal da ocorrência de DPP e o curso desta depressão em populações de diferentes níveis de risco, foi realizado por Verkerk, Pop, Van Son e Van Heck (2003). No grupo de alto risco, 17% das pacientes desenvolveram DPP até o terceiro mês pós-parto e 25% no primeiro ano pós-parto. Já no grupo de baixo risco, 1% desenvolveu DPP até o terceiro mês e 6% no primeiro ano pós-parto, sendo destacados dois fatores de risco neste estudo: história prévia de depressão e alta incidência de sintomas depressivos durante a gestação. Andrews-Fike (1999) ressalta a história de DPP em gestações anteriores como fator preditor igualmente importante.

Outros autores também sugerem que uma depressão não tratada durante a gestação está associada

a um risco aumentado de depressão pós-parto, ideação suicida e tentativas de suicídio (Bonari, Bennet, Einarson & Koren, 2004). Smith, Seckl, Evans, Costall e Smythe (2004) enfatizaram a importância do estresse durante a gestação como preditor de depressão pós-parto, entretanto, Cramer e Palácio-Espada (1993) defenderam que as vicissitudes da interação mãe-bebê podem estar mais associadas à depressão materna após o nascimento da criança do que a uma patologia preexistente da mãe. Dennis (2004) aponta evidências de que o estado de humor da mãe imediatamente após o parto pode ser preditivo de DPP. Um aspecto adicional é salientado por Olshansky (2003), que ressaltou um risco aumentado de depressão em puérperas que foram previamente inférteis e experienciaram interferências em seus relacionamentos durante o curso da sua infertilidade. A insatisfação em relação à imagem corporal também foi significativamente relacionada a sintomas depressivos na gestação e no pós-parto (Walker, Timmerman, Kim & Sterling, 2002). Buist e Janson (2001) apontaram maiores taxas de depressão e ansiedade em mulheres com história de abuso sexual, sendo a depressão pós-parto de mulheres associada a prejuízos no desenvolvimento emocional da criança.

A relação entre DPP e parto de emergência foi investigada por Koo, Lynch e Cooper (2003), sendo evidenciado um risco relativo de 1,81 de desenvolvimento de DPP em mulheres que tiveram parto de emergência quando comparadas a mulheres que tiveram parto sem alterações clínicas significativas. Por outro lado, Parker (2004) não encontrou evidências que relacionem a vivência de um parto traumático e o risco de desenvolvimento de DPP.

Quanto aos fatores envolvidos em relação ao tipo de apego e DPP, Meredith e Noller (2003) evidenciaram 5 fatores de risco significativos para DPP: 1) história prévia de depressão na mãe; 2) gravidez não planejada; 3) primeira gestação; 4) atitude negativa do pai em relação a gravidez; 5) estado de saúde da criança.

A importância de fatores endócrinos envolvidos na etiologia da DPP associados aos fatores psicossociais foi estudada por McCoy, Beal e Watson (2003), que citam o envolvimento de hormônios como a progesterona, o estradiol, o cortisol, o CRH, a prolactina, o TSH, o T3 e o T4. Pesquisas com animais mostram que experiências precoces adversas resultam em alteração nos níveis de glicocorticóides em adultos, aumentando os níveis basais e os níveis de resposta ao estresse. Se um fenômeno similar operar em humanos, isso sugere um mecanismo biológico no qual uma adversidade primitiva pode ser um risco para elevação dos níveis de glicocorticóides e para depressão maior. A depressão pós-parto esteve associada a altos níveis de cortisol pela manhã, padrão previamente descoberto como preditor de depressão maior (Halligan, Herbert, Goodyer & Murray, 2004).

O risco para episódios no pós-parto com características psicóticas é particularmente aumentado em mulheres com episódios de humor anteriores ao pós-parto, mas também é elevado entre as que têm um histórico prévio de Transtorno do Humor (especialmente Transtorno do Humor Bipolar do tipo I). Caso uma mulher tenha tido um episódio no pós-parto com características psicóticas, o risco de recorrência a cada parto subsequente situa-se entre 30 e 50%. Também existem algumas evidências de risco aumentado de episódios psicóticos de humor no pós-parto entre mulheres sem um histórico de Transtornos do Humor, mas com um histórico familiar de Transtornos Bipolares (APA, 2000).

### **Repercussões na relação mãe-bebê e no desenvolvimento infantil**

Um número considerável de estudos tem evidenciado que a DPP está associada a resultados cognitivos e socioemocionais adversos em crianças (Brockington, 2004; Murray, Cooper, Wilson & Romaniuk, 2003). A duração da DPP relaciona-se com uma redução na afetividade e cuidados direcionados à criança, resultando em prejuízo no desenvolvimento cognitivo e social no primeiro ano de vida (Rosello, Perez, Cercos & Garcia-Iturrospe, 2002). Diante da possibilidade de repercussão negativa do estado depressivo da mãe no desenvolvimento infantil, a influência da depressão materna no primeiro ano do bebê tem sido intensamente investigada. (Field, 2000; Luoma e col., 2001; Mazet & Stoleru, 1990; Tronick & Weinberg, 1997;).

Segundo Klaus e col. (2000), existe uma associação entre DPP e problemas posteriores do desenvolvimento das crianças, incluindo transtornos de conduta, comprometimento da saúde física, ligações inseguras e episódios depressivos. Os sintomas de depressão interferem em todas as relações interpessoais, especialmente no desenvolvimento da interação entre a mãe e seu bebê. Tronick e Weinberg (2000) relatam que, durante a interação social, as mães com DPP expressavam mais afeto negativo e eram menos envolvidas com seus bebês do que mães que não apresentavam DPP, podendo apresentar um comportamento de retraimento ou de intrusividade na relação com seus bebês. Os filhos de mães deprimidas apresentaram dificuldades para se envolver e manter uma interação social, tendo déficits na regulação dos seus estados afetivos. Os bebês olhavam menos para suas mães e expressavam menos afeto positivo e mais afeto negativo. Aos 12 meses, muitos desses bebês apresentaram baixos desempenhos em testes de desenvolvimento e altos níveis de apego inseguro com a mãe.

As atitudes maternas quanto ao recém-nascido são altamente variáveis, mas podem incluir desinteresse,

medo de ficar a sós com o bebê ou um excesso de intrusão que inibe o descanso adequado da criança (APA, 2000). As crianças de mães com depressão pós-parto são descritas como mais ansiosas e menos felizes, são menos responsivas nas relações interpessoais e sua atenção é menor, quando comparadas com as crianças de mães não depressivas (Righetti e col., 2003). Estas crianças apresentam também menos sorrisos, menor interação corporal, além de maiores dificuldades alimentares e de sono (Righetti, Conne-Perreard, Bousquet & Manzano, 2002).

Na investigação dos efeitos da DPP na evolução das crianças, Grace, Evindar e Stewart (2003) referiram que há pequenos efeitos da DPP no desenvolvimento cognitivo de crianças, envolvendo a linguagem e o QI, particularmente entre meninos. Depressão crônica ou recorrente na mãe está mais associada a efeitos posteriores (além de 5 anos de idade) na criança do que à DPP. Segundo Hay e col. (2001), as crianças cujas mães apresentaram DPP pelo período mínimo de 3 meses desenvolveram problemas de atenção e dificuldades no aprendizado de matemática, em intensidades significativamente maiores, além de uma maior propensão a necessidades educacionais especiais aos 11 anos de idade. Os índices de QI podem ser mais baixos, sendo os meninos mais afetados do que as meninas. A necessidade de estudos de seguimento mais longos é evidenciada pelos resultados do estudo realizado por Fleming, Ruble, Flett e Shaul (1988), no qual as diferenças nos comportamentos de crianças filhas de mães com depressão pós-parto e de mães não deprimidas, observadas no primeiro e aos 3 meses de vida, desapareceram aos 16 meses.

Meredith e Noller (2003) apontaram o fato de que mães com DPP têm estilo de apego considerado inseguro em relação às mães que não apresentam DPP, assim como vêem seus filhos como mais difíceis de lidar, mais lentos, exigentes e não adaptados. Na relação das mães com seus bebês, as mães com DPP mostraram níveis de hostilidade maior na interação com seus filhos, apresentando maior rejeição, negligência e agressividade quando lidam com seus filhos.

Em um estudo com casos-controle, foram avaliadas 35 mães que sofreram de depressão pós-parto (pela *Edinburgh Postnatal Depression Scale* – EPDS) e seus filhos até os 18 meses de idade. As crianças de ambos os grupos foram avaliadas por meio da *Infant Behavior Record* da *Bayley Scales of Infant Development* e de acordo com os resultados, as mães com sintomas de depressão pós-parto eram menos afetivas e mais ansiosas do que as sem depressão pós-parto. Estas crianças apresentaram desordens na alimentação e no sono, além de um choro mais freqüente. As crianças apresentaram menor comunicação visual e vocal, menor interação e menor freqüência de sorrisos. As crianças de 18 meses, filhas de

mães com DPP, demonstraram pior desempenho na identificação de tarefas e tiveram mais freqüentemente um padrão de apego inseguro com suas mães. No que se refere ao tipo de apego, os bebês de mães com depressão pós-parto têm 11 vezes maior risco de ter apego evitante (Righetti e col., 2003). A interrupção da amamentação também apresenta uma maior prevalência em mães acometidas por sintomas depressivos (Taj & Sikander, 2003). Ainda com relação ao apego, Murray (1992) encontrou algumas diferenças na qualidade de apego entre meninos e meninas de mães com DPP. Estas têm freqüentemente mais apego seguro com suas mães do que os meninos.

Num outro estudo, que utilizou como instrumentos a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e a *Parent Child Early Relational Assessment* (PCERA) para investigar as interações entre pais e crianças entre 15 e 18 meses de idade nas famílias em que a mãe apresentou sintomas depressivos no período de 2 meses após o parto (11 casos) e em famílias nas quais a mãe não apresentou sintomas depressivos (grupo-controle – 14 casos), os resultados indicaram que crianças cujas mães apresentaram sintomas depressivos significativos mostraram menor persistência em brincar com as mães e menor alegria/satisfação ao juntarem-se às mães após um período de afastamento, quando comparadas às crianças cujas mães não apresentaram sintomas depressivos pós-parto. Em contraste, houve uma interação “compensatória” com a figura paterna, observada no primeiro grupo de crianças (Edhborg, Lundh, Seimyr & Widstromm, 2003).

Com relação aos companheiros de mulheres que apresentam DPP, estes também podem apresentar depressão após o nascimento do bebê, estando esta relacionada à depressão materna. A DPP na mulher é identificada como o mais forte preditor de depressão paterna no período pós-parto. Esta forte correlação tem importantes implicações no bem-estar da família (Goodman, 2004).

No que se refere aos aspectos biológicos, este período é singular no que tange ao grau de alterações neuroendócrinas e ajustamentos psicossociais, ao impacto potencial da amamentação, ao planejamento do tratamento e às implicações a longo prazo de um histórico de Transtorno do Humor pós-parto no planejamento familiar subsequente (APA, 2000). A desnutrição da criança e a baixa inteligência materna foram significativamente associadas com depressão pós-parto (Anoop, Saravanan, Joseph, Cherian & Jacobs 2004). Sanderson e col. (2002) chamaram a atenção para a possibilidade de aumento do risco da síndrome de morte súbita na criança, nos casos em que as mães apresentaram DPP.

A ocorrência da DPP nos primeiros meses de vida do bebê pode estar associada a uma série de

dificuldades relacionais na díade, e pode ter importantes conseqüências no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança. O reconhecimento da DPP é importante não apenas para a compreensão e o tratamento da mãe, mas também por seus efeitos negativos sobre o relacionamento entre a mãe e o bebê, e sobre o aprendizado e desenvolvimento social e emocional da criança. A prevenção da DPP é a melhor forma de evitar tais efeitos, e o apoio social é um dos fatores mais vitais da prevenção (Klaus e col., 2000).

### Considerações finais

Os estudos revisados indicam que a depressão pós-parto tem etiologia multifatorial, atingindo um significativo número de mulheres no pós-parto. A DPP pode se manifestar com intensidade variável, tornando-se um fator que dificulta o estabelecimento de vínculo afetivo favorável entre mãe e filho, podendo interferir na qualidade dos laços emocionais futuros. Há evidências de associação entre a DPP e prejuízo no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança.

É importante a investigação a respeito das vivências da mulher durante a gravidez e, especialmente, como está se sentindo no pós-parto, bem como se ela conta com uma rede de apoio social que dê sustentação às mudanças psíquicas vividas com o nascimento de um bebê.

O reconhecimento do estado depressivo da mãe é fundamental e, às vezes, difícil em razão das queixas psicossomáticas que podem sugerir somente problemas orgânicos. É necessário que esta experiência, vivida subjetivamente pela mulher, possa ser detectada para ajudá-la no processo de reconstrução.

Pode-se pensar que a detecção precoce dos fatores de risco envolvidos na DPP, realizada mediante o acompanhamento das gestantes, seja um fator importante para a prevenção da própria DPP e das repercussões na interação mãe-filho. Com isto abre-se a possibilidade de auxílio à mulher, e a sua família, principalmente durante a gestação e o puerpério.

Na perspectiva da Psicologia da Saúde, considera-se que os profissionais de saúde/educação que estão envolvidos em trabalhos com gestantes desempenham um papel importante neste reconhecimento, diagnosticando e encaminhando as famílias para atendimento psicológico, podendo com este trabalho auxiliar o desenvolvimento infantil saudável.

### Referências

Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Paez, E., Neves, G., Olea, E. & Vera, A. (2002). Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas:

- construcción de un modelo casual. *Neuropsiquiatria Chilena*, 38(2), 84-93.
- APA – American Psychiatry Association (2000). *Diagnostic and statistical of mental manual disorders*. Fourth edition. Text revision. Washington-DC: American Psychiatric Association.
- Andrews-Fike, C. (1999). A review of postpartum depression. *Prim Care Companion Journal Clinical Psychiatry*, 1(1), 9-14.
- Anoop, S., Saravanan, B., Joseph, A., Cherian, A. & Jacobs, K. S. (2004). Maternal depression and low maternal intelligence as risk factors for malnutrition in children: A community based case-control study from South India. *Archives of Disease of Childhood*, 89(4), 325-329.
- Austin, M. P. (2004). Antenatal screening and early intervention for perinatal distress, depression and anxiety: Where to from here? *Archive of Woman Mental Health*, 7(1), 1-6.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nurse Research*, 50(5), 275-285.
- Beck, C. T. (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory. *Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nursing*, 31(4), 394-402.
- Bonari, L., Bennett, H., Einarson, A. & Koren, G. (2004). Risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 50, 37-39.
- Boukoba, C. (2000). Como um naufrago sobre um rochedo: a depressão materna do pós-parto. *Associação Psicanalítica Curitiba*, 4(4), 16-27.
- Boyce, P. M. (2003). Risk factors for postnatal depression: A review and risk factors in Australian populations. *Archive of Woman Mental Health*, 2, 43-50.
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*, 363(9414), 1077-1078.
- Buist, A. & Janson, H. (2001). Childhood sexual abuse, parenting an postpartum depression: A 3-year follow-up study. *Child Abuse and Neglect*, 25(7), 909-921.
- Carnes, J. W. (1983). Psychosocial disturbances during and after pregnancy: Helping the patient cope with prenatal stress and postpartum blues. *Postgraduate Medicine*, 73(1), 135-145.
- Chandran, M., Tharyan, P., Muliyl, J. & Abraham, S. (2002). Post-partum depression in a cohort of women from rural area of Tamil Nadu, India: Incidence and risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 181, 499-504.
- Clay, E. C. & Seehusen, D. A. (2004). A review of postpartum depression for the Primary Care Physician. *Southern Medical Journal*, 97(2), 157-161.
- Cooper, P. & Murray, L. (1995). The course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166, 191-195.
- Coutinho, D. S., Baptista, M. N. & Moraes, P. R. (2002). Depressão pós-parto: prevalência e correlação com o suporte social. *Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 10(2), 63-71.
- Cramer, B. & Palácio-Espada, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Dennis, C. L. (2004). Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *Journal of Affective Disorders*, 78(2), 163-169.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. O. & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: Prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(6), 426-433.
- Edhborg, M., Lundh, W., Seimyr, L. & Widstromm, A. M. (2003). The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. *Archive of Woman Mental Health*, 6(3), 211-216.
- Faisal-Cury, A., Tedesco, J., Kahhale, S., Menezes, P. R. & Zugaib, M. (2003). Postpartum depression: In relation to life events and patterns of coping. *Archive of Woman Mental Health*, 7(2), 123-131.
- Field, T. (2000). Infant of depressed mothers. Em Johnson, S., Hayes, A., Field, T., Schneiderman, N. & McCabe, P. *Stress, coping and depression*. London: Lawrence, 3-22.
- Fleming, A. S., Ruble, D. N., Flett, G. L. & Shaul, D. (1988). Postpartum adjustment in first time mothers: Relations between mood, maternal attitudes, and mother-infant interaction. *Developmental Psychology*, 24(1), 71-81.
- Gale, S. & Harlow, B. L. (2003). Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 24(4), 257-266.
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 26-35.
- Grace, S. L., Evindar, A. & Stewart, D. E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical

- analysis of the literature. *Archive of Woman Mental Health*, 6(4), 263-274.
- Guedeney, A. & Lebovici, S. (1999). *Intervenções psicoterápicas pais/bebê*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Halligan, S. L., Herbert, J., Goodyer, I. M. & Murray, L. (2004). Exposure to postnatal depression predicts elevated cortisol in adolescent offspring. *Biologic Psychiatry*, 55(4), 376-381.
- Hanna, B., Jarman, H. & Savage, S. (2004). The clinical application of three screening tools for recognizing post-partum depression. *International Journal of Nursing Practice*, 10(2), 72-79.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Sharp, D., Asten, P., Mills, A. & Kumar, R. (2001). Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 7, 871-889.
- Klaus, M. H., Kennel, J. H. & Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Koo, V., Lynch, J. & Cooper, S. (2003). Risk of postnatal depression after emergency delivery. *Journal of Obstetric and Gynaecology Research*, 29(4), 246-250.
- Lee, D. T., Yip, A. S., Leung, T. Y. & Chung, T. K. (2004). Ethnoepidemiology of postnatal depression. Prospective multivariate study of sociocultural risk factors in a chinese population in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry*, 184, 34-40.
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R. & Almqvist, F. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1367-1374.
- Mazet, P. & Stoleru, S. (1990). *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- McCoy, S. J., Beal, J. M. & Watson, G. H. (2003). Endocrine factors an postpartum depression: A selected review. *Journal of Reproductive Medicine*, 48(6), 402-408.
- Meredith, P. & Noller, P. (2003). Attachment and infant difficulty in postnatal depression. *Journal of Family Issues*, 24, 668-686.
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 543-561.
- Murray, L., Cooper, P. J., Wilson, A. & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short and long-term effect of psychological treatment of postpartum depression: Impact on the mother relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry*, 182, 420-427.
- O'Hara, F. (1997). The nature of postpartum depression. Em Cooper, P. & Murray, L. *Postpartum depression and child development* (pp. 3-31). New York: Guilford.
- Olshansky, E. (2003). A theoretical explanation for previously infertile mothers' vulnerability to depression. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3) 263-268.
- Parker, J. (2004). Does traumatic birth increase the risk of postnatal depression? *British Journal of Community Nursing*, 9(2), 74-79.
- Reading, R. & Reynolds, S. (2001). Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science & Medicine*, 53, 441-453.
- Righetti, V. M., Bousquet, A. & Manzano, J. (2003). Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old-infant. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12(2), 75-83.
- Righetti, M., Conne-Perreard, E., Bouquest, A. & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorder*, 70(3), 291-306.
- Rosello, P. A., Perez, A. T., Cercos, L. C. & Garcia-Iturrospe, A. C. (2002). Influence of behaviour, attitudes and childrearing on the development of the child in mothers with postpartum depression. *Acta Esp. Psiquiatria*, 30(5), 292-300.
- Sanderson, C. A., Cowden, B., Hall, D. M., Taylor, E. M., Carpenter, R. G. & Cox, J. L. (2002). Is postnatal depression a risk factor for sudden infant death? *British Journal of General Practice*, 52(481), 636-640.
- Smith, J. W., Seckl, J. R., Evans, A. T., Costall, B. & Smythe, J. W. (2004). Gestational stress induces postpartum depression-like behaviour and alters maternal care in rats. *Psychoneuroendocrinology*, 29(2), 227-244.
- Souza, C. A., Burtet, C. M. & Busnello, E. A. (1997). A gravidez como condição de saúde mental e de doença psiquiátrica. *Revista Científica Maternidade, Infância e Ginecologia*, 17(1), 38-47.
- Taj, R. & Sikander, K. S. (2003). Effects of maternal depression on breast-feeding. *Journal Pak Med. Assoc.*, 53(1), 8-11.
- Teissedre, F. & Chabrol, H. (2004). Detecting at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(1), 51-54.
- Tronick, E. Z. & Weinberg, M. K. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of



- consciousness. Em L. Murray & P. J. Cooper. *Postpartum depression and child development* (pp. 3-31). New York: Guilford.
- Tronick, E. Z. & Weinberg, M. K. (2000). Gender differences and their relation to maternal depression. Em S. Johnson, A. Hayes, T. Field, N. Schneiderman & P. McCabe (Eds.). *Stress, coping and depression* (pp. 23-34). London: Lawrence.
- Verkerk, G. J., Pop, V. J., Van Son, M. J. & Van Heck, G. L. (2003). Prediction of depression in the postpartum period: A longitudinal follow-up study in high-risk and low-risk women. *Journal Affect Disord*, 77(2), 159-166.
- Walker, L., Timmerman, G. M., Kim, M. & Sterling, B. (2002). Relationships between body image and depressive symptoms during postpartum in ethnically diverse low income woman. *Woman Health*, 36(3), 101-121.
- Recebido em setembro de 2004  
Reformulado em maio de 2005  
Aprovado em junho de 2005

Sobre os autores:

**Eluisa Bordin Schmidt** é mestranda em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e professora da Universidade Regional Integrada de Alto Uruguai e das Missões, Erechim, RS.

**Neri Maurício Piccoloto** é mestrando em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e professor da Faculdade de Taquara, RS.

**Marisa Campio Müller** é professora do Programa de Pós-Graduação de Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.