AMILCAR AUGUSTO

ESTUDO DA DEPRESSÃO DE PÓS-PARTO NUMA REGIÃO URBANA DO NORTE DE PORTUGAL

PORTO
1993

AMILCAR AUGUSTO

ESTUDO DA DEPRESSÃO DE PÓS-PARTO NUMA REGIÃO URBANA DO NORTE DE PORTUGAL

PORTO
1 9 9 3

Amílcar Augusto

Estudo da depressão de pós-parto numa região urbana do norte de Portugal

Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Saúde Comunitária, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, sob a orientação científica do Professor Doutor Eurico José Palheiros de Carvalho Figueiredo.

Este trabalho beneficiou da ajuda financeira da Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica (JNICT).

Foram utilizados, em parte, resultados que se encontram em vias de publicação e que já foram apresentados pelo autor em comunicações científicas.

Declaro terem sido da minha inteira responsabilidade a planificação e execução dos trabalhos, desde a colheita de material, o desenvolvimento de algumas técnicas e métodos utilizados e a interpretação, discussão e publicação dos resultados na presente dissertação e em todas as publicações em que sou primeiro autor. As colaborações recebidas para qualquer daqueles aspectos, sempre que for o caso, são citadas nos Agradecimentos.

Porto, 1992

Resumo

O estudo das doenças mentais do pós-parto, através de metodologia epidemiológica, iniciou-se há menos de meio século, herdando, naturalmente, um vasto leque de conhecimentos que haviam sido adquiridos no estudo das doenças psiquiátricas em geral. Simultâneamente, uma parte significativa das indefinições que persistem no actual estadio de desenvolvimento da epidemiologia psiquiátrica reflectem-se nos estudos sobre a psicopatologia do período de pós-parto.

Os autores recentes cuja obra teve maior impacto, dedicaram-se sobretudo ao estudo de aspectos fenomenológicos e concluiram que as doenças psicológicas do pós-parto têm um carácter predominantemente depressivo.

Dados de frequência disponíveis na literatura, essencialmente baseados em estudos hospitalares, sugerem que os casos de doença grave são muito raros. Contráriamente, resultados obtidos através da avaliação de amostras comparáveis à população geral, demonstram que as situações de depressão ligeira são muito frequentes.

Uma causalidade do tipo multifactorial, englobando factores de índole biológica, psicológica e social, é geralmente aceite.

O presente trabalho tem por objectivos principais (i) rever as principais conclusões disponíveis na literatura, (ii) caracterizar, com o recurso a metodologia epidemiológica adequada, a presente situação portuguesa, (iii) identificar factores de risco e (iv) proporcionar aos médicos de família e outros profissionais dos Cuidados de Saúde Primários, um conjunto de orientações visando a identificação precoce, a prevenção e a terapêutica deste tipo de situações.

Foi estimada a prevalência regional da doença depressiva em mulheres em período de pós-parto (3-5 meses), estudando, durante um ano, o universo de "puérperas" residentes em três freguesias (55 000 habitantes) da cidade do Porto. Simultâneamente, avaliou-se, por metodologia idêntica, uma amostra comparável de "não puérperas". Para além de dados de carácter sócio-demográfico, obtiveram-se pontuações globais na escala de Edimburgo (todas as mulheres observadas) e de ZUNG e HARD (subgrupos).

Os valores de prevalência obtidos (13.1 por cento) no grupo de "puérperas", não difere significativamente, do ponto de vista estatístico, do obtido nas "não puérperas" e estão em acordo com os referidos na literatura.

Dados de índole sócio-demográfica foram responsabilizados por apenas uma pequena parte da variância total, em qualquer um dos grupos avaliados. Aspectos típicos da depressão de pós-parto na área em estudo incluiam uma valorização excessiva de sintomatologia depressiva "somática" e "vegetativa".

Abstract

The study of postpartum mental illness began less than half a century ago, through epidemiological methodology, naturally inheriting a vast amount of knowledge that had been acquired in the study of mental disorders in general. Simultaneously, a significant part of the indefinitions that persist in the actual state of development of the psychiatric epidemiology, are reflected in the psychopathology of postpartum period studies.

The more recent authors whose work has had the most impact, have dedicated themselves to the study of the phenomena of the illness and have concluded that the postpartum psychological illnesses have a predominantely depressive character.

Frequency data available in literature and predominantely based on hospital studies suggest that the cases of severe illness are very rare. On the contrary, results obtained by the evaluation of comparable samples to the general population demonstrate that the mild depression situations are very frequent.

We usually accept a causality of multifactorial type embracing factors of biological, psychological and social nature.

The present study has the following main objectives (i) to review the main conclusions available in literature, (ii) to characterize, with recourse to adequate epidemiological methodology, the contemporary Portuguese situation, (iii) to identify risk factors, (iv) to grant general practicioners and other primary health care professionals, a number of guide lines tending towards the anticipatory identification, prevention and therapy for this kind of situation.

We estimated the regional prevalence of depressive illness in women in the postpartum period (3 - 5 months), studying, for 1 year, all the puerpera residing in 3 parishes (55000 inhabitants) of Oporto. At the same time, we evaluated, through identical methods, a comparable sample of "non puerpera". Besides social and demographic data, we obtained a global rating on the Edimburgh scale (all the observed women) and Zung and HARD scales (subsamples).

The prevalence rate in the "puerpera group" (13.1 per cent) does not differ significantly, from a statistical point of view, from the one obtained in the "non puerpera group".

Social and demografic data were considered responsible for only a small part of the total variance in any of the groups considered. The typical aspects of postpartum depression in this area of study included an excessive valorization of somatic and vegetative depressive symptomathology.

Résumé

L'étude des troubles psychologiques liés à la puerpéralité à travers la méthodologie épidémiologique, s'est initiée depuis moins d'un demi-siècle, en héritant, naturellement, une grande diversité de connaissances qui avaient été acquises dans l'investigation des troubles psychiatriques en general. Simultanément, une partie significative des indéfinitions qui persistent dans l'actuel état de développement de l'epidémiologie psychiatrique se font sentir aux enquêtes sur la psychopathologie puerpérale.

Les auteurs récents dont l'ouvre a eu un plus grand elan se sont consacrés surtout à l'étude des aspects phenoménologiques et ont déduit que les troubles psychologiques relationnés avec la puerpéralité ont un caractére essentiellement dépressif.

Des indications de fréquence degagées de la littérature et appuyées soutout en des études des hospitalisations, suggérent que les cas de maladie grave sont rares. Par contre, les résultats obtenus à travers l'évaluation d'echantillons comparables à la population en général, démontrent que les situations de dépression légère sont trés fréquentes.

Une causalité redevable à plusieurs facteurs (nature biologique, psichologique et sociale) est généralement acceptable.

Le travail que voici prend par objectifs prioritaires: (i) la révision des conclusions dont on peut disposer dans la littérature (ii) la caractérisation de l'actuelle situation portugaise (iii) l'identification des facteurs de risque et (iv) l'accord aux génelalistes et à d'autres professionnels des Soins Primaires d'un emsemble d'orientations ayant comme but l'identification précoce, la prévention et la thérapeutique de ce type de situations.

On a estimé la prévalence régionale des troubles dépressifs chez des femmes dans la période puerpérale (3 - 5 mois), en étudiant pendant une année, l'univers de femmes en postpartum avec résidence en trois régions (55000 habitants) de la ville de Porto. Simultanément on a évalué, par une méthodologie pareille, un échantillon comparable de femmes de la population génerale. Au-delá des élements informatifs de nature socio-

démographique on a obtenu des ponctuations globales dans l'échelle d'Edimbourg (toutes les femmes observées) et de ZUNG et HARD (des sous-groupes).

Les valeurs de prévalence obtenues (13.1 pour cent) au groupe de femmes en postpartum ne sont pas substantiellement différentes du point de vue statistique de celles qu'on a obtenues chez les autres femmes observées et elles sont d'accord avec celles qui sont rapportées dans la littérature. Des données de teneur socio-démographique n'ont été responsabilisées que d'une petite partie de la variabilité totale. Des aspects typiques de la dépression puerpérale dans le domaine de cette étude renfermaient une excessive valorisation de la symptomatologie somatique.

Prefácio e agradecimentos

Não cremos que as origens deste escrito tenham algo de verdadeiramente excepcional em relação a outros que surgem regularmente no contexto da via académica, se excluirmos o facto de ele ter sido sugerido, orientado e corrigido (melhorado) por pessoas muito especiais.

Já tinha obtido a licenciatura em medicina há mais de dez anos, quando o Prof. Eurico Figueiredo se propos integrar-me num projecto de investigação sobre as perturbações psicológicas da maternidade. Eu sabia, porque há largos anos me mantinha muito atento às suas ideias, que este era um tema a que ele sempre dedicara uma atenção muito particular. Não sei porque me convidou naquela altura, mas julgo que andava, pelo menos, tão preocupado como eu no desenvolvimento da minha carreira universitária.

De modo algum posso afirmar que a psicopatologia do pós-parto tivesse sido, até então, uma das paixões da minha vida. Contudo, também não era, para mim, um tema desconhecido. Realmente, apesar de estes quadros clínico não serem muito valorizados no ensino médico, a minha actividade clínica já me tinha sensibilizado para essa área porque, para além de observações mais ou menos fugazes ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, uma das doentes que melhor estudei durante a minha formação hospitalar, padecia de doença Mental de pós-parto.

Já havia, por isso, seleccionado alguns poucos artigos sobre as referidas doenças. Contudo, rápidamente me havia dado conta que a simples revisão bibliográfica do assunto, me poderia absorver, por completo, durante muito tempo. Como quer que fosse, a leitura deste material e as tentativas de o organizar de um modo que tivesse algum sentido clínico, só com muito boa vontade se poderia dizer que tinham tido um grande êxito. Deste trabalho restou, naturalmente, o impacto das inúmeras interrogações que deixou.

Claro que aceitei o convite do Prof. Eurico Figueiredo, mas julgo que nessa altura o fiz sobretudo por amizade, admiração e estima por quem sempre se havia interessado por mim. Depois voltei às tarefas rotineiras, sem grande convicção de que o projecto se concretizasse, porque, como vim depois a descobrir, considerava-o, secretamente, muito ambicioso para um serviço onde os recursos não abundam.

As primeiras reuniões não me impressionaram muito porque, nestes casos, há sempre muita gente que comparece, se mostra interessada e dá sugestões. Lá estavam reunidos, numa sala do serviço de Psiquiatria - Porto do Hospital Magalhães Lemos, vários clínicos gerais, psicólogos e psiquiatras. As longas sessões de trabalho com o Prof. Channi Kumar (Instituto de Psiquiatria de Londres), apareceram logo de seguida e na melhor altura, porque, para além de se terem revelado muito instrutivas, ajudaram à redistribuição definitiva de papéis dentro do grupo. Por mil motivos, na parte final destas sessões, os participantes eram em número de cinco ou seis.

Todos estes preparativos fizeram com que a proposta inicial começasse a ganhar, para mim, uma amplitude invulgar. Por isso, nas semanas seguintes revi com o Prof. José Calheiros, a metodologia melhor adequada aos objectivos em vista, aos recursos disponíveis e ao restante contexto da investigação.

Agora, esses momentos de estudo com o Prof. José Calheiros aparecem-me como tendo sido dos melhores períodos de todo o processo e recordo, sobretudo, o seu pragmatismo e a facilidade com que clarifica, simplificando, a maioria das convicções que resultam da práctica clínica psiquiátrica. Julgo que a preocupação que desde o início nos acompanhou em definir correctamente as populações estudadas e utilizar critérios diagnósticos bem explícitos, resultou em parte desta fase do processo.

A procura de autorização e apoio institucional para que o estudo de campo se concretizasse no meu local de trabalho, foi outro momento de satisfação que me foi propiciado pela então directora do Centro de Saúde da Foz do Douro, Drª Norvinda Coutinho. Em representação da Administração Regional de Saúde do Porto, ajudou-me em tudo o que lhe pedi.

A notícia de que o projecto, entretanto cuidadosamente elaborado, havia sido contemplado com ajuda financeira da Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica (JNICT), foi-me comunicada com grande entusiasmo pelo Prof. Eurico Figueiredo. Para além disto, agradou-me sobremaneira o clima de satisfação que se instalou em todo o grupo.

Não tenho agora qualquer dúvida de que, sem esta contribuição da JNICT, o projecto, a realizar-se, teria, sobretudo na sua componente práctica, uma expressão muito rudimentar.

Desde a formalização do pedido de aprovação do projecto para fins de doutoramento, à sua aprovação pelo Instituto de Ciências Biomédica de Abel Salazar, passaram uns poucos dias. Esta atitude do Conselho Científico veio incutir-me, nessa altura, alguma confiança suplementar.

De um modo ou de outro, todo o pessoal que exercia funções na disciplina de Saúde Comunitária mostrou empenho no nosso projecto inicial. As manifestações de solidariedade do grupo foram-se multiplicando e ficaram bem evidenciadas pela dedicação que a Drª Eduarda Matos demonstrou na parte final do estudo. Devo-lhe o desenvolvimento de um trabalho especialmente organizado que explorou, com minúcia, as diversas técnicas disponíveis para o tratamento estatístico dos dados.

Várias outras entidades tiveram, em diferentes momentos do que viria a passar-se, um papel decisivo. Refiro-me, por exemplo, ao Prof. Aloísio Coelho, director do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, pelo apoio na obtenção de formação em epidemiologia, à Prof. Zaida Azeredo (para além da simplificação de tarefas a nível docente, disponibilizou literatura variada), ao actual director do Centro de Saúde da Foz do Douro, Dr. Marco Geraldes que sempre mostrou muito interesse no projecto e à enfermeira Maria Alice Rato (apoio local em pormenores inumeráveis, orientação diária das puérperas, pesquisa bibliográfica). De entre os apoios menos notados mas indispensáveis, destaca-se o da funcionária administrativa do Centro de Saúde da Foz do Douro, Maria Helena Malheiro, que semanalmente se deslocou, muitas vezes a expensas suas, ao Registo Civil para colheita de dados.

Um impulso decisivo na concretização deste projecto devo-o à ARS do distrito do Porto. Através de um despacho assinado pela vogal médica da comissão instaladora, Drª Maria Georgina Cruz, foi reconhecido "o elevado mérito do trabalho de campo efectuado" e concedida a equiparação a bolseiro dentro do país.

Durante os seis meses em que estive ausente do Centro de Saúde, sempre notei a maior compreensão por parte dos meus doentes. Especialmente gratificantes foram, durante esse período, as manifestações de amizade por parte de todos os médicos que me substituiram (a maior parte do trabalho recaiu sobre as Dr.^{as} Amélia Moreira, Helena Valente, Manuela Soeiro, Rosélia Machado e Drº Abel Campos).

Apesar da enorme polémica que existe à volta da necessidade de considerar as perturbações psicológicas do pós-parto como entidades clinicamente definidas, notei muitas vezes, durante as várias fases do processo, que estas doenças se tinham tranformado nas patologias que mais gosto me dava estudar. Algo de semelhante terão sentido as colaboradoras responsáveis pela colheita dos dados (Psicóloga Drª Cláudia Milheiro e Enfermeira Maria Lurdes Ferreira) que amiúde me falaram em algumas características particulares de determinadas mulheres. A importância atribuida ao "caso" de uma determinada puérpera, pode revelar-se muito positiva porque reforça o rigor que se pretende e mantém a motivação. Reaccões semelhantes manifestam-se em estudos de outros autores em que o peso de uma formação essencialmente clínica, origina a publicação simultânea de dados de ordem epidemiológica e "histórias de alguns casos".

As puérperas foram as principais protagonistas do que se passou ao longo de largos meses. Várias delas me procuraram, durante o estudo, para me dizerem que "tinham sido contactadas e lhes tinham feito várias perguntas". Diziam-mo sempre com um olhar reconhecido sem que eu soubesse exactamente o motivo. Esta atitude fazia-me lembrar os receios iniciais sobre a falta de colaboração das mulheres em pós-parto, em grande parte baseados em relatos de participações remuneradas que a literatura estrangeira tantas vezes nos fornece.

Nesta rotina diária se desenvolveu, durante um ano, um programa que se dedicou às doenças mentais do pós-parto, e que, devido à metodologia epidemiológica variada que era empregue nas suas três fases principais, não tinha, tanto quanto julgamos, sido alguma vez pensado em Portugal.

As características fundamentais deste escrito brotam dos nossos interesses e por isso ele difere, no conteúdo e na exposição, de todos os outros. Breen, um autor que citaremos repetidamente, afirma na sua publicação de 1975 (pág. 19) que quer os métodos quer as conclusões de qualquer estudo refletem, necessáriamente, sobretudo os valores de quem conduz a investigação. No nosso caso procurámos abordar, com ênfase variável, aqueles temas que podem ter interesse clínico. Isto apesar de o estudo das doenças mentais do pós-parto obrigarem a constantes digressões (que evitaremos na medida do possível) por assuntos que podem ser considerados vizinhos. Cremos (e vai, seguramente, ficar bem explícito no texto que se segue), que, mais do que nunca, a psiquiatria

atravessa um período de intensos contactos com outras disciplinas.

Uma ênfase especial é dada às linhas de investigação melhor consolidadas. Inclui ideias, métodos, soluções e questões que fazem parte de um património muito especial e que são pertença daqueles investigadores que, com maior constância e creatividade se dedicaram às perturbações psicológicas da maternidade. Diga-se, desde já, que há vários casos de pessoas que mantiveram publicações periódicas sobre estas doenças durante mais de duas décadas.

A parte final deste escrito (dois últimos capítulos), segue-se a três anos de desenvolvimento conceptual, planeamento, colheita e análise de dados em estudo de campo. No seu conjunto, este trabalho procura reflectir duas preocupações tradicionais da investigação médica: uma relacionada com o tratamento e disseminação de informação já disponível (Lilford, 1989) e outra que se refere à tentativa de descobrir informação nova, através da observação directa de populações (Feinstein, 1989).

Alguns temas não são abordados e o próprio estudo de campo não descreve várias das circunstâncias indispensáveis a uma formulação do contexto "ecológico" da doença. Em nossa defesa podemos afirmar que os dados que fornecemos são os que faltam ou têm menor qualidade, em muitas outras publicações conhecidas.

Para o estudo escolheram-se três freguesias contíguas da cidade do Porto. Ficam no coração daquilo a que Júlio Dinis chamou, num dos seus livros mais conhecidos, "a zona inglesa do Porto". Em uma delas (Lordelo) encontramos franca preponderância de classes trabalhadoras, socialmente desfavorecidas, com aglomerados populacionais em grande degradação. Em todas, mas sobretudo em Nevogilde e Foz, têm significativa representação as classes média/alta, estando, provávelmente, esta última, aqui melhor representada do que em qualquer outra freguesia da cidade.

Alguns dos recursos de saúde mais utilizados pela população do Porto situam-se próximos desta área. Incluem três unidades de Cuidados de Saúde Primários, um hospital geral, maternidades, um hospital psiquiátrico, clínicas pediátricas, para além de uma extensa rede de cuidados privados. Deve notar-se, a este propósito, que a razão entre o número de habitantes e o de médicos fornecendo serviços é, na cidade do Porto e de acordo com

dados de 1987 do Instituto Nacional de Estatística, dos mais baixos do país.

Os Cuidados de Saúde Primários de responsabilidade estatal são assegurados por um Centro de Saúde com sede em Nevogilde e uma unidade de saúde em cada uma das duas outras freguesias. A relação desta instituição com as mulheres em maternidade, é assunto para uma longa exposição que não vamos fazer neste texto. Diremos apenas, neste momento, que atravessa uma fase de intensa renovação e, nesse sentido, também este estudo terá contribuido decisivamente para a valorização da "utente" em face de estruturas tradicionalmente burocratizadas e pouco humanas.

Sumário **pág.**

Prefácio e agradecimentos xi

Listagem dos quadros de dados estatísticos xx

Listagem de figuras xxii

I - Introdução ao estudo das doenças mentais do pós-parto 1

Problemas de terminologia e classificação 4
Perspectivas unitárias sobre a doença mental 12
Delimitação do conceito de depressão de pós-parto 13
Interesse do estudo das doenças mentais do pós-parto 18

II - Estudos sobre a natureza da doença mental do pós-parto 23

III - Principais problemas metodológicos no estudo das doenças mentais do pós-parto 35

Escolha dos intrumentos 35
Avaliação da depressão pelo observador 36
Auto-avaliação da depressão 39
Escalas de auto-avaliação para o período do puerpério 40
Utilização de critérios diagnósticos 42
Tipo de estudo 43
Escolha das variáveis 45
Amostras e controlos 46
Recolha da informação 50

IV - Determinantes das doenças mentais do pós-parto 53

Factores demográficos 56

Raça 56
Idade 57

Estado civil 58
Educação, emprego, profissão 59
Rendimento e habitação 62
Classe Social 62

Factores biológicos na doença mental do pós-parto 65

Factores genéticos 66
Neuro - Aminas biogénicas 67
Hormonas - metabolismo esteróide 68
Outras influências hormonais 74

Factores Obstétricos 77

Antecedentes obstétricos 77
Paridade 78
Complicações obstétricas 80

Factores Psicológicos 82

Importância do passado pessoal na doença mental do pós-parto 82
Relações precoces 82
História psiquiátrica prévia 87
Características da personalidade 89
História sexual 90
Planeamento da gravidez 92
Importância da psicopatologia durante a gravidez 94
Relação entre a doença mental na gravidez e no puerpério 98
A relação mãe - filho e a doença mental do pós-parto 100

Factores sociais 107

Importância do suporte social nas doenças mentais do pós-parto 107
Suporte do marido e confidentes 109
Suporte da família 112

Suporte social alargado 113
Stress e acontecimentos relevantes da existência 115
Suporte teórico das teorias que abordam o stress e os LE 117
Resultados prácticos dos estudos sobre a depressão, stress e LE 121

Factores culturais 125

V - Frequência das doenças mentais do pós-parto 133

VI - Clínica das doenças mentais do pós-parto 141

Sintomas mentais do puerpério 141
Curso clínico da doença 150
Tratamento das doenças mentais do pós-parto 154

VII - Estudo da prevalência regional da depressão de pós-parto 163

VIII - Discussão e conclusões 205

Procedimentos e características da população estudada 205
Prevalência da doença mental do pós-parto 211
"Continuidade entre a depressão de pós-parto e outras depressões?" 213
Recomendações 220

IX - Bibliografia 225

Listagem dos quadros de dados estatísticos

Perdas primárias e secundárias 167

Tempo de pós parto em que as puérperas do "Grupo A" foram avaliadas 170

Informação básica sobre as puérperas do "Grupo A" 172

Distribuição etária das puérperas do "Grupo A" 173

Classificação do "Grupo A" (método de Graffar) 173

Distribuição das puérperas do "Grupo A", de acordo com a paridade 173

Distribuição de frequências: EPDS 175

Matriz de correlação da escala para a depressão (EPDS): "Grupo A" 177

Resumo das associações encontradas (factores sociais) 179

Depressão de acordo com os grupos etários 180

Depressão de acordo com a profissão (pontuação de Graffar) 180

Depressão de acordo com a escolaridade (pontuação de Graffar) 180

Depressão de acordo com a fonte de rendimento (pontuação de Graffar) 181

Depressão de acordo com o conforto do alojamento (pontuação de Graffar) 181

Depressão de acordo com o aspecto do bairro (pontuação de Graffar) 181

Depressão de acordo com a classe social (pontuação de Graffar) 182

Associação entre paridade e valor de EPDS 182

Depressão de acordo com a paridade 183

Informação básica sobre as amostras (fase controlada) 186

Distribuição etária ("Grupo B" e "Grupo C") 187

Estado civil e religião ("Grupo B" e "Grupo C") 188

Distribuição das amostras por grupos profissionais ("Grupo B" e "Grupo C") 188

Distribuição das amostras por escolaridade ("Grupo B" e "Grupo C") 189

Distribuição das amostras por fontes de rendimento ("Grupo B" e "Grupo C") 189

Distribuição das amostras por conforto do alojamento ("Grupo B" e "Grupo C") 189

Distribuição das amostras por aspecto do bairro ("Grupo B" e "Grupo C") 190

Distribuição das amostras por classe social ("Grupo B" e "Grupo C") 190

Distribuição das amostras por paridade ("Grupo B" e "Grupo C") 191

Tempo de internamento para o parto ("Grupo B") 191

Prevalência pontual da doença depressiva ("Grupo A") 193

Risco de depressão em puérperas ("Grupo B") e não puérperas ("Grupo C") 194

Prevalência pontual da doença depressiva, no "Grupo B" e "Grupo C", através da utilização da escala de ZUNG 195

Validação da EPDS 196

Correlação entre EPDS e ZUNG 197

Depressão e estado civil 199

Depressão e tipo de parto 199

Depressão e permanência no hospital 199

Importância relativa e pontuação média dos sintomas avaliados pela EPDS 202

Importância relativa e pontuação média dos sintomas avaliados pela escala de ZUNG 203

Sintomas depressivos de maior significado no puerpério 204

Listagem de figuras

Resumo do projecto (cronograma e métodos) 169

Tempo de pós-parto em que se procedeu à avaliação 171

Distribuição etária do "Grupo A" 172

Classificação social do "Grupo A" (método de Graffar) 174

Paridade no "Grupo A" 174

Distribuição das pontuações na EPDS 176

Distribuição das pontuações na EPDS e curva normal 178

Variação sezonal de nascimentos e depressão 183

Permanência no hospital para as mães ("Grupo B") 192

Pontuações na escala de ZUNG 193

EPDS vs ZUNG 197

Importância relativa dos sintomas pesquisados pela escala de ZUNG 204

Abreviaturas utilizadas no texto

DIS	- Inventário de diagnósticos de Robins e col. (1981)
DSM III	- Manual diagnóstico e estatístico de doenças mentais da Associação Psiquiátrica Americana
LE	- Acontecimentos relevantes da existência
PSE	- Medida e classificação dos sintomas psiquiátricos de Wing e col. (1974)
SPI	- Entrevista psiquiátrica padronizada de Goldberg e col (1970)

I - Introdução ao estudo das doenças mentais do pós-parto

Vários autores que escreveram sobre as doenças mentais em geral ou sobre as doenças mentais supostamente relacionadas com a maternidade, apresentam-nos a ideia de que o interesse pela descrição dos comportamentos depressivos está presente em obras literárias muito antigas e anteriores à nossa era (Seager, 1960; Katona, 1982; Andreasen, 1982:24-25). As citações demonstrativas são quase sempre as mesmas e as mais convincentes podem ser encontradas no volumoso tratado sobre doenças afectivas de Paykel (1982), cuja leitura acompanhou de perto a escrita deste trabalho.

Queremos evitar, no presente estudo, o habitual "resumo histórico", o qual poderia e deveria ser objecto de uma obra específica que desenvolvesse o excelente capítulo que Hamilton (1962:126-138), lhe dedicou. Contudo, numa interpretação muito pessoal, merece ser sublinhado o que poderiamos chamar de "dança" ilusória de palavras e de conceitos, a par de algum desperdício de conhecimentos já adquiridos, a que se dedicaram muitos dos que estudaram a clínica dos quadros depressivos. Esta afirmação poderá ser melhor justificada nas páginas seguintes em que se fará uma breve revisão dos estudos sobre as doenças mentais do pós-parto mas podem, desde já, considerar-se, a título de exemplo, algumas propostas etiológicas sobre a depressão em geral, as descrições de "loucura puerperal" e as atribulações do conceito de "melancolia".

Na pesquisa da etiologia, foram especialmente pertinentes algumas explicações que os autores antigos nos deram. Andreasen, (1982), relembra que Aristóteles, (século 4 a. C.), reconhecia uma particular tendência para a doença em pessoas de elevada sensibilidade e assim antecedeu de muitos séculos a descrição de personalidades vulneráveis à depressão. Ainda segundo este autor, Galeno, (século 2 a. C.), explicava as doenças depressivas na sua teoria dos humores que hoje

retomamos nas hipóteses neuro-endócrinas.

A citação destes dois exemplos bem conhecidos parece-nos oportuna porque eles ajudam a entender os motivos de uma relativa improdutividade da investigação dos fenómenos psicológicos que se constata quando se estuda uma área da Saúde Mental como agora fizemos.

Por exemplo, a hipótese proposta por Galeno poderá ter mantido completamente a sua actualidade porque (i) resultou sobretudo de um trabalho da imaginação, ultrapassando em grande parte o tradicional "valor da observação", (ii) previu com grande precisão um conjunto de fenómenos abertos a posterior observação, (iii) era muito rica em conteúdo empírico, (iv) ultrapassou testes ("predicções") que outras falharam e (v) sugeriu mais testes novos do que outras hipóteses anteriores e futuras.

Estes conceitos podem ser lidos em Carol Buck, que, em publicação de 1975, procura introduzir fundamentos filosóficos na epidemiologia. O autor não nos fala de Galeno mas dá-nos outros exemplos do que considera "boa ciência" numa disciplina (Saúde Mental) em que, ainda em palavras suas, a demarcação entre a arte e a ciência é particularmente difícil de traçar.

A primeira referência à "loucura puerperal" terá pertencido a Hipócrates, no século 4 a. C. (cf. Katona, 1982) e na sua descrição, a doença aparece-nos com um início caracterizado por sintomatologia de agitação que se desenvolve muito rápidamente num quadro de perturbações delirantes e morte. O que para nós é mais digno de registo nesta descrição é que ela é ainda muito semelhante ao que nos ensinaram a procurar, sob outras designações (ex: "psicoses delirantes agudas do pós-parto"), nas nossas maternidades actuais.

A palavra "melancolia" é muito bela, mantém-se prácticamente igual ao termo grego de origem (*) e também pertence a Hipócrates. De acordo com Leigh e col. (1981:223):

(*) ver dicionário de Augusto Moreno, da ed. Educação Nacional.

> "A melancolia era um dos quatro tipos de loucura reconhecidos por Hipócrates no século IV a.C., e continuou a figurar em quase todas as classificações de doença mental nos dois mil anos que se seguiram. Mas, agora, o termo está a cair em desuso e a ser substituído pelo vocábulo mais prosaico *depressão*.

Segundo Loudon (1988), já durante o século XIX teria surgido a "moda de outras denominações" que antecederam a designação de "depressão", introduzida por Adolf Meyer em 1905. A utilização deste último termo viria a vulgarizar-se extraordinàriamente nas últimas décadas e a esvaziar, prácticamente, de significado clínico o conceito de "melancolia" (Snaith, 1987).

De facto, o termo "melancolia" sempre descreveu adequadamente tudo aquilo que no comportamento humano aparecia embebido em tristeza profunda. O seu abandono definitivo foi, de acordo com Soares e Azevedo (1986:251), proposto por Esquirol, em 1916, para:

> "ser deixado aos moralistas e aos poetas que, nas suas expressões, não são obrigados a tanta precisão quanta a que os médicos devem ter".

Excepções a esta regra foram os trabalhos de 1917 de Freud (Freud, 1968:145) e algumas referências esporádicas de outros autores (ver, por exemplo, Weitbrecht, 1966:6). Poder-se-ía pensar que a introdução do termo depressão teria realmente correspondido à necessidade de uma maior precisão na descrição dos quadros clínicos de perturbação emocional. Leigh e col. (1981:90) relembram que, actualmente:

> "infelizmente o termo é utilizado em três sentidos diferentes: para descrever um estado de espírito, para definir uma sindrome e para definir uma doença."

Uma última ilustração para o que se afirmou é-nos fornecida por uma outra citação histórica que não encontrámos em outros autores. Apolónio de Rodes (*), 250 anos a. C., revela-nos uma faceta curiosa das profundas repercussões psicológicas que a maternidade pode ter nos seres humanos quando nos fala do estranho hábito de um país onde:

> "sempre que uma mulher está em trabalho de parto, é o marido que recolhe ao leito. Lá fica deitado a gemer, com a cabeça atada, e a mulher alimenta-o com extremoso cuidado".

Esta práctica, de que ainda hoje temos apenas um entendimento muito parcelar, só recentemente foi descrito com mais pormenor, tendo recebido o nome da região (Couvade) onde foi novamente notada (cf. Trethowan et al, 1965). Descreve a implicação emocional do marido na maternidade e muito poucos estudos de carácter etiológico aproveitaram esta ideia, incluindo na sua metodologia de investigação da psicopatologia da gravidez e do parto, a avaliação do casal.

Problemas de terminologia e classificação

Alguns dos termos que vieram acrescentar-se ao de melancolia ou depressão, transportam consigo o resultado da observação pormenorizada de gerações de doentes mentais, internados em asilos. Tendo em vista moderar o que vai dizer-se nos próximos parágrafos, pode citar-se Esquirol, em tradução do Prof. Barahona Fernandes (cf. Pichot e Fernandes, 1984:19):

> "... o trabalho que ofereço ao público é o resultado de quarenta anos de estudo e de observações. Observei os sintomas da loucura; estudei os costumes, os hábitos e as necessidades dos alienados, no meio dos quais passei a minha vida..."

Os referidos novos termos, que encontramos regularmente nos trabalhos sobre a doença mental do pós-parto, resultam de classificações dicotómicas e realçam, segundo Andreasen, (1982:35): (i) o modo como

(*) ver "A Argonáutica" (Publicações Europa-América, Lda.)

se processa o contacto com a realidade (psicose/neurose), (ii) aspectos descritivos do modo como o humor oscila ao longo da vida dos doentes (estados circulares, maníaco-depressivos, ciclotimia, uni/bipolaridade), e (iii) a importância de factores desencadeantes genéticos ou ambientais (psicógena, endógena, reactiva). Tiveram como grande interesse o aumento da homogeneidade de grupos de doentes (um dos objectivos das classificações no modelo médico tradicional) e arrecadaram uma grande popularidade entre a classe médica.

São conceitos cuja introdução coincidiu com o desenvolvimento de técnicas estatísticas especiais (análise do componente principal e função discriminativa). Uma descrição pormenorizada destes estudos foi feita pelas escolas inglesas (cf. Gross et al, 1969:233-241). A sua discussão, levar-nos-ía à abordagem dos fundamentos da psicopatologia e, para citar novamente o Prof. Barahona Fernandes, (página 290, a propósito de uma questão completamente distinta), embrenhar-nos-íamos "numa floresta de dificuldades e enganos". Para essa tarefa não nos julgamos com capacidade e, felizmente, também não estava prevista nos nossos objectivos.

Limitamos-nos a transcrever algumas opiniões que podem simplificar muito o nosso estudo sobre as doenças mentais do pós-parto, lembrando que, entre as inúmeras publicações sobre esta questão, há uma edição das sempre bem-vindas "confrontações psiquiátricas" (Salin, 1984) que se dedica exclusivamente ao problema das classificações em Saúde Mental.

Sobre este assunto, uma das perspectivas mais reducentes é bem expressa por Fish, um autor clássico no ensino da psicopatologia clínica (Fish, 1974:68):

> "... é quase impossível a dois psiquiatras ter uma conversa sobre depressão que não termine em confusão e incoerência".

Este ponto de vista é aceite por autores muito recentes. Snaith (1987)

e Hamilton (1989) reviram os autores que se debruçaram sobre esta problemática e sublinham quer a inutilidade destes conceitos quer a demonstrada incapacidade de qualquer sistema de classificação em conseguir estabelecer ascendência sobre os restantes.

A título de exemplo, citemos a distinção entre depressão neurótica e depressão psicótica, que tem constituido a base de uma longa controvérsia originando adeptos de um modelo unitário ou dicotómico. Digamos desde já que este "contencioso" (Dias et al, 1984), permanece perfeitamente actual.

Segundo Galletero e Guimón (1989), o termo "neurose" deve-se a Ernst Stahl (1708) e foi introduzido para designar todas as doença que não eram acompanhadas de processos inflamatórios, para as quais não se encontravam lesões no Sistema Nervoso Central. Tinha, como vemos, uma conotação etiológica. Aplicado às depressões (neurose depressiva), o referido termo tem hoje muitos significados, envolvendo, conforme os autores, conceitos particulares: doença originada em conflitos internos inconscientes, crónica e ligeira, desencadeada pelo stress em personalidades desadaptadas, tratável por psicoterapia, etc. (cf. também Andreasen, 1982:37). O termo "psicose", de origem alemã, é bastante mais recente. Era, inicialmente, apenas mais um sinónimo de perturbação mental em geral (cf. Pichot e Fernandes, 1984:52) mas ganhou rápidamente uma grande divulgação.

Como quer que seja, ambos os termos têm, em alguns autores, um significado muito mais amplo do que o que corresponde a um diagnóstico clínico de doença, podendo incluir, por exemplo, a noção de estrutura básica de personalidade (cf. Bergeret, 1974:129-133 e Granel, 1972, páginas 35-53 e 147-149, sobre a obra de Bión).

Kendell e os seus colaboradores (1970, 1976 e 1982), têm defendido que a depressão é um contínuo entre as formas graves ("psicóticas") e as formas ligeiras ou crónicas. Este autor foi um dos que utilizaram as técnicas analíticas especiais já antes referidas, tendo obtido, em

vários grupos de doentes deprimidos, uma distribuição unimodal dos sintomas. A gravidade dos sinais ou queixas apresentadas pelos doentes, constituiria, na sua perspectiva, a única diferença clara entre psicose depressiva e neurose depressiva.

Deve notar-se, sem querer aprofundar este tema, que uma curva de distribuição "bimodal" dos sintomas depressivos pode, em muitos casos, ter ficado a dever-se a problemas relacionados com a metodologia dos estudos. Everit (1981) relembra que uma curva "bimodal" pode ser devida a outras razões (e não necessáriamente à presença de distintos subtipos de depressão): amostras não representativas, multiplicidade de observadores, deficiente definição das variáveis, etc.).

Na verdade, a posição liderada por Kendell é a mais frequentemente citada mas tem, de facto, raízes numa perspectiva desenvolvida por Eysenk (1965:55-131). Este autor introduz assim a discussão entre as abordagens "categoriais" e "dimensionais":

> "... em psicologia deparam-se-nos duas análises. Podemos *descrever* o comportamento (...) sem sermos obrigados a responder a questões como *porque age uma pessoa de determinada maneira*. Os problemas causais desta natureza são importantes mas diferentes dos descritivos e, acrescentemos, surgem numa etapa posterior. Primeiro, temos de responder aos descritivos, em seguida enfrentar os causais".

Uma das dimensões que Eysenk viria a introduzir nos modos habituais de reagir de qualquer pessoa "normal", foi precisamente a de "psicoticismo".

Antes de abandonarmos (definitivamente neste escrito) este autor, relembremos que, em palavras suas, o termo neurose "anda na boca de todos, mas sobre ele paira a maior ignorância" e (ver página 96):

> "... a discordância entre os especialistas começa logo na

definição de neurose. Que se relaciona com reacções emocionais de carácter doentio, parece não haver dúvida, mas para lá deste nível, discutem-se ainda os pontos mais elementares. Para muitos psiquiatras, a neurose e a psicose são dois tipos de perturbação mental totalmente opostos e diferentes (...) todavia, há psiquiatras que não concordam com esta divisão simples, declarando que a neurose pode transformar-se em psicose..."

Toda esta imprecisão no léxico das doenças depressivas pode ainda ser bem ilustrada se se atender a que a defesa de uma determinada classificação exigia que, por vezes, a "bipolaridade" de uma perturbação do humor fosse justificada pela presença de episódio bipolar na história familiar (cf. Perris, 1982:47) e que aos termos "depressão neurótica" e "depressão reactiva" é atribuido o mesmo significado em alguns autores (cf. Hirschfeld, 1981).

Um dos aspectos mais pitorescos desta discussão foi a introdução de Kendell à sua publicação de 1976. Afirma-nos este autor que cada psiquiatra alberga uma ambicão inconfessada de introduzir um modelo bem ordenado de classificação das doenças mentais e que cada um se preocupa sobretudo em defender o seu ponto de vista. A situação seria especialmente grave porque "qualquer formato de classificação minimamente lógico já foi seguramente apresentado".

A pior solução para o que Meltzer e Kumar (1985) designam por "confusão reinante" no campo da classificação das patologias mentais e que se aplica, evidentemente, aos quadros do pós-parto, foi, como veremos, a adopção, por alguns autores, de sistemas de diagnóstico individuais.

Naturalmente que este estado de coisas teve como consequência previsível, a multiplicação incontrolada do número de entidades nosológicas. Contudo, também se notaram movimentos de sinal contrário, como atesta o facto de, desde 1952, o termo "pós-parto", juntamente

com os seus sinónimos, ter vindo a ser retirado de todos os guias de classificação das doenças mentais. O envio destas patologias para o esquecimento, "por boas razões" (Brockington et al, 1981), teve, naturalmente, importantes repercussões e originou situações de grande disparidade de actuação entre os técnicos e as instituições dos vários países (Pugh, 1963). A consequência mais importante terá sido ao nível do ensino da psiquiatria, notando-se que, no último quarto de século, não tem sido feita, de um modo geral, qualquer referência à eventual situação de parturiente quando se estudam os casos clínicos de depressão (Hamilton, 1989).

A introdução do conceito de "doença afectiva" (um outro termo que, em geral, se utiliza para designar as depressões), pode, igualmente ter sido motivada pela necessidade de simplificar um grande capítulo das doenças mentais. Assim, Gross et al (1969:199) sugerem-nos que doenças afectivas grosseiramente definidas, devem incluir todas as situações em que existe uma alteração do humor.

Esta definição tem implicações que vários autores analizaram com detalhe e gerou uma grande polémica (cf. Snaith, 1987; Richmond e Barry, 1985; Kendell, 1985). Exprime, desde logo, uma focalização do interesse dos investigadores nos problemas da comunidade, único lugar em que as alterações "simples" ou "ligeiras" do humor podem ser encontradas. Com efeito, estes autores citam vários trabalhos mostrando que, em geral, os doentes portadores destas perturbações não são referidos aos psiquiatras e quase não aparecem nos estudos de revisão de registos hospitalares. Os termos "depressão" ou "doença afectiva" passaram a ser utilizados para cobrir uma mais larga variedade de perturbações emocionais, incluindo os pacientes habitualmente tratados pelos médicos de família e mesmo muitos que simplesmente não procuram cuidados. De facto, estas patologias passaram a constituir a doença psiquiátrica mais frequente e a incluir populações muito heterogéneas - das formas simples aos exuberantes sindromes maniformes, e, para alguns, mesmo os estados ansiosos (cf. também Gross, 1969 página 199 e seguintes e Paykel, 1982:2).

Os mesmos autores sublinham que esta alta prevalência de "depressão não diagnosticada na população geral" levantou a questão das fronteiras entre a doença e a normalidade uma vez que, quer a nível dos cuidados ambulatórios quer a nível hospitalar, alguns preferiam muitas vezes propor diagósticos alternativos de "desmoralização", "infelicidade", "pesar", "luto", "frustração", "desespero", "desilusão" ou mesmo "cinismo". Este é outro dos principais e mais complexos problemas da área da Saúde Mental que permanece sem consenso e onde reina "a maior confusão" (Mendlewickz, 1984:186). Ele toca outras questões muito importantes como a da experiência subjectiva de doença e critérios de normalidade (cf.Armstrong, 1983, páginas 4-19).

Para Kendell (1985), o estudo das perturbações psicológicas da maternidade foi uma vítima natural de toda esta indefinição. Alguns autores predominantemente preocupados com aspectos clínicos (ver Zuckerman et al, 1987, Dennerstein et al, 1986) acentuam a urgente necessidade de introduzir mecanismos que permitam fácilmente determinar se, por exemplo, nos encontramos perante um humor disfórico ou uma doença depressiva na qual os sintomas sejam suficientemente graves para interferir com o papel de mãe e o funcionamento interpessoal.

De acordo com Pull (1984: página 79 e seguintes), as classificações psiquiátricas destinam-se essencialmente a facilitar a comunicação, a previsão e a investigação mas, actualmente, só muito imperfeitamente correspondem a estes objectivos. Este autor, afirma que todos os estudos que se dedicaram a investigar o grau de concordância dos diagnósticos psiquiátricos demonstraram que ele era medíocre e pouco satisfatório. Num exemplo invulgar, refere que os psiquiatras americanos recorrem ao diagnóstico de psicose três vezes mais frequentemente do que os franceses.

Estudos mais recentes demonstram também que é muito baixa a fiabilidade (mesmo dentro de um mesmo sistema diagnóstico), e que há

diferenças conceptuais transculturais, definição imprecisa de termos e variabilidade de critérios que afectam, inevitávelmente, a interpretação dos dados (ver Shapiro et al, 1984; Fisch et al, 1982; Coutinho e Klein, 1989; Barczak e Wilkinson, 1989). Estes problemas originam que a doentes com os mesmos sintomas correspondem diagnósticos diferentes em diferentes países, (Boyd e Weissman, 1982:110), e que nos melhores hospitais psiquiátricos, os erros percebidos nas readmissões se elevem a 30 por cento (Fernandes, 1990).

O problema da quantidade e qualidade dos diagnósticos das doenças mentais pelos médicos de família, prende-se com o que antes referimos e tem sido comentado recentemente por vários autores (Sharp e King, 1989; Barczak e Wilkinson, 1989; J. L. Cox et al, 1987), tendo, por exemplo, estes últimos investigadores divulgado dados que permitem concluir que a grande maioria das mulheres deprimidas no período do pós-parto, ainda que bem conhecidas dos seus médicos assistentes, não tinham recebido qualquer tratamento, nem haviam beneficiado de qualquer consulta de referência.

A falta de confiança nos actuais sistemas de classificação das doenças mentais tem sido apontada como a melhor explicação para a generalizada relutância dos médicos de medicina familiar em aplicar rótulos diagnósticos aos seus doentes (Sharp e King, 1989).

Fisch e colaboradores (1982), estudaram a avaliação da depressão por generalistas e psiquiatras tendo notado que as diferenças dentro de cada grupo eram maiores do que as existentes entre os dois grupos. Por outro lado verificaram que nenhum dos intervenientes era capaz de descrever satisfatóriamente os seus próprios processos diagnósticos.

Spitzer e colaboradores (1975), referidos por Pull (1984:80), atribuem todas estas imperfeições actuais a problemas de (i) informação dos técnicos, (ii) observação e interpretação dos fenómenos pelos técnicos, (iii) variação da doença em curtos intervalos de tempo e (iv) divergência de critérios diagnósticos utilizados.

No caso dos doentes depressivos, outros autores sublinham que o que acontece, é que eles são muito difíceis de identificar e compreender (Serra, 1990). Esta dificuldade constitui, seguramente, uma das razões que explicam parte do debate a que temos aludido.

Conviria aqui referir a opinião expressa em editorial dos "Archives of General Psychiatry" por Freedman (1984):

> "... estudos epidemiológicos (comunitários) cuidadosamente projectados podem oferecer a avaliação de uma completa gama de psicopatologia - da ligeira à grave, do esquecido ao insuficientemente tratado e ao incapacitado compensado... Os que não frequentam os serviços interessam-nos porque podem auxiliar na compreensão da psicopatologia e podem albergar subgrupos cujos comportamentos desadaptativos podem reflectir variantes patológicas até agora não tratadas".

Clarificar os múltiplos conceitos "obscuros" e discriminar os complexos sintomáticos mal entendidos ou valorizados das depressões leves (Snaith, 1987), não é de mero interesse académico porque, para além dos recursos actualmente mobilizados para esta nova área (estas depressões leves ocupam, no seu reconhecimento e tratamento, uma grande parte do tempo de psiquiatras e outros médicos, psicólogos e assistentes sociais), estão, desde há décadas, disponíveis variados e adequados tratamentos psicológicos e farmacológicos que podem ser muito simples (Tod, 1964).

Perspectivas unitárias sobre a doença mental

É de admitir que a multiplicidade de posições teóricas sobre as doenças depressivas tenha contribuido para o desenvolvimento de uma perspectiva unitária das doenças mentais, em que estas são entendidas como um contínuo, com provável etiologia multifactorial. A generalização da práctica de inquéritos comunitários veio, por sua

vez, introduzir justificações adicionais para a referida simplificação.

Esta posição "unitária" aparece como um pressuposto na maioria dos trabalhos sobre a depressão, embora alguns autores (Cf. Brown et al, 1977) admitam a possibilidade de que haja grupos especiais (por exemplo, nas chamadas doenças bipolares), que englobem situações depressivas raras mas com etiologia e patogénese distintas.

Estas perspectivas unitárias também se reflectiram nas doenças mentais que ocorrem em estreita relação temporal com a maternidade. Para além das decisões já referidas sobre a exclusão das doenças mentais do pós-parto dos grandes sistemas de classificação internacional, alguns autores continuaram a defender a inconveniência de as agrupar em um sindrome específico ou em um conjunto de sindromes uma vez que a fenomenologia previa variações patoplásticas e se considerava satisfatória a perspectiva Kraepeliniana de que o parto não é mais do que um factor que pode modular as doenças mentais (Katona, 1982).

Outros problemas na delimitação do conceito de depressão de pós-parto

O termo "depressão de pós-parto", que vai passar a ser regularmente utilizado neste escrito, recebeu uma certa popularização e tem, actualmente, concentrado em si uma variedade de doenças psiquiátricas que ocorrem no pós-parto (Dennerstein et al, 1986). Sinónimos vulgarizados (cf. Hamilton, 1989), incluem os de "depressão pós-natal", "depressão puerperal", "doença reactiva", "reacção depressiva neurótica", "depressão atípica", "estados depressivos menores ou atípicos".

Deve notar-se também que os termos "puerpério" e "pós-parto" são utilizados, na matéria que nos ocupa, com significado muito distinto do que lhes é atribuido na obstetrícia. Num conhecido tratado desta disciplina, Miles Novy (1987:216) afirma:

"... O período de pós-parto foi arbitráriamente dividido em *puerpério imediato* - as primeiras 24 horas após o parto; *puerpério precoce*, que se estende até à primeira semana após o parto; e *puerpério tardio*, que inclui o período de tempo necessário à involução dos órgãos genitais. Tradicionalmente, o último período estende-se até à sexta semana após o parto, uma práctica que pode ter-se originado em tempos bíblicos".

No caso dos estudos sobre as perturbações psicológicas da maternidade não é possível obter, entre os vários autores, critérios uniformes que delimitem a sua duração (cf. Paffenberger, 1964; Protheroe, 1969; Davidson e Robertson, 1985). Os critérios mais frequentemente seguidos coincidem com os de Da Silva e Johnstone (1981) que consideraram de natureza puerperal os quadros clínicos que surgiram durante o ano que se seguiu ao parto.

Segundo alguns autores, as alterações de humor do pós-parto podem ser conceptualizadas como um contínuo em que os sindromes que foram sendo sucessivamente descritos apenas representam variações em intensidade e gravidade dos sintomas, desde formas auto-limitadas, a graves perturbações que podem exigir tratamento intensivo (cf. Paykel et al, 1980; Buesching et al, 1986; Daw, 1988). Este ponto de vista é frequentemente seguido pelos autores franceses, para quem a designação de "psicose puerperal" se refere a todas as manifestações psicopatológicas da gravidez e pós-parto (cf. Ey et al, 1974:788), incluindo mesmo, por vezes, os problemas paternos (Welsh, 1988).

Há estudos sobre a depressão que utilizam medidas de sintomatologia enquanto que outros autores recorrem a depressão diagnosticada. Este facto é muito constatado nas doenças mentais do pós-parto. As consequências da adopção de qualquer uma destas metodologias estão ainda mal compreendidas e têm sido o foco de investigações (Boyd et al, 1982).

Estas posições têm o maior interesse práctico e podem condicionar o

desenvolvimento do nosso conhecimento sobre as depressões e aspectos centrais com ela relacionados. Por exemplo, um estudo muito recente referido por D. A. Cox (1988), ligou as perturbações comportamentais na infância às manifestações de irritabilidade materna, não encontrando esse vínculo etiológico se, em vez de uma abordagem dos sintomas individuais, se houvesse considerado o diagnóstico convencional de "depressão". Os estudos de Lee e Gotlib (1989), sobre o mesmo assunto, fornecem suporte adicional a esta perspectiva, mostrando que o ajustamento da criança pode relacionar-se mais fortemente com a presença de psicopatologia materna do que com o estatuto diagnóstico.

Neste momento dos nossos conhecimentos sobre as doenças mentais, esta abordagem unitária pode ser especialmente vantajosa porque, de acordo com Protheroe (1969), evita a aceitação de conceitos etiológicos discutíveis que estão implícitos em termos como o de "psicose afectiva".

Com esta introdução julgamos ter ficado devidamente justificada a adopção, neste escrito, de uma posição "monista" que tem subjacente a ideia de que "todos os estados depressivos formam um contínuo" e que na nossa investigação preferimos utilizar variáveis que definam a depressão de um modo tanto quanto possível contínuo (cf. Hermann, 1984:196). Também admitimos que um diagnóstico psiquiátrico é sempre uma imagem pontual e que o doente nos aparece todos os dias com um rosto e sentimentos distintos.

Nem todos os autores aceitam esta perspectiva. Na maioria dos trabalhos que referiremos, é seguida a concepção de Pitt (1973, 1982) sendo as doenças mentais do pós-parto distribuidas por três quadros nosológicos principais com base (i) na gravidade, (ii) momento em que surgem no período de pós-parto e (iii) duração da sintomatologia: blues (precoce e transitório), psicose puerperal (grave) e depressão de pós-parto (moderada).

Contudo, continuam a surgir novas propostas de classificação. Muito recentemente, Harding (1989), propos-se dividir, com base em motivos terapêuticos, as depressões de pós-parto em (i) episódios de depressão major com "características melancólicas", (ii) depressão com aspectos psicóticos, (iii) depressão menos severa (doença de ajustamento com humor depressivo). Por sua vez e também em recente estudo de revisão, Hamilton (1989) optou pela divisão das doenças mentais do pós-parto em 5 sindromes: (i) ligeiros (blues e depressão-pósnatal) e (ii) graves (psicose puerperal, depressão major do pós-parto, depressão psicótica do pós-parto). Contudo, o autor alerta para o facto de a maioria dos sintomas ter uma elevada frequência em qualquer dos cinco quadros propostos.

O que é um facto, é que a obstetrícia moderna delimitou decisivamente as doenças mentais do pós-parto, se atendermos a que ainda há meio século a espécie humana padecia da "loucura séptica do parto" (Dennerstein e col., 1986) a qual, com o nome de psicose puerperal continuou, até muito recentemente, a ser um dos principais objectos de estudo (Jacobson et al, 1965). A suspeita de que grande parte destes quadros "psicóticos" se devem situar no âmbito da medicina biológica, é bem expressa em Ey e col. (1974), os quais no seu manual de psiquiatria enquadraram o capítulo de "psicoses puerperais" nos "processos orgânicos geradores de perturbações mentais", a par das perturbações mentais da sífilis e dos traumatismos craneanos. Como veremos, ainda há fortes argumentos para continuarmos a pensar deste modo, não só nos quadros com sintomatologia delirante florida mas igualmente nos quadros depressivos aparentemente reactivos.

Excluidos, pelo menos, os sindromes de base orgânica mais evidente, a consideração dos blues como quadro clínico autónomo face à restante psicopatologia do pós-parto, pode ser o próximo passo, justificado por se tratar de um fenómeno que muitas vezes é considerado normal: elevada frequência e carácter benigno e transitório (Pitt, 1973). A estes aspectos distintivos, acresce que os blues aparecem em circunstâncias muito bem definidas (logo a seguir ao parto) pelo que,

frequentemente, são apenas clinicamente manejados pelos obstetras e generalistas.

Esta designação de "blues" embora considerada muito infeliz por Kendell et al (1981), é, contudo, a mais generalizadamente aceite. O termo pertence à língua inglesa e sublinha o aspecto depressivo da puérpera (Kennerley e Gath, 1986). Foi vulgarizado por Yalom e col. (1962) que se referiam a um agrupamento fugaz (1 a 2 dias de duração) de sintomas (essencialmente perturbações do humor), que surgem na primeira semana de puerpério (habitualmente entre o segundo e o quarto dia). Outros termos utilizados com alguma frequência para designar este fenómeno, são os de "sindrome transitório do puerpério" (Pitt, 1973, Hamilton, 1962), e "estado emocional hipersensitivo do puerpério" (Gordon e col., 1965).

A morbilidade pós-natal foi, durante muitos séculos, considerada um fenómeno perfeitamente natural e por isso é compreensível que os blues tenham constituido um problema demasiado trivial para ser mencionado antes do nosso século (Loudon, 1988). Nas últimas décadas, vários trabalhos pesquisaram a frequência com que os blues aparecem no pós-parto e os valores obtidos têm ultrapassado frequentemente os 50 por cento (Robin, 1962; Hopkins et al, 1984; Saks et al, 1985; Pitt, 1968; Yalom et al, 1968).

O diagnóstico é relativamente fácil embora ainda não exista uma completa concordância sobre os sintomas fundamentais do sindrome. Contudo, a sua identificação está facilitada porque os sintomas, embora sendo fugazes, são muitas vezes suficientemente intensos para surpreender todos os que rodeiam a mulher. Vários autores descrevem a sintomatologia destes quadros menores (Hamilton, 1962:107-112); Yalom, 1962; Robin, 1962; Davidson, 1972; Pitt, 1973; Stein, 1980, 1981; Augusto e col., 1988; Hamilton, 1989), sendo muito pormenorizada a descrição de Kennerley, 1986.

A eventual relação dos "blues" com os sindromes depressivos do pós-

parto será abordado em outro capítulo.

Interesse do estudo das doenças mentais do pós-parto

Bastante mais importância tem sido atribuida às restantes patologias do período puerperal, às quais se reconhece um grande interesse do ponto de vista económico e social. Um dos autores que mais tem estudado estas doenças, O'Hara (1986), afirma que elas têm uma grande importância porque os fenómenos observados são interessantes por si mesmos, se podem predizer, têm uma prevalência elevada, e a sua semelhança com as doenças depressivas que surgem em outros contextos, permite avaliar a validade de muitas das teorias etiológicas da depressão.

Em todo o mundo, de entre os profissionais especialmente interessados nas patologias do pós-parto têm-se destacado os psiquiatras que trabalham em "psiquiatria de ligação", ou em estreita colaboração com obstetras e Cuidados de Saúde Primários (Harding, 1989). Entre nós, este ramo pode, apenas, ser considerado embrionário.

Numa publicação recente, Birns e Hay (1988:1-9), sublinham um motivo de interesse dos estudos nesta área. Segundo estes autores, teria chegado o momento de examinar a diversidade de experiências maternais (mitos e realidades das suas vidas no contexto social e histórico) e retirar alguns dos preconceitos mais frequentemente notados.

Do ponto de vista práctico, a importância destas afecções pode sobretudo ser avaliada pelas implicações sobre a saúde da puérpera e do bebé. A este assunto dedicaremos um maior espaço neste trabalho mas podemos desde já citar um extracto da introdução do livro de Hamilton (1962:13):

> "... quer sob a forma de uma explosão, quer por uma lenta e insidiosa erosão, a mulher passa de um competente, produtivo e feliz membro de uma sociedade para uma pessoa paralizada pela

depressão ou atormentada por medos, halucinações ou delírios".

Outras repercussões dignas de referência, situam-se ao nível da própria família, dos serviços e das políticas de saúde de um modo geral (Lempérière et al, 1984; Wrate et al, 1985; Gjerdingen et al, 1986).

No que respeita ao impacto das doenças mentais do pós-parto sobre o sistema familiar, pensa-se, sobretudo nos últimos anos, que ele pode ser muito sério e negativo, devido aos efeitos desorganizadores do seu funcionamento (L. Cox et al, 1987; McNeil et al, 1988). Uma das razões apontadas refere-se ao facto de uma boa parte das mulheres contribuir significativamente para o bem-estar da família, através do trabalho, podendo a doença prolongada ter sérias consequências sobre a economia do lar (Richards, 1990).

Alguns autores pensam que os efeitos a longo prazo, nomeadamente sobre a relação conjugal podem, provávelmente, ser mais sérios quando a depressão ocorre no pós-parto do que em outras fases da vida da mulher (J. L. Cox et al, 1982).

Os efeitos sobre os serviços de saúde também têm sido muito valorizados. Isso deve-se a que os doentes com problemas emocionais são grandes utilizadores dos serviços de saúde ambulatórios (Sharp e King, 1989). As mulheres em idade fértil estão especialmente representadas neste grupo (Shapiro et al, 1984; Barczak e Wilkinson, 1989) e outros autores têm referido que as perturbações psicológicas do pós-parto mobilizam técnicos de várias áreas mais ou menos especializadas e quer os serviços de saúde em geral, quer os departamentos de pediatria, lidam rotineiramente com estas situações (Illingworth et al, 1989; Zuckerman et al, 1987; Richards, 1990).

O aumento das taxas de consulta psiquiátrica no período de pós-parto não é um artefacto (J. L. Cox et al, 1982) e em alguns casos, os hospitais psiquiátricos e os serviços de psiquiatria dos hospitais

gerais, disponibilizaram unidades especialmente vocacionadas para o seu tratamento. Numa dessas unidades, o tempo médio de internamento das situações moderadas era de vinte e seis dias e para os quadros graves esse número pode ser muito superior (Kissane e Ball, 1988).

Actualmente, a quase totalidade das unidades de internamento especializado, admite simultâneamente o bebé, para melhor preservação dos contactos mãe-filho. Neste período fazem terapêuticas longas e exigentes do ponto de vista técnico que incluem, para além de psicofármacos de utilização corrente, o lítio, as psicoterapias, etc.

Ainda no sentido de demonstrar que há o maior interesse em definir critérios operacionais de abordagem das situações de perturbação emocional do pós-parto, deve notar-se que um motivo de particular preocupação é constituido pelo facto de que nas populações com menor acessibilidade aos serviços de saúde ou às instituições universitárias de investigação, a maioria da patologia psicológica do período de pós-parto passar, provávelmente, despercebida (Nott, 1982).

Como veremos, há elementos que permitem fazer supor que uma boa parte das doentes internadas em estabelecimentos psiquiátricos por psicopatologia do puerpério seriam vantajosamente tratadas na comunidade. Para além de os recursos materiais necessários serem menores, esta prática seria facilitada por se tratar de situações com início previsto numa época precisa e, por isso, possibilitar a criação de condições de abordagem em fase de evolução mais precoce.

Nesta linha, e sobretudo quando não disponíveis dados baseados em inferências a partir de casos tratados, teriam particular significado, pelas implicações científicas e de política de saúde, os estudos de prevalência baseados em rastreios da comunidade (Myers et al, 1984).

A informação resultante destes estudos, deveria incluir dados sobre o modo de apresentação, frequência e distribuição local das patologias os quais, além de permitirem a programação de serviços e das acções de

prevenção a desenvolver, poderiam ser fornecidos aos médicos de família para melhor atendimento das queixas somáticas da mãe, de pedidos infundados para o bébé ou de quaisquer outras manifestações da patologia (Nott, 1982).

II - Estudos sobre a natureza da doença mental do pós-parto

Da progressiva valorização do papel da epidemiologia nas ciências médicas resultou que, quer as décadas de 50 e 60 quer os anos mais recentes, foram muito ricos em estudos de doença mental ligadas ao pós-parto. Estes trabalhos reflectiam um grande esforço de rigor metodológico e foram objecto de um largo debate científico: As revisões da epidemiologia das doenças mentais do pós-parto são quase tão comuns como os estudos em que se baseiam, demonstrando o seu grande impacto histórico e actualidade premente.

Os primeiros grandes estudos (décadas de 50 e 60) foram dominados pela incerteza da existência de quadros clínicos autónomos durante o pós-parto, embora se notassem já algumas tentativas de isolar eventuais factores determinantes específicos para as doenças mentais do pós-parto.

Um grupo de investigadores americanos (Foundeur e col., 1957), procuraram uma estratégia que lhes permitisse ultrapassar a primeira destas questões. Tendo o cuidado de basear os seus diagnósticos em conferência de especialistas hospitalares, contabilizaram os episódios prévios de doença mental e internamento psiquiátricos no seu grupo de 100 casos (doença mental que surgia após o parto) e 100 controlos (doença mental sem parto). O estudo foi pioneiro no sentido de clarificar os diagnósticos que os técnicos atribuiam às mulheres internadas em instituição psiquiátrica durante o período de pós-parto.

Estes investigadores não encontraram significância estatística nas diferenças observadas entre puérperas e controlos no que respeita aos três grupos diagnósticos principais (o grupo de miscelânia de diagnósticos em que se notou significância estatística, sugere que a doença mental seria mais frequente em não puerperas) pelo que não conseguiram justificação para considerar a doença mental do pós-parto

uma entidade psiquiátrica. As suas conclusões principais referiam ainda que, no que respeita a instabilidade mental prévia, a puérpera é idêntica a qualquer outra mulher da mesma idade admitida a tratamentos psicológicos. O recente estudo em que Cooper e col. (1988), pretenderam comparar as taxas de prevalência de doença mental na gravidez e pós-parto com as taxas da população geral, mostra-nos a actualidade do estudo de Fondeur e col., quer nos objectivos perseguidos quer nas conclusões, que, aliás, foram muito semelhantes.

Tetlow (1955) estava interessado em descobrir a causa das psicoses que ocorriam em relação com o parto. Estudou 67 puérperas consecutivamente internadas, juntamente com dois grupos de controlo (50 psicóticas sem parto recente e 50 puérperas saudáveis). Entrevistou todas estas mulheres, bem como alguns familiares, pesquisando eventuais problemas psiquiátricos e traços neuróticos. Embora não tenha detectado diferenças significativas na psicopatologia referida na história familiar ou pessoal dos dois grupos de psicóticas, Tetlow introduziu a suspeita de que as mães de filhos "ilegítimos" estavam especialmente predispostas para as doenças mentais do pós-parto.

Martin (1958) observou e seguiu durante aproximadamente 2 anos e meio, 75 mulheres internadas por doença mental do pós-parto. Deste estudo ficaram-nos noções sobre a relação da doença com factores genéticos, o seu bom prognóstico global e a tendência dos clínicos em prescreverem, com bons resultados, tratamentos físicos.

No estudo do médico inglês Seager (1960), encontramos uma grande actualidade na escolha das variáveis (os antecedentes pessoais e familiares de doença psiquiátrica, traços de personalidade, complicações obstétricas, dificuldades conjugais, planeamento da gravidez, etc.). A sua conceptualização de que o pós-parto age como um motivo de stress precipitando a doença nas mulheres predispostas, aparece em muitos dos trabalhos recentemente publicados. Este autor realizou um dos primeiros estudos convenientemente controlados pois incluiu um grupo de mulheres em puerpério considerado normal.

O contexto da medicina familiar para estudar a questão das doenças das maternidade foi já utilizado no estudo de revisão de ficheiros de Ryle (1961), que afirmava: "nem os psiquiatras nem os ginecologistas têm acesso, durante períodos prolongados, a populações não seleccionadas, como acontece com os médicos de família". Foi neste contexto que este autor pretendeu comparar as taxas de perturbação psicológica em mulheres em fase de maternidade com taxas idênticas em mulheres de idade semelhante pertencentes à mesma comunidade "porque em ambos os grupos uma larga proporção de perturbações registadas são relativamente leves e por isso não encontradas habitualmente nos hospitais".

Motivação semelhante terão tido os estudos das doenças mentais ligeiras ("neuroses" e "reacções asténicas") efectuados pelo ginecologista Jacobson e col. (1965). Estes autores retomam, em linguagem epidemiológica apurada, a questão da relação entre parto e doença mental, estudando uma mostra constituida por puérperas sem qualquer relação com os serviços de saúde mental. Conseguiram definir, baseando-se no número de sintomas presentes, valores de prevalência de 25 por cento que são, como veremos, próximos dos obtidos por autores de trabalhos mais recentes.

Paffenbarger tinha formação em epidemiologia e em 1961 publicou um estudo sobre as psicoses puerperais, comparando 126 mulheres portadoras desse diagnóstico com 252 controlos. O trabalho baseou-se, exclusivamente, nos registos obstétricos e permitiu a Paffenbarger a defesa fundamentada de uma etiologia hormonal para as doenças mentais do pós-parto. De facto, vários factores de índole sócio-cultural que também estudou mostravam importância irrelevante.

Robin (1962), introduziu a investigação formal sobre os blues, ao estudar 25 mulheres de uma enfermaria. Estabeleceu dados de frequência e descrição clínica que estão, ainda hoje, dentro dos parâmetros melhor aceites.

Thomas Pugh era um epidemiologista muito considerado, com várias publicações sobre a distribuição das doenças mentais nos Estados Unidos da América. Em sua opinião, a comparação de taxas de doença mental entre puérperas e não puérperas, constituia a primeira prioridade se se pretendia avançar no conhecimento da etiologia das doenças mentais do pós-parto.

Este autor estudou com outros colaboradores, em 1963, uma elevada percentagem das admissões hospitalares de mulheres, em Massachusetts, durante 1950. De entre as mulheres grávidas ou em pós-parto (até aos 10 meses), as que se encontravam nos primeiros três meses de pós-parto, mostravam um excesso de todos os diagnósticos psiquiátricos, com especial aumento dos quadros com sintomatologia psicótica, relativamente às mulheres cujo internamento não coincidia com a maternidade (Pugh e col., 1963).

O estudo, para além de permitir o cálculo das taxas específicas para a idade, forneceu os primeiros valores conhecidos de "risco atribuível" e "risco relativo" para a patologia puerperal. Numa revisão de um assunto não relacionado com a maternidade, Lloyd (1980), constata, muitos anos depois, que estes parâmetros prácticamente nunca são utilizados em Saúde Mental (mesmo nos estudos cujos métodos são propícios a que isso acontecesse).

Depois de ler o seu trabalho, parece-nos que para os amantes da metodologia estatística e matemática, o estudo das doenças mentais do pós-parto deveria talvez começar no ponto em que Pugh as deixou. Deve notar-se que os seus resultados constituiram um achado inesperado, uma vez que a maternidade era, ainda nessa época, um acontecimento tradicionalmente conotado com felicidade.

Muitos autores posteriores admitiram que a frequência das perturbações psicológicas ligadas ao pós-parto estava sistemáticamente subestimada, tendo chegado a conclusões semelhantes às de Pugh, quer ao estudarem

internamentos (Paffenbarger, 1964; Paffenbarger e McCabe, 1966; Kendel, 1976, 1981b; Grundy e Roberts, 1975; Jonquiere-Wichmann, 1981; Nott, 1982; Meltzer e Kumar, 1985) quer amostras ambulatórias (J.L. Cox e col., 1982; Kumar e Robson, 1984; Pitt, 1968; Jacobson e col., 1965; Pitt, 1968; Rees & Lutkins, 1971; Hopkins e col., 1984). Nestes autores, o risco de doença aparecia de um modo significativamente mais expressivo durante o pós-parto do que em outras fases da vida da mulher, atingindo as psicoses, nos primeiros três meses de pós-parto, frequência 10 a 20 vezes superior aos níveis prévios.

Tod (1964) introduziu os grandes estudos prospectivos na investigação das doenças mentais do pós-parto. Trata-se também de um trabalho realizado no contexto da medicina familiar, em que se programaram múltiplas avaliações de 700 concepções consecutivas, até aos doze meses de pós-parto. As 20 deprimidas graves que identificou foram comparadas com as 300 primeiras observadas não deprimidas quanto a variáveis obstétricas, médicas, psicológicas, sociais, personalidade e "circunstâncias propiciadoras de stress antes ou depois do parto". Esta estratégia permitiu-lhe estudar as perturbações psicológicas da gravidez, do pós-parto, a relação entre as patologias destes dois momentos da maternidade, factores determinantes e tratamentos. Contudo, o seu artigo viria a ser discretamente publicado em formato muito reduzido.

Os estudos prospectivos de Pitt (1968), são muito referidos na literatura e tiveram como base a observação prolongada de 305 mulheres a partir do terceiro trimestre da gravidez. O autor utilizou metodologia fácilmente reproduzível tendo, para além de contribuições importantes para o melhor conhecimento do quadro clínico da depressão de pós-parto ligeira, fornecido valores de incidência (10 por cento), que ficaram como referência obrigatória para estudos posteriores.

Protheroe (1969), forneceu-nos a primeira perspectiva da evolução a longo prazo das doenças mentais do pós-parto. Não encontrámos outro autor que tenha estudado um período tão alargado da vida das puérperas

com doença mental (superior a trinta anos). Procurou um grupo destas doentes após o internamento hospitalar e conseguiu reunir informação de várias fontes (familiares, médicos de família, hospitais, etc.) incluindo a observação directa de uma parte significativa da sua amostra. Estabeleceu o conceito de que os casos de doença afectiva tinham, contrariamente às esquizofrenias, um bom prognóstico. No conjunto dos diagnósticos estudados, detectou um risco elevado de novos episódios puerperais.

Já na década seguinte, surgiram os trabalhos de Nilsson, publicados "por partes" (largas dezenas de páginas) nas revistas da especialidade de há mais de 20 anos (Nilsson, 1970). Neles se faz, em descrição cuidada, a tentativa de demonstrar com metodologia epidemiológica, a correcção de alguns conceitos originados no modelo teórico da psicanálise. Com os resultados obtidos, tentou hierarquizar, de forma esquemática, os conflitos que podem estar na génese das "neuroses para-natais". A autora dá-se conta da existência de combinações de diferentes factores e admite que as suas propostas possam parecer especulativas "porque muitas incertezas estão ligadas a investigações técnicas desta índole".

Esta autora mostrou-se sempre muito atenta à presença de variáveis confundidoras ("os eventuais factores inespecíficos identificados poderão depender de uma multitude de outros de carácter muito distinto"), e à necessidade de controlar os estudos, porque "factores com significado para o bem-estar da mulher puérpera, poderão ser igualmente significativos para o estado de saúde das não puérperas".

Dalton (1971) desenhou uma grande investigação de carácter prospectivo que é muito referida na literatura. Incluiu inicialmente 500 mulheres que pretendia seguir durante a gravidez e pós-parto, num total de 10 observações sequenciais. No estudo colaboravam obstetras e generalistas sob a supervisão de um consultor psiquiatra que veio a confirmar 11 das 14 depressões de pós-parto diagnosticadas. O trabalho desta autora forneceu-nos taxas de incidência para a ansiedade na

gravidez, para os blues e depressões de pós-parto (referíveis, apenas, a uma amostra de "razoável estabilidade ambiental") e permitiu encontrar argumentos a favor de uma etiologia hormonal dos quadros depressivos do puerpério. No que se refere aos blues, notou-se a frequência estatísticamente significativa com que os bebés apresentavam choro, vómitos e davam "más noites" às mães. Foram, igualmente, devidamente focados os aspectos da relação mãe/filho e a influência de "factores de stress" que encontramos na literatura mais recente.

De um modo geral, os estudos posteriores utilizaram metodologias comparáveis a estes primeiros estudos, sem que se tenham conseguido grandes passos no sentido de afastar a bruma que rodeia as doenças mentais do pós-parto. Multiplicaram-se as investigações sobre deteminantes da doença e aspectos prognósticos, mas o maior avanço conseguido terá sido, provávelmente, uma maior focalização no exame da fenomenologia (Katona, 1982).

Celia Falicov iniciou, em 1973, a caracterização, por metodologia epidemiológica, da fenomenologia da gravidez e pós-parto seleccionando, através de critérios bem definidos, uma amostra sistemática de 30 grávidas que frequentavam cuidados pré-natais. Conseguiu um estudo pormenorizado do comportamento sexual de 19 dessas mulheres, colhendo dados em cinco ocasiões diferentes, incluindo o período dos 2 e 7 meses de pós-parto.

Acerca de um assunto sobre o qual, e nas suas palavras, pouco se sabia, a principal conclusão atribui à maternidade claros efeitos adversos sobre o ajustamento sexual. Os estudos prospectivos posteriores de Kumar e col. (1981) e Elliott e Watson (1985), que incluiram inquéritos ao comportamento sexual de uma amostra mais numerosa e com um total de observações superior, obtiveram resultados em grande parte consonantes.

Retomando a metodologia de revisão de ficheiros, Kendel (1976),

estudou uma série não seleccionada de nascimentos (uma coorte de 2257 mulheres), que confrontou com os registos de todas as referências a psiquiatras (e não apenas as referências hospitalares) numa zona de Inglaterra. Para além de confirmar os dados já referidos de Pugh, este autor encontrou aumento da incidência de doença afectiva nos primeiros dois anos do período de pós-parto.

O mesmo autor (Kendell e col., 1981), reunindo em base de dados computorizada os ficheiros de obstetrícia e de psiquiatria, constituiu uma amostra representativa de puérperas para uma localidade de 35000 mulheres. As curvas de incidência cumulativa (envolvendo períodos sucessivos de três meses) que construiu, são especialmente demonstrativas do aumento dos internamentos hospitalares no pós-parto e foram largamente divulgadas através de estudos de revisão. O risco de admissão hospitalar nos três meses imediatos ao parto era 14.5 vezes maior do que na média dos oito trimestres anteriores. Vários factores obstétricos e sociais apareceram implicados no desencadear de doença mental.

Na região de Southampton, Nott (1982), com metodologia semelhante à de Kendell (1976), só confirmou, nos dois anos que se seguem ao parto, o aumento das taxas de internamento por psicose.

Revisões da doença mental do pós-parto nos seus aspectos clínicos e classificativos foram também efectuados, através do estudo das fichas médicas, por Dean e Kendell (1981) e Katona (1982). Os primeiros destes autores estudaram os internamentos até três meses de pós-parto durante um período de 7 anos, tendo comparado os casos de doença mental do pós-parto com controlos não puerperais com o mesmo diagnóstico e emparelhados para a idade. Katona prolongou o estudo por 10 anos e até seis meses de pós-parto utilizando os critérios da DSM-III. Este autor, não emparelhou os seus casos para a idade, tendo recorrido, posteriormente, a técnicas de padronização directa para obter comparabilidade dos dados.

Meltzer e Kumar (1985), reviram os internamentos em 12 hospitais psiquiátricos, para um período de 2 anos, tendo considerado as admissões até aos 12 meses de pós-parto e utilizando, também, critérios padronizados - Research diagnostic criteria de Spitzer e col. (1975).

Brockington e col. (1981), recorrendo a múltiplas fontes de informação, realizaram um estudo sobre doentes internadas por psicose puerperal que compararam com controlos psicóticos não puerperais. Os autores estabeleceram 52 variáveis psicopatológicas que distinguiam as doentes puerperais (mais sintomas maníacos e de "confusão") das não puerperais (mais sintomas típicos da esquizofrenia).

Os resultados do estudo de Kadrmas e col. (1979), são muito citados, mas, segundo Platz e Kendell (1988), merece especial destaque o facto de aqueles autores terem introduzido, no estudo das doenças mentais do pós-parto, uma nova metodologia. De facto, realizaram o primeiro estudo prospectivo de doenças maníacas puerperais com selecção simultânea de controlos devidamente emparelhados com doenças maníacas não puerperais. Por comparação da sintomatologia registada nas fichas clínicas, encontraram significativa heterogeneidade dentro dos sindromes afectivos bipolares quando a situação de puerpério era tida em linha de conta.

Estes e outros estudos salientam que as reacções psiquiátricas graves do pós-parto que exigem internamento são, quase inteiramente, de natureza depressiva (Dean e Kendell, 1981; Boyd, 1982:119; J.L. Cox e col., 1982; Protheroe, 1969; Brockington, 1981; Katona, 1982; Hays e Douglas, 1984; Meltzer e Kumar, 1985; Platz e Kendell, 1988; Schopf e col., 1984, Davidson e Robertson, 1985). As percentagens atingidas por estas patologias situam-se entre os 78 e os 87 por cento nos estudos liderados por Dean, Meltzer, Davidson e Katona. Para este último autor, os diagnósticos sobrantes aparecem distribuidos por psicoses paranóides, psicoses esquizo-afectivas, histerias, estados ansiosos, estados de confusão orgânica e doenças obsessivo-compulsivas. As

doenças esquizofrénicas e esquizo-afectivas tiveram, neste estudo, uma representação mais baixa do que nos estudos de Martin (1958), Seager (1960), Protheroe (1969), Da Silva e Johnstone (1981) e Davidson e Robertson (1985).

Naturalmente que com esta metodologia de revisão de fichas, os diagnósticos atribuidos às descrições clínicas têm apenas um grau variável de probabilidade (Katona, 1982). Outros resultados destes estudos controlados de ficheiros incluem as conclusões de que os quadros com sintomatologia maníaca são mais frequentes nas puérperas relativamente aos controlos não puerperais (Dean e Kendell, 1981) e têm um início que, em geral, é muito precoce e se reporta às duas semanas de pós-parto (Meltzer e Kumar, 1985), como sucedia com as esquizofrenias identificadas por Da Silva e Johnstone (1981).

Nos anos seguintes, as abordagens diversificaram-se e as comparações directas entre estudos tornaram-se muito difíceis porque os autores cada vez mais seleccionam constructos diferentes que definem de modo particular (Norbeck e Tilden, 1983).

De qualquer modo, no que respeita à caracterização da fenomenologia do pós-parto, algumas conclusões parecem ganhar progressivamente maior credibilidade e aplicar-se a contextos geográficos e a populações muito distintas.

Uma conclusão é a de que o estudo do pós-parto está intimamente ligado ao estudo da depressão; com efeito, nos casos em que as amostras eram constituidas por patologias cuja gravidade não obrigava a internamento, também os diversos autores têm concordado que as reacções emocionais do pós-parto são quase exclusivamente de natureza depressiva (Tod, 1964; Yalom, 1968; Hayworth e col., 1980; Watson e col., 1984; Cooper e col., 1988).

Uma outra conclusão é de carácter mais vasto mas pode ter constituído o passo mais notável da práctica da Saúde Mental. Refere-se à

aceitação generalizada de que, para além de uma grande variabilidade individual nos modos de reagir e nos comportamentos adoptados aquando do pós-parto ou de outras situações de intensa vivência emocional, é possível descobrir uma "regularidade discernível" (Falicov, 1973) que nos permitirá, num dos capítulos finais deste escrito, construir uma grelha de sintomas comuns às doenças mentais do pós-parto.

III - Principais problemas metodológicos no estudo das doenças mentais do pós-parto

Mesmo depois da leitura das publicações citadas no capítulo anterior, é de admitir que não tenhamos avançado muito na possibilidade de definir claramente o que é ou não é a depressão de pós-parto. Em casos como estes, é frequente atribuir a excessiva ausência de concordância dos resultados dos estudos a eventuais viéses ao nível da sua organização (Clavel e Laplanche, 1989). Este capítulo sumariza as limitações mais importantes que vários autores identificaram nos estudos sobre a doença mental do pós-parto. Na sua elaboração, socorremo-nos de princípios orientadores expressos por Beaglehole e col. (1990:37-43) e de uma anterior publicação nossa (cf. Augusto e col., 1990).

Escolha dos intrumentos

Um dos maiores obstáculos ao desenvolvimento da investigação sobre alguns aspectos da psicopatologia da maternidade reside nos problemas relacionados com os instrumentos (Kennerley e Gath, 1986). Como métodos de rastreio da doença depressiva na comunidade, dispomos de entrevistas livres por psiquiatras ou outros técnicos, entrevistas clínicas estruturadas, escalas pontuadas pelo observador e escalas de auto-avaliação (Harris e col., 1989).

Hamilton (1982:7) considera que a diferença mais importante entre os diversos métodos de avaliação de qualquer doença do foro mental pode resultar da escolha de instrumentos que se baseiam nas afirmações do doente ou de instrumentos que se baseiam no julgamento do entrevistador.

As avaliações por psiquiatras, generalistas ou obstetras, como aconteceu no estudo de Gordon e col. (1965), terão provávelmente

algumas vantagens mas têm sido raramente utilizadas. Admite-se que sejam especialmente indicadas nos casos de revisão do ficheiro pessoal ou como métodos de confirmação de diagnósticos obtidos por outras vias. Deve notar-se, a este propósito, que outras metodologias muito simples (escalas de autoavaliação), nos fornecem uma grande fiabilidade na selecção dos não deprimidos (Lewinsohn e Teri, 1982).

Excluindo desta discussão as "entrevistas livres" (pela elevada dificuldade que surge posteriormente na sistematização dos dados), para qualquer dos procedimentos a adoptar, várias questões têm sido consideradas relevantes.

Uma dessas questões refere-se à necessidade do uso de instrumentos padronizados e de boas qualidades psicométricas, uma vez que a omissão destas normas origina estudos de reduzido valor (Anastasi, 1968:24-37). Williams e col. (1980), recomendam especificamente que os instrumentos que foram validados em amostras hospitalares devem ser revalidados se se pretende utilizá-las em populações comunitárias, onde as doenças psiquiátricas são presumivelmente diferentes e a normalidade também pode ser distinta.

Uma outra dificuldade na identificação das depressões de pós-parto é a limitação que escalas de valor comprovado na avaliação da depressão em geral podem apresentar quando usadas no puerpério. Um requisito indispensável parece ser a sua aceitabilidade por mulheres que podem ver-se a si mesmas como não carecendo de cuidados médicos (J.L. Cox e col., 1987).

Finalmente, a eventual ênfase atribuida aos sintomas somáticos é um aspecto sensível, como veremos adiante, devendo ser cuidadosamente ponderada.

Avaliação da depressão pelo observador

Nas últimas décadas apareceram vários instrumentos destinados a

melhorar a fiabilidade e a validade dos diagnósticos para uso comunitário (Myers e col., 1984) e deles sobressaem, nomeadamente pelos recursos envolvidos na sua construção, a DSM-III - manual de diagnóstico e estatística das doenças mentais - (Associação Psiquiátrica Americana, 1980), o DIS - inventário de diagnósticos - (Robins e col., 1981), o SPI - entrevista psiquiátrica padronizada - (Goldberg e col, 1970) e o PSE - medida e classificação dos sintomas psiquiátricos - (Wing e col., 1974). Foram feitas muitas descrições críticas destes instrumentos (cf., por exemplo, Hermann, 1984:193-221).

Para Istvan (1986), os principais problemas relacionados com o uso destes métodos auxiliares de diagnóstico em estudos comunitários são consequência de serem de aplicação muito morosa, envolverem julgamentos particulares e exigirem entrevistadores com treinos prolongados (de vários meses) e graus académicos específicos. Tão pouco terão sido completamente sucedidos num dos objectivos que melhor poderia justificar a sua introdução: evitar viéses próprios ao observador (cf. Hayworth e col., 1980).

Frommer e O'Shea (1973), referindo-se à colheita da informação sobre antecedentes de separação, afirmam que os métodos demorados prejudicam a relação entre o sujeito e o entrevistador, deixando este, no final, obrigado a fazer uma classificação arbitrária entre o "sim" e o "não".

Outras dificuldades na utilização destes métodos diagnósticos durante a maternidade relacionam-se com o facto de alguns items que medem os sinais vegetativos da depressão, poderem aparecer confundidos pelos sintomas da gravidez e puerpério (Krener e col., 1989), notando-se, ainda, durante a maternidade, a presença de complexos sintomáticos que, de acordo com Shapiro e col. (1984), não preenchem os critérios DSM-III.

Por todos estes motivos, estes instrumentos não são prácticos para uso em estudos com grandes amostras (Harris e col., 1989b; J.L. Cox e

col., 1987) e sobretudo, não são apropriados à práctica dos Cuidados de Saúde Primários (Williamson, 1989).

Face a estas dificuldades, alguns autores (cf. Gotlib e col., 1989), optaram por versões que eles próprios resumiram, mas não conhecemos, ainda, as eventuais implicações dessa atitude.

As escalas pontuadas pelo observador têm sido consideradas uma alternativa racional aos métodos anteriores embora possam padecer, em menor grau, de algumas destas limitações.

A escala de Montgomery e Asberg (1979) - MADRS - foi recentemente utilizada no pós-parto por Harris e col. (1989a e 1989b) que nos disponibilizaram alguns elementos sobre a avaliação da depressão de pós-parto. A escala contém 10 items especialmente seleccionados pela sua frequência e sensibilidade aos efeitos do tratamento e avalia sobretudo os sintomas psíquicos da depressão. Por estes motivos e pela sua sensibilidade às alterações de humor, estaria especialmente indicada nos rastreios da depressão de pós-parto e na monitorização da resposta aos tratamentos (cf. também Snaith, 1987 e Snaith e col., 1986). Harris e col. atribuem a esta escala uma sensibilidade de 91 por cento e uma especificidade de 96 por cento e outros autores (cf. Kearns e col., 1982) referem, em situações não relacionadas com a maternidade, uma capacidade diagnóstica semelhante à escala de Hamilton (Hamilton, 1960).

A escala de Montgomery e Asberg dá alguma importância aos sintomas físicos (apetite e sono) mas exclui outros parâmetros biológicos. Apesar de 30 por cento da pontuação total ainda poder dever-se a sintomatologia comum a outras patologias não depressivas, a escala representa um avanço em relação a escalas anteriores (Snaith, 1987) e o seu uso na situação específica do pós-parto foi recomendado por outros autores (Kumar, 1982; J.L. Cox e col., 1982).

De especial interesse é a existência de uma versão em língua

portuguesa de uma escala muito semelhante a esta: a escala de HARD (Tropa e Sousa, 1987).

Auto-avaliação da depressão

As escalas de auto-resposta contornam, em grande parte, os problemas relacionados com a validação de procedimentos que obriga à comparação dos resultados das entrevistas nas mãos de leigos e clínicos, fazendo supor que, com mais razões do que o que acontece com outros instrumentos, os resultados da aplicação por leigos sejam semelhantes aos obtidos por psiquiatras (Cf. Robins, 1984).

Vários autores (Fisch e col., 1982; Hamilton, 1982:8; Boyd e Weissman, 1982:112; Kennerley e Gath, 1986; Snaith, 1987) têm referido outras vantagens destas escalas, considerando a sua utilização satisfatória. Destacam nesta apreciação a sua capacidade de (i) permitirem comparações fáceis entre doentes e entre o mesmo doente em ocasiões diferentes, (ii) os dados poderem ser submetidos a tratamento estatístico, (iii) a eventual omissão de items não provocar perda de informação decisiva uma vez que eles estão positivamente correlacionados e (iv) serem fácilmente administráveis em estudos comunitários.

A maioria dos investigadores baseiam a definição de caso de depressão na pontuação global obtida numa das múltiplas escalas disponíveis. Algumas limitações destas prendem-se com o seu processo de construção. Com efeito, tratando-se muitas vezes de escalas ordinais, têm uma definição de intervalos que, em regra, é arbitrária e de informação muito escassa. Esta questão tem importância decisiva na possibilidade de replicação dos estudos, pelo que seria de recomendar a selecção de escalas que tenham sido publicadas em forma acabada e com as respectivas instrucções (Gordis, 1979). Este autor também sublinha que a validação de uma escala deste tipo pressupõe a existência de uma entrevista ou questionário tão "sensível ou específico" que nos dê a conhecer a "realidade" com grande certeza, o que, infelizmente, não é

verdade.

Como nos instrumentos já antes referidos, o tempo necessário para a sua aplicação é uma característica a ter em conta. Hamilton (1982:9), faz notar que as escalas muito curtas têm uma fiabilidade mais baixa (os erros devidos ao acaso interferem muito com a pontuação) e as escalas longas tranformam-se num interrogatório dificilmente suportado pelo entrevistado e pelo entrevistador, dando, por isso, informação falseada.

Neste aspecto, o grande número de extensos instrumentos que Nilsson (1970) e Nilsson e Almegren (1970) utilizaram, produziram, naturalmente, uma vasta quantidade de informação sobre um grande número de dimensões (inteligência, personalidade, "identificação", anticoncepção, sexualidade, etc.) mas acarretaram, provávelmente e como os próprios autores reconheceram, a "tendência para dissimulação na amostra", comportamentos de evasão, irritação e defesa. A avaliação posterior destes efeitos pode ser particularmente complexa.

Um processo de evitar alguns destes inconvenientes passa pelo cuidado posto na selecção da escala e pela utilização judiciosa da associação de vários instrumentos (Lewinsohn e Teri, 1982; Buesching e col., 1986).

Escalas de auto-avaliação para o período do puerpério

A frequente utilização da escala de ZUNG na clínica e investigação (Hamilton, 1982:10; Snaith, 1987; Warr e Parry, 1982b; Buesching e col., 1986; Hayworth e col., 1980; Little e col., 1981 e 1982), levou a que o seu valor se tenha imposto na práctica, podendo considerar-se, de acordo com e Meares e col. (1976), um método padrão de avaliação da depressão.

Um dos motivos de interesse desta escala é a existência de trabalhos em que foi aplicada em populações de base comunitária, fornecendo-nos

dados comparáveis de prevalência pontual dos sintomas depressivos (cf. Blumenthal, 1975). Tem uma fiabilidade e validade satisfatória (Biggs e col., 1978) e correlaciona-se muito bem com outras escalas de uso corrente (Hayworth e col., 1980) e com outros índices de depressão mais complicados e demorados (Zung, 1965).

Foi desenhada para avaliar de um modo rápido e simples, a depressão como doença psiquiátrica específica e fornece dados quantitativos e não apenas qualitativos (Zung, 1965), através de questões sempre aceitáveis e inofensivas (Hayworth e col., 1980).

É constituida por vinte items com quatro graus de gravidade que focam todos os sintomas clássicos de depressão (Zung, 1965), organizados como "afectivos", "fisiológicos" e "psicológicos". O balanço da ênfase entre estes últimos dois grupos de sintomas parece ser equilibrado e adequado à situação de pós-parto (Buesching e col., 1986). Em geral aceita-se que pontuações iguais ou superiores a 48 correspondem a depressão grave e pontuações iguais ou superiores a 40 e inferiores a 48 a depressão ligeiras (Bridge e col., 1985; Hayworth e col., 1980).

Em 1987, J. L. Cox e a sua equipa publicaram a "Edinburgh Postnatal depression Scale - EPDS", um instrumento que validaram através de entrevista estruturada, destinado especificamente ao rastreio da depressão de pós-parto. As referências disponíveis levam, também, a pensar numa validação de consenso (Harris e col., 1989a; Holden e col., 1989).

Estes autores sublinham ainda o facto de a escala ser generalizável para outros grupos de risco e estar dotada de desenho que possibilita a sua utilização por uma variedade de trabalhadores da saúde, incluindo a sua administração ao domicílio.

Segundo J. L. Cox e col., a EPDS possui boas características psicométricas (sensibilidade de 85.7 por cento e especificidade de 77.6 por cento), sendo constituida por apenas 10 items que se

preenchem em menos de 5 minutos e que estão subdivididos em categorias (fácil administração, entendimento e pontuação). Estes autores aconselham a utilização, como pontuações limite ("cutt off"), dos valores de 10 e 13 para as categorias de "suspeita de depressão" e "depressão provável", respectivamente.

Utilização de critérios diagnósticos

A importância de uma cuidada ponderação sobre os instrumentos a utilizar, prende-se com a necessidade de estabelecer critérios diagnósticos cuidados que impeçam os "viézes de medição" (Beaglehole e col., 1990:39). Realmente, não são vulgares estudos como o de Davidson e Robertson (1985) em que as 82 doentes com patologia puerperal que descrevem, correspondiam todas a casos tratados pelo mesmo médico. Neste caso poder-se-ía esperar alguma uniformidade na abordagem e diagnóstico das doentes.

Dennerstein e col. (1986), afirmam que uma variação de 3 a 45 por cento no cálculo da prevalência da doença mental do pós-parto pode ser devida a divergência entre critérios diagnósticos, ao desenho do estudo ou à qualidade do grupo de controlo (raramente constituido por mulheres sem relação actual com a maternidade). Foundeur e col. (1956), já tinha responsabilizado estes mesmos mecanismos pela "confusão reinante" no estudo destas patologias.

As próprias inferências sobre mecanismos etiológicos podem ser erróneas quando esta questão não é suficientemente valorizada: O'Hara e col. (1984), identificaram diferentes variáveis predictoras fazendo variar os critérios diagnósticos para o estatuto de depressiva. Por outro lado, a estimativa de depressão na gravidez e pós-parto podem aparecer enviesadas por altas taxas de alterações fisiológicas que se refletem como sintomas de depressão em algumas escalas (O'Hara e col., 1984; Cutrona, 1983).

Neste campo, algumas críticas têm sido dirigidas a autores como Ryle

(1961), Tod (1964), Blair e col. (1970) e Dalton (1971), que se basearam em julgamentos de generalistas sobre a presença de depressão de pós-parto sem qualquer critérios operacionais ou procedimentos padronizados (Cooper e col., 1988).

Tipo de estudo

As diferenças metodológicas nos estudos sobre a doença mental do pós-parto explicam uma boa parte das divergências entre os autores (Kendell, 1985; Cooper e col., 1988) e a escolha do tipo de estudo parece assumir especial importância.

Os estudos retrospectivos, entre os quais se inclui o de Paykel e col. (1980), justamente considerado dos mais importantes sobre as doenças mentais do pós-parto, são geralmente criticados porque a referência a eventos passados, em regra, intensifica o viés (Istvan, 1986; Seager, 1960; Buesching e col., 1986) e as cambiantes mais finas perdem-se (Falicov, 1973). Para além de os dados poderem aparecer alterados por factores mnésicos, parece haver uma valorização diferente dos fenómenos emocionais em distintos coortes de nascimento (Wickramaratne e col, 1989).

Estas reservas em relação aos estudos retrospectivos vêm na linha do que a clínica mostra: em situações de desregulação do humor, as doentes dão valorização pouco realista a acontecimentos da sua história pessoal (negação, desculpabilização, etc.); em consultas seguintes, a esses acontecimentos é, muitas vezes, atribuida uma importância menos determinante, notando-se que a doente não necessita de justificar a sua baixa eficácia global com factos secundários da sua vida pessoal.

Uma grande vantagem destes estudos é a possibilidade de recolher informação sobre os casos clínicos relativa a períodos muito prolongados. No estudo das doenças mentais do pós-parto, o trabalho de Protheroe (1969), explorou esta característica da metodologia

retrospectiva.

Os estudos que utilizam registos de casos hospitalizados ou de consultas psiquiátricas, aplicam grelhas diagnósticas a processos clínicos que a experiência mostra serem, em geral, incompletos e pouco fidedignos. Com efeito, a referência à situação de pós-parto não é, muitas vezes, incluida nos registos psiquiátricos e variáveis como "história psiquiátrica prévia", "história familiar" e "tratamentos efectuados" podem estar ausentes (Meltzer e Kumar, 1985). Mesmo que o internamento apareça referenciado ao período do puerpério, pode haver outros factores de erro: os autores deste escrito fazem menção a duas situações de doença mental em que a proximidade do parto aconselhou o adiamento do internamento para o período de puerpério.

Os estudos prospectivos, para os quais outras designações mais ou menos controversas (cf. Beaglehole e col., 1990:31-34) são as de "coorte", "longitudinais", "de incidência" e "follow-up", são especialmente eficientes na avaliação do efeito de determinados factores sobre o bem-estar da mulher em pós-parto (O'Hara, 1986). Fornecem a melhor informação sobre etiologia das doenças e a medida mais directa do risco de desenvolver determinada patologia (Beaglehole e col., 1990:32).

Metodologia deste tipo foi muitas vezes incluida no estudo das doenças mentais do pós-parto, apesar da sua complexidade e custo elevado. Com efeito, exigem grande disponibilidade de uma equipa numerosa: múltiplos contactos com as observadas tendo em vista avaliações que devem ser cegas e independentes (Areskog e col., 1984). As eventuais limitações financeiras ou a falta de outros tipos de suporte em relação aos projectos vão originar uma rápida perda de rigor, menor número de casos de recrutamento difícil (cf. Kumar e Robson, 1984) e/ou a sua substituição por "voluntários" bons colaboradores (cf. Breen, 1975).

O'Hara, um dos autores que mais insistiu nesta metodologia de carácter

prospectivo, refere-nos, no seu trabalho de 1986, a grande dificuldade que sempre há em conseguir uma amostra de tamanho adequado.

Estas particularidades dos estudos prospectivos podem ser bem ilustradas pelos exemplos de Dalton (1971) que apenas conseguiu avaliar 189 das 500 mulheres inicialmente previstas e pela recente publicação de Whiffen (1988b). Neste último estudo perderam-se rápidamente 30 por cento dos casos e das 124 restantes, a amostra reduziu-se, posteriormente, a 98, que forneceram dados aceitáveis para análise. O resultado final é um conjunto de mulheres com média de idade de 28,1 anos, de educação elevada e frequentadoras de uma determinada clínica. Torna-se pois impossível comparar as características destas mulheres com as do grupo inicial, discutir a sua representatividade e generalizar os resultados. Se juntarmos a isto os repetidos contactos com os investigadores (cartas, telefonemas e longas entrevistas), ficamos com dúvidas sobre os valores apresentados de 6.1 por cento para a prevalência da "Depressão Major" aos dois meses de pós-parto.

Também não ultrapassada, nos estudos prospectivos, é a questão do efeito preventivo que as primeiras abordagens podem ter, relativamente a sintomas posteriores (Kumar e Robson, 1984). De facto, a comparação de sintomas ao longo do tempo é um dos objectivos. Contudo, verificam-se importantes quedas das pontuações globais (que se tornam menos desviantes) sendo tal facto atribuido ao efeito "retest" (O'Hara e col. (1984)). Por exemplo, no estudo de Kumar e Robson (1984), os autores tentaram medir este efeito introduzindo, na avaliação longitudinal de 119 primíparas (várias observações na gravidez e puerpério), um grupo de mulheres que só observaram no puerpério. De facto, constataram, nestas mulheres, uma frequência de depressão muito superior à do outro grupo.

Escolha das variáveis

São muito numerosas as variáveis já investigadas e descritas na

literatura. Por outro lado, podemos constatar que as mesmas variáveis nem sempre são identificadas pelos mesmos nomes ou, quando designadas pelo mesmo nome, referem-se a situações diferentes. Veja-se a inconsistência no uso de termos como "hoplessness", "pessimismo" e "expectativas negativas" que, a terem significados distintos, nos aparecem deficientemente distinguidos pelos autores (Greene, 1989).

Sob a designação genérica de "complicações obstétricas", têm sido incluidas variáveis para as quais é legítimo esperar uma boa fiabilidade nas respostas como, por exemplo, "número de dias de internamento da mãe". Em outros casos como os que se referem a "prematuridade", ou irregularidades do processo de involução do pós-parto ("aumento temporário dos lóquios", "hemorragia", "febre puerperal", "dilatação abdominal") apenas a consulta aos ficheiros das maternidades poderá, e apenas em alguns casos, esclarecer o respectivo conteúdo. É assim bem compreensível a impossibilidade de retirar conclusões causais das associações positivas entre as perturbações do humor e estas variáveis (cf. Jacobson e col., 1965).

Alguns estudos recentes (cf. Field e col., 1985) têm introduzido variáveis de cotação muito difícil como "expressões faciais", "comportamentos imitativos" e para as quais são necessários métodos de observação especiais. Algumas, como as propostas por Sroufe e Waters (1977) - ex: "o significado de um determinado comportamento" - são mesmo virtualmente impossíveis de avaliar.

Contudo, é a utilização do termo "stress", cujas implicações serão adiante avaliadas, o melhor exemplo da imprecisão na escolha e definição de variáveis. Todas estas questões são de grande interesse porque se repercutem nos chamados "erros sistemáticos" (cf. Beaglehole e col., 1990:38 e seguintes).

Amostras e controlos

Os procedimentos relacionados com a escolha da amostra e controlos

influenciam fortemente os valores das taxas de prevalência (Zajicek e Wolkind, 1978; Garrison e Earls, 1986). Por exemplo, segundo Foundeur e col. (1957), foram deficientes abordagens dos problemas de amostragem e/ou a ausência de grupos de controlo, que fizeram supor que a religião poderia ser um factor de risco.

Amostras muito pequenas fornecem demasiado poucos casos de doença clínica para permitir a análise apropriada de subgrupos diagnósticos e incutir alguma confiança nos resultados finais (Zajicek e Wolkind, 1978; Katona, 1982; Gotlib e col., 1989; Cooper e col., 1988). É um problema muito frequente e podem citar-se, a título de exemplo, as amostras de 20 mulheres em Saks e col. (1985), 57 em Buesching e col. (1986), 42 em Seager (1960), 58 em Oakley e Chamberlain (1981) e 67 em Rees e Lutkins (1971). O estudo de O'Hara e col. (1983) tinha também uma amostra reduzida o que levou os autores a tentar a replicação dos resultados em estudo de 1986. Blair e col. (1970) classificaram a sua própria investigação de estudo piloto por ter um número limitado de registos. Contudo os resultados destes autores são citados com grande frequência, sem qualquer reserva nesse sentido.

Estudos sobre a doença mental do pós-parto com amostras constituidas por mais de 100 mulheres são, nomeadamente, os de Ryle (1961); Tod (1964); Gordon e col. (1965); Jacobson e col. (1965); Pitt (1968); Dalton (1971); Kumar e Robson (1978); Wolkind e col. (1980); Paykel e col. (1980) e J. L. Cox e col. (1982).

Alguns trabalhos (Gordon e Gordon, 1959; Kumar e Robson, 1978; Wolkind e col., 1980; Oakley e Chamberlain (1981), referem-se exclusivamente a primíparas e, como veremos, não é fácil fazer extrapolações para outros grupos populacionais, devendo, de preferência, os respectivos resultados serem, apenas, comparados entre si.

Na comparação das taxas de prevalência, o ideal seria que a amostra de parturientes possa, em última análise, ser considerada uma amostra de mulheres normais em puerpério, nada fazendo supor que se trate de

mulheres com disposição "habitual" para doenças mentais ou somáticas e o mesmo se deveria aplicar aos controlos (Nilsson, 1970).

A principal crítica que pode fazer-se ao estudo de Masters e Johnson (1966), sobre as alterações da sexualidade durante a maternidade, é a de que o auto-envolvimento num estudo que foca exclusivamente aspectos da vida íntima pode ter enviesado ("viés de seleccão") no sentido de incluir sobretudo mulheres com altos níveis de interesse sexual (Falicov, 1973).

Por outro lado, os estudos hospitalares resultam, geralmente, da experiência de um serviço e a revisão fica prejudicada pela procura diferencial de cuidados que, por exemplo, o estatuto social impõe (Berkman, 1987). Com efeito, as admissões hospitalares representam apenas uma pequena proporção de todos os casos de perturbação emocional em que factores médicos e outros como o nível sócio-económico e cultural, têm um papel importante (Ryle, 1961).

Alguns trabalhos (cf. Freedman, 1984), mostram a baixa percentagem de doenças tratadas (e.g. 23 por cento das doenças ansiosas e 50 por cento das esquizofrenias) e a alta frequência com que os serviços médicos não psiquiátricos, encontram situações de doença depressiva. No caso que nos interessa, deve sublinhar-se que, de acordo com Kumar e Robson (1984) e Lempérière e col (1984), a maioria das mães que ficam gravemente deprimidas depois do parto, não contacta os serviços de consulta externa.

Na revisão a que procederam, Garrison e Earls (1986) constataram, que, em subgrupos da população geral estreitamente definidos, as taxas de fenómenos depressivos têm oscilado entre 40-80 por cento. Pode acontecer isso em amostras de mulheres retiradas de serviços especializados com características especiais no que respeita a história pessoal, condições gerais de vida (cf. os estudos de Orr e James, 1984 e de Eaton e Kessler, 1981).

Outros exemplos de conclusões baseadas em amostras especiais são as do estudo de Meltzer e Kumar (1985), que excluiram, pela metodologia utilizada, as mães que não foram internadas com o seu bebé e as do estudo de Buesching e col. (1986), que seleccionaram 57 controlos de entre as frequentadoras de exame pélvico de rotina. Estudos como o de Cooper e col. (1988), seleccionaram a sua amostra a partir de clínicas de atendimento pré-natal, incluindo, por isso, sobretudo as mulheres que se preocupam em procurar os cuidados de saúde. Também neste casos a amostra é especial, embora haja preocupação em seguir, posteriormente, critérios aleatórios.

Em vários estudos sobre as determinantes da gravidez, Norbeck e Tilden (1983), identificaram hipóteses rivais que podiam explicar os achados. As causas por si identificadas (riscos médicos), explicavam simultâneamente as pontuações elevadas nos testes psicológicos e a ocorrência de complicações obstétricas.

Os autores que encontraram associação entre aborto prévio e depressão de pós-parto podem ter avaliado amostras de nível social baixo ou o aborto coexistir com personalidades instáveis como terá acontecido com Jacobson e col. (1965).

Como já focámos, amostras recrutadas de um só hospital ou clínica (ex: Hayworth e col., 1980; Kumar e Robson, 1978; Rees e Lutkins, 1971; Tod, 1964), produziram amostras homogéneas no que respeita, por exemplo, ao estatuto sócio-económico e restringem possíveis generalizações (Gotlib e col. 1989).

Os estudos de base comunitária realizados nos Centros de Saúde ficam, em regra, isentos de algumas das limitações apontadas, mas têm sido raros. Alguns começam com amostras casualizadas, mas terminam, por factores vários, em resultados referíveis a populações provávelmente especiais (cf. Ryle, 1961; Blair e col., 1970; Dalton, 1971).

É natural que os resultados encontrados nestas amostras correspondam a

situações que não têm paralelo na generalidade das mães.

Recolha da informação

Na investigação epidemiológica deve existir uma grande preocupação com a qualidade dos dados recolhidos, uma vez que nehuma subtileza posterior, mesmo nas técnicas analíticas, poderá compensar a sua deficiente qualidade, quer os dados sejam obtidos através de questionários ou entrevistas (Gordis, 1979).

Em relação à recolha da informação, deve enfatizar-se que os resultados se baseiam nas informações fornecidas pelas próprias mulheres, um dos motivos que podem originar que os formulários não sejam preenchidos, pode ser a simples ignorância (Nilsson, 1970). Como em qualquer outra situação de interacção entre duas pessoas, várias situações inesperadas (incluindo a rotura), podem acontecer.

Uma fonte potencial de erro são as possíveis diferenças na entrevista de indivíduo para indivíduo e de entrevistador para entrevistador. Eaton e Kessler (1984) chamam-lhes "house effects". Para além da padronização da ordem e formato das perguntas, a escolha e treino dos entrevistadores assume uma importância particular. Em todas as actividades humanas são de grande utilidade a motivação, a persistência e as aptidões sociais, pelo que estas e outras características poderão revelar-se, segundo aquele autor, decisivas na qualidade dos estudos.

O tipo de treino que os entrevistadores receberam, raramente é descrito e pouco sabemos do modo como eles foram ensinados a escolher a resposta mais correcta, ou a seguir uma estratégia apropriada para manter a fiabilidade de uma dada escala. Resultados falseados poderão dever-se, para além de outros motivos já referidos, a um real e espontâneo declínio dos sintomas ou a desconhecimento, por parte dos observados, dos propósitos de uma repetição de perguntas (Robins, 1985).

A questão das qualificações exigíveis para a aplicação de questionários, retoma o que já se disse sobre a qualidade dos diagnósticos e as discrepâncias de avaliação entre especialistas, quer através do uso da "impressão clínica" quer através de entrevistas estruturadas do tipo DIS, que apresentam uma baixa fiabilidade inter-observadores (Robins, 1984).

Este problema poderá revelar-se especialmente importante em estudos como o de Blair e col. (1970) que, para além de clínicos que participavam em grupos Balint e colhiam a informação "à sua própria maneira", recorreu ainda a uma assistente social para a entrevista dos 12 meses de pós-parto.

IV - Determinantes das doenças mentais do pós-parto

A recente evolução no estudo dos doentes deprimidos e na qualidade dos cuidados que lhes são prestados, não pode ser considerada exclusivamente uma conquista do nosso século. Segundo Lawrence (1990), foram essenciais os movimentos de integração da medicina na legislação do moderno Estado burocrático que se registaram sobretudo em Inglaterra no século XIX, onde nasceram, também nessa altura, a biometria e grande parte dos conceitos estatísticos que actualmente utilizamos em psicologia. Com o início da documentação do nascimento, morte e doença, algumas ciências mais orientadas para o estudo da problemática social, tiveram importantes surtos de desenvolvimento e, dentre estas, a epidemiologia conquistou progressiva autonomia.

Tendo-se revelado que a metodologia epidemiológica era de grande utilidade no planeamento do combate às doenças infecciosas, a mesma tornou-se extensiva às doenças crónicas em geral e às doenças psiquiátricas. Neste campo, Freedman (1984) considera-a o indispensável "primeiro passo" para futuras orientações em políticas de saúde. Contudo, e de acordo com Cassel (1976), isto exigiu alguma adaptação de conceitos bem conhecidos como os invocados na tríada "hospedeiro, agente e ambiente": tornou-se indispensável atribuir a algumas "categorias ou classes de factores ambientais a capacidade de alterar a resistência humana". Na sua perspectiva, tratou-se, no fundo, de adaptar uma velha teoria às condições objectivas das sociedades tecnológicamente desenvolvidas.

Actualmente, alguns autores preferem falar de uma progressiva interdependência entre a epidemiologia e as referidas ciências sociais. De facto, comentando o interesse de associar a antropologia e a epidemiologia, Janes e col. (1986:vii), relembram que as doenças crónicas aparecem-nos fortemente relacionadas com os "estilos de vida" (comportamentos) e estes relacionam-se, por sua vez, com mecanismos

sociais e culturais complexos.

Como veremos, isto aplica-se com particular acuidade às doenças mentais do pós-parto, para as quais surgiram modelos etiológicos que focam características psicológicas, biológicas, demográficas e sócio-culturais muito variadas. Continuando com o pensamento daqueles autores, já não se tem, actualmente, grande esperança de vir a isolar um único risco comportamental ou uma única exposição a um agente particular. Contudo, no caso das doenças mentais do pós-parto, a possibilidade de determinados casos dependerem de factores isolados deveria ser sempre considerada (J. L. Cox e col., 1982), bem como a de haver, provávelmente, algumas mulheres que ficam deprimidas sem que apareça qualquer factor predisponente conhecido (Dennerstein e col., 1986).

Dunn (1986:3-35), reforça esta perspectiva de que as patologias crónicas tendem a resultar de muitos factores que se conjugam para formar uma "teia causal". Por outro lado, reconhecendo que o comportamento dos indivíduos tem sempre alguma responsabilidade nas doenças, este autor considera que a epidemiologia se viu obrigada a tornar-se uma "ciência comportamental".

A ideia de que nas doenças ("efeitos") se deve, habitualmente, procurar numa constelação de componentes que agem concertadamente, não tem nada de novo. Rothman (1986:11) atribui-a a Mill (1862) mas, para o que agora nos ocupa, interessa referir que esta abordagem está contida na noção de "modelo ecológico" (cf. Dunn, 1986:8), de que um dos teóricos foi precisamente Thomas Pugh de quem já falámos a propósito dos seus estudos sobre a doença mental do pós-parto.

Nas páginas que se seguem, vamos rever as respostas que vários autores apresentaram quando tentaram descrever as características das pessoas, dos lugares e do tempo em que as doenças mentais do pós-parto surgiram - respostas que Dunn (1986:9-13), considera preocupações fundamentais dos estudos epidemiológicos.

Um conjunto de variáveis descritas nas depressões em geral - ex: variação sazonal referida por Gross e col. (1969:205), em que o fim da primavera e início do verão seriam momentos críticos, não são incluidas ou merecem apenas referências muito superficiais, porque os autores não as têm valorizado aquando da maternidade.

Com o agrupamento de variáveis sob uma mesma designação (ex: "demográficas") apenas se pretendeu introduzir alguma coerência geral, sendo, naturalmente, possível encontrar em outros autores, agrupamentos e organização hierárquica de variáveis completamente distintos dos que agora adoptámos.

Factores demográficos

Algumas variáveis "demográficas" foram muitas vezes consideradas nos estudos sobre a doença mental do pós-parto, mas não tantas como se deveria, na opinião de Istvan (1986). Afirma este autor que "uma crítica que pode fazer-se a prácticamente toda a investigação sobre a relação entre factores psicossociais e risco obstétrico foi a não inclusão de variáveis relacionadas com aspectos demográficos". Vamos referir, seguidamente, alguns estudos que estudaram a eventual contribuição causal deste tipo de variáveis.

1. Raça

Nos países, como os Estados Unidos da América, em que esta variável poderá ter um maior significado na interpretação de valores de frequência regional, a maioria das taxas de prevalência obtidas baseia-se em estudos hospitalares (casos tratados), originando resultados especialmente discutíveis. Com efeito, segundo Boyd e Weissman (1982:118), há estudos que demonstram que determinadas raças têm menor acesso aos cuidados médicos.

O estudo epidemiológico tranversal de Orr e James (1984) é um caso à parte entre as investigações sobre as doenças mentais do pós-parto, porque o autor preferiu estudar mulheres de raça negra. O seu trabalho é, talvez, o que melhor ilustra a importância da variável raça. O autor realizou este estudo de prevalência no contexto da medicina familiar, na área de Baltimore e classificou como deprimidas, metade das mulheres que avaliou. É natural que uma frequência tão elevada tenha alguma relação com as características muito especiais da amostra seleccionada (para além da raça, outros factores como o baixo rendimento do agregado e a doença dos filhos devem, neste estudo, ser contabilizados).

O que se pode notar, é que os autores que escreveram sobre a doença mental do pós-parto, tentaram, habitualmente, evitar a excessiva

estratificação das amostras aquando da análise, optando por seleccionar apenas uma determinada raça para o estudo, do que resultou que a grande maioria se dirigiu, exclusivamente, a mulheres de raça branca.

2. **Idade**

No que respeita a estudos realizados em populações gerais (não apenas de puérperas), muitos autores demonstraram que a prevalência e incidência das depressões apresenta, nas mulheres, um pico aos 35-45 anos. Uma revisão dos trabalhos que valorizam este parâmetro (idade), encontra-se em Boyd e Weissman (1982:117). Um estudo mais recente (Robins, 1984 - que não faz parte da referida revisão), situa o período de maior frequência de depressão entre os 25-44 anos.

Por outro lado, considerando apenas os seis meses que antecederam a avaliação, Myers e col. (1984) encontraram, utilizando os critérios DSM-III numa região da América do Norte, valores de "Depressão Major" de 6.1 por cento nas mulheres do grupo dos 18-24, 7.4 por cento no grupo de 25-44 e 2.2 por cento no grupo de 45-64 anos.

Quando o diagnóstico de depressão se baseou em sintomas, os resultados parecem ser menos consistentes - cf. Blumenthal (1975) que, com a escala de Zung, não notou variação com a idade. Esta observação pode, em parte, ser explicada pelo facto de os sintomas somáticos poderem ser mais elevados em populações mais idosas ou doentes do ponto de vista médico (O'Hara e col., 1984). Naturalmente que a comparação da frequência relativa destes sintomas em populações de idade distinta exige cuidados especiais.

É evidente que a mais anos de vida pode corresponder uma maior acumulação de determinados efeitos (Brown e col., 1977). Isto pode ser especialmente verdadeiro no que respeita à satisfação com o papel maternal e ao tempo que as mães lhe reservam, tendo Ragozin e col. (1982), proposto que as mães mais idosas estariam melhor apetrechadas

nesse sentido. A procura de cuidados de saúde também tem padrões diferentes de acordo com a idade (Armstrong, 1983:23-24). Por estes motivos, a estratificação por grupos etários é recomendada no momento de análise dos dados.

Pugh e col. (1963) que, como vimos, utilizaram uma metodologia especialmente adequada ao estudo desta questão no que respeita às doenças mentais do pós-parto, notaram que as taxas específicas aumentavam com a idade mas o risco relativo era menor durante o período médio da vida reprodutiva e maior nos seus extremos.

Embora a tradição popular e o ensino médico sugiram que idades entre os 22-31 anos são mais propícias para a maternidade (menor risco do ponto de vista clínico), persiste, em relação a esta asserção, alguma polémica: alguns autores admitem que ela pode estar essencialmente relacionada com a luta contra a gravidez nas adolescentes (Ragozin e col., 1982; Chalmers, 1983).

Outros autores (ex: Kumar e Robson, 1984) partilham da convicção de que as parturientes mais velhas poderão apresentar vulnerabilidade acrescida. Esta perspectiva está de acordo, por exemplo, com as observações efectuadas por Paffenbarger (1961) mas contrasta com os resultados de vários estudos em que as mulheres mais jovens se deprimiram mais frequentemente (Hayworth e col., 1980; Paykel e col., 1980; Wolkind e col., 1980 e Blumberg, 1980).

Vários outros investigadores não conseguiram demonstrar qualquer associação entre doença mental do pós-parto e a idade (Blair e col., 1970; Tod, 1964; Protheroe, 1969; Kendell e col., 1981b; Hopkins e col., 1984; J. L. Cox, 1983a; Nilsson, 1970; Jacobson e col., 1965; Gotlib e col., 1989).

3. Estado civil

Em várias publicações são referidas taxas aumentadas de sintomas

depressivos nas mulheres divorciadas e separadas (Surtees e col., 1983; Blumenthal, 1975; Comstoch e Helsing, 1976) e "não ser casada" é um factor de vulnerabilidade referido por Brown e Harris (1978), e aceite como indicador de risco aumentado de depressão de pós-parto (Tetlow, 1955; Protheroe, 1969; Kendell e col. (1981b); Orr e James, 1989; Stein e col., 1989).

Contudo, alguns autores notaram que, apesar do significativo aumento das taxas de ilegitimidade que observaram, as alterações na incidência de doença mental com sintomatologia psicótica eram insignificantes (Vislie, 1956; Sim, 1963). Nos estudos de J. L. Cox e seus colaboradores (1979 e 1982), o estado civil só aparecia associado a sintomatologia psiquiátrica na gravidez e não no pós-parto e outros trabalhos em que se investigou esta variável não encontraram associação com doença mental do pós-parto (Paffenbarger, 1961; Blair e col., 1970; Meltzer e Kumar, 1985; Jacobson e col., 1965; Hayworth e col., 1980).

Para além de outras explicações globais já por nós apresentadas em anterior capítulo, têm sido propostas interpretações para as associações positivas encontradas baseadas na previsível inter-relação entre condição de mãe solteira e classe baixa: a taxa de pobreza para as mulheres que suportam sozinhas um agregado familiar, é, nos Estados Unidos da América, cinco vezes superior à das mulheres casadas (Birns e Hay, 1988:8). Isto reflete-se, por exemplo, em maior número de gravidezes acidentais ou indesejáveis, técnicas contraceptivas pobres e menor informação sexual (Nilsson, 1970). Os estudos de Costello (1982) e de Aneschenel e Stone (1982), ligaram também a variável estado civil aos estudos sobre o papel etiológico da falta de relações íntimas na depressão.

4. Educação, emprego, profissão

Aparentemente, trata-se de factores de fácil investigação e em que dados de elevada fiabilidade podem ser obtidos por interrogatório

directo à mulher. As suas implicações foram estudadas sob formas bastante distintas.

Para Susser (1985:204), o nível educacional é um indicador de classe social muito simples e estável (ao longo da vida do indivíduo) embora, isoladamente, possa fornecer resultados enganadores.

Não ter educação elevada aparece em alguns estudos como determinante de altos níveis de depressão na população geral (Williamson, 1989), ansiedade na gravidez (Lightfoot e col., 1982; Chalmers, 1983), ou doença mental do pós-parto (O'Hara, 1986).

Variáveis descritivas do nível educacional, não têm, de um modo geral, aparecido associadas à doença mental do pós-parto, mas a estratificação das amostras por níveis de escolaridade faz-se, muitas vezes de um modo confuso, o que dificulta uma melhor clarificação. O problema principal relaciona-se, provávelmente, com as frequentes alterações de níveis de "escolaridade obrigatória", "escolaridade básica", "instrução média", etc., para além da grande variabilidade de capacidade formativa dos muitos cursos actualmente disponíveis. Uma alternativa sugerida mas muito pouco praticada e não isenta de dificuldades, baseia-se na contabilização do número total de anos de estudo.

Nilsson (1970) descreve um previsível "conflito superficial" entre casa e emprego nas mulheres durante a maternidade. A sua manifestação deveria ser máxima no início da gravidez e estaria na origem de que todo o processo da maternidade fosse vivido como uma desvantagem.

Nos estudos de Warr e Parry (1982a e 1982b), foi investigada a questão do emprego em amostras a que simultâneamente se aplicavam instrumentos diagnósticos para a depressão. Os autores obtiveram resultados que apontavam para uma influência significativa e independente de vários factores sobre a depressão. Entre esses factores interessam, no caso em apreço, o estatuto atribuido ao emprego, a atitude para com o

trabalho doméstico e a eventual tensão entre trabalho doméstico e trabalho profissional exterior. Estes resultados contradizem outros estudos da mesma altura (ver Surtees e col., 1983), também sobre a influência da atitude perante o emprego na morbilidade psiquiátrica.

A perda do emprego imposta pela gravidez foi considerada um factor relevante da depressão de pós-parto nas publicações de Kendell e col. (1976) e Lempérière e col. (1984). Para estes autores, parte da sintomatologia do pós-parto deve-se sobretudo a factores situacionais psicológicos: o bebé obriga a mulher à interrupção do trabalho e à permanência em casa. Em geral, agravam-se simultâneamente as condições de alojamento e tudo isto concorre para impor, à mãe, uma tarefa para a qual ela pode ter pouco talento ou inclinação.

Pistrang (1984) notou que as consequências psicológicas da interrupção do emprego dependem fundamentalmente do grau de envolvimento emocional prévio com o trabalho. No seu estudo, as mulheres que no pós-parto não retomavam uma ocupação no exterior, apresentavam irritabilidade, perda da auto-estima, deterioração das relações íntimas e humor depressivo. Estas manifestações eram significativamente mais marcadas quando a mulher em causa tinha antecedentes de grande dedicação profissional.

O desemprego tem sido associado à depressão na população geral (Williamson, 1989) e em populações de mulheres socialmente desfavorecidas (Brown e col., 1977). Para Stein e col. (1989), o desemprego associa-se significativamente com depressão de pós-parto, apenas quando acontece em ambos os pais. Por outro lado, Gotlib e col. (1989), notaram que as classificadas como "domésticas" estavam sobre-representadas entre as portadoras de depressão de pós-parto.

Segundo Tennant (1985), apesar da referida aparente simplicidade na avaliação destas variáveis, a investigação sugerindo o eventual papel da ocupação no desencadear de doença mental está longe de ser conclusiva.

5. Rendimento e habitação

A insegurança financeira tal como a educação, aparece em alguns estudos como determinante de altos níveis de ansiedade na gravidez (Lightfoot e col, 1982). Durante o período do puerpério, as preocupações financeiras apareceram associadas com risco aumentado de depressão nos estudos de Kendell e col. (1976) e Kumar e Robson (1984).

A variável "baixo nível de rendimentos" tem um significado distinto pois traduz uma avaliação pelo observador. Os trabalhos de Orr e James (1989) e Stein e col. (1989) identificaram-na como influenciando o aparecimento de depressão de pós-parto.

Os "problemas de habitação", foram sucessivamente implicados na génese da doença mental do pós-parto nos estudos de Kendell e col. (1976), de Paykel e col. (1980) e de Kumar e Robson (1984).

6. Classe Social

A relação entre depressão e classe social é uma questão de grande relevância que, só por si, daria para um escrito muito mais volumoso do que este. Para compreender isto, bastará relembrar como as teorias e os indicadores de classe social são assuntos especialmente complexos. Susser (1985:189-277) faz-nos um resumo destas e outras matérias relacionadas com classe social e saúde física e mental.

De acordo com este autor, as populações podem estratificar-se segundo uma dimensão de diferenças demográficas e económicas (oportunidades de emprego e educação, tamanho dos agregados familiares, etc.) e uma dimensão cultural ("modos de vida") que compreende comportamentos, atitudes e hábitos (de lazer, de relação entre os sexos, crenças, local de residência, etc.). A classificação social dependeria, assim, de um largo conjunto de atributos. Alguns comportamentos correntemente aceites protegeriam a exclusividade de cada classe social (páginas 191

- 195). Naturalmente que, segundo a opinião deste sociólogo, apesar de as classes desfavorecidas serem, de um modo geral, mais vulneráveis à doença, também há "doenças de ricos".

Recentemente, e em estudos não relacionados com a maternidade, vários autores notaram que a classe social está inversamente relacionada com sintomas depressivos (Weissman e col., 1981; Blumenthal, 1975; Comstock e Helsing, 1976).

Esta perspectiva que valoriza especialmente o papel da classe social na depressão, é compreensível porque determinados fenómenos supostamente etiológicos desta doença (ex: antecedentes de perda ou outros eventos relevantes), também parecem relacionar-se com a classe social (Brown e col., 1977).

Kitzinger (1978:27-35), afirma que as mulheres da classe média e com maior nível de educação se confessam mais vezes impotentes nas suas tarefas, procuram mais a ajuda de especialistas e informação escrita e se sentem muitas vezes ansiosas perante a hipótese de não realizarem o seu papel em todas as potencialidades. Contráriamente, as mulheres das classes sociais mais baixas, ficariam sempre mais dependentes dos conselhos de outras mulheres, havendo, como sucedia nas sociedades pré-industriais, uma valorização da transmissão de conhecimentos das mães para as filhas que as faria sentir mais seguras nos respectivos papéis. Esta ideia poderá estar em acordo com a elevada frequência de depressão de pós-parto que Kumar e Robson (1978) observaram numa amostra de primíparas de classe média.

Contudo, esta perspectiva não foi confirmada por Brown e col. (1978) que, ao estudarem mulheres com filhos, notaram que a taxa de depressão nas classes trabalhadoras era oito vezes mais elevada do que nas classes médias. Deve notar-se que por "classe trabalhadora" se entende habitualmente indivíduos das classes III, IV e V (Susser, 1985:200).

Vários estudos não conseguiram encontrar associação entre doença

mental do pós-parto e classe social (Paffenbarger, 1961; Hayworth e col. 1980; J. L. Cox e col., 1982 e 1983b; Hopkins e col., 1984), apesar de explicitamente a terem investigado. O facto de em alguns estudos a classificação por grupo social, rendimento ou educação, não aparecer associada a sintomatologia depressiva, pode estar relacionada com a excessiva homogeneidade das amostras, conforme pode ter sucedido em trabalhos antigos referidos por Gross e col. (1969:200) e por Boyd e Weissman (1982:114).

Deve notar-se que a classificação corrente (já utilizada, por exemplo por Paffenbarger, 1961), baseia-se no rendimento do marido mas foi, recentemente, sériamente modificada com o progressivo aumento de famílias com fontes de rendimento múltiplas. Nos dias de hoje, a ocupação da mulher pode discriminar melhor do que a do marido (em termos de prestígio e rendimento) e as próprias diferenças entre grupos técnicos e profissionais pode ter sido alterada (cf. Moser e col., 1988). Estes aspectos não têm sido ainda considerados (ou pelo menos não são referidos), na atribuição da classificação social dos vários trabalhos que revimos.

Por outro lado, os autores de escalas que hierarquizam as profissões veêm-se obrigados a condensar numa mesma categoria empregos com valorização muito díspar, ao mesmo tempo que surgem, constantemente, profissões novas de enquadramento incerto (Susser, 1985:198).

Factores biológicos na doença mental do pós-parto

As linhas de investigação biológica sobre as determinantes do bem-estar na evolução da maternidade, têm sobretudo avaliado a importância dos factores genéticos, da fisiologia do sistema endócrino, das neuro-aminas biogénicas e os efeitos de outras patologias do foro médico.

Estas últimas são muito numerosas e a sintomatologia mental é, habitualmente, pouco valorizada face aos conhecimentos progressivamente adquiridos sobre a etiopatogenia. Delas dependiam, em grande parte e até há anos relativamente recentes, as elevadas taxas de mortalidade materna (até 3 por cento), atribuidas à "mania puerperal" nas estatísticas do século XIX (Loudon, 1988). Uma boa parte destes "quadros confusionais" regressaram definitivamente ao domínio da obstetrícia e não são incluidos nesta revisão.

Segundo Istvan (1986), em todos os estudos sobre o papel de factores biológicos há grandes limitações prácticas que se relacionam com a utilização de técnicas invasivas. Por outro lado, em investigação não experimental, a identificação dos processos biológicos envolvidos é virtualmente impossível.

Este mesmo autor, referindo os trabalhos sobre o papel do cortisol no início do parto (insignificante nos humanos quando comparado com muitos outros seres vivos), afirma não ser possível transpor os resultados uma vez que se sabe que a endocrinologia reprodutiva animal é significativamente distinta da humana. Esta questão interessa particularmente a uma parte deste capítulo, sendo de assinalar que na data em que se relatam estes pontos de vista, reacendeu-se em Inglaterra uma grande polémica sobre a utilização de animais na investigação biológica, defendendo uma das correntes, categóricamente, que toda a investigação médica que utilizou animais forneceu resultados enviesados.

1. Factores genéticos

Em investigações que envolveram os dois sexos e em que o contexto da maternidade não era considerado, vários autores sugeriram que a depressão (incluindo as formas não bipolares) pode ser hereditária (Winokur, 1971).

Pelo contrário, os estudos com amostras de puérperas, nunca atribuiram grande importância à eventual predisposição familiar para a doença mental. Esta afirmação é de Protheroe (1969), mas pode constatar-se que, trabalhos posteriores ao deste autor, mantiveram esta práctica.

Seager (1960) encontrou uma incidência aumentada de doença psiquiátrica familiar e concluiu que a doença mental do pós-parto depende mais da hereditariedade e factores de personalidade do que de acontecimentos relevantes na vida das utentes. Uma incidência aumentada de doença psiquiátrica familiar foi também referida no estudo de O'Hara (1986), aceitando-se geralmente que as mulheres com carga familiar de depressão são consideradas em risco (Vogels, 1989).

Deve, contudo, notar-se que nos referidos estudos de Seager e Protheroe, a história familiar de depressão no grupo de puérperas não era mais frequente do que no grupo de não puérperas. Outros estudos também não foram bem sucedidos na tentativa de demonstrar a importância particular de factores hereditários na psicopatologia da maternidade (Brockington e Kumar, 1982; Platz e Kendell, 1988) enquanto que O'Hara (1986) obteve idênticos resultados no que se refere à depressão na gravidez.

Um outro aspecto que necessita de esclarecimento é o mecanismo (genético, cultural ou ambiencial) em que se processa esta eventual concentração familiar de depressão (cf. Boyd e Weissman, 1982:118). Platz e Kendell (1988), apresentaram a hipótese de que as puérperas que desenvolvem doença mental possuam uma predisposição genética menor

do que a generalidade das doentes afectivas.

Para além disto, os eventuais componentes genéticos podem manifestar-se aumentando simultâneamente e de um modo independente a frequência da doença depressiva e a presença de outros factores que foram implicados na depressão (ex: mortalidade entre os pais), o que dificulta profundamente o estabelecimento de vínculos causais muito divulgados (Lloyd, 1980).

2. **Neuro - Aminas biogénicas**

Istvan (1986), ao rever os trabalhos que relacionam o stress e a ansiedade com a evolução do parto, cita vários autores cujos trabalhos apontam para efeitos do stress em geral e do parto em particular sobre produtos neuro-endocrinos (prostaglandinas, ocitocina, vasopressina, cortisol, outras hormonas neuroendocrinas e ováricas), ou alterações nos seus receptores uterinos. Estes resultados referem-se a estudos em animais, mas em humanos observaram-se efeitos semelhantes sobre os níveis de catecolaminas plasmáticas e urinárias. Lederman e col. (1978) implicaram os níveis elevados de catecolaminas no aumento das complicações obstétricas.

Em relação à maternidade, a influência das neuro-aminas biogénicas foi estudada e é sobretudo referida em relação às perturbações psicológicas mais precoces (blues) em que a perda de peso, o aumento da diurese e as rápidas alterações do equilíbrio hidro-electrolítico, se manifestam, em simultâneo, com alterações de humor proeminentes (Stein, 1980; Stein e col., 1981).

Os estudos que envolveram doseamentos de triptofano (Handley e col., 1980 e Stein e col., 1976), apoiam-se no pressuposto de este aminoácido ser indispensável à produção do neurotransmissor 5-hidroxitriptamina (5HT). No primeiro dos referidos trabalhos observou-se não só que os valores eram baixos no fim da gravidez mas também que nas mulheres em que não retomava valores normais ao 4-5 dia de pós-

parto apareciam blues e depressão de pós-parto posteriormente.

Ainda relacionados com os blues, foram os estudos de Ballinger e col. (1979) em que se notou associação entre os elevados níveis de AMP-cíclico na urina e alterações emocionais.

Alder e col. (1986) consideram estes estudos promissores, tendo Field e col. (1985) sugerido que de futuro se usem medidas fisiológicas e avaliações de catecolaminas com vista a esclarecer o quadro da natureza da depressão de pós-parto.

Contudo, referindo-se ao caso concreto da ansiedade, Kals (1984) afirma que faltam evidências claras de que os seus níveis, avaliados em situações de súbitas alterações de padrões de vida e não manipuladas experimentalmente, sejam acompanhadas de quaisquer sequelas neuroendócrinas relacionadas com o stress. Segundo Istvan (1986), são ainda de considerar, nomeadamente, os efeitos simultâneos (cumulativos) que poderão resultar do aumento de consumo de tabaco, álcool, café e outras substâncias que podem ter o seu consumo aumentado nas situações psicopatológicas e, ao mesmo tempo, influenciar a secreção de catecolaminas.

Por outro lado, os conhecimentos da fisiologia do Sistema Nervoso Central são ainda muito insuficientes. DeMeyer e col. (1981), reviram treze trabalhos que envolviam o triptofano e a depressão e encontraram resultados conflituais. Os níveis plasmáticos de triptofano, por exemplo, parecem corresponder mais a um epifenómeno com ocorrência temporal simultânea com os blues do que a um mecanismo etiológico (Harris, 1980).

3. Hormonas - metabolismo esteróide

A implicação das hormonas esteróides no comportamento humano baseia-se, também, em estudos em animais. Uma revisão muito recente de Harris e col (1989a), refere autores que demonstraram o efeito ansiolítico

dos estrogénios em fémeas de rato, tendo também sido observadas variações de comportamento animal através da administração de progesterona. Ainda em animais, foi estudada a variação de receptores beta-adrenérgicos e 5HT1 e 5HT2 induzida pela administação de estrogénios e progesterona.

Outras influências foram demonstradas ao nível celular em que as taxas de estrogénios e progesterona circulantes se reflectem no número de alfa-adrenoceptores dos linfocitos - o seu número baixa com a queda de estrogénios e progesterona (Metz e col., 1983).

Segundo Alder e col. (1986 e 1988), está demonstrado que na mulher, a seguir ao parto e uma vez a placenta expulsa, há sempre alterações massivas do status hormonal com modificações major de várias hormonas circulantes. Estas modificações referem-se, nomeadamente, à progesterona, estradiol, cortisol, prolactina, e endorfinas; Ganong (1987:109-127) e Novy (1987:216-225) descrevem, com pormenor, a fisiologia da reprodução e a evolução do perfil hormonal no puerpério.

Newnham e col. (1984), referem que as beta-endorfinas estão aumentadas na gravidez e atingem valores muito altos durante o parto (efeito analgésico presumido), descendo muito rápidamente na primeira hora de pós-parto. Os seus níveis e ritmos de queda foram estudados por se suspeitar da sua implicação nos blues.

Da fisiologia normal da maternidade fazem parte as variações do cortisol (aumenta durante a gravidez tendo uma queda brusca no pós-parto) e da progesterona. O estradiol mostra-se muito aumentado no final da gravidez embora a fracção livre permaneça relativamente baixa (Anderson e col., 1985). Harris e col. (1989a), referem que nos primeiros dias de puerpério, a progesterona se reduz para valores 100 vezes menores e que o estradiol desce para valores 10 vezes menores nas primeiras 24 hòras de pós-parto. Com o restabelecimento do ciclo menstrual, há inicialmente um aumento do estradiol e depois da progesterona.

Segundo Alder e Bancroft (1988), este estatuto hormonal fisiológico reflete-se na concentração das proteinas de ligação, podendo ser grandemente modificado por intervenções do âmbito do planeamento familiar. De facto, as mães que amamentam tomam quase sempre anticonceptivos com preparados à base de progesterona e as que não alimentam ao peito são muitas vezes medicadas com estrogénios e progesterona. No estudo destes autores, 42 por cento das mães estavam sob contraceptivo oral durante os primeiros três meses. A esta percentagem, juntavam-se mais 38 por cento a partir do segundo trimestre de puerpério.

Assim, após os primeiros dias de puerpério, a principal determinante do estatuto hormonal é o padrão de amamentação (Alder e col., 1986 e 1988), acontecendo que as mulheres que amamentam têm altos níveis de prolactina que dependem em parte da frequência de sucção do bebé. Howie e col. (1981) acentuam que enquanto existem estes níveis elevados de prolactina, a actividade ovárica está em geral suprimida o que provoca baixos níveis de estrogénio e progesterona. As mães que alimentam exclusivamente ao peito têm maiores níveis de prolactina e baixos níveis de estrogénios circulantes e progesterona. A introdução de alimentos sólidos leva a menor frequência e duração de sucção, baixa da prolactina e reassunção da actividade folicular ovárica (ver também Alder e Cox, 1983).

As mães que alimentam artificialmente, retomam, em geral, a actividade ovárica cíclica entre as 6 e 15 semanas de pós-parto e nas que amamentam, a actividade ovárica pode permanecer suprimida por muitos meses, particularmente se a amamentação é a única forma de alimentação e a sucção permanece com uma frequência elevada (Howie e col., 1981).

Compreende-se que estas alterações hormonais fossem consideradas factores susceptiveis de alterar o humor e a sexualidade (ver Brockington e Kumar, 1982). De facto, vários autores tentaram definir as influências do estado hormonal sobre a psicopatologia do puerpério.

Para o efeito, estudaram a associação entre as perturbações do humor e vários marcadores biológicos. As medições biológicas foram habitualmente efectuadas directamente no plasma mas em alguns casos de produtos mais complexos como os esteróides plasmáticos livres (provávelmente biológicamente activos), os autores analisaram a saliva (cf. Harris e col., 1989a).

Railton (1961), era um dos autores que atribuia a depressão de pós-parto à queda de cortisol e referiu bons resultados terapêuticos nas depressões de pós-parto com a administração de prednisolona.

Nilsson (1970), encontrou associação significativa entre "experiência de dificuldades na amamentação" que incluiam a paragem precoce ("por falta de leite") com elevado número de sintomas mentais na gravidez e puerpério.

A investigadora inglesa Katharina Dalton (1971) foi uma das que mais desenvolveu as hipóteses de etiologia hormonal para as perturbações do humor do pós-parto e sindrome pré-menstrual. Suspeitava que as duas situações se deviam ao baixo nível de progesterona sérica que na maioria dos seus casos aparecia diminuida. Outros autores como Harris e col. (1989a), aceitam este ponto de vista. Por sua vez, J. L. Cox e col. (1982) notaram que as perturbações máximas do humor coincidiram com os primeiros 10 dias de puerpério, altura em que a queda dos estrogénios e progesterona é também máxima.

Dalton (1971), havia notado que a elação aparecia mais na parte final da gravidez em que os esteróides placentários estão mais elevados e que a depressão subsequente no pós-parto coincidia com a perda brusca destas hormonas. No seu estudo, a depressão de pós-parto apareceu associada ao sindrome pré-menstrual e à alimentação ao peito e os tratamentos com doses elevadas de progesterona permitiam, na sua perspectiva, melhorias espectaculares. A progesterona poderia ser administrada como suplemento, se as mulheres amamentassem.

Klaiber e col. (1979), terão tido, posteriormente, algum sucesso no tratamento de depressões persistentes em mulheres através da administração de estrogénios.

Nott e col. (1976) notaram que quanto maior for a queda de progesterona após o parto, maior é o risco de sintomas depressivos. Uma associação, embora de fraco nível, também foi encontrada por Handley e col. (1980), quer entre depressão de pós-parto e o nível pré-parto (38 semanas de gravidez) de cortisol plasmático quer entre a depressão de pós-parto e a normal subida de triptofano depois do parto.

No estudo retrospectivo de Alder e Cox (1983), as mães que amamentaram pelo menos três meses e não recorriam a outros tipos de alimentação nem se encontravam sob efeito anticonceptivo, qualquer que ele fosse, ficaram mais frequentemente deprimidas aos 3-5 meses de pós-parto.

J. L. Cox e col. (1983), também demonstraram que entre as mulheres sem planeamento familiar de natureza hormonal, as que amamentavam tinham mais sintomas de depressão.

Em estudo prospectivo mais recente, Alder e col. (1986) expressavam a opinião de que os estudos anteriores que procuraram relacionar a lactação com as perturbações comportamentais do pós-parto haviam sido muito superficiais, não tomando em conta parâmetros como a duração da amamentação e o eventual fornecimento de suplementos alimentares o que poderá, eventualmente, ter invalidado as conclusões. Neste estudo, os autores não confirmaram essa associação positiva entre padrões de alimentação e depressão de pós-parto aos três meses, tendo, contudo aparecido alguma evidência de menor interesse sexual nas mulheres que alimentavam exclusivamente ao peito. Também encontraram associação estatísticamente significativa entre os níveis de androgénio e em particular testosterona e perda do interesse sexual. Os autores sugerem diferentes sensibilidades à influência hormonal sobre o

comportamento das mulheres, que poderão ser obscurecidas pelos efeitos confundidores de processos psicológicos e interpessoais.

No seu estudo de 1988, Alder e Bancroft avaliaram 91 mulheres primigestas na gravidez precoce e aos 3 e 6 meses de puerpério. Para além de terem notado que o padrão de alimentação do filho pode ter a ver com a personalidade da mulher (as mais neuróticas suspendem essa práctica mais precocemente), a amamentação aparece ainda associada a perturbações da sexualidade e depressão aos três meses de pós-parto, tratando-se, contudo, de um efeito transitório que desaparece aos seis meses.

As abordagens clínicas (cf. Susman e Katz, 1988), também fazem supor estreita relação temporal da depressão de pós-parto com o desmame, introduzindo suporte adicional a uma etiologia hormonal para estas patologias.

Harris e col. (1989a), notaram associação entre depressão de pós-parto e baixos níveis absolutos de prolactina. No grupo de mulheres da sua amostra que não amamentavam, a depressão correlacionava-se positivamente com o nível de progesterona salivar e era mais pronunciada nas que tomavam a pílula.

Apesar dos estudos e argumentos favoráveis à hipótese da etiologia hormonal para as doenças mentais do pós-parto, também há bastante investigação que não favorece esta posição.

No seu estudo de 1965, Jacobson e col. não encontraram qualquer relação entre a sintomatologia psiquiátrica e o tempo de amamentação ou perturbações do aleitamento. Constatação idêntica viria a ser, posteriormente, feita por Kumar e Robson (1978), utilizando uma variável de amamentação do tipo "tudo ou nada".

Entre os autores que falharam na demonstração de associação entre perturbações do humor no pós-parto e produtos hormonais incluem-se,

ainda, Nott e col. (1976) - estrogénios e progesterona plasmáticos, Handley e col. (1980) - níveis plasmáticos de cortisol, estrogénios e progesterona, Butler e Leonard (1986) - níveis no plasma de progesterona, estradiol, cortisol medidos ás 6-8 semanas de puerpério e Harris e col. (1989a) - cortisol no plasma ou na saliva.

Segundo Kendell (1985), face aos resultados contraditórios dos estudos e, apesar de uma boa parte dos autores acreditar que as alterações hormonais do parto estão envolvidas na génese dos blues e patologia puerperal psicótica, crença que se estendeu depois à depressão de pós-parto, as provas não são ainda satisfatórias. Este ponto de vista é partilhado por vários outros autores (ver Dennerstein e col., 1986; Harris e col., 1989a).

Nott e col. (1976), nos comentários aos resultados obtidos, sugeriam que poderia ser mais profícua a investigação da relação entre sintomas depressivos (em vez de diagnóstico de depressão) e as hormonas. Esta recomendação não viria a ser muito considerada, designadamente nos trabalhos que referimos.

4. Outras influências hormonais

Stossner, em 1910 (referido por Hamilton, 1989), terá sido o primeiro autor a notar a associação entre depressão de pós-parto grave e função tireoideia diminuida. Este mecanismo etiológico poderia explicar a presença simultânea de sintomas ou sinais de edema periférico, fatigabilidade, lentificação da mente e os valores séricos de tiroxina entre níveis baixos e normais.

Amino e col. (1976) descreveram um sindrome de hipertireoidismo transitório entre o primeiro e o terceiro mês de pós-parto, a que se seguia um quadro mais estável e prolongado de hipotireoidismo. Este quadro mostrava-se, aos 10 meses de pós-parto, completamente resolvido em 90 por cento dos casos.

Investigações muito recentes retomaram a pesquisa da eventual associação entre depressão de pós-parto e patologia tiroideia. Dussault e Rosseau (1987), no seguimento da descoberta de novos anticorpos dirigidos à TSR e supondo uma etiologia autoimune para as tiroidites assintomáticas (muito frequentes), introduziram a entidade "tiroidite linfocítica silenciosa do pós-parto" como uma forma particular desta patologia e consideraram-a responsável pela depressão de pós-parto. Os autores apontavam ainda a sua excepcional frequência durante a gravidez (até 10.2 por cento da população estudada).

O trabalho de Fung e col. (1988) é um estudo de 901 mulheres no puerpério com o objectivo de calcular a prevalência da disfunção tireoideia. Através de um subgrupo controlado, estimaram que a frequência de disfunção tireoideia no pós-parto é de 16.7 por cento. Tratar-se-ía, geralmente, de episódios passageiros com repercussões nos níveis de secreção hormonal que aconteciam nos primeiros seis meses de pós-parto e que eram acompanhados por hiper/hipotiroidismo. Não notaram associação com outras variáveis demográficas ou psico-sociais.

Hamilton (1989), no seu estudo de revisão, defende a responsabilidade da hipófise e da tireóide nas doenças mentais do pós-parto precoces, e das supra-renais nas patologia mentais do pós-parto mais tardio. Também muito recentemente, Stewart e col. (1988), estudaram 30 psicoses puerperais internadas e respectivos controlos, emparelhados para a idade e tempo de pós-parto, não observando qualquer diferença na função tireoideia ou na presença de anticorpos tiroideus específicos.

Outras etiologias propostas para as doenças mentais do pós-parto, embora menos estudadas do que as já referidas, incluem o papel das alterações da actividade das monoaminas plaquetárias - capacidade dos adreno-receptores alfa-2 por Metz e col. (1983), das aminas plasmáticas por Kuevi e col. (1983), e das anemias puerperais por Pettrick (1984).

Como refere Kendell (1985), na linha de investigação de etiologia biológica, os resultados das pesquisas são confusos e desapontadores porque ninguém sabe o que procurar. As teorias biofísicas não explicam, por exemplo, porque é que nem todas as mulheres têm sintomatologia de blues ou de depressão de pós-parto, apesar de todas terem alterações hormonais a seguir ao parto. Também não fica claro porque motivo nem todas as mulheres com história de doença mental prévia têm doença mental do pós-parto (Affonso e Domino, 1984). A dificuldade em elaborar conclusões definitivas neste campo deve-se também ao facto de as prácticas da amamentação aparecerem firmemente ligadas à classe social e à idade das mães - no estudo de Alder e Bancroft (1988) as mães mais idosas tinham maiores recursos e amamentavam durante mais tempo.

Também não é de excluir a hipótese de que a dependência seja apenas parcial e alguns autores acreditam que os sintomas depressivos dos primeiros dias estejam ligados às hormonas numa fase inicial do pós-parto enquanto que outros factores teriam, posteriormente, um papel primário (Cutrona, 1983).

Outros autores de revisões, afirmam que não há evidências conclusivas de que as perturbações do humor possam ser atribuidas a qualquer factor biológico específico (Daw, 1988). Para além de tudo isto, deve ainda considerar-se que as variações anatómicas e fisiológicas do "puerpério normal" são difíceis de limitar com rigor (cf. Miles e Novy, 1987:216-246).

Neste contexto, ganham especial significado as afirmações de Kitzinger (1978:51) de que os comportamentos maternais podem variar com os níveis de determinadas produtos hormonais mas os seres humanos, mais do que qualquer outros organismos, estão emancipados das suas hormonas. Sendo assim, torna-se indispensável a procura de factores etiológicos de outro tipo.

Factores Obstétricos

A causa da doença mental do pós-parto foi, ainda durante o século passado, muitas vezes atribuida à estreita relação entre os órgãos sexuais da mulher e o seu estado mental ou a condicionalismos fisiológicos relacionados com a maternidade (cf. Loudon, 1988). Assim, Marcé em 1858, um autor muito citado, atribuiu as alterações psicopatológicas do pós-parto a alterações nos órgãos pélvicos e Ésquirol (1819) afirmava que a loucura puerperal podia ser uma manifestação da lactação (cf. Loudon, 1988). Notar, a este propósito, que Ey e col., em 1974 (página 793), ainda se referem, com significativo destaque, às "psicoses da lactação".

Para Dalton, em trabalho de 1959 (referido por Gross e col., 1969:217), 46 por cento dos internamentos de mulheres por doença psiquiátrica aguda, referiam-se a casos de mulheres que se encontravam na fase pré-menstrual ou menstrual. Esta autora, (agora citada por por Weideger, 1978:47), alterou o termo "tensão pré-menstrual" para "sindrome pré-menstrual", na sequência de um inquérito que aplicou a um grande número de mulheres. Os resultados foram notáveis porque, para além de mostrarem que apenas 10 por cento das mulheres não tinham sintomatologia pré-menstrual, a autora descreveu, ainda, um número de sintomas físicos e psicológicos que lhe permitiam falar de perturbação emocional em 18 por cento das mulheres que observou em período menstrual.

Estas citações têm um alcance muito vasto que não podemos desenvolver neste escrito mas podem ajudar a entender que a possibilidade de a doença mental do pós-parto ter uma qualquer causa obstétrica ou ginecológica, apareça, regularmente, com argumentações a favor ou contra, nos estudos recentes.

1. Antecedentes obstétricos

Nilsson (1970), define uma curiosa entidade clínica a que chamou

"inclinação para doença ginecológica". Manifestava-se por um elevado número de consultas fora dos períodos de gravidez e apareceu significativamente associada com o número de sintomas psiquiátricos no puerpério, tal como acontecia com a história de infertilidade involuntária superior a um ano. Neste estudo de Nilsson outros dados obstétricos, como idade da menarca, ritmo menstrual e história de abortos não mostravam essa relação positiva com os sintomas mentais do pós-parto.

Out e col. (1986), não se referindo especificamente a este sindrome, notaram que, das 237 grávidas (gravidezes não complicadas) que observaram, 50 por cento constituiam um grupo particular por apresentarem muitas queixas na gravidez e períodos menstruais anteriores, para além de uma história obstétrica complicada. Estas mulheres mostravam-se particularmente receosas na parte final da gravidez e escolhiam a indução do parto, sempre que lhes era possivel. Aparentemente e segundo os autores, esta escolha permitia-lhes sentirem-se mais seguras.

Dalton (1971) defende a noção de que há mulheres cujo humor é hipersensível a estímulos endócrinos e que mostram dificuldade em se ajustar a alterações menores do ciclo menstrual. No seu ponto de vista, esta hipótese concorda com várias observações de carácter experimental. Como referimos, esta mesma autora notou, em estudos prévios que refere, uma associação estatísticamente significativa entre história pregressa de dismnorreia e depressão de pós-parto. Conclusões similares foram obtidas por outros estudos (Pitt, 1968; Kane e col., 1968).

2. Paridade

Embora alguns estudos de prevalência mostrem que o efeito de ter filhos pequenos em casa não é tão predictivo de doença psiquiátrica como · préviamente se pensava (cf. Garrison e Earls, 1986), outros estudos indicaram que a ocorrência de sintomatologia depressiva em

qualquer fase da vida da mulher, incluindo o puerpério, pode estar relacionada com a paridade (Kendell e col., 1976; Weissman e col., 1981).

O estudo comunitário de Brown e col. (1977), atribui à presença de 2 filhos menores de 14 anos em casa de mulheres de classe trabalhadora um significado particular no aparecimento de depressão. William e Carmichael (1981) também identificaram uma maior frequência de depressão em mães com três ou mais filhos enquanto que no recente estudo de Bridge e col. (1985) também se encontrou associação entre número de filhos e depressão grave aos 6 meses de puerpério. Kendell e col. (1981b) observaram, pelo contrário, que os internamentos hospitalares até aos três meses de puerpério, eram significativamente mais frequentes em primíparas.

A ocorrência da associação entre doença mental do pós-parto e paridade foi atribuida a factores específicos da maternidade. Nomeadamente, foram referidos a necessidade de adaptação à maternidade em período de dificuldades económicas acrescidas (Kendell e col., 1976), a contribuição interaccional da criança (Brown e Harris, 1978), o esforço cumulativo de cuidar dos filhos (Tod, 1964) e diferenças mal esclarecidas em atitudes perante a gravidez e o parto (Bradley e Wiggins (1983)).

Contudo, vários outros estudos falharam em encontrar associação estatísticamente significativa entre doença mental do pós-parto e paridade, apesar de especificamente investigada (ver Seager, 1960; Jacobson e col., 1965; Blair e col., 1970; J. L. Cox e col., 1982 e 1983; Hopkins e col., 1984; Nilsson, 1970; Stein e col., 1989; Hayworth e col., 1980; Gotlib e col., 1989). Os resultados de alguns destes estudos terão levado Kendell (1985), a afirmar que a relação entre paridade e depressão de pós-parto não tem tido qualquer significado.

3. Complicações obstétricas

É muito longa a lista de "complicações obstétricas" que ameaçam a mulher desde a concepção. Massey (1988), revendo o papel das mulheres em sociedades antigas, recorda (página 27 e seguintes) que no mundo clássico o parto era algo de muito perigoso. As mães morriam frequentemente ao dar à luz e muitos bebés morriam também. As mulheres que sobreviviam à exaustiva tarefa de gerar dez ou doze filhos ficavam tão desgastadas pela experiência que nem esperavam viver além dos trinta e cinco anos. De facto, a esperança de vida dos homens era, nessa época, francamente superior. Massey cita-nos uma passagem bem conhecida de Eurípedes (Medeia, séc. V a.C.):

> "Dizem de nós que vivemos uma existência sem perigos, dentro de casa, ao passo que eles combatem com a lança. Pobre raciocínio! Antes queria lutar três vezes debaixo do broquel do que dar à luz uma única vez."

Sem dúvida que variáveis relacionadas com as complicações obstétricas foram regularmente incluidas em diversos trabalhos de campo. Blumberg (1980), no seu estudo transversal, observou, como aconteceu com O'Hara e col. (1984), que o elevado risco neo-natal se associava com maiores níveis de depressão e ansiedade. Aquele autor realçou, ainda, o facto de o grau de risco do bebé influenciar significativamente a percepção que as mães tinham dos filhos.

Especialmente referidas na literatura são as associações encontradas entre depressão materna e parto prematuro (Kumar e Robson, 1984), feto morto (Clarke e Wilhiams, 1979) e problemas médicos de vária ordem relativos à gravidez ou ao pós-parto (Kaplan e Mason, 1960; Beckwith e Cohen, 1978; Yalom e col., 1968).

Alguns investigadores têm estranhado que as taxas de prematuridade, em alguns países, se mantenham virtualmente inalteradas nas últimas décadas e têm tentado encontrar causas não obstétricas para esse

fenómeno (Berkowitz e Kasl, 1983). Se os achados destes autores se revelarem estáveis, determinados acontecimentos relevantes da vida das puérperas e o modo como a gravidez foi desejada, poderão ter confundido alguns resultados que relacionam o parto prematuro e a depressão.

O tempo de estadia no hospital poderá ser um bom indicador da evolução do pós-parto precoce. Jacobson e col. (1965) e Garvey e Tollefson (1984) não notaram qualquer associação desta variável ou outras do mesmo grupo (ex: "evolução do parto") com psicopatologia.

Os estudos liderados por Ballinger (1982) - envolvendo apenas os primeiros dez dias de puerpério e o de Kendell e col. (1981b), mostraram o importante papel que as cesarianas podem ter no desencadear da doença mental do pós-parto. Em artigo de opinião posterior, este último autor (ver Kendell, 1985) considera que "seja qual for o quadro clínico do puerpério, as dificuldades obstétricas parecem irrelevantes". De facto, vários estudos não encontraram qualquer associação positiva entre doença mental do pós-parto e uma multiplicidade de complicações obstétricas - Hopkins e col. (1984); J. L. Cox e col. (1982); Pitt (1968); Paykel e col. (1980); Blair e col. (1970).

Em um grande e recente estudo (n=483) sobre determinantes de depressão, Stein e col. (1989), também não encontraram, utilizando técnicas de regressão múltipla, qualquer relação entre depressão de pós-parto e uma longa lista de dados perinatais que incluiam elementos sobre a evolução da gravidez, cuidados prestados à parturiente e características do recém-nascido.

A importância atribuida a estes tipos de etiologia, parece a alguns autores muito exagerada face aos indícios disponíveis e poderia ser explicada pelo "poder místico" do modelo biomédico contemporâneo que sistemáticamente desvaloriza outras abordagens (cf. J. L. Cox e col., 1982).

Factores Psicológicos

1. Importância do passado pessoal na doença mental do pós-parto

De um modo geral, todas as teorias psicodinâmicas atribuem um papel muito significativo ao passado do doente. Uma boa parte da nossa actividade clínica é de pesquisa e tentativa de integração de uma série de factos antigos que nos são relatados. Isso é assim porque, como já se diz (*):

> "O homem experimenta pela imagem de uma coisa passada a mesma afecção de alegria ou de tristeza que pela imagem de uma coisa presente".

As teorias psicanalíticas foram das que mais e melhores ensinamentos retiraram desta ou de outras máximas semelhantes. Têm tido uma influência invulgar no estudo das doenças mentais do pós-parto e foram sobretudo importantes as suas contribuições de propostas de factores de risco de carácter psicológico para estas situações (Kumar, 1982).

As conceptualizações das várias correntes nascidas da psicanálise têm sido, por alguns, consideradas auxiliares preciosos da clínica das doenças mentais (cf. Figueiredo, 1977:97-106) e aparecem-nos, como veremos, muitas vezes sintetizadas em frases muito simples que conservam a evidência das grandes verdades universais.

1.1. Relações precoces

Um desses princípios teóricos é-nos apresentado por Helena Deutsch, uma das autoras mais citadas quando se estuda a depressão (cf. (Kitzinger, 1978:156). Afirma esta autora que a mulher repete com o seu filho a história da relação com a sua própria mãe, iniciando-se na infância de cada mulher o desenvolvimento das suas capacidades de criar um filho de modo satisfatório.

(*) Espinosa - "Ética": ed. Atlântida, Coimbra, 1962:111

Um importante conceito das teorias psicodinâmicas aqui expresso é o de que nas mulheres em período de maternidade podem ocorrer mecanismos de regressão que as vão transportar a épocas recuadas do seu próprio passado pessoal. Nesse passado, a que há o costume de chamar "arcaico", a experiência de terem sido amadas pode aparecer muito desvalorizada e podem abundar carências afectivas múltiplas, resultantes, por exemplo, de dificuldades familiares major ou separações precoces (Frommer e O'Shea (1973)).

Um outro conceito expresso por Helena Deutsch refere-se aos acidentes do desenvolvimento dos mecanismos de identificação na meninice e das vivências com eles relacionadas. Sobretudo na presença de modelos maternais inadequados, é previsível o desenvolvimento de conflitos com a figura materna e sentimentos introjectados de hostilidade, rejeição ou ambivalência para com a própria mãe, o papel maternal e o papel feminino em geral (ver também Gordon e col., 1965; Figueiredo, 1977:102-105; Braverman, 1978; Nilsson, 1970; Kissane e Ball, 1988). Todos estes problemas se podem manifestar claramente na personalidade e desencadear, ulteriormente, comportamentos especiais (Frommer e O'Shea, 1973).

Breen (1975) reviu a contribuição das teorias psicanalíticas para a compreensão da psicologia do puerpério e da "feminilidade" em geral (demarcando-se, neste aspecto, em vários pontos). Relembra (página 59) que:

> "... a psicanálise evidencia a necessidade de a mulher se identificar com a imagem da boa mãe. Esta refere-se à imagem da mãe amada que ela guardou a partir de um passado em que foi acarinhada. As dificuldades surgem quando, pelo contrário, a mulher se identifica com a imagem de uma mãe má - a que pode resultar das múltiplas experiências negativas".

Em Jung (página 173 e seguintes), existe a convicção de que grande parte dos conflitos do casal e a problemática individual de cada um

dos dois elementos podem ser melhor entendidos através da análise das várias etapas prévias do desenvolvimento pessoal. De especial importância seriam os conflitos subjacentes, originados no facto de a criança, antes de se tornar num ser independente, ou pelo menos progressivamente mais "consciente", começar por ser uma parte da mãe e depois uma espécie de prolongamento seu ("identidade primitiva do eu com os outros"). Este autor clássico escreveu a certa altura:

> "... a criança começa a sua vida psíquica em ambiente acanhado, o ambiente de influência da mãe e da família. (...) no adulto está oculta esta criança eterna, algo ainda em formação que jamais estará terminado, algo que necessitará de cuidado e atenção permanente..."

Este caminho da "consciencialização" é muito longo e a vida psíquica pode estacionar nas etapas iniciais. Uma concepção desta amplitude, vai naturalmente facilitar a compreensão de um conjunto de sentimentos e atitudes reactualisados de indecisão, preconceitos, culpabilidade e ambivalência perante as exigências da relação conjugal e maternidade. Muito do que se diz a propósito da importância do suporte conjugal poderia e deveria ser aferido através desta grelha.

Múltiplos factores pessoais (biológicos) e exigências externas (factores actuais e situacionais) podem activar mecanismos defensivos que tornam difícil a identificação destes factores propostos pela psicanálise, apesar de eles poderem unir um vasto leque de patologias (Nilsson, 1970).

Diferenças culturais entre os meios rurais e urbanos poderiam, ainda nos nossos dias, modular a actuação destes mecanismos inconscientes que intervêm na maternidade. Segundo Kitzinger, 1978:71 e seguintes), nas sociedades camponesas, as mulheres jovens têm tendência a fazer muitas coisas que as suas mães já fizeram antes delas não havendo grandes inovações nos cuidados dispensados aos bebés ou no comportamento durante a gravidez. Nas sociedades pré-literárias, a

continuidade seria ainda mais acentuada mas, nas sociedades industriais modernas, com a rápida transformação social, há um desentendimento inevitável entre as gerações. Por outro lado, as regras que antes faziam parte de um modelo lógico e coeso desapareceram, deixando uma barreira emocional que as impede de serem ajudadas.

A importância da relação entre a perda de um objecto amado e a depressão foi um outro pilar das teorias psicanalíticas. Tanto quanto julgamos, foi, pela primeira vez, proposto por Freud na sua obra sobre o luto e a melancolia. Este conceito revelou-se um dos motivos de trabalho mais utilizado pelos "experimentalistas", que procuraram demonstrar que a perda desse objecto podia ser considerada um factor predisponente ou precipitante para a depressão do adulto (Lloyd, 1980).

Destes estudos, os mais conhecidos e citados a propósito da doença mental do pós-parto, são os de Brown e col. (1977), que envolveram uma metodologia de grande rigor. Estes autores começaram por separar as perdas recentes (ocorridas nos dois anos anteriores à depressão) e as perdas passadas (todas as outras). Segundo Lloyd (1980), esta definição trouxe grandes vantagens em relação a outros estudos. Um outro aspecto a considerar neste caso foi a necessidade que os autores sentiram em realizar um estudo estritamente controlado. Para o efeito recorreram a amostras diversificadas (depressivos sob tratamento, depressivos diagnosticados numa amostra de base comunitária e indivíduos da comunidade não deprimidos). Com a fiabilidade introduzida por esta metodologia, a principal conclusão deste estudo aponta para o facto de a perda da figura materna, antes dos onze anos de idade, aparecer associada a um maior risco de depressão.

Todos estes conceitos, isoladamente ou em conjunto, foram habitualmente identificados com as teorias psicanalíticas e poderiam ajudar a explicar os sentimentos que as puérperas experimentam em determinadas fases, bem como as perturbações posteriores dos filhos em

capítulos como o da alimentação e sono (Frommer e O'Shea, 1973).

Para além dos trabalhos já referidos de Brown e col., outros com metodologia muito diversa têm veiculado suporte parcelar a estas perspectivas que valorizam a importância das relações individuais precoces no comportamento dos indivíduos. Ainda no que respeita aos estudos de concepção epidemiológica, podem referir-se as revisões de Orvaschel (1980) que levaram aquele autor a concluir que um ambiente na infância que possa ser considerado hostil, disruptivo e negativo constitui um sério factor de risco para a depressão.

O estudo de Nilsson (1970), evidencia que, quer uma identificação pobre com a mãe, quer a existência de experiências precoces traumáticas (educação excessivamente rigorosa e moralizante), se associam com mais sintomatologia psiquiátrica no pós-parto. No estudo de Uddenberg e Nilsson (1975) - 95 primíparas avaliadas com metodologia prospectiva, o repúdio da própria mãe durante a gravidez apareceu significativamente correlacionado com a depressão de pós-parto.

Em contradição parcial com estas teses, Kumar e Robson (1984) não encontraram, no que respeita à depressão de pós-parto, influência nomeadamente das separações precoces da própria mãe e da história de relações perturbadas na infância (divórcios, doença psiquiátrica em qualquer dos pais). Para estes autores, poderia ter especial importância a história de separação precoce do respectivo pai, com duração igual ou superior a um mês.

Vários outros autores de trabalhos de revisão (Dennerstein, 1986, Affonso e Domino, 1984; Tennant, 1985) pensam que a maioria dos estudos não forneceu suporte empírico para as teorias psicanalíticas, embora variáveis como "história pessoal de separação precoce", "gravidez indesejada" e "dificuldade na relação com a própria mãe", não encontrem, em nossa opinião, um outro suporte teórico suficientemente consistente que justifique a sua tão frequente

inclusão na metodologia.

1.2. História psiquiátrica prévia

O estudo desta variável não pode ser desligado da opinião, já antes atribuida a vários autores (Foundeur e col., 1957; Protheroe, 1969; Tod, 1964) de que o melhor entendimento das depressões de pós-parto exige uma perspectiva unitária da doença mental, em que a inclinação para os comportamentos depressivos durante o período do pós-parto é apenas a retoma do padrão anterior à gravidez.

Zajicek e Wolkind (1978), estudaram especialmente esta questão, tendo avaliado retrospectivamente a sua amostra de primíparas e calculando a frequência de doença mental antes da gravidez. Os resultados indicam que nas mulheres que tiveram perturbações psiquiátricas antes da gravidez, o risco de doença mental durante o primeiro ano de pós-parto é muito elevado.

Uma relação entre episódios depressivos prévios e o estado de puerpério, foi também notada por Kadrmas e col. (1979), fazendo supor que as portadoras de "depressões bipolares" tinham um risco especial de vir a padecer de um episódio deste tipo durante eventuais períodos de pós-parto ulteriores. Apesar de serem relativamente escassas as possibilidades de novos surtos depressivos que coincidam com este período da maternidade, um "episódio afectivo" no pós-parto parece ser um factor predisponente especial. Este aspecto foi tão valorizado, que poderia justificar a utilização preventiva do lítio em futuros puerpérios, sempre que houvesse a suspeita de estarmos perante uma "depressão bipolar" (Kadrmas e col., 1979).

Para além de doença anterior diagnosticada, Meltzer e Kumar (1985) identificaram também um excesso de internamentos psiquiátricos prévios e consultas em generalistas por problemática psiquiátrica.

No estudo de Seager (1960), a história de doença prévia, quer em si

quer nos seus familiares, permite distinguir o grupo com doença mental no pós-parto e o grupo de pós-parto normal. Contudo, neste trabalho, a incidência de doença mental prévia é elevada quer no grupo puerperal (28.6 por cento) quer no grupo não puerperal (14.3 por cento). No estudo de Katona (1982), as doenças mentais do pós-parto apresentam-se também com história pessoal de maior número de internamentos no pós-parto (mas menor em outros períodos não relacionados com o pós-parto) do que os controlos com idêntico diagnóstico.

A doença psiquiátrica prévia com significado no desencadear de doença mental aquando do parto, tem sido identificada como episódios quer do tipo depressivo, quer maníaco ou psicótico (cf. Gordon e col., 1965; J. L. Cox e col., 1982; Braverman, 1978; Kendell e col., 1976), e por vezes, no contexto do puerpério (cf. Davidson e Robertson, 1985).

Para além dos autores já referidos nesta secção, outros exprimiram a sua convicção de que a história psiquiátrica prévia pode ser considerada um factor de risco para as doenças mentais do pós-parto - ver Bratfos e Haug (1966), Wolkind e col. (1980), Paykel e col. (1980), Garvey e Tollefson (1984), Hopkins e col. (1984), O'Hara e col. (1984 e 1986), Watson e col. (1984), Buesching e col. (1986), Kissane e Ball (1988). Julga-se que a patologia depressiva possa surgir em 20 a 33 por cento das mulheres com história prévia positiva (Bratfos e Haug, 1966; Braverman, 1978) e que aproximadamente um terço dos episódios depressivos anteriores às depressão unipolares terão acontecido durante o período de pós-parto (Davidson e Robertson, 1985).

Contudo, parece indiscutível (e a anterior revisão deixa-o supor) que há também um grupo de mulheres para quem as dificuldades estão ligadas de um modo mais específico à gestação e em que as perturbações emocionais aparecem, pela primeira vez nas suas vidas, nos meses que se seguem ao parto (Lempérière e col., 1984).

Alguns autores não encontraram qualquer associação estatísticamente

significativa entre antecedentes de doença psiquiátrica e doença mental do pós-parto - casos de Pitt (1968), Dalton (1971), Kumar e Robson (1984) e Blair e col. (1970). Segundo Blair e col. (1970), a associação encontrada em alguns estudos era previsível porque a utilização de amostras hospitares ocasiona a inclusão, em número apreciável, de patologias graves, como as esquizofrenias, que têm uma componente hereditária bem estabelecida.

2. Características da personalidade

A suspeita de uma relação de carácter etiológico entre doença mental do pós-parto e traços de personalidade foi várias vezes investigada. Já o referimos a propósito das separações precoces, mas nem sempre as hipóteses aparecem enquadradas em teorias coerentes. Algumas características predisponentes mais referidas são os elevados níveis de hostilidade, ansiedade, intolerância ao stress, falta de energia, insegurança, introversão, hipersensibilidade, tendência para a preocupação, a dependência, a obsessão, a auto-punição e a falta de afirmação (cf. Gordon e col., 1965; Pitt, 1968; Field e col., 1985; Hayworth e col., 1980; Little e col, 1981 e 1982).

Para além de alguns modos habituais de reagir poderem prenunciar uma maior fragilidade à depressão de pós-parto, alguns investigadores suspeitam que estas características possam ter um papel decisivo sobre outras variáveis como "padrões de amamentação" (Alder e Bancroft, 1988), "suporte social", "interpretações negativas da gravidez" e "acontecimentos relevantes da existência recentes" (Barnnett e Parker, 1985). Por tal motivo, as características de personalidade poderão ter o papel de variáveis confundidoras em vários estudos (por exemplo, os que implicaram a depressão materna como responsável pela deficiente evolução do desenvolvimento da criança).

Um problema decisivo destes estudos que descrevem perfis de personalidade típicos de deprimidas é, fundamentalmente, a dificuldade em saber o que é causa ou consequência de depressão e se, para além

dos traços de personalidade diagnosticados não poderão estar presentes problemas adicionais (Zajicek e Wolkind, 1978).

A melhor ilustração que encontrámos para demonstrar esta afirmação refere-se à presumível associação estatísticamente significativa entre neuroticismo e depressão de pós-parto. Blair e col. (1970) encontraram apenas uma correlação duvidosa mas, as observações de J. L. Cox e col. (1982) vieram reforçar a suspeita de existência de um vínculo de carácter etiológico entre as duas variáveis. A pergunta que fica em aberto foi formulada por Kumar e Robson (1984) e questiona sobre a legitimidade de avaliar o neuroticismo em deprimidas.

3. História sexual

Segundo alguns autores, a sexualidade nas grávidas e puérperas mantém-se um assunto de muitos medos, crenças supersticiosas e interdicções (Kumar e col., 1981; Falicov, 1973). Contudo, não se trata de um problema que diga respeito exclusivamente a grávidas e puérperas como podemos constatar da leitura de Weideger (1978:95-124).

Jacobson e col. (1965) atribuiam alguns casos de queixas de disfunção sexual ao facto de muitas mulheres neuróticas ou psicasténicas terem exagerada susceptibilidade à dor e desconforto.

Nilsson (1970), uma autora que estudou com pormenor as eventuais relações esta variável e a doença mental do pós-parto, investigou separadamente vários parâmetros: atitudes para com o sexo na família de origem, aprendizagem sexual, idade das primeiras prácticas, número de parceiros sexuais, comportamento sexual durante a gravidez e o pós-parto, prácticas anticonceptivas e "ajustamento sexual". Notou que o número de sintomas no pós-parto se associava com algumas atitudes dos pais (na família de origem) e com um deficiente ajustamento sexual global antes da gravidez. Como já focámos, Nilsson preferia fazer interpretações apoiadas na psicologia do inconsciente pelo que atribuia grande parte das perturbações da função sexual e reprodutiva

à insegurança e ambivalência para com o papel feminino.

As alterações corporais, eventuais conselhos médicos e a falta de informação nesta área, foram seguidamente responsabilizados no desajustamento sexual da maternidade, por Falicov (1973).

O trabalho de Baxter (1974), representa um contributo original porque nos mostra que quase metade dos maridos interrogados se queixam, na altura do puerpério, do desinteresse sexual das esposas. Acresce ainda que parece haver progressiva diminuição da "compreensão" dos maridos com o evoluir do primeiro ano de pós-parto (Elliott e col., 1983).

Kumar e col. (1981), notaram que a maioria das observadas referiam redução na frequência do acto sexual e diminuição da líbido durante a gravidez (mais acentuada no terceiro trimestre) e que 77 por cento das puérperas mantinham, aos três meses de puerpério, uma menor frequência de contactos sexuais relativamente ao período de pré-concepção. A alteração era especialmente marcada em alguns casos e mantinha-se, ainda, no final do ano de pós-parto. Estas observações estão, de um modo geral, de acordo com afirmações de outras publicações (cf. Gjerdingen e col., 1986; Elliott e Watson, 1985).

O mesmo trabalho de Kumar e col. (1981), permite constatar, também, a importância das características da personalidade na disfunção sexual, tendo sido valorizados outros factores como o conflito conjugal, depressão maternal, história de abortos espontâneos e outras dificuldades relacionadas com a concepção.

Estas observações reforçam a hipótese de que as alterações da sexualidade encontradas nas depressões de pós-parto sejam apenas uma parte de um efeito não específico, havendo alguma inter-dependência entre o humor e a sexualidade (Sanders e col., 1983; Falicov, 1973).

A paridade pode influenciar decisivamente os achados sobre a sexualidade. O facto de uma mulher ser primípara poderá torná-la mais

vulnerável aos efeitos da preocupação, ansiedade e crenças irrealistas relacionadas com o sexo (Falicov, 1973). Esta interpretação deve ser analizada em conjunto com a observação de Elliott e Watson (1985), que notaram uma maior facilidade na retoma de padrões de comportamento sexual anteriores nas puérperas com idade superior a trinta anos.

No que respeita à influência hormonal, alguns autores citados por Alder e col. (1986), têm salientado que a prolactina parece ter efeitos adversos sobre a sexualidade. Posteriormente, Alder e Brancroft (1988) constataram que as mulheres que amamentavam aos três meses atrasaram significativamente a retoma de prácticas sexuais, referiam mais frequentemente dispareunia e menor interesse sexual em relação a níveis prévios. Segundo estes mesmos autores, todos estes assuntos estão ainda muito insuficientemente estudados.

O tema é especialmente rico e as crenças e tabús populares têm estimulado a fantasia de alguns investigadores, nomeadamente procurando explicações sobre os malefícios do orgasmo durante a gravidez, as diferenças com outros primatas (em que a maternidade implica a suspensão da cópula), as implicações da regulação hormonal sobre o sexo e as consequências dos comportamentos sexuais adoptados (cf. Falicov, 1973; Kumar e col., 1981).

4. Planeamento da gravidez

Os sentimentos de ambivalência face à gravidez são um tema comum nos estudos (Kendell, 1985) o que é plenamente justificado se aceitarmos que 29 por cento das mulheres inquiridas em alguns trabalhos (cf. Kitzinger, 1978:64) afirmaram estar a usar um método contraceptivo na última vez que tinham ficado grávidas e que os frequentes vómitos durante a gravidez podem ser indicadores de rejeição da situação de maternidade (Nilsson, 1970).

Condon (1986) introduziu o termo "abuso fetal" para determinados comportamentos do casal durante a fase final da gravidez. Em sua

opinião, a ingestão de álcool, a inalação de nicotina e a utilização de muitos outros fármacos, têm um significado semelhante à violência física sobre crianças pequenas e teriam o feto como alvo principal.

Autores como Uddenberg e Nilsson (1975), Braverman (1978) e Kumar e Robson (1984), encontraram ausência de planeamento (ou "atitude negativa" ou "ideias de interrupção" ou "negação") da gravidez como factor de risco de doença mental do pós-parto. Contudo, no seu estudo de 1971, Dalton notou que a ausência de planeamento da gravidez não representava qualquer papel nos casos de depressão.

O maior problema na atribuição de significado à correlação entre a ausência de planeamento da gravidez e as perturbações psicológicas do puerpério é que as avaliações longitudinais mostram como esta atitude é dependente de características da personalidade e como é variável ao longo do tempo (Nilsson, 1970; Blair e col., 1970). Estes últimos autores notaram que factores habitualmente não investigados como o aparecimento dos movimentos fetais, podem ajudar a ultrapassar a ambivalência e criar "uma atitude mais realista" para com a gravidez.

Segundo Condon (1986), a dicotomia "gravidez desejada" - "gravidez indesejada", traduz situações irreais e o que realmente encontramos são vários graus de ambivalência operando a distintos níveis de consciencialização. A complexidade da noção de aceitação da gravidez foi também bem evidenciada por Breen (1975:132 e seguintes); Esta autora relembra que por intervenção de factores dependentes do funcionamento mental (ex: mecanismos de defesa), uma pessoa pode aceitar um acontecimento a um determinado nível mas rejeitá-lo completamente a um outro.

Por outro lado, a concepção era, até há poucas décadas, provávelmente encarada de um modo muito mais fatalista do que actualmente. Não sabemos até que ponto o aumento progressivo do planeamento da gravidez se repercutirá nas taxas de doença mental do pós-parto dos estudos mais recentes.

5. Importância da psicopatologia durante a gravidez

Rancurel (1968) - um autor citado por Ey (1974:792), afirmava que a gravidez tem efeitos protectores sobre a saúde mental da mulher e poderia ser considerada um período livre de sintomas psicopatológicos. Outros autores constataram que o risco para o desenvolvimento de sintomas ou doença psiquiátrica grave seria muito baixo nesta fase, ou, pelo menos, menor do que durante o puerpério (Zajicek e Wolkind, 1978; Pugh e col., 1963; Kendell e col., 1976). Deve notar-se que a afirmação segundo a qual a gravidez representaria um período de "bem-estar pouco usual", foi em geral feita após comparação com os níveis de psicopatologia do puerpério.

No estudo de J. L. Cox e col. (1982), com critérios SPI, as mulheres também foram avaliadas na gravidez e puerpério. Os 13 por cento de doença depressiva que encontraram aos 3-5 meses de pós-parto, contrastavam com apenas 4 por cento na gravidez. Watson e col. (1984) diagnosticaram apenas 6 por cento de doença psiquiátrica na gravidez precoce, contrastando com 16 por cento às 6 semanas de puerpério. Thalassinos e col. (1988), notaram que, para os sintomas depressivos, os valores eram também inferiores na gravidez (11 a 14.5 por cento), quando comparados com os obtidos na primeira semana de pós-parto (20 por cento).

Cooper e col. (1988) incluiram, no seu estudo longitudinal, uma amostra da população geral, tendo encontrado uma frequência de casos de depressão de 6 por cento na observação pré-natal que não diferia significativamente do valor naquela amostra. No estudo prospectivo de Wolkind e col. (1980), foi avaliada uma amostra casualizada de 131 primigestas na gravidez tardia e quatro vezes ao longo do puerpério. Notou-se que a proporção de mulheres que preenchiam os critérios de "sintomas depressivos incapacitantes" era de 16 por cento na gravidez e 10 por cento aos 4 meses de pós-parto. Nas avaliações posteriores (aos 14, 27 e 42 meses), os valores obtidos eram de 18, 16 e 23 por

cento, respectivamente.

Estes achados têm especial significado porque estes autores mediram a sintomatologia em dois momentos da maternidade (gravidez e puerpério) ou na população geral, utilizando os mesmos instrumentos.

O efeito protector da gravidez sobre as doenças mentais poderia ser devido às alterações hormonais e electrolíticas (Tod, 1964) ou a condições circunstanciais mal esclarecidas. Por exemplo, Istvan (1986) refere o facto de as grávidas constituirem um grupo em que o número médio anual de acontecimentos relevantes da existência é dos mais baixos de entre todos os grupos sócio-demográficos estudados.

Contudo, a morbilidade por sintomatologia psiquiátrica foi valorizada e diagnosticada durante a gravidez em outros estudos e em várias regiões geográficas. Ela está presente em 17.1 por cento das suecas (Nilsson, 1970), em 16 por cento das Inglesas (Kumar e Robson, 1978) e 24 por cento em africanas (J. L. Cox, 1979). Este último autor, embora com dificuldades metodológicas que descreve (relacionadas com a tradução e a utilização de intérpretes), classificou a maioria dos casos de doença mental encontrados em grávidas de uma região semi-rural do Uganda. Os diagnósticos de "neurose depressiva", "psicose depressiva", "neurose ansiosa" e "neurose fóbica" foram os mais frequentemente encontrados. Outras conclusões importantes deste autor incluem a observação de que havia, já na gravidez, uma grande tendência para a avaliação subjectiva da saúde, excessiva preocupação com as funções corporais e fadiga, relativamente a mulheres não grávidas.

No seu estudo controlado de mulheres durante e após a gravidez, Jarrahi-Zadeh e col. (1969) acabaram por concluir que o neuroticismo fazia parte da gravidez normal e não se devia apenas a auto-selecção das avaliadas (cf. Kumar e Robson, 1984). Relembremos que Watson e col. (1984) vieram a considerar o neuroticismo durante a gravidez como um preditor da depressão de pós-parto.

Deve notar-se que os estudos sobre a psicopatologia da gravidez envolveram, na maioria das vezes, a suspeita de que a ansiedade estaria especialmente implicada e poderia aumentar progressivamente durante essa fase da maternidade, independentemente de esta poder ser composta por momentos de vividos distintos. Simultâneamente, os estudos sobre a ansiedade e gravidez foram muito diversificados do ponto de vista metodológico para abrangerem a pesquisa da influência de factores muito distintos, incluindo os de natureza social e demográfica (cf. Lighfoot e col., 1982).

A ideia de que as pontuações atribuidas a items sobre a "tensão psicológica" adquirem, habitualmente, a forma de "U" é clássica (Elliott e col., 1983). Segundo vários autores, o primeiro trimestre é um período de significativas preocupações devidas a alterações fisiológico e psicológicas (Fawcett e York, 1986; Kumar e Robson, 1978) que, de certo modo, poderiam ficar quiescentes nos três meses seguintes (Arizmendi e Affonso, 1987; Elliott e col., 1983). O reinício da sintomatologia poderia coincidir com a descoberta do progressivo aumento de volume do corpo e sentimentos de ambivalência assim despertados (Arizmendi e Affonso, 1987). Deve notar-se que as experiências subjectivas de alteração corporal e outros fenómenos de despersonalização (sempre muito dificilmente descritos), não são específicos da gravidez e aparecem muito ligados ao medo e ansiedade (Gross e col., 1969:127-132).

O terceiro trimestre tem sido considerado como um período de preparação fisiológica para o parto, sendo vulgares os medos antecipatórios relacionados com o processo de parto e o bem-estar do bebé (Reading, 1983).

O período de pré-parto é, segundo Hayworth e col. (1980), um momento de intensa vivência emocional, propício a maior ansiedade e perturbação psicológica. A tradição popular e religiosa ocidental, nomeou santos (Santa Margarida) para a protecção especial destes

momentos temíveis. Os obstetras (provávelmente os técnicos de saúde que mais acompanham as mulhexes na parte final da gravidez), descrevem o interessante fenómeno de um desnecessário mas incontrolável afã na lida caseira, durante o período que antecede imediatamente o parto (Jeffcoate, 1971).

Contudo, mesmo excluindo este período, a ansiedade foi encontrada por vários autores e em níveis significativos em outros momentos da gravidez, incluindo o início (Dalton, 1971; Bridge e col., 1985). Uma revisão da literatura mostrando a importância dos estados emocionais da grávida, sobretudo da ansiedade, foi efectuada por Figueiredo e col. (1982b). Em estudo controlado de 299 grávidas estes autores encontraram uma diferença altamente significativa do ponto de vista estatístico entre o grupo de grávidas e o grupo de controlo no que respeita aos valores de ansiedade. No mesmo estudo constatou-se uma fraca variabilidade do nível ansiógeno durante todo o processo da gravidez.

No que respeita às perturbações depressivas ligeiras, elas podem ser comuns na gravidez (O'Hara, 1986) e mesmo mais intensos na gravidez do que nos 2-4 meses de pós-parto (Zajicek e Wolkind, 1978; Cutrona, 1983; O'Hara e col., 1984). Com a utilização do mesmo instrumento (inventário de depressão de Beck - Beck e col., 1961), Atkinson e Rickel (1984), Manly e col. (1982) e O'Hara e col. (1982) notaram que as pontuações depressivas globais se elevam no pós-parto mas sem diferença significativa. Com este método, Rees e Lutkins (1971) notaram uma diminuição não significativa da gravidez para o pós-parto.

Buesching e col. (1986), utilizando a escala de ZUNG, observaram um aumento da gravidade dos sintomas depressivos na parte final da gravidez e introduziram a entidade "depressão pré-natal", como elo intermédio entre a história pessoal de depressão e a depressão de pós-parto. Os resultados deste autor podem justamente ser comparados com os de Ballinger (1982) que utilizou um instrumento relativamente semelhante e constatou elevadas pontuações na gravidez. Em condições

similares foi ainda realizado o estudo de Elliott e col. (1983), cujas conclusões indicam que a maioria das mulheres se sente melhor no mês que se segue ao parto do que no último mês da gravidez.

Os resultados de Kumar e Robson (1978) - com a utilização do SPI, são bastante diferentes dos apresentados por outros. Referem-se a uma amostra de base hospitalar (n=119, primigestas residentes em Londres) e mostram que a sintomatologia depressiva pode atingir valores idênticos na gravidez precoce e aos três meses de pós-parto (16 por cento das avaliadas em qualquer um destes momentos), notando-se, contudo, pontuações mais baixas na gravidez tardia (9 por cento das avaliadas).

As explicações indicadas pelos autores que têm algumas reservas sobre tão significativa importância da sintomatologia depressiva na gravidez, são muito vagas (cf. Atkinson e Rickel, 1984) e esta questão poderá necessitar de ser revista.

5.1. Relação entre a doença mental na gravidez e no puerpério

A relação entre a depressão de pós-parto e depressão pré-parto tem sido bastante estudada e, fundamentalmente, em dois sentidos distintos. Algumas investigações tentaram demonstrar a existência de preditores da depressão de pós-parto que pudessem ser identificados na gravidez o que, naturalmente, teria grande interesse do ponto de vista da prevenção das manifestações psicopatológicas do puerpério. Uma segunda linha de investigação refere-se à possibilidade de que a depressão de pós-parto se inicie, muitas vezes, ainda durante a gravidez. A chamada depressão de pós-parto poderia ser, de facto, uma depressão prolongada da gravidez ou mesmo do período anterior à maternidade. De facto, desconhecendo-se o período de indução da doença, só com a metodologia de supervisão regular de uma mesma amostra se pode estudar a existência de eventual sobreposição entre os casos de depressão na gravidez e depressão de pós-parto.

De entre os preditores que foram identificados encontramos as referências de Dean e Kendell (1981) e Tod (1964), segundo as quais haveria um risco especial para doença mental do pós-parto nas grávidas que consultaram, por queixas do foro mental, o generalista ou o psiquiatra.

A ansiedade ou tensão patológicas na gravidez foram igualmente consideradas preditores de perturbações do humor e depressão de pós-parto por vários autores (Tod, 1964; Dalton, 1971; Hayworth e col., 1980; Elliott e col., 1983; Watson e col., 1984).

Outras características avaliadas foram o humor depressivo e ansioso na gravidez que pressagiam a depressão de pós-parto segundo Atkinson e Rickel (1984), J. L. Cox e col. (1982), Rees e Lutkins (1971), Saks e col.(1985), Watson e col. (1984) e as medidas de hostilidade na gravidez (Hayworth e col., 1980) ou no primeiro trimestre da gravidez (Bridge e col., 1985). A tendência de algumas mulheres em dirigir a punição para o exterior ou a perceberem-se a si mesmas como controlando pouco as suas vidas também apareceu como um predictor de depressão de pós-parto (Hayworth e col., 1980). Ainda voltaremos a esta questão, muito discutida do ponto de vista teórico.

Pugh (1963), já havia admitido que uma parte do excesso de internamentos durante o pós-parto poderia corresponder a atraso no pedido de tratamento de casos que se declaravam na gravidez e Lempérière e col. (1984), na sua revisão da psicopatologia da maternidade, afirmam que 10 a 20 por cento das depressões de pós-parto seriam prolongamento ou recorrência de depressão já presente na gravidez. Por sua vez, Gotlib e col. (1989) observaram que apenas metade dos casos de depressão de pós-parto eram, efectivamente, de começo no pós-parto vindo os restantes da gravidez.

Alguns autores contestam vivamente esta perspectiva, alegando que quer a gravidez quer o pós-parto estão embebidos numa matriz de factores sociais e psicológicos especiais para além de alterações metabólicas,

endocrinológicas e estruturais específicas. A incapacidade dos investigadores para admitirem esta complexidade explica em parte, do seu ponto de vista, os resultados conflituais, não sendo aceitável a mistura de casos da gravidez e pós-parto que a literatura faz (Seager, 1960).

Como que a confirmar o que agora se disse reforçando a ideia de que a continuidade do humor entre o pré-parto e o pós-parto não é a regra, vários autores notaram que os casos de depressão de pós-parto não acontecem, na grande maioria dos casos, nas mesmas mulheres que tiveram depressão na gravidez, (O'Hara e col., 1984 e 1986; Kumar e Robson, 1984; Watson e col., 1984).

J. L. Cox e col. (1982) e O'Hara (1986) defendem diferentes causas para a depressão na gravidez e puerpério, baseando-se nos diferentes padrões de associações que obtiveram no que respeita a variáveis sócio-demográficas. Kumar e Robson (1978), também mostraram que os factores de risco para a depressão pré-natal e depressão de pós-parto são muito diferentes. Em estudo posterior (Kumar e Robson, 1984), reafirmaram o aumento de "depressão neurótica" no início da gravidez e do puerpério mas observaram, como acabámos de frisar, que as mulheres ou padeciam de depressão ante-natal ou pós-natal e não as duas. De facto, constatava-se apenas uma sobreposição muito pequena entre as duas situações.

6. A relação mãe - filho e a doença mental do pós-parto

O estudo da relação mãe - filho tem-se revelado uma fonte de inúmeras publicações. Trata-se, na maioria das vezes, de artigos de opinião (cf. Figueiredo e col., 1991) mas, em diversos casos, foram simultâneamente realizados estudos de base epidemiológica.

Nos países ocidentais, as implicações da relação mãe - filho, aglutinaram, numa mesma corrente de pensamento, vários autores muito conhecidos e Sroufe pode ser considerado um bom representante desta

linha. Fundamentalmente, o que une todos estes teóricos é o conceito de "Attachment", recentemente descrito e considerado de grande interesse no sucesso reprodutivo das espécies em geral.

Com base nestas teorias, os primeiros meses de pós-parto têm sido considerados fundamentais no estabelecimento de bons laços relacionais entre a mãe e o filho que poderiam funcionar, no que diz respeito ao bebé, como uma base segura de protecção e possibilidade de exploração face ao mundo exterior. Quando bem sucedidos, estes laços relacionais fornecem segurança e modulam a ansiedade da separação e da interacção com o ambiente, permitindo a satisfação de outras tendências naturais das crianças (ex: curiosidade, comportamentos de "afiliação").

Num artigo teórico de revisão sobre os conceitos que o "attachment" contém ou não, Sroufe e Waters (1977) criticam o que era já nessa altura uma linha de investigação muito fértil. Referem-se aos trabalhos que procuram demonstrar uma intercorrelação de determinados comportamentos do bebé (quantidade de sorrisos ou choro, vocalizações, procura de contacto, etc.), ou da díada mãe - filho, com a qualidade deste presumivelmente importante laço afectivo.

Ainda de acordo com este e outros autores, admite-se que o recém-nascido é capaz de discriminar figuras com significado especial, analisar contingências ambientais e que possui um reportório que inclui uma grande variedade de respostas afectivas e comportamentais que pode coordenar.

Centrando-nos na área que nos ocupa, podemos, grosseiramente, afirmar que cada um dos elementos da díada foi muitas vezes responsabilizado pelos problemas que vão surgindo com a mãe ou com o bébé.

Para alguns autores recentes, mesmo episódios depressivos ligeiros ou sub-clínicos que afectem a mãe, podem influir na percepção da criança e no calor posto na relação com o filho, pelo que, dadas as graves consequências que poderão advir, não devem ser considerados triviais

(cf. Cutrona, 1983), sobretudo no primeiro ano de vida (cf. Cogill e col., 1986).

Estudos experimentais, com recurso a técnicas de gravação, estudaram o efeito da depressão de pós-parto simulada na interacção face a face, com bebés de pouco mais de três meses (cf. Conh e Tronick, 1983). Estes autores, encontraram uma diferente estruturação do comportamento da criança nas situações de depressão, o que lhes sugeriu que o bebé tem reacções negativas apropriadas à depressão materna.

Nos últimos anos, têm sido muito investigados os factores que contribuem para a percepção que os pais têm dos filhos, devendo notar-se que é às mães que os estudos se referem quando falam de "pais" (Brody e Forehad, 1986).

As normas de comportamento materno consideradas indispensáveis para um nível de cuidados aceitável é extensa (Cf. A. D. Cox, 1988). Aparentemente as mães deprimidas terão alguma dificuldade em cumpri-las.

Com efeito, essas mães, expressam mais frequentemente indiferença, sentimentos de rejeição ou outros sentimentos negativos ou mistos sobre os bébés, (Tetlow, 1955; Crockenberg, 1981; Kumar e Robson, 1984), que podem persistir por muitos anos, a ponto de fazerem esquecer a sua relação com o pós-parto (Tetlow, 1955).

Básicamente, queixam-se do comportamento da criança, incluindo um número exagerado de respostas nesse sentido, quando confrontadas com inventários que existem para esse efeito (Garrison e Earls, 1986; Wrate e col., 1985; Lee e Gotlib, 1989).

Segundo alguns autores, esses julgamentos feitos pelas mães em relação aos filhos, são especialmente injustos (cf. Panaccione e Wahler, 1986) mas em outros casos, observadores independentes corroboram no veredito (cf. Lee e Gotlib, 1989) e integram estes comportamentos na

perspectiva pessimista peculiar da situação depressiva (cf. Beck e col., 1979). Naturalmente que mais tarde, estas ou outras mães que tiveram doença mental do pós-parto, poderão vir também a ser descritas de um modo negativo pelos filhos, como aconteceu no estudo prospectivo de Uddenberg e Englesson (1978), que envolveu 69 mulheres com os respectivos filhos.

Talvez como consequência dos referidos sentimentos maternos, as depressivas apresentam, em relação aos filhos, níveis de interacção menores do que os desejáveis, atrasando, nomeadamente, o desenvolvimento da linguagem e cognição (Cogill e col., 1986; A. D. Cox, 1988; Field e col., 1985). Parecem ser excessivamente controladoras e punitivas (Field e col., 1985), atingindo por vezes a violência física (Margison e Brockington, 1982) e manifestando sinais indirectos de os querer molestar (fobias referidas por Seager, 1960), chegando ao extremo do infanticídio (Hamilton, 1989).

Por oposição a estes estudos sobre as "más mães" (Zuckerman e Beardslee, 1987), vários trabalhos ligaram especificamente a perturbação emocional da mãe (tipicamente ansiedade e reacções depressivas) com variáveis presumivelmente descritivas de problemas temperamentais do filho - tipos de humor, choro persistente, desadaptação, ritmicidade das funções bilógicas (cf. Thomas e Chess, 1984; Feggeter e col.,, 1981; Hopkins e col., 1987), tempo gasto em cuidados que lhe são prestados (Atkinson e Rickel, 1984) ou problemas de saúde identificados (O'Hara e col., 1984; Hopkins e col., 1987). Na recente publicação destes últimos autores, as complicações médicas da criança e as percepções maternas sobre o seu temperamento, explicavam 17 por cento da variância na gravidade da depressão de pós-parto.

A suposição de que as crianças portadoras de baixas capacidades cognitivas podem criar inúmeros problemas às mães, é uma alternativa perfeitamente razoável (Caplan e col., 1989) e está em acordo com as observações da práctica clínica.

Para além de todas estas considerações, o que parece inegável é a possibilidade de existirem interacções disfuncionais na díada (Gordon e col., 1965; Wrate e col., 1985; Ghodsian e Col., 1984; Caplan e col., 1989). Winnicott, um autor justamente conotado como um dos maiores defensores do papel da mãe como determinante do bem-estar do filho (cf. Birns 1988:53-55), escreveu a certa altura, no seu conhecido livro sobre a consulta terapêutica da criança e a propósito da possibilidade de entendimento:

> "... Este processo é para mim como duas linhas vindas de direcções opostas, podendo aproximar-se uma da outra. Se elas se sobrepoem, há um momento de ilusão..."

Concretamente, o papel desempenhado pela depressão materna permanece muito incerto (Caplan e col., 1989). Assim, por exemplo, Brody e Forehad (1986), baseando-se na opinião de vários outros autores, afirmam que as percepções maternas são o produto do comportamento da criança e do nível de tolerância da mãe.

Não queremos alongar-nos nesta questão que é muito vasta. Diremos ainda que os resultados de estudos já efectuados nesta área, devem ser interpretados com cuidado porque as limitações metológicas são notórias (Wrate e col., 1985; A. D. Cox, 1988).

Um motivo de reflexão é a conclusão de alguns autores (cf. A. D. Cox, 1988) de que os quadros potencialmente mais graves, como a esquizofrenia, poderiam ter menores efeitos deletérios sobre os bebés do que os simples quadros depressivos. Por outro lado, nem todas as depressão maternas aparecerem associadas a esta problemática (A. D. Cox, 1988) e parece haver variáveis que podem concorrer independentemente para a manifestação de défices na criança.

Neste sentido, têm sido valorizados os conflitos conjugais (Kumar e col., 1986; Caplan e col., 1989), as perturbações psiquiátricas paternas e o baixo estatuto profissional (Rutter e Quinton, 1984;

Kumar e col., 1986).

Num estudo recente que envolveu vários investigadores com experiência nesta área, Caplan e col. (1989), atribuiram 40 por cento da variância na pontuação obtida num teste de perturbações de comportamento infantil aos quatro anos à história de antecedentes de psicopatologia no pai da criança, ao conflito conjugal durante a gravidez e à depressão materna concorrente (medida aos quatro anos de idade do filho). Várias outras variáveis não mostraram qualquer influência.

De um modo geral, os autores debatem-se com a falta de conceptualizações e de medidas validadas de perturbações em crianças pequenas (Garrison e Earls, 1986), havendo, actualmente, dificuldade em detectar viéses na entrevista e em preservar completamente o desconhecimento obrigatório dos casos catalogados de depressivos, aquando da avaliação (Wrate e col., 1985).

Como Sroufe e Waters (1977) referem, a simples ocorrência de um determinado comportamento pode induzir em conclusões erróneas quanto mais não seja porque a pequenas variações de idade podem corresponder comportamentos completamente distintos com o mesmo significado e um mesmo comportamento pode também ter múltiplas interpretações. Uma criança pode sorrir para partilhar uma experiência positiva, para saudar, para inspeccionar, para pedir protecção ou para aliviar uma eventual tensão. O choro pode ser influenciado, entre outros factores, pela fadiga e experiências recentes de separação.

A exclusão de factores genéticos que favoreçam a associação entre psicopatologia da mãe e do filho também é complexa, uma vez que os mesmos factores genéticos poderão, eventualmente, estar presentes nos dois seres (cf. A. D. Cox, 1988; McNeil e col., 1988).

Alguns estudos acabaram por concluir que os efeitos da interacção precoce entre a mulher e o filho podem não ser sequer identificáveis a longo prazo (Wrate e col., 1985; Ghodsian e Col., 1984; Caplan e col.,

1989) e a depressão de pós-parto também não tem obrigatóriamente relação com as atitudes da puérpera com o bebé (Blair e col., 1970) ou com as exigências excessivas de cuidados a prestar (Warr, 1982b).

Num estudo muito recente, McNeil e col. (1988) acompanharam, até aos seis anos, um conjunto de crianças e respectivas mães com múltiplas observações. Todas as mulheres tinham antecedentes de psicose, e algumas (17 em 88) haviam padecido de doença mental do pós-parto com sintomatologia psicótica. Paradoxalmente, as crianças cujas mães haviam tido patologia puerperal, mostravam um desenvolvimento mental considerado mais positivo do que as restantes.

Na verdade, resultados deste teor poderão, pelo menos em parte, ser atribuidos ao eventual efeito terapêutico de algumas das múltiplas observações. Apesar disso, vamos terminar este assunto referindo Zuckerman e Beardslee (1987): a identificação de factores individuais como causa de perturbações de comportamento, é sempre enganadora e é preocupante quando se suspeita que esse factor seja a mãe da criança.

Factores sociais

1. Importância do suporte social nas doenças mentais do pós-parto

As diversas tentativas de compreender e explicar o modo como o comportamento dos indivíduos é influenciado pela presença real ou imaginária dos outros, constituiu-se, há muitos anos, numa importante corrente da psicologia (Buhler, 1962:40-48).

Nos últimos 20 anos, uma vasta literatura tem defendido que o suporte social é uma determinante significativa das diferenças individuais na reacção às dificuldades da vida (cf. Cobb, 1976) e "uma chave para a promoção da saúde" (Bloom, 1979). Por outro lado, uma abordagem epidemiológica compreensiva sobre particularidades da "resistência do hospedeiro" às determinantes sociais das doenças, foi muito desenvolvida por Cassel (1974 e 1976).

Dados empíricos, baseados em taxas de mortalidade, sugerem que determinados grupos (viúvas, indivíduos residentes em ambientes desorganizados, grupos de mobilidade excessiva), são especialmente vulneráveis à doença, enquanto que outros se mostram relativamente protegidos - nomeadamente alguns grupos religiosos (Berkman, 1987).

As vias apontadas para alguns destes efeitos incluem a maior facilidade em obter cuidados médicos e outros tipos de assistência imediata, a pressão social (ex: abstenção do tabagismo) e alterações neuro-endócrinas originadas em "símbolos e sinais de alarme" por perda do sentimento de segurança e pertença que se segue às diminuição de comportamentos de interacção (Cassel, 1976).

Passaram, assim, a ser progressivamente mais valorizados os conceitos de "redes" de contacto social - teia de relações sociais que rodeiam o indivíduo e características destas ligações e o "suporte social" - ajuda de qualquer tipo que a rede proporciona (Berkman, 1987).

No que respeita às doenças mentais do pós-parto, os estudos têm avaliado as características estruturais e qualitativas das redes sociais das puérperas, a qualidade da comunicação e o grau de suporte moral e emocional no interior do casal. De acordo com Crockenberg (1981), trata-se de medir fenómenos que podem evitar o isolamento afectivo das puérperas e fornecer substitutos responsáveis para algumas funções maternas. Alguns autores recentes (Paykel e col., 1980; O'Hara e col., 1983; Cutrona, 1984), têm insistido na afirmação de que o suporte social pode ser de importância crucial para a compreensão da psicopatologia do pós-parto.

O suporte social tem sido conceptualizado como um constructo multidimensional, quer em termos do tipo de suporte fornecido (emocional ou instrumental) quer no que se refere à fonte de onde provém - cônjuge, amigos, etc. (Hopkins e col., 1987). Na realidade, o termo mais usado é o de "suporte social" mas as variáveis que foram efectivamente avaliadas são muito distintas de autor para autor.

Questionários particulares ou escalas de divulgação variável, em alguns casos construídas no início do estudo (cf. Norbeck e Tilden, 1983), contêm perguntas sobre o estado civil, o número de confidentes, a possibilidade de falar sobre qualquer assunto com o marido, familiares ou amigos, o número de vezes em que as figuras significativas estão presentes nas necessidades da mulher, a frequência de expressões verbais de suporte, etc. (cf. Crockenberg, 1981; O'Hara, 1986; Paykel e col., 1980). Em geral é registado também o grau de satisfação com a quantidade de suporte que recebem (cf.O'Hara, 1986) e que corresponde ao que Berkman (1987), chama de "o componente afectivo" do suporte social.

O suporte social também pode referir-se ao apoio instrumental: auxílio nas tarefas domésticas, possibilidade de relegar em outrém os cuidados necessários ao filho e outras manifestações de suporte que possam propiciar uma maior facilidade na vida da mulher (cf. O'Hara, 1986).

1.1. Suporte do marido e confidentes

Segundo J. L. Cox e col. (1982), os estudos sobre a maternidade centraram-se excessivamente na mulher, negligenciando o papel dos maridos que foram colocados numa posição demasiado periférica relativamente à sua importância em todo o processo.

A inclusão dos maridos no estudo das doenças mentais do pós-parto tem, contudo, uma forte base empírica. Contrariamente ao que poderia supor-se - afirma Nilsson (1970) baseada em estudos que refere, demonstrou-se que a doença mental, no período que se segue ao nascimento de um filho, é mais comum em ambos os cônjuges e não apenas na mulher. Resultados semelhantes foram consistentemente obtidos em maridos de não puérperas em que a mulher estava sob tratamento psiquiátrico por depressão (esta questão foi revista por Harvey e McGrath, 1988).

Há várias décadas que alguns autores haviam sublinhado a importância da relação conjugal nas doenças psicológicas do puerpério. Beach e col. (1955) estudaram oito casos de psicose do pós-parto e descreveram um padrão de "maridos super-protectores". Estes maridos competiam com as respectivas esposas na prestação de cuidados aos filhos e recusavam-se, sistemáticamente, a reconhecer-lhes competência no papel de mães.

Do ponto de vista da psicanálise (cf. Breen, 1975:61), o nascimento de um filho exige que a mulher aceite a sua feminilidade. De facto acentuam-se, nessa altura, as diferenças em relação ao companheiro (surge a necessidade de desempenho de um novo papel para cada membro do casal) e a relação a dois deve ser modificada para permitir a inclusão de uma outra pessoa.

Para a "posição periférica" dos maridos em todo o processo de investigação das alterações psicológicas da maternidade, podem, contudo, ter contribuido alguns estudos comunitários mais recentes e

muito citados, que ajudaram a cimentar a ideia de que ser pai não aumenta o risco de doença mental (cf. Rees e Lutkins, 1971; Kendell e col., 1976).

Harvey e McGrath (1988), interessaram-se, como referimos, especificamente pelo estudo dos maridos, utilizando critérios diagnósticos DSM-III e grupo de controlo com metodologia de selecção casualizada. Encontraram morbilidade psiquiátrica muito elevada e acompanhada de pobre funcionamento conjugal e social. Os diagnósticos mais frequentemente encontrados foram a "doença ansiosa generalizada" e a "depressão major" (42 por cento dos maridos e apenas 4 por cento dos controlos).

Esta via de investigação era há muitos anos sugerida pelas puérperas, pois notava-se que, nos interrogatórios, elas referiam muito frequentemente que o marido apresentava sintomas mentais. Isto sucedia sobretudo com as mulheres que eram consideradas em risco especial para a doença mental do pós-parto (perturbações no ajustamento sexual, dificuldades na relação com os pais, sintomatologia psiquiátrica evidente, etc.) pelo que se continuou a procurar uma explicação para estas afirmações, ainda focalizada na psicopatologia da puérpera - mecanismos de projecção ou possível influência da neurose de um na saúde do outro (cf. Nilsson, 1970).

Alguns autores não deixaram, também, de suspeitar que a relação do casal possa sofrer modificações subtis, num período em que o marido sente o peso de novas responsabilidades. Para além do significado que pode ter o facto de ser companheiro duma doente psiquiátrica, é razoável supor que, por exemplo, a deslocação e permanência da esposa no hospital aquando do parto, se repercuta sériamente no homem (Harvey e McGrath, 1988).

A implicação do cônjuge na dinâmica das doenças mentais do pós-parto ficou melhor fundamentada quando se notou que as mulheres portadoras de depressão de pós-parto avaliavam o suporte social (emocional e

instrumental) fornecido pelos maridos, como sendo muito mais deficiente quando comparadas com a avaliação feita pelas mulheres em estado psicológico considerado normal (O'Hara e col., 1983). Observações clínicas, também reforçaram a ideia de que as dificuldades pessoais (ambivalência) do marido perante o nascimento de um filho, podem ter um efeito destruturante sobre a mulher (cf. Figueiredo, 1977:103).

Gordon e Gordon (1960), já haviam referido que o envolvimento do marido nas reuniões de preparação do parto e o suporte de outros casais podia reduzir os problemas emocionais do pós-parto. Por sua vez, Blair e col. (1970), também haviam notado associação significativa entre a ausência do marido no momento do parto e depressão de pós-parto. Os estudos de Brown e col. (1977) foram na mesma linha, fazendo supor que a ausência de uma relação íntima heterosexual de confiança deixa as mulheres quatro vezes mais expostas a perturbação emocional perante um evento grave ou dificuldade significativa.

Por outro lado, o estudo de Paykel e col. (1980) veio reforçar a ideia de que um bom suporte pelo marido apenas é fundamental na prevenção da depressão de pós-parto, quando a mulher enfrenta circunstâncias especialmente adversas. Contudo, para estes autores, o papel de suporte do marido pode, aparentemente, ser substituido pelo de um confidente exterior ao casal. Estes dois elementos poderiam, no que interessa à prevenção da depressão de pós-parto, constituir os mais importantes fornecedores de suporte social (O'Hara e col., 1983).

Para além destes estudos, o conflito conjugal ou a baixa satisfação na relação conjugal, foram explicitamente implicados na génese da depressão de pós-parto em vários outros trabalhos (Ballinger e col., 1979; Braverman e Roux, 1978; Kumar e Robson, 1978, Kumar e col., 1984; O'Hara e col., 1983; Watson e col., 1984; Stein e col., 1989; Frate e col., 1979; Feggeter e col., 1981), os quais fornecem credibilidade à afirmação de Kendell (1985), de que sempre que se

pesquizou a relação entre o stress do conflito conjugal com a depressão de pós-parto, essa relação apareceu. Um resultado discordante desta perspectiva pode encontrar-se em Jacobson e col. (1965), que não encontraram qualquer associação entre doença mental do pós-parto e duração do casamento, embora a esta variável se possa (e deva) atribuir um significado distinto.

1.2. Suporte da familia

A família poderia constituir, de acordo com o modo em que tradicionalmente é considerada, o organismo ideal para congregar vários componentes que se julgam essenciais aos benefícios do suporte social: relações íntimas propiciadoras do sentido de segurança, partilha de interesses, oportunidade de receber e prestar cuidados. Nesta perspectiva podem ser entendidos os resultados obtidos no estudo de Figueiredo e col. (1982a) que avaliaram a selectividade da procura de pessoas significativas pela grávida. Numa amostra de 339 mulheres casadas estes autores notaram uma grande importância atribuida à mãe e seus substitutos.

Contudo, o suporte fornecido pela família não tem sido muito estudado nas doenças mentais do pós-parto, embora outras variáveis relacionadas com a família já tenham sido incluidas em diversos trabalhos científicos. Este facto é estranho porque a maternidade implica sempre ajustamentos na família e é nestas ocasiões de mudança que surgem a maioria dos ditos problemas psiquiátricos (Andolfi, 1981:24).

A doença mental do pós-parto apareceu associada a conflitos com familiares correntes ou doença física em familiares nos estudos de Ballinger e col.. (1979) e Kumar e Robson (1984), contrariando os achados de Blair e col. (1970) em que estes factores não haviam mostrado papel significativo.

Em trabalhos citados por Kitzinger (1978:155), 40 por cento dos casais não recebiam qualquer ajuda de familiares apesar da necessidade de

mobilizarem todos os seus recursos para enfrentar as dificuldades da maternidade. Paradoxalmente, e ainda segundo os mesmos estudos, a ajuda familiar não era muitas vezes desejada ou era, apenas, considerada de valor duvidoso. Contudo, a ausência de familiares em relativa proximidade física, foi implicada na depressão de pós-parto por Gordon e col. (1965), tendo Lightfoot e col. (1982) encontrado maiores níveis de ansiedade nas grávidas que possuiam familiares que residiam a pequena distância.

1.3. Suporte social alargado

O conceito de suporte social é por vezes estendido à restante comunidade (por exemplo, igrejas locais), incluindo especialmente a vizinhança. O papel de suporte social fornecido pela religião raramente foi investigado. Persiste, sobre esta questão, a opinião de Foundeur e col. (1957), já por nós comentada, de que nenhum grupo religioso particular produz mais doença mental do pós-parto do que outro.

A importância que algumas correntes atribuem aos preparativos para o nascimento e aos rituais tradicionais da maternidade deve-se à sua potencial capacidade de propiciar uma estrutura de suporte emocional aos pais. Nas descrições de aspectos da vida em ambientes rurais, dos malefícios da industrialização sobre a reorganização das familias, etc., podemos notar o saudosismo por outros estilos de vida, mais ricos em contactos e mais apoiados numa vida comunitária, capaz de fornecer uma vivência social de qualidade (Buhler, 1962:353). Cutrona (1984), também valoriza este suporte social alargado, no ajustamento ao pós-parto e Crockenberg (1981) atribui-lhe grande importância preventiva ao nível da saúde mental do bebé, nos casos de mães disfuncionais.

A principal limitação destes estudos pode relacionar-se com o facto de, na maioria dos casos, medirem opiniões subjectivas de pessoas em situações bem distintas de saúde ou doença (Monroe, 1983), podendo

acontecer que a situação depressiva module significativamente a apreciação do suporte recebido, (Barnett e Parker, 1985).

Alguns autores têm também chamado a atenção para o facto de que estamos perante posições teóricas ainda pouco consequentes, desconhecendo-se, nomeadamente, os mecanismos envolvidos, a importância relativa dos diferentes tipos de suporte e em que situações pode ser eficaz (Cutrona, 1984). Segundo Norbeck e Tilden (1983), "ninguém determinou ainda o que é verdadeiramente esta variável". Estes mesmos autores e Berkman (1987) afirmam que os conceitos aparecem sistemáticamente confundidos.

Esta falta de definições operacionais e de medidas válidas de alguns conceitos utilizados pelos autores que se referem ao suporte social foi bem evidenciada por Waring (cf. Waring e Reddon, 1983; Waring e Chelune, 1983 e Waring e Patton, 1984), a propósito da variável "intimidade", muito utilizada em vários dos estudos que iremos referir. Os mesmos autores, citando outros trabalhos, chamam ainda a atenção para o facto de determinados traços de personalidade poderem ser responsáveis quer pela vulnerabilidade à depressão quer pela falência em desenvolver relações íntimas.

Naturalmente que a importância dos factores sociais na doença tem muito a ver, também, com as características desta. Nos casos em que a doença consiste sobretudo num papel social degradado, é de prever maior influência de factores sociais sobre o seu prognóstico (cf. Susser, 1985:217-218).

Como que a confirmar a necessidade de encarar com grandes reservas as conclusões dos estudos nesta área, podemos citar um autor que obteve, em trabalhos temporalmente muito próximos, resultados parcialmente conflituais sobre a importância preventiva da existência de confidentes (O'Hara e col., 1983 e 1986).

2. Stress e acontecimentos relevantes da existência

A terminologia utilizada no estudo das doenças mentais do pós-parto é especialmente diversificada nos autores de trabalhos sobre o presumível papel do "stress" e "LE".

A palavra "stress" é de utilização corrente na Língua Inglesa mas não faz parte da Língua Portuguesa. Poderia ser traduzida por "dificuldade", "tensão", "esforço" mas o termo estrangeiro é, entre nós, de utilização muito vulgar. Na própria literatura de origem Anglo-Saxónica foram introduzidos alguns neologismos como "stressor" e "lifestress" (cf. O'Hara, 1986) e associaram-se vários termos para designar novos conceitos, como acontece em "life event" e "life change", (cf. Paykel e col., 1980; Lloyd, 1980) e "stress of change" (cf. O'Neil, 1986:249-275).

Aos eventos a que estes termos se referem foram em alguns casos acrescentados adjectivos classificativos como "major / minor" (Hopkins e col., 1984; Daw, 1988), "internos / externos" (Daw, 1988, Arizmendi e Affonso, 1987), "agudos / crónicos" (Orr e col., 1989), "gerais / específicos" (Arizmendi e Affonso, 1987; Nilsson, 1970), "negativos / positivos" (Boyd, 1982:118).

Segundo Istvan (1986), o estudo do papel do stress e LE como percursores de doença, isoladamente ou em conjunto, ocupou, durante as duas últimas décadas, um papel central na temática das ciências da saúde, tendo originado a edição de muitos volumes e jornais especializados. Precisamente duas décadas antes, o comportamentalista Costello (1966:65-100) já afirmava o mesmo na introdução ao capítulo sobre stress do seu livro de psicologia. De realçar que este mesmo capítulo termina com a aceitação expressa do autor da sua incapacidade de integrar num escrito coerente tudo o que havia sido escrito nesta área.

Stress é um termo de vulgarização relativamente recente na medicina

(inicialmente utilizado por Cannon, 1911), que se aplica indistinta e simultâneamente a uma situação ou circunstância externa e à resposta do organismo frente a ela (cf. Galletero e Guimón, 1989). Este autor refere-nos que esta confusão tem origens históricas e refere-se a dois conceitos de maior permanência "estímulos capazes de desencadear a secreção adrenal" (Cannon, 1911) e "resposta inespecífica do organismo a exigências exteriores" (Selye, 1936).

Segundo o mesmo autor, a extensão do conceito de stress do plano biológico ao plano psicológico, foi feita de acordo com as noções de "conflitos internos", passando o stress a poder também designar aquelas circunstâncias exteriores que facilitam as vivência de angústia.

O sociólogo David Armstrong (1983:51-56), é especialmente crítico em relação à utilização do termo stress e à imprecisão do seu significado na investigação em disciplinas da saúde. Para além das anteriores aplicações correntes do termo, encontrou também na literatura uma equivalência entre stress e "percepção".

Apesar da proliferação de termos e de significações, a compreensão das intensões dos vários autores não é difícil se nos lembrarmos que a puérpera, sendo geralmente bastante jovem e muitas vezes inexperiente, pode, durante a maternidade ou num período anterior mais ou menos prolongado, encontrar situações de simples dificuldade transitória até situações de tragédia que envolvem aspectos altamente valorizados da sua pessoa. Quer seja primípara ou multípara, a mulher é confrontada com exigências aumentadas que podem ser muito preocupantes para si (O'Hara, 1986).

Naturalmente que estes acontecimentos podem ser em número e importância muito variável. Paykel, em 1969, introduziu uma primeira lista de 33 acontecimentos relevantes que posteriormente viria a ser muito modificada (cf. sobre esta questão, a extensa revisão de Paykel (1982:146-160).

Não custa a crer que esses estímulos ou quaisquer outras situações de complexa caracterização (como o número ou a qualidade de experiências adversas presentes e passadas relacionadas com as relações íntimas), também tenham repercussão sobre a evolução da maternidade (J. L. Cox e col., 1987).

Na literatura por nós revista, a maternidade, globalmente considerada, tem sido vista como um acontecimento relevante (Field e col., 1985) ou uma série de acontecimentos relevantes que podem evocar a depressão em mulheres vulneráveis (O'Hara e col., 1984). O parto recebe uma elevada pontuação na escala dos LE, mais elevada ainda que o falecimento ou o desemprego inesperado.

Embora muitas das experiências referidas na literatura sejam de natureza psicológica (Kendell, 1985), alguns autores falam de "life-stress" relacionado com a maternidade e incluiem desde factores de índole demográfica e história obstétrica, até às complicações do peri-parto, aos LE e preocupações relacionadas com a prestação de cuidados ao bebé (ver Hopkins e col., 1987; O'Hara e col., 1984 e 1986). Para estes últimos autores, é ao stress de natureza social que se vem atribuindo progressivamente mais importância.

Arizmendi e Affonso (1987), incluem sob a designação de LE, não só a doença pessoal grave e a separação conjugal como o suporte social inadequado. Em sua opinião, o stress, a ansiedade e a depressão de pós-parto podem aparecer como consequência destes eventos ou de quaisquer outras experiências sociais, económicas, cognitivas e físicas que geram desconforto. Nestes casos, os termos LE e "stress" aparecem-nos como sinónimos de uma multiplicidade de variáveis que analizámos já separadamente.

2.1. Suporte teórico das teorias que abordam o stress e os LE

Esta terminologia tem, contudo, muito interesse porque nos introduz em

abordagens conceptuais (desenvolvidas nas últimas 3-4 décadas) que representam tentativas de construir outras tantas teorias psicológicas sobre a origem da doença em geral ou da depressão em particular.

Um entendimento mínimo da fundamentação teórica dos estudos sobre a maternidade que abordaram o stress, de modo algum pode ser procurado nos autores que escreveram sobre as doenças mentais do pós-parto. Exige uma definição apropriada de alguns termos envolvidos e, para esse efeito, o autor clássicamente apontado é Richard Lazarus. O seu livro "Psychological stress and the coping process" é, talvez, tão bom como outra qualquer das suas inúmeras obras. Na que agora referimos, o autor discorre sobre os termos stress (páginas 10-28) e "coping" (páginas 151-208).

O "stress" refere-se a características objectivas do ambiente. como períodos de frio intenso, falta de emprego, pressão familiar reivindicando determinados comportamentos de um qualquer membro, um acontecimento relevante (ex: falecimento de pessoa significativa), etc. "Coping" é utilizado em relação a um conjunto de recursos cognitivos, sociais, materiais ou outros que de algum modo possam assistir ao indivíduo. Deve notar-se que, nas palavras de Lazarus (página 151), a situação mais importante em termos de necessidades de "coping" são as situações de crise na vida do indivíduo (pela "ameaça" que intrinsecamente contêm).

Segundo O'Neil (1986:249-275), grande parte da antropologia médica fundamenta-se no "paradigma estrutural - funcional": as alterações sócio-culturais fazem apelo às capacidades de "coping" dos indivíduos no sentido de conseguirem o ajustamento (adaptação) às novas condições. Naturalmente que alguns indivíduos estão em "maior risco" de não conseguirem adaptar-se e poderão ficar doentes. Sem querermos aprofundar esta abordagem, diríamos que ela deve muito a Levy-Strauss, autor que nas décadas de 50-70 introduziu uma metodologia muito atraente de leitura dos comportamentos humanos - importância atribuida às correlações e oposições no equilibrio das estruturas e

interpretação de contos populares e outras manifestações de mitos ("Antrologia estrutural dois", páginas 90-118 e página 121 e seguintes).

Por oposição a este modelo, vários autores têm desenvolvido uma conceptualização "construccionista" (também designada por "interaccionista", "processual") em que as alterações nas instituições podem desencadear ideias e comportamentos de "actor" em determinados membros que poderiam levar à construcção de uma nova realidade social (mudanças de crenças, valores, distribuição de recursos...).

Claro que é o primeiro destes modelos que os autores referem a propósito da doença mental do pós-parto. Para Gordon e col. (1965), o parto e a chegada da nova criança podem ser considerados um "evento social agudo" e um importante acontecimento gerador de stress que altera bruscamente os padrões de vida e exige dos pais novos padrões comportamentais. A vulnerabilidade da mulher a perturbações emocionais pode ficar sériamente aumentada, dependendo, sobretudo, do número de comportamentos antigos que devem ser alterados face às novas exigências.

Lazarus (e Rahe que com ele colaborou várias vezes) estabeleceram o modelo "stress-adaptação" que, aplicado às doenças mentais do puerpério, permite comprender como as mudanças no ambiente pessoal e social da mulher podem desencadear um processo de adaptação mais ou menos complexo e eventualmente acompanhado por ansiedade. Para estes autores, o stress pode ser medido objectivamente e as consequências para a saúde são relativamente independentes da interpretação dos eventos e do mundo à sua volta (cf. O'Neil, 1986).

Outros autores (Melges e Bowlby, 1969) salientaram que o depressivo julga que todos os seus objectivos anteriores foram atingidos com numerosas frustrações e falhas e já não acredita na eficácia das suas aptidões e planos de acção para o futuro. As falhas são consideradas uma consequência da sua incompetência pelo que o apoio dos outros se

tornou imprescindível.

Seligman introduziu o termo "pessimismo aprendido" quando trabalhava com cães. Destes, os pré-tratados com choques eléctricos a que não podiam fugir, ficavam incapazes de demonstrar comportamentos de fuga adequados. Em 1978, juntamente com outro autor muito citado (cf. Abramson e col., 1978), reforçou a ideia de que o modo como cada um de nós é capaz de avaliar a sua capacidade de controlar os LE, pode constituir um factor determinante do comportamento humano. Estes autores introduziram a hipótese da "vulnerabilidade cognitiva", sugerindo que algumas pessoas têm um "estilo de atribuição" particular que lhes aumenta a probabilidade de se deprimirem. Trata-se de pessoas que aprenderam a perceber, interpretar ou avaliar eventos ou situações de um modo que torna esses eventos mais angustiantes ou negativos. As "atribuições internas estáveis" sobre as causas de eventos negativos originam os sintomas centrais da depressão: culpa (auto-depreciação), disforia, pessimismo e passividade.

Os estudos sobre estes "estilos de atribuição" sugerem que as pessoas que tendem a atribuir o control das suas vidas a factores externos, estão mais sujeitas a experienciar depressão.

Rehm, um autor que publicou muitas vezes com O'Hara, desenvolveu a teoria do "auto-control" (1977), afirmando que os indivíduos avaliam o seu comportamento fazendo uma atribuição interna para a causa de um evento particular. Um indivíduo que faz uma atribuição interna para um evento negativo pode sentir-se culpado e autodepreciar-se (auto-punição), enquanto que o que faz uma atribuição externa para um evento positivo nunca obtém auto-reforço. O efeito do modo como as pessoas apreendem as causas dos eventos tem sido, para Cutrona (1983), uma área muito investigada.

Uma das teorias mais elaboradas sobre o stress é a de Sarason e col. (1978). Este modelo teórico recebeu, posteriormente, uma interpretação que o tornou muito útil na compreensão da psicopatologia da

maternidade (cf. Norbeck e Tilden, 1983). Neste modelo, o stress psicológico envolve a avaliação pela mulher da situação ou tarefa com que se vê confrontada e da capacidade para a ultrapassar com êxito. Outros elementos importantes no momento da avaliação incluem as experiências negativas prévias e o suporte social disponível (principal factor contextual contribuindo como recurso). O stress segue-se a qualquer "chamada para a acção", sempre que a mulher avalia os recursos disponíveis como sendo insuficientes para a solução da tarefa. Demasiados pedidos de acção, podem resultar em "sobrecarga" no momento da análise da situação, interferindo nas hipóteses de êxito.

2.2. **Resultados prácticos dos estudos sobre as doenças mentais do pós-parto, stress e LE**

Destas posições teóricas que atribuem importância central ao "pessimismo", ao "locus de controlo externo", aos estilos de lidar com o exterior (Green, 1989), à predisposição do organismo para determinadas doenças e ao stress (O'Hara e col., 1984), foram isoladas linhas de investigação sobre o comportamento da mulher depressiva em puerpério. Os trabalhos mais citados utilizaram metodologia prospectiva.

A atribuição do control tem sido medida por escalas (a mais usada é de Rotter e data de 1966). Pretendem avaliar até que ponto os indivíduos percebem ou atribuem o controlo da sua vida a eles próprios (internalidade) ou à "sorte", "destino", ou outro qualquer factor (externalidade).

Na práctica, o stress é, na maioria das vezes, referido como sinónimo de "auto-avaliação de alterações de vida" ou de ansiedade (cf. Istvan, 1986) e para medir o impacto destes eventos stressantes particulares à experiência da maternidade, os vários agentes de stress aparecem organizados em categorias a avaliar através de escalas ou sub-escalas - 15 sub-escalas em Arizmendi e Affonso (1987) e 11 em O'Hara (1986).

Estas escalas são de vários tipos, tratando-se, por vezes de escalas visuais. Algumas outras permitem registar o sentido da mudança induzida pelo evento em avaliação sendo, em alguns casos, o registo feito retrospectivamente no pós-parto, através de cotações dadas pelas puérperas referindo-se, presumivelmente, à gravidez (Barnett e col., 1983).

Como os LE específicos da maternidade não estão actualmente determinados e só podem ser definidos após repetidos questionários às grávidas e puérperas (Arizmendi e Affonso, 1987), no caso de escalas não específicas, os autores têm seleccionado apenas parte dos items com o fim de identificar aqueles acontecimentos relevantes que possam ter maior significado no período da maternidade.

Trabalhos sobre a hipótese de que o estilo de atribuição depressivo poderia constituir um traço da personalidade capaz de predizer futura vulnerabilidade para a depressão no seguimento de stress, deram resultados contraditórios. Com efeito, o papel etiológico do estilo atribucional depressivo na depressão de pós-parto foi encontrado nos estudos de Cutrona (1983) - depressão de pós-parto avaliada às duas semanas de pós-parto e em que o estilo atribucional também influenciava o ritmo de recuperação da doença e nos estudos de O'Hara e col. (1982) - avaliação da depressão de pós-parto aos 2-3 meses de pós-parto. Contudo, Manly e col. (1982) não notaram esse papel etiológico sobre a depressão de pós-parto aos três dias de puerpério.

Watson e col. (1984), afirmam que a reacção a LE, incluindo o stress do parto, podem ajudar a entender a maioria dos episódios de depressão de pós-parto. Vários autores se mostram convictos de que as mulheres com depressão (sintomatologia depressiva ou estatuto diagnóstico de depressão) têm um excesso de LE negativos e excessiva exposição ao stress quando comparados com controlos normais (Boyd, 1982:118; Kaplan e col., 1987; Brown e Harris, 1978; Paykel e col., 1980).

Alguns autores afirmam que é o número / frequência de LE gerais

experimentados durante a gravidez que se relaciona com a depressão de pós-parto (O'Hara e col., 1984 e 1986) ou com as complicações da gravidez (Norbeck e Tilden, 1983).

Um dos estudos que mais frequentemente é citado na literatura é o de Paykel e col. (1980) em que um número aumentado de LE nos 12 meses anteriores ao parto apareceu significativamente associado com depressão ligeira medida por altos níveis de sintomas. Também muito referido é o trabalho de O'Hara e col. (1982), que acompanharam, através de medições com o inventário de depressão de Beck (Beck e col., 1970), a sintomatologia depressiva de 170 mulheres, desde o segundo trimestre da gravidez até aos três meses de pós-parto. O conjunto de variáveis que seleccionaram (stress do parto, acontecimentos relevantes, estilo de atribuição e depressão na gravidez) explicavam 40 por cento da variância no nível da depressão. Os mesmos autores, em 1983, embora com amostras muito pequenas, encontraram resultados semelhantes aos de Paykel e col. (1980), contabilizando o número de LE desde o início da gravidez e puerpério.

Recentemente, Hopkins e col. (1987) e Martin e col. (1989), não identificaram relação positiva entre evento recente "stressante" e depressão de pós-parto, contestando, assim, a importância etiológica destes acontecimentos.

Um dos grandes problemas destes estudos relaciona-se com a suspeita levantada por Brown e Harris (1978), de que níveis de ansiedade elevada (ansiedade traço) possa levar a avaliada a referir mais LE ou LE mais intensos. Pode, por isso, constituir erro associar a experiência de eventos a doenças psicológicas de um modo causal sem ter em atenção o nível de traço de ansiedade.

Como vimos, alguns estudos fizeram uma definição muito incompleta das variáveis em estudo. Paykel e col. (1980) argumentam que, pelo menos, a separação entre LE (alterações importantes no ambiente social) e preocupações persistentes por outros factores ambientais, é

fundamental.

Os trabalhos sobre eventos stressantes durante o período da maternidade deixam várias preguntas em aberto, nomeadamente sobre a qualidade das listas de eventos da literatura, os critérios de selecção dos items a avaliar e a escolha do momento e do período considerado relevante para a avaliação (Brown e Harris, 1978; Bebbington, 1980; Lloyd, 1980).

Devemos ainda referir que a perspectiva da importância do "pessimismo" tem sido contestada por autores que defendem que uma visão pessimista do futuro não está sempre presente na depressão (Breen, 1989). Para Dennerstein (1986), a clarificação do problema do estilo cognitivo e suas relações com o início da depressão não foi ainda efectuada. Por outro lado, a importância nuclear atribuida aos défices de autocontrole nas depressões de pós-parto não foi demonstrada por um dos autores que mais tem acarinhado as teorias descritas (O'Hara e col., 1982).

Finalmente, também é previsível que factores como características genéticas, idade, grau de maturidade e modos habituais de reagir, duração, intensidade e natureza do factor em estudo afectem o resultado final destes eventos sobre o indivíduo (Istvan, 1986; Chalmers, 1983; Barnett e Parker, 1985).

Factores culturais

Factores sociais e culturais têm sido implicados na génese da depressão. Foram, por exemplo, estudadas as alterações na estrutura das famílias, padrões profissionais, urbanização, utilização de drogas (psicofármacos, álcool, etc.) e papel dos hábitos de demonstração de sentimentos (cf. Murphy, 1986).

Não há qualquer dúvida de que as sociedades ocidentais, sobretudo a nível rural, modificaram muito rápidamente os valores e prácticas culturais relacionadas com a maternidade. No que respeita, por exemplo, à organização dos serviços de apoio fornecidos à parturiente, podemos lembrar que a assistência médica aos partos é um hábito relativamente recente e que a própria profissão de parteira tem pouco mais de um século (Lawrence, 1990). Um aspecto muito recente da mudança de mentalidades é a importância actualmente atribuída às disfunções psicológicas da maternidade - note-se, por exemplo, que os técnicos de saúde têm, espontâneamente, manifestado novas necessidades de formação nesta área (J. L. Cox e col., 1982).

De um modo geral reconhece-se que mudanças sociais rápidas e alterações nas normas culturais podem ter efeitos desorientadores sobre o comportamento emocional dos indivíduos (Wickramaratne e col., 1989). De acordo com vários autores citados por Buhler (1962:347-376), a nossa cultura poderia mesmo ser especialmente propícia ao desenvolvimento de graves conflitos pessoais por, contráriamente a outras, favorecer "a descontinuidade de papéis" (os ensinamentos fornecidos às crianças terão que ser remodelados na vida adulta). De facto, não existe ainda um padrão que permita saber com precisão, o que se deve esperar normalmente de determinada pessoa nas diversas situações com que será confrontada.

A importância dos factores sociais e culturais na doença pode ser entendida nas afirmações de Marcel Mauss (1974:203):

"... a emoção, a percepção e, mais precisamente, o movimento e o estado do corpo condicionam directamente o estado social e são por ele condicionados. A tríplice consideração do corpo, do espírito e do meio social deve ser sempre, feita conjuntamente."

Hamilton (1962:99-100) refere-se a pressões culturais específicas sobre a mulher:

"... A civilização ocidental favorece, pela sua estruturação, uma grande ligação entre o stress e o sexo. Embora quer os homens quer as mulheres estejam sujeitos a pressões restritivas, estas reflectem-se muito mais profundamente sobre a mulher."

Boucebci (1982:102-148) afirma que desde as épocas mais recuadas, a moral das sociedades levou a que problemática da mulher, o seu lugar e o seu estatuto no meio do grupo social, girassem à volta da sua capacidade de gerar um filho e da manifestação constante e regular desta sua função. Este autor refere que os contos populares de todas as culturas sublinham a obrigatoriedade de as mulheres terem múltiplos filhos, notando-se que, em muitas delas, a mulher em fase de maternidade beneficia de um estatuto particular que a valoriza e lhe confere vários benefícios secundários.

Ainda na perspectiva deste autor, há uma clivagem (operada na mulher moderna) entre as potencialidades procriadoras e a função sexual; contrariamente, na mulher tradicional estas funções permitiam uma grande harmonia entre a vivência pessoal e as representações sociais colectivas, funcionando a gravidez como afirmação do polo fisiológico da sua feminilidade.

A conhecida antropóloga Mead estudou especialmente os padrões de distribuição de tarefas dentro das unidades sociais. Sublinhou, por exemplo, no seu livro "Homens e mulheres", de 1949, a variabilidade

cultural das normas que orientam os pais mostrando, contudo, como o papel educativo das mães é uniformemente valorizado e como o processo da maternidade é acompanhado pelo reforço do apoio comunitário às jovens mães. Nesta mesma obra a autora demonstrou que a sintomatologia presente durante a gravidez é, em boa parte, culturalmente determinada.

Notando que as atitudes para com a maternidade variam de país para país (Blair e col., 1970), alguns autores têm dirigido as suas pesquisas no sentido de isolarem razões culturais e sociais para a depressão de pós-parto. Trata-se de uma perspectiva recente e muito pouco explorada, havendo autores de revisões sobre o assunto que afirmam ter encontrado pouca evidência da existência de depressão de pós-parto em culturas não ocidentais (Stern e Kruckman, 1983), enquanto outros apontam exemplos da patologia em todos os lugares por onde passaram (cf. J. L. Cox e col., 1982). O grande interesse de se encontrar uma resposta definitiva para esta questão deve-se ao facto de ela poder contribuir para o esclarecimento da influência de factores sócio-económicos ou mesmo do ambiente físico (cf. Barker e Rose, 1979:5-7) na génese da depressão de pós-parto.

Thompson e col., (1990) compararam dois grupos de primíparas casadas que deram à luz numa região do Reino Unido em 1951 e 1985. Estes autores salientam grandes e significativas diferenças ocorridas nestas três década, no que respeita ao planeamento da gravidez e ao papel do homem durante toda a maternidade. Os maridos frequentam agora as aulas de ensino pré-natal, acompanham muitas vezes a mulher durante o parto e participam muito mais na prestação de cuidados ao bebé. Os padrões de amamentação, contudo, quase não mudaram. Em, 1985, as mães tinham níveis de educação superior, melhores hábitos alimentares e constituiam famílias de menor dimensão. As gravidezes em mulheres com idade inferior a 20 anos, tornaram-se mais raras e ganharam-se, também, hábitos de uma relação proveitosa com os serviços de saúde (ex: melhor acolhimento aos visitadores domiciliários). Naturalmente, que a descrição do autor salienta também as significativas melhorias

constatadas ao nível dos serviços médicos oferecidos.

Sheila Kitzinger (1978:35 e seguintes), dá-nos, com pormenor, uma perspectiva da influência que padrões culturais e sociais podem ter na psicopatologia da maternidade. Refere-nos esta autora que a tarefa principal dos pais centra-se, agora, e desde muito precocemente, no êxito da educação dos filhos. Criou-se uma visão romantizada de mães ternas que amam os filhos e que, em consequência do acto biológico de dar à luz, se tornam diferentes - abnegadas, generosas, satisfeitas com o seu sacrifício. Valorizam-se sobretudo as emoções resultantes das exigências de adaptação às necessidades do bébé, como demonstra a frequência com que são utilizados alguns termos como "quarto trimestre da gravidez", "laço simbiótico", "existência marsupial", "lapa", "contiguidade física".

Gordon e Gordon (1967) administraram um questionário a 335 mulheres e demonstraram que para além de factores de índole psicológica ("insegurança pessoal" relacionada com experiências passadas), os conflitos de papel a desempenhar explicavam a maioria das dificuldades referidas pelas mulheres em fase de puerpério.

Segundo alguns autores, há outras contradições latentes na cultura actual das sociedades ocidentais. Se por um lado parece que vivemos numa cultura centrada sobre a criança (desvalorização dos direitos da mãe face às pretensas necessidades dos filhos), por outro lado valoriza-se muito mais o individualismo, a independência, a privacidade e a iniciativa individual (cf. Birns e Hay, 1988:5).

A crença que as emoções da grávida podem ter repercussões sobre a saúde e capacidade de desenvolvimento dos bébés, está também generalizada aos rituais e folclore das diversas culturas (Istvan, 1986).

Ferreira, em notável publicação de 1965, procurou demonstrar isto mesmo, tendo desenvolvido a ideia de um "ambiente pré-natal" que

desempenharia um grande papel na formação do comportamento do indivíduo. Eventuais atitudes negativas das mães em relação à gravidez, poderiam "por vários meios" ser transmitidas ao feto e reflectir-se no comportamento anormal da criança. O próprio autor reconhecia que ainda só possuia "conjecturas e especulação" mas para o efeito que defendia, a então recente e ainda nebulosa descoberta do papel da serotonina, era pouco menos do que ideal.

Também achámos notáveis os volumosos trabalhos de This (1977) sobre esta mesma questão. This era um erudito no estudo da Bíblia, da mitologia grega e da etnologia. Na sua obra, dificilmente se vislumbra a culpabilização das mães mas não deixa de afirmar que a vida futura de uma criança "será um paraíso ou um inferno segundo as primeiras impressões fetais ou neo-natais que lhe forem propiciadas" (página 14).

Assim, apesar de este processo poder ser definido, como vimos em capítulo anterior, em termos que envolvem reciprocidade de manifestações, os ideais sobre a maternidade centram claramente a relação no filho e obrigam a que a mãe lhe demonstre um amor constante (Crockenberg, 1981).

Esta imagem ocidental da maternidade pode mesmo ter influenciado a observação dos hábitos de outras gentes. Levy-Strauss, no livro "Tristes trópicos" (páginas 278-279) afirma, ao descrever a rotina de vida de índios brasileiros, que eles têm pelos filhos uma afeição muito viva e que "o espectáculo de uma mãe com a sua criança é cheio de alegria e de frescura".

Claro que estas exigências de grande proximidade, amor e alegria ao cuidar de um bebé, podem originar culpabilidade e ansiedade sempre que a vivência individual impossibilite a aceitação deste modelo. Uma consequência de grande interesse práctico que pode resultar da aceitação mais ou menos consciente destas normas sociais, pode ser identificada na opinião habitualmente expressa pelas grávidas de que

"não esperam sentir-se no seu melhor" (Sharp e King, 1991).

Este amor, poderá não ser vivido de um modo tão absorvente e parece, pelo menos, seguro que em quase metade dos casos é precedido por sentimentos de indiferença. Este fenómeno é considerado complexo e mal esclarecido (Robson e col., 1980) mas não deixará de confrontar a mulher com a disparidade entre os seus próprios sentimentos e as expectativas culturalmente interiorizadas de obrigatoriedade de competência e satisfação durante o processo da maternidade (J. L. Cox e col., 1982).

O desamparo em que podem encontrar-se os jovens progenitores pode ainda ser agravado por outros factores de âmbito cultural que revelam modificações importantes no modo de encarar a maternidade.

Stern e Kruckman (1983) defendem a perspectiva antropológica na etiologia da depressão de pós-parto. Na sua hipótese de que esta doença possa representar, nos países ocidentais, um sindrome ligado à cultura, valoriza-se a falta de estruturação social dos eventos do pós-parto, a falta de reconhecimento da transição do papel da mãe e o deficiente suporte instrumental que lhe é fornecido. Este autor, que se manifesta contra as abordagens terapêuticas farmacológicas, sugere a adopção de conceptualizações que assimilem o comportamento simbólico e os processos biológicos.

Nesta perspectiva, a valorização do impacto de padrões culturais no período do puerpério, poderia resultar do facto de se terem identificado elementos comuns na sua estruturação que o distinguem de outras fases da vida da mulher: medidas de protecção à vulnerabilidade aumentada da jovem mãe com isolamento social, repouso obrigatório, assistência nas tarefas por familiares e/ou parteira, reconhecimento formal de um novo estatuto social através de rituais, oferendas e outros meios (Stern e Kruckman, 1983), (*).

Nos Estados Unidos da América e em alguns países europeus, tiveram

(*) cf. também as referências de Levy-Strauss em "O olhar distanciado", página 107

grande impacto social as investigações sobre a relação "mãe - filho". De acordo com Haire e Haire (citado por Bradley e Wiggins, 1983), "os rituais hospitalares que rodeiam o parto ajudaram a destruir o efeito de coesão que o nascimento devia ter na unidade familiar em evolução". Os supostos malefícios das novas técnicas de saúde materna e infantil sobre o bem-estar de mães, crianças e pais, são também continuamente evidenciados na obra já citada de This (páginas 8, 71, 294, 313).

Nos países não ocidentais, os rituais do pós-parto têm resistido mais fácilmente à evolução dos tempos (J. L. Cox, 1988). Para este autor é admissível que a ausência destes comportamentos rotineiros aumente a probabilidade de aparecimento de depressão de pós-parto introduzindo insatisfação na relação conjugal e favorecendo a instalação de um estatuto social ambivalente, face à já referida ênfase no desenvolvimento da individualidade e da autonomia, que inibe o pedido de ajuda e dificulta o acesso a modelos adequados.

A importante capacidade moduladora dos fenómenos sócio-culturais facilitou também a argumentação feminista de que existe um vínculo directo entre a depressão de pós-parto e o papel inferior da mulher, numa "sociedade de homens" (Vogels, 1989). Deve notar-se, a este propósito, que o recente aumento de interesse da comunidade cientifica pelas perturbações psicológicas da maternidade pode resultar, até certo ponto, do impacto dos movimentos feministas (Kendell, 1985).

Ao interpretar as observações feitas pelos antropologistas, deve atender-se a que a valorização selectiva de determinados aspectos de uma cultura é uma tendência dificilmente ultrapassada por qualquer investigador (Harris, 1981).

Laplantine (1982:11-31) chamou a este problema "o discurso formado pela equação pessoal do investigador". Em sua opinião, deveria ser sempre analizada a natureza da implicação psico-afectiva e sócio-cultural do observador com o objecto de estudo. De facto, e ainda de acordo com este autor, o psiquiatra ou o etnólogo deviriam "fazer o

luto" da possibilidade de "pensar fora dos quadros sociais da nossa própria cultura e da subjectividade característica de cada um de nós".

Além disso, os mecanismos etiológicos para a depressão de pós-parto propostos pelas correntes antropológicas, necessitam ser aferidos pela avaliação conjunta de outros factores (ex: económicos) que os podem modificar (Mann e col., 1981; J. L. Cox e col., 1982).

V - Frequência das doenças mentais do pós-parto

Segundo Barker e Rose (1979:46 e seguintes), os "métodos de descrição" mais adequados para caracterizar a frequência de uma patologia são a taxa de prevalência (habitualmente definida como a proporção da população em estudo que tem a doença ou a característica num dado momento no tempo) e a taxa de incidência anual (proporção dos que desenvolveram a doença num ano e que nunca tinham tido a patologia). Deve notar-se que em vários estudos sobre as doenças mentais do pós-parto, a primeira destas medidas também é referida sob a designação de "taxa de prevalência pontual" e a taxa de incidência também tem sido designada como "taxa de prevalência anual".

Para Boyd (1982:112), outras medidas eventualmente úteis e ocasionalmente apresentadas nesta situação, são as "taxas de prevalência periódica" (em que se contabilizam os casos presentes num determinado período de tempo) e as taxas de incidência também referidas a um determinado período (em regra 3 ou 6 meses).

A correcta utilização dos conceitos envolvidos sob a designação de taxas, a sua definição, a forma sob que devem ser apresentados os resultados e a sua amplitude, têm sido motivo para repetidas e controversas exposições (cf. Flanders e O'Brien, 1989), pelo que se compreende que no estudo da frequência das doenças mentais e das doenças mentais do pós-parto na comunidade, os autores tenham utilizado, de um modo geral, medidas muito próprias.

No caso da taxa de prevalência, os episódios de doença mental de longa duração têm uma maior probabilidade de serem contabilizados podendo haver o risco de eventual confusão entre determinantes de ocorrência e determinantes de duração - como Barker e Rose (1979:49 e seguintes) descrevem.

Por outro lado, no caso particular dos estudos sobre a doença mental do pós-parto, a confirmação de que se trata realmente de um primeiro episódio pode ser difícil, atendendo às características da patologia e ao que anteriormente se referiu a propósito das dificuldades de valorização de dados de natureza retrospectiva.

De acordo com os mesmos autores (página 48), cada uma das alternativas que podem ser utilizadas para avaliar a frequência destas doenças, requer informação difícil de adquirir em investigações epidemiológicas estruturadas.

Como já foi, em parte, referido, vários factores podem influenciar as estimativas das taxas de doença mental do pós-parto, nomeadamente, a estrutura da população, a disponibilidade de tratamentos psiquiátricos na comunidade, os critérios adoptados em atribuir a doença aos efeitos do parto, as características da amostra, o momento de avaliação (Zajicek e Wolkind, 1978; Ryle, 1961) e diferenças mal esclarecidas entre sucessivos coortes (Davidson e Robertson, 1985). Para além destes factores, a não utilização de amostras de base comunitária (cf. Barker e Rose, 1979:48), retira qualquer sentido a valores de prevalência frequentemente referidas na literatura como as que foram calculadas por Paykel e col. (1980) e Cutrona (1983 e 1984).

Da anterior definição de incidência pode inferir-se que este parâmetro está claramente dependente dos critérios temporais utilizados. A propósito da psicopatologia da maternidade, Meltzer e Kumar (1985), referem que variações neste critério lhe permitiriam obter alterações muito significativas na incidência da variante psicótica da doença mental do pós-parto.

Um outro problema na avaliação da importância específica da patologia depressiva ligada ao parto, é, como vimos, a necessidade de comparar as taxas obtidas (em consultas, internamentos ou rastreios), com os valores obtidos na população geral. Os fundamentos desta afirmação merecem ser melhor compreendidos.

Como diz J. L. Cox (1979), a ocorrência de sintomas psiquiátricos durante a maternidade, pode ser devida a simples coincidência porque "neurose" e maternidade são ambas comuns. É, por isso, admissível a hipótese de que aparecem juntas por acaso. Ainda segundo este autor, a afirmação de que a depressão é comum durante o pós-parto é muitas vezes infundada, devendo evitar-se conclusões baseadas exclusivamente em comparações relativas de frequência na gravidez e no pós-parto, como tem sido feito pela maioria dos autores (cf. O'Hara, 1986).

Contudo, encontrar populações que sejam comparáveis aos grupos de puérperas tem-se revelado uma tarefa complexa. A primeira exigência é constituída pela obrigatoriedade de seleccionar controlos exclusivamente do sexo feminino. As extensas revisões de Weissman e Klerman (1977), indicam-nos que a depressão diagnosticada e os sintomas depressivos são, na população geral, mais frequentes nas mulheres que nos homens, embora, de acordo com Wickramarate (1989), as diferenças estejam, aparentemente, a diminuir nas últimas décadas.

Deve notar-se que o trabalho de Weissman e Klerman (1977) se refere às "depressões não bipolares", englobando as sub-classificações de depressão neurótica, reactiva, endógena, involutiva, psicógena, psicótica, unipolar, etc., uma vez que a ausência de concordância internacional quanto a nosologia, impediram os autores de apresentar dados epidemiológicos de outro tipo.

Para além do estudo agora referido, Myrna Weissman foi primeira autora em mais duas publicações da maior relevância para o tema que nos ocupa. Em 1972 colaborou num estudo controlado em que se procurou demonstrar os efeitos catastróficos da depressão materna sobre a criança, assunto que foi tratado por muitos outros autores, como vimos em capítulo precedente. Em 1981 participou na determinação da prevalência da depressão para uma comunidade urbana dos Estados Unidos da América.

Na publicação conjunta de Weissman e Klerman (1977) é também apresentada uma síntese das teorias que pretendem explicar a maior frequência da depressão na mulher. São nomeadamente revistas a importância de factores não controlados, a susceptibilidade biológica (genética ou endócrina) e factores psico-sociais como a discriminação social e o "pessimismo aprendido".

Esta "vulnerabilidade" das mulheres para a depressão, tem sido muito comentada por outros autores (cf. dissertação de Freud sobre "feminilidade"; Boyd, 1982:113; Tennant, 1985; Scarf, 1980) e pode conter elementos esclarecedores, para o assunto que nos ocupa (aumento da sua fragilidade no pós-parto).

Como quer que seja, a prevalência pontual da depressão não bipolar aparece, nas revisões que citámos, com valores compreendidos entre 2.0 e 9.3 por 100 mulheres. Técnicas diagnósticas padronizadas já antes referidas, foram usadas no cálculo destes valores para a população feminina adulta. Mas esses estudos fazem, também, prever significativas diferenças regionais.

Quando as taxas de prevalência se baseiam na auto-avaliação e contagem de sintomas depressivos, encontramos valores superiores, mas bastante próximos entre si. A prevalência pontual situa-se entre 13 e 20 por cento da população (cf. também Bromet e Cronely, 1984; Garrison e Earls, 1986). Alguns destes estudos incluem amostras de mulheres com filhos entre os 4 meses e 5 anos. No Reino Unido, um estudo envolvendo mulheres nas mesmas circunstâncias, apresenta valores mais elevados (cf. Ghodsian e Col., 1984).

Outro caso de frequência de depressão invulgarmente elevada, surgiu no recente trabalho de Orr e James (1989) que constataram significativos níveis de sintomas depressivos em 38.3 por cento das 149 mulheres (com filhos entre 5-10 anos) que observaram. Esta amostra baseou-se em mulheres que solicitaram consulta ao pediatra num centro de cuidados primários urbano. Por ter utilizado uma das escalas a que se deu maior

relevo neste escrito, devem citar-se, ainda, os trabalhos baseados na escala de ZUNG e fectuados por Blumenthal (1975), que obteve valores de 32 por cento.

Como já se referiu, alguns destes estudos referem-se especificamente a mulheres com filhos pequenos e, nestes casos, entra-se em linha de conta com uma segunda dificuldade na selecção da amostra. Como referimos a propósito da importância de factores de índole obstétrica, parece ser aconselhável padronizar as taxas de prevalência para os valores da paridade.

Vindas da mesma linha de investigação da prevalência da depressão, as publicações de Robins (1984), fazem notar que os episódios depressivos apresentam picos nas jovens adultas pelo que se julga também necessário aferir as taxas brutas para a idade.

Para além de os dados antes referidos, obtidos em populações não relacionadas com a maternidade, poderem ser utilizados como termo de comparação quando se pretende avaliar a frequência das doenças mentais do pós-parto, alguns autores preferiram utilizar populações de controlo por si mesmos avaliadas.

É este o caso do estudo de Ryle (1961) que avaliou as taxas de prevalência anual para as mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 39 anos que frequentaram três ou mais consultas dos médicos de família. Mulheres em período de maternidade foram incluidas. Os valores obtidos foram de 95 por 1000 para as doenças reactivas (19 por 1000 para as mulheres em pós-parto) e, nas depressões a que chamava endógenas, 5 por 1000 (26 por 1000 para as mulheres em pós-parto).

O primeiro estudo que forneceu dados de incidência para os casos internados terá sido efectuado em 1886 pelo inglês Macleod's (citado por Pugh, 1963) que recorreu "aos ficheiros de amigos e vários outros meios". Permitiu estimar que as hipóteses de internamento por doença mental do pós-parto se aproximavam de 2.5 por 1000 parturientes.

Estudos mais recentes realizados com base nos internamentos hospitalares, alguns já referidos e outros como os de Carnes (1983) e Brandon (1982), confirmaram a relativa estabilidade deste número, apesar das significativas alterações do contexto em que a patologia foi diagnosticada. Esta frequência constante de quadros clínicos graves (que os autores habitualmente designam por psicose puerperal), foi durante várias décadas o argumento fundamental para os que defendem a existência de uma doença específica do pós-parto.

No que respeita à determinação das taxas de incidência das patologias de gravidade mais moderada (depressão de pós-parto) nota-se uma maior variabilidade. Isto é compreensível se atendermos a que a patologia exige, na sua pesquisa, metodologia mais complexa (Harris e col., 1989b). A incidência da depressão de pós-parto no ano que se segue ao parto tem sido situada, pela maioria dos autores, entre 3 e 27 por cento dos partos (cf. Vogels, 1989; Harding, 1989; Hopkins e col., 1984; Bridge e col., 1985), sendo o resultado mais referido o dos estudos de Pitt (1968 e 1973) que mostram uma incidência anual de 10 por cento.

A conjugação de metodologia do tipo prospectivo e de avaliações baseadas em entrevistas estruturadas, permitiram a alguns trabalhos recentes apresentar valores de incidência referidos a vários períodos de pós-parto precoce: às 6 semanas - 7.8 por cento, com critérios SPI, por Watson e col. (1984), às 8 semanas - 8.1 por cento, com critérios DSM-III, por Cutrona (1983), às 9 semanas - 12 por cento, com critérios RDC, por O'Hara e col. (1984) e às 12 semanas - 14 por cento por Kumar e Robson (1984), com entrevista semi-estruturada.

A incidência anual foi calculada apenas nos estudos mais prolongados e atingiu valores de 27 por cento nos trabalhos de Watson e col. (1984) e Kumar e Robson (1984) e 15 por cento nos estudo de Cooper e col. (1988).

Na análise da prevalência pontual há também variabilidade

significativa. Observa-se igualmente tendência a atribuir significado especial aos instrumentos e critérios diagnósticos utilizados (Gjerdingen e col., 1986; Hopkins e col., 1984). O quadro seguinte não é exaustivo e apenas inclui alguns dos trabalhos mais referidos. A ausência de uma base populacional é a regra nestes estudos, como já foi comentado em capítulo precedente.

		Prevalência percentual			
		Entre 1-2	Entre 3-5	Entre 6-9	Aos 12
Autores	**Critério (*)**	**meses**	**meses**	**meses**	**meses**
Ryle (1961)	3				3
Tod (1964)	3				2.9
Blair e col. (1970)	3		23		
Dalton (1971)	3	7			
Kumar e Robson (1978)	1		16		
Hayworth e col. (1980)	2	22			
Wolkind e col. (1980)	3		10		
Paykel e col. (1980)	2	20			
J. L. Cox e col., (1982)	1		13		
Watson e col. (1984)	1	16			
O'Hara e col. (1984)	1	12			
Kumar e Robson (1984)	1		17		
Buesching e col. (1986)	2	17.5			
Cooper e col. (1988)	1		8.7	8.8	5.2

(*) 1 - Entrevista padronizada; 2 - Escala de avaliação; 3 - Outros métodos

Deve sublinhar-se (dada a frequência com que a literatura especializada afirma o contrário), que a utilização de entrevistas estruturadas não tem aparecido sempre associada a baixos valores de frequência de depressão de pós-parto. Se por uma lado Cutrona (1983) obteve 3.5 por cento às 8 semanas e Gotlib e col. (1989) 7 por cento, já Watson e col. (1984) obtiveram 16 por cento de casos de doença

psiquiátrica numa altura muito semelhante do pós-parto, utilizando a mesma metodologia. É ainda digno de registo, o valor de 28.6 por cento obtido por este mesmo método, numa sub-amostra do trabalho de Kumar e Robson (1984).

Os valores obtidos por Cooper e col. (1988), em múltiplas avaliações, merecem uma referência especial porque, como já referimos, não diferiram, em termos de significancia estatística, dos obtidos na mesma amostra durante a gravidez, e num grupo de mulheres em período não relacionado com a maternidade.

VI - Clínica das doenças mentais do pós-parto

1. Sintomas mentais do puerpério

Para além de variados estudos experimentais, alguns dos quais já foram referidos, as doenças mentais do pós-parto têm originado múltiplos artigos científicos de revisão. Uns e outros contribuiram para o esclarecimento da fenomenologia das doenças mentais do pós-parto e ajudaram a construir um léxico de sintomas destas patologias.

Em seguida resumem-se os sintomas e sinais das doenças mentais do pós-parto, com base na divisão tradicional em elementos de natureza afectiva, equivalentes fisiológicos e equivalentes psicológicos (cf. Hamilton 82:4 e seguintes). Não se pretende retomar aqui uma discussão de conceitos relativos à psicopatologia das doenças depressivas mas tão só fornecer uma listagem daqueles elementos que alguns autores acham mais específicos da situação de perturbação mental que coincide com o puerpério.

Robert e Lamontagne (1977:297-302) foram alguns dos autores que tentaram construir um quadro dos principais sintomas dos diversos estados depressivos. Começaram a sua exposição sublinhando a controvérsia que resulta da diversidade de elementos semiológicos e fenomenológicos que podem estar presentes na depressão. As tentativas de caracterizar a apresentação clínica de subgrupos de doença depressiva demonstra, por sua vez, a sobreposição de uma grande parte de sinais e sintomas nestes subgrupos (Cardoso, 1988:52). De facto, também podem constatar-se, nas doenças mentais do pós-parto, formas clínicas em que predominam as perturbações do humor (formas melancólicas, de excitação maníaca, mistas) e formas em que sobressai a confusão mental ou outro qualquer sintoma depressivo.

É especialmente útil confrontar a questão assim equacionada, com a

afirmação de Ey e col. (1974:788), de que "pode verificar-se a ausência de especificidade das respostas clínicas nas doenças mentais do pós-parto", ou de Protheroe (1969) que sublinha o facto de que "o modo de apresentação das doenças mentais do pós-parto tem muito em comum com patologias não puerperais". Hamilton (1962:16), também evidencia bem esta questão quando introduz o estudo dos perfis clínicos da patologia sob o título "variabilidade de sintomas e sindromes". Pertence a este autor (página 34) a ideia de que a doença psiquiátrica que aparece no pós-parto pode ser comparada à hidra da mitologia porque (página 21):

> "Em resumo, as doentes em período de puerpério têm tendência a exibir uma grande variedade de sintomas e a mudar - por vezes muito rápidamente - de um quadro clínico para outro ou de um estado de relativa melhoria para um agravamento".

1.1. Alterações predominantemente afectivas

A tristeza constitui o tema dominante das patologias do pós-parto (Hamilton, 1989). Claro que, como em outras situações, a tristeza não define, só por si, uma depressão clínica (cf. Dias, 1984) e o humor depressivo pode manifestar-se, por exemplo, como falta de resposta emocional às actividades correntes (abaixamento do humor). "Disforia" é um termo de significado mais polémico que, contudo, é muitas vezes referido nas depressões de pós-parto (ver Dennerstein e col., 1986).

A labilidade do humor é um sintoma típico das patologias puerperais segundo Protheroe (1969); Hamilton (1962); Dean e Kendell (1981) e Katona (1982). Field e col. (1985), consideram este sintoma uma característica distintiva das mães deprimidas. Brockington (1978), para além de valorizar a labilidade do humor como sintoma típico do puerpério, refere que a elação é mais frequente nas reacções psicóticas puerperais do que nas psicoses não puerperais.

A vivência ansiosa é geralmente considerada um sintoma da depressão e

as escalas clínicas padronizadas da depressão contêm, em regra, vários items para a ansiedade. Este facto é justificado porque alguns autores (cf. Braconnier, 1982:141-156) defendem mesmo a existência de uma continuidade entre a ansiedade e a constelação depressiva (a ansiedade como "ameaça de depressão").

O estudo das relações entre ansiedade e a maternidade disponibilizou uma grande quantidade de material para análise que ultrapassa os objectivos deste trabalho e já foi brevemente aflorado em outro capítulo (páginas 96-97). Podemos relembrar que a ansiedade é o conceito mais utilizado na descrição das complicações obstétricas em geral (Breen, 1975:22; Figueiredo e col. 1982c). No puerpério, pode ter especial importância a consideração diferencial de "ansiedade estado" e "ansiedade traço" e a respectiva influência nos diagnósticos de depressão tendo, inclusivé, sido proposto que a depressão de pós-parto corresponderia a uma forma ansiosa de depressão (Field e col., 1985).

Este sintoma, tal como a apreensão e a tensão, tem grande importância nas depressões de pós-parto (Field e col., 1985) ou em qualquer outra entidade nosológica em que se incluam estas doentes (Hamilton, 1962:88). Segundo alguns autores (ver J. L. Cox e col., 1982), esta sintomatologia atinge uma intensidade máxima na primeira semana de pós-parto e uma intensidade mínima mais tarde, aos 3-5 meses. Em alguns casos mais raros, pode adquirir características de extrema gravidade e ser acompanhada de agressividade e desinteresse pela criança (McNeil e col., 1988). Estes sintomas estão, também, frequentemente associados à confusão mental e a alterações perceptivas, originando quadros especialmente polimorfos (Ey e col., 1974:793).

A irritabilidade parece ter, na gravidez, uma distribuição relativamente semelhante à da ansiedade (J. L. Cox e col., 1982) e no puerpério tem sido considerada um sintoma precoce (Hamilton, 1962). A irritabilidade, é habitualmente identificada como um humor separado da

depressão e ansiedade, constituindo, na maioria das escalas, uma parâmetro independente. Jacobson e col (1965) exploraram os sintomas psiquiátricos numa amostra aleatória de mulheres em puerpério constatando que entre as queixas mais comuns se encontravam a irritabilidade, tensão e ansiedade.

Finalmente, as depressões puerperais têm, relativamente a outras depressões, uma característica distintiva que Pitt (1968) valorizou especialmente e que é regularmente referida em muitos autores posteriores: pioria no final do dia ("variação diurna do humor").

1.2. **Equivalentes fisiológicos**

Os equivalentes fisiológicos são sintomas somáticos com focalização e descrição muito diversa. A ocorrência destes sintomas na depressão em geral está bem documentada (cf. Mathew e col., 1981), embora haja alguma discórdia em relação à sua maior importância no puerpério (cf. A. D. Cox, 1988). Segundo Mathew e col. (1981), é de salientar o facto de alguns estudos próximos da investigação fisiológica terem demonstrado que os doentes depressivos evidenciam simultâneamente desequilíbrio autonómico e sintomatologia de ordem física. O significado destes sintomas é valorizado em escalas de uso corrente na clínica (Hamilton, 1960; Beck e col., 1961; Zung, 1965) e argumentos suplementares do interesse da sua avaliação cuidadosa foram fornecidos por Coppen e col. (1978) que demonstraram uma correlação significativa entre a gravidade da depressão e os sintomas somáticos.

No que respeita ao puerpério, a listagem de Gjerdingen e col. (1986) inclui problemas obstétricos, o que em nossa opinião se justifica porque a mulher depressiva hipervaloriza, muitas vezes, pequenas alterações do funcionamento do aparelho reprodutivo (por exemplo, as irritações mamilares). Uma manifestação especial que pode incluir-se nos equivalentes fisiológicos são os quadros de hipocondria em que os técnicos frequentemente englobam as queixas físicas para que não encontram justificação - "o corpo é, por vezes, o último refúgio e

meio privilegiado de expressão" (Boucebci, 1982:126).

Vários destes sintomas recebem, ocasionalmente, a denominação de "neuro-psiquiátricos". Os mais referidos são as cefaleias, dificuldades de concentração, esquecimento e insónias. A "distraibilidade" apresenta uma maior especificidade para os quadros puerperais psicóticos (cf. Brockington, 1978) e as insónias parecem ser mais típicas das depressão graves (Hamilton, 1982:4). Estas perturbações do sono têm a particularidade de serem descritas como dificuldade em adormecer e serem acompanhadas de pesadelos (Daw, 1988); J. L. Cox e col. (1982) observaram-nas no terceiro trimestre da gravidez (por desconforto abdominal e noctúria) mas afirmam que só devem esperar-se melhorias significativas aos 3-5 meses de puerpério.

Dentro da "sintomatologia geral" referem-se, com especial frequência, a perda de apetite, o desconforto muscular e a fadiga física (Pitt, 1968). Também aparecem especialmente valorizados no puerpério, os sintomas do foro gastro-intestinal - sobretudo anorexia, náuseas, indigestão, redução geral da actividade digestiva e outra sintomatologia de dependência fundamentalmente autonómica - palpitações, sudorese, secura de boca. De acordo com Hamilton (1982:4) a ênfase atribuida aos sintomas físicos pode relacionar-se com características especiais de certos grupos de doentes que designa por "menos sofisticados".

1.3. **Equivalentes Psicológicos**

Aparecem-nos por vezes divididos em psicomotores e ideativos e a sua presença é comum nas fichas clínicas de doentes internados. São considerados sintomas mais tardios que frequentemente sugerem uma "distorção eminente do pensamento" (Hamilton, 1962). Katona (1982) observou, por ordem decrescente de frequência, as perturbações do julgamento, a perplexidade, a confusão mental e as perturbações da psico-motricidade.

No que respeita às perturbações do julgamento elas podem manifestam-se como ideias de culpabilidade, auto-reprovações e auto-acusações por deficiências morais, simples desvalorização pessoal, sentimentos de inadequação ou pessimismo. São muito comuns (Holden e col., 1989), embora frequentemente negados (Hamilton, 1982:5). A culpabilidade pode ser avivada por sentimentos negativos que a mulher alberga para com o recém-nascido ou pela incapacidade de lidar com a situação (Daw, 1988; Affonso e Domino, 1984). A ideação suicidária parece ser relativamente rara (Hopkins e col., 1984; Vogels, 1989), mas Davidson e Robertson (1985), referem taxas de suicídio de 5 por cento aos 12 anos de "follow-up".

Sobre os delírios, alucinações e fenómenos de passividade, há alguma discordância entre os autores uma vez que aparecem nos trabalhos de Brockington e col. (1978 e 1981) mais raramente em puérperas do que nos controlos não puerperais enquanto que os estudos de Kadrmas e col. (1979), Dean e Kendell (1981) e Katona (1982) parecem favorecer a situação inversa. De qualquer modo, após as seis semanas de pós-parto, os quadros clínicos puerperais já raramente incluem delírios ou alucinações (Meltzer e Kumar, 1985).

A variação do estado de consciência é um sintoma comum a todos os cinco quadros em que Hamilton (1989) dividiu a psicopatologia do puerpério. Contudo, a confusão/desorientação, tal como a perplexidade, são mais frequentemente associados às depressões psicóticas puerperais do que a outras psicoses ou depressões - ver Brockington e col. (1978 e 1981), Hamilton (1962), Dean e Kendell (1981). Estes sintomas podem variar entre a simples obnubilação e um estado estuporoso, sendo, muitas vezes, acompanhados de visões de cenas de conteúdo triste, fúnebre, assustador - onirismo (Ey, 1974:793).

Como Protheroe já sublinhava em 1969, os episódios de variação do nível da consciência eram mais referidos há algumas décadas atrás, quando a identificação das depressões de etiologia somática era mais problemática. Brockington e col. (1981) abordam com bastante pormenor

o significado do termo "confusão" quando aplicado ao período de pós-parto; argumentam que ele é muito distinto do encontrado nos sindromes orgânicos agudos (ao contrário do que se passa nestes casos, os testes cognitivos não revelam alterações grosseiras) mas sublinham que o componente confusional da patologia do puerpério nunca foi devidamente investigado.

As perturbações da psico-motricidade integram um vasto leque de sintomas. A agitação corresponde a um misto de ansiedade e desassossego e é típica das depressões psicóticas (Brockington, 1978; Dean e Kendell, 1981). Outras alterações habitualmente referidas neste grupo incluem o retardo psicomotor, diminuição da iniciativa, do interesse, da creatividade, queixas de dificuldade em tomar parte em conversações, em pensar. O retardo é considerado um sintoma típico da depressão de pós-parto por Pitt (1968) mas, segundo Kendell (1985), quer este sintoma quer a variação diurna do humor são raramente observados. De acordo com Hamilton (1962:21), os casos de doença mental que se desenvolvem no puerpério tardio têm uma menor tendência a apresentar perturbações da psicomotricidade. Embora reconhecendo a frequência destas manifestações, Gross e col. (1969:392), referem que, com o evoluir da doença, a melhoria da obnubilação da consciência leva a um progressivo predomínio das perturbações do humor em todos os quadros psicopatológicos do puerpério.

1.4. Outras contribuições para a fenomenologia das doenças mentais do pós-parto

A estas manifestações podem acrescentar-se outras de apresentação menos comum. Na lista de onze sintomas em que Blair e col. (1970) basearam o diagnóstico de "caso", os autores incluíram as ruminações obsessivas, que, contrariamente aos restantes items que avaliaram, não são, habitualmente, pesquisados nas escalas. Lempérière e col. (1984), descrevem ocasionais fobias de impulsão (risco de defenestração do bébé). A incidência do infanticídio atingiu os 4 por cento no estudo de Davidson e Robertson (1985).

Como já foi referido a propósito das classificações, alguns autores defendem a existência de sintomas de natureza "endógena" - caracterizada por insónias terminais, perda de peso significativa, variação diurna do humor (depressão mais acentuada no período da manhã), dificuldade de concentração, retardo psicomotor e sintomas de natureza "neurótica" - início súbito, factores precipitantes identificáveis, reactividade exagerada do humor, variabilidade das manifestações de doença, pioria de sintomas à noite, imaturidade, comportamentos histeriformes, inadequação, insónias iniciais, irritabilidade, hipocondria, manifestações de obsessão, frigidês e outras mal-adaptações sexuais (cf. Gross e col, 1969:233-234; Ryle, 1961; Jacobson e col., 1965).

O desajustamento sexual vem, geralmente, do primeiro trimestre da gravidez como se suspeitou no estudo retrospectivo de Master and Johnson (1966) e deveria ser sempre abordado nas consultas. As queixas aparecem muito associadas à ansiedade, fadiga, desconforto físico (seios engorgitados, episiotomia), simples "falta de inclinação" e percepção alterada dos órgãos genitais (Falicov, 1973). De acordo com esta autora, estas queixas persistem mesmo após normalização do perfil hormonal. Noutros estados não relacionados com o puerpério, as perturbações da líbido e a resposta sexual diminuida não aparecem, habitualmente, associadas à ansiedade (Daw, 1988; Hamilton, 1982:7).

Os sintomas de confusão, perplexidade, labilidade emocional, desassossego e desorientação, habitualmente conotadas com sindrome cerebral orgânico, são, de acordo com autores que já citámos, mais frequentes nas depressões de pós-parto do que nas depressões sem relação com o pós-parto. Em vários estudos antigos revistos por Hamilton (1962:18-21), este sindrome era uma manifestação essencial ou exclusiva em cerca de um terço dos casos de doença mental do pós-parto. Por isso, Hamilton destaca a "omnipresença do delírio" nos casos de doença mental do pós-parto.

Apesar de Kendell (1985) afirmar que, em geral, a doença mental do pós-parto se apresenta como uma doença depressiva típica, outros autores, para além dos referidos na introdução a este capítulo, insistem no polimorfismo da sintomatologia do pós-parto (Zadeh e col., 1969; Pitt, 1968). Para este último autor, o termo "atípica" tinha um significado particular e reflectia, para além da distinta variação diurna, a proeminência de sintomatologia de carácter neurótico nas doentes por si observadas. Em outras observações referidas por Zadeh e col. (1969), notou-se elevada frequência de "pensamento mágico", premonições e mecanismos paranóides relacionados com a própria mãe.

Em alguns casos, os complexos sintomáticos podem originar comportamentos particulares. Entre outros, referem-se as consultas excessivamente frequentes do recém-nascido, a perda da eficiência nas tarefas, a deterioração da relação do casal ou da família, o comportamento regressivo e uma postura de dependência total adoptada por uma mãe que se sente impotente e envergonhada pelo seu comportamento, buscando atenção e ajuda. (Vogels, 1989; Lempérière e col., 1984).

Na interacção com o bebé, tem sido descrita uma menor espontaneidade, proximidade e reciprocidade ("conversação") e muito frequentes manifestações entre a excessiva disciplina e a culpabilidade despropositada (Zuckerman e Beardslee, 1987).

Alguns casos são especialmente graves. Os doentes com quadros maníacos do pós-parto (euforia, socialização excessiva, etc.), são provávelmente os mais difíceis de tratar durante os internamento, quando comparados com as restantes patologias psiquiátricas (Brockington e col., 1981).

Affonso e Domino (1984), fazem referência à descrição da "depressão mascarada do pós-parto", de carácter crónico, que pode afectar homens e mulheres e que inclui apenas uma reduzida parte desta sintomatologia. Nestes casos, a relação entre a depressão e a situação

de pós-parto pode não ser notada se não for cuidadosamente investigada.

2. Curso clínico da doença

Delimitar o início, a evolução e o fim das doenças mentais do pós-parto é uma tarefa difícil (Bridge e col., 1985) porque nos vemos obrigados a recorrer à duvidosa fiabilidade dos métodos de avaliação retrospectivos destes parâmetros, embora alguns estudos mostrem que, alguns quadros clínicos como a depressão de pós-parto eram, em geral, fielmente lembrados pelas mães, três anos depois do seu diagnóstico (J. L. Cox e col., 1987).

Dean e Kendell (1981) notaram que 50 por cento das mulheres avaliadas já referiam sintomas na gravidez embora na maioria destes casos se notasse um agravamento dos sintomas durante o puerpério.

Os casos de blues em que há duração superior a uma semana (aproximadamente 10 por cento), poderão representar o ponto de partida de futuras depressões de pós-parto (Lempérière e col., 1984). Os estudos controlados de Paykel e col. (1980), mostraram que nas depressões pós-parto há antecedentes de blues moderadamente severo em 85 por cento dos casos. Em outros estudos não foi possível demonstrar qualquer significação estatística entre as duas situações (Kennerley e Gath, 1986).

As situações psicopatológicas do pós-parto mais graves (com sintomas psicóticos) e duradouras, poderão iniciar-se também com uma apresentação muito semelhante à dos blues e na mesma altura do pós-parto (Da Silva e Johnstone, 1981; Kendell e col., 1981b). Um início típico de blues seguido de um quadro psicótico persistente foi uma possibilidade que estes autores e Pitt (1973) levantaram, mas é, para Hamilton (1989), um acontecimento muito raro (menor do que 1 por 1000 partos).

Ainda uma tendência para um início precoce no pós-parto (de 1 a 13 semanas) tem sido referido por vários outros autores (Brockington, 1978; Dean e Kendell, 1981; Meltzer e Kumar, 1985; Hamilton, 1989; Brandon, 1982; Seager, 1960; J. L. Cox e col., 1982; Cooper e col., 1988; Garvey e Tollefson, 1984; Frate, 1979). Sobretudo os quadros com sintomatologia psicótica tendem a manifestar-se logo a seguir ao parto (Dean e Kendell, 1981; Meltzer e Kumar, 1985). Segundo estes dois estudos, as chamadas "depressão major" e "depressão minor" mostram uma maior dispersão temporal no que respeita ao início da sua apresentação. De acordo com uma citação de Dennerstein e col. (1986), 56 por cento dos casos de depressão de pós-parto iniciavam-se no primeiro mês de pós-parto e 88 por cento nos primeiros seis meses.

A progressiva diminuição de aparecimento de novos casos de doença mental do pós-parto, com a evolução do puerpério, é também referida por Cooper e col. (1988), em cuja série, só 25 por cento dos casos se iniciaram seis meses após o parto.

Coryell e Winocur (1982:93 e seguintes) afirmam que na descrição da duração e de todo o processo evolutivo das doenças mentais, parte da incerteza advém de variações devidas à idade e ao ritmo de recorrência da patologia. Condições exteriores ao processo depressivo também podem, na sua opinião, revelar-se decisivas - acessibilidade aos serviços de saúde em geral e aos hospitais psiquiátricos em particular, políticas e critérios de internamento, flutuações económicas várias.

Para estes autores, que reviram os trabalhos sobre esta questão, a duração média das "depressões bipolares" tem valores muito díspares (de 53.7 dias a 13 meses) e para as "depressões unipolares", a duração tem sido difícil de quantificar embora pareça ser superior. Vaz Serra, (1990), revendo este assunto, afirma ter sido comprovado que a permanência de um transtorno depressivo, excluindo a situação dos idosos, pode variar entre 3 e 13 meses.

No caso das doenças mentais do pós-parto, vários autores salientam a tendência para a longa duração (Ghodsian e Col., 1984; Pitt, 1968 e 1973; Kumar e Robson, 1984; Hopkins e col., 1984; Rees e Lutkins, 1971; Uddenberg e Englesson, 1978; Wolkind e col., 1980; J. L. Cox e col., 1987). Para além da "impressão" de que a doença é de duração interminável (Hamilton, 1989), alguns investigadores que acompanharam as respectivas amostras ao longo de meses ou anos, referem-nos que percentagens significativas se mantinham doentes ao ano - 43 por cento em Pitt (1968) e 30 por cento em Ballinger e col. (1979), 10 por cento em Bridge e col. (1985), e aos 3.5/4 anos - 25 por cento em Foundeur e col. (1957), 33 por cento em Ghodsian e Col. (1984), 50 por cento em Uddenberg e Englesson (1978) e Bridge e col. (1985) e 23 por cento em Wolkind e col. (1980).

Outros autores são de opinião que a resolução da patologia é habitualmente rápida, numa média de 3.3 semanas (O'Hara, 1986). Na série de Cooper e col. (1988), para a maioria dos casos de doença psiquiátrica puerperal moderada, os episódios de perturbação não duraram mais do que três meses.

Voltando a citar Coryell e Winokur (1982:94-98), podemos afirmar que as taxas de recuperação/cronicidade referidas num dado estudo dependem em grande parte da duração e do tipo de "follow up" e da definição adoptada para os referidos termos "recuperação" e "cronicidade". As depressões moderadas parecem ter taxas de recorrência mais elevadas do que as depressões graves (cf. Snaith, 1987). As depressões de pós-parto revelaram taxas de recorrência de 20-50 por cento em Grundy e Roberts (1975), Bratfos e Haug (1966) e Davidson e Robertson (1985), ou mesmo valores superiores em Garvey e Tollefson (1984).

Foundeur e col. (1957), observaram que as doenças mentais do pós-parto exigindo internamento, tinham, no seu conjunto, um prognóstico favorável e que as mulheres que eram observadas tardiamente se encontravam em "razoável estado de recuperação". Segundo estes autores, a probabilidade de subsequente episódio de doença mental em

outra gravidez era muito baixa (uma em sete) e as hipóteses de recuperação completa atingiam os 6 casos em cada 10. Os estudos de Vislie (1956), Martin (1958) e Seager (1960) forneceram indicações semelhantes.

Nas observações de Foundeur e col. (1957), as puérperas classificadas de esquizofrénicas apresentavam o mesmo prognóstico que as não puérperas esquizofrénicas. Em sua opinião, a evolução mais favorável muitas vezes notada nas doenças puerperais podia explicar-se pela elevada frequência de quadros depressivos, francamente mais benignos. Esta perspectiva, incluindo os valores de probabilidade de recorrência de doença, foi amplamente confirmada por Davidson e Robertson (1985). Em estudo de "follow-up", estes autores notaram que 50 por cento das doentes a quem no momento do internamento tinha sido proposto o diagnóstico de esquizofrenia se encontravam crónicamente inválidas 12 anos depois.

No estudo retrospectivo de Da Silva e Johnstone (1981) foi pesquisada a influência de vários factores sobre a evolução da patologia puerperal. Características demográficas, suporte social disponível e problemas obstétricos não demonstraram qualquer influência na evolução (clínica ou social). O único factor associado a uma diferença marcada entre puérperas com bom e mau prognóstico era a natureza da doença inicial: O diagnóstico inicial de esquizofrenia aparecia fortemente associado a uma evolução mais negativa e pior do que era esperado em função do diagnóstico.

Estes mesmos autores realçam que a doença mental durante o puerpério pode ser muito grave e provocar uma incapacidade marcada, notando-se, em muitos casos, "uma evolução que está longe de ser satisfatória quer em termos sociais quer clínicos".

Contudo, o carácter ligeiro e auto-limitado da doença mental do pós-parto no seu conjunto, também foi reafirmado por Davidson e Robertson (1985) e por estudos mais recentes. Platz e Kendell (1988) efectuaram

uma avaliação longitudinal de 9 anos de duração, para mulheres internadas em hospitais psiquiátricos nos primeiros três meses de puerpério. Referiram, sobretudo para as "depressões major", menores riscos de suicídio e menos recaídas do que para os controlos não puerperais.

3. Tratamento das doenças mentais do pós-parto

Pelo que foi dito nos capítulos anteriores, depreende-se que o conhecimento sobre a etiologia dos quadros psicopatológicos do puerpério é ainda muito incompleto. Para Saks e col. (1985), este estado de coisas impede uma verdadeira profilaxia ou a adopção de técnicas terapêuticas específicas, aconselhando que todas as mulheres devem ser consideradas em risco.

Algumas medidas como a melhoria das condições sociais das mães e filhos, provaram a sua eficácia em muitas patologias e produziriam, provávelmente, bons resultados igualmente no pós-parto (Orr e James, 1989). Trata-se de alterações que, óbviamente, ultrapassam a responsabilidade directa dos clínicos. Por outro lado, de um modo geral, estes têm uma limitada capacidade de intervenção em muitos dos aspectos organizativos das políticas de prestação de cuidados de saúde.

As relações entre a qualidade de cuidados pré-natais e morbilidade e mortalidade materna, estão bem estabelecidas e constituem a base da obstetrícia moderna (Carnes, 1983). A adesão das grávidas a programas preventivos específicos (vigilância periódica, abstenção de tabaco, álcool ou outras substâncias) parece poder ser facilitada se, desde muito precocemente, lhes for propiciada uma informação de retorno sobre características concretas do feto, nomeadamente o seu tamanho, forma e movimentos. O estudo controlado de Reading e col. (1982), recorrendo a posições adequadas dos monitores aquando da ultrasonografia, deu excelentes indicações nesse sentido.

A atmosfera relaxante na sala de parto é aconselhada por alguns autores (cf. This, 1977), que criticam os excessos de medicalização das maternidades, algo desumanisantes e de baixo clima afectivo, que aumentam os sentimentos de abandono, desvalorização, e de despojamento da sua criança. Esta questão ultrapassa, naturalmente, o assunto que nos ocupa e prende-se com o que Bronowski e Mazlish (1960:9) chamam de "o problema central" da cultura comtemporânea: o encontro de uma relação coerente entre a evolução técnica e as humanidades.

Queremos referir, contudo, que o estudo das relações entre a experiência hospitalar dos primeiros dias de pós-parto e as atitudes maternais das puérperas, tem sido pouco investigada. Após uma revisão da literatura disponível sobre este assunto, Bradley e Wiggins (1983) defendem as vantagens de programas que incluam a continuidade, a personalização de cuidados e, sobretudo, uma grande flexibilidade no atendimento. Os maridos devem ser encorajados a participar e a enfermeira pode funcionar como modelo maternal. Estes cuidados maternais centrados na família beneficiariam o ajustamento emocional e a adaptação ao filho, aumentando a confiança das mães.

Como acontece para todas as patologias, a chave para qualquer tipo de intervenção é o reconhecimento das entidades clínicas em causa. Por isso, tem sido sugerida a melhoria da formação psicológica dos diversos técnicos da maternidade e neonatologia, dos pediatras e médicos de família em geral, das enfermeiras e parteiras. Igualmente relevante se considera a melhoria da sua informação sobre o risco de circunstâncias sociais adversas e sobre a clínica da doença mental do pós-parto (Stein e col., 1989; Lempérière e col., 1984).

Também é certo que nem todos os técnicos (mesmo de entre os próprios especialistas de Saúde Mental) se sentem vocacionados para o tratamento do tipo de problemas postos pelas mulheres em puerpério. Em parte isto pode dever-se ao facto de a maioria dos quadros clínicos só poderem ser abordados em ambientes mais próximos da comunidade e em ligação com os Cuidados de Saúde Primários (Harding, 1989).

A maioria dos autores defende o recurso à "psicoterapia de suporte" e "aconselhamento". Esta opção poderá ter subjacente a ideia de que as consequências da patologia sobre a puérpera são muito semelhantes às que podem acontecer em outras situações de crise - nestes casos a mulher deve integrar as experiências passadas e presentes, tendo em vista a adaptação para novas tarefas (Uddenberg e Nilsson, 1975). Os trabalhos de Caplan, de 1964, sobre a psiquiatria preventiva, são, talvez, os que mais e melhor informaram este processo terapêutico e foram muito divulgados.

O momento e o modo adequados para "educar, dar empatia, sossegar e compreender" (Carnes, 1983), não estão seguramente definidos. Contudo, como estas atitudes devem fazer parte da rotina clínica, é razoável supor que o ideal seria que fossem practicadas durante todas as consultas da maternidade e com o maior empenho possível. Os clínicos deveriam estar especialmente atentos, evitando qualquer culpabilização da puérpera e reforçando o "clima afável e salutar" (Ferreira, 1965), na relação terapêutica. Todos estes aspectos são especialmente bem tratados em Brown e Pedder e em Fiorini (duas publicações de 1981 sobre psicoterapias).

É provávelmente verdade que já ninguém se lembra de impedir futuras gravidezes às puérperas psicóticas, como aconselhava um autor citado por Foundeur e col. (1957). Actualmente prefere-se aumentar as aptidões ou recursos da mulher para lidar com os seus problemas (Orr e James, 1989). Algumas correntes que valorizam o papel etiológico do suporte social, parecem acreditar no efeito da atribuição de tarefas específicas ao cônjuge. Vogels (1989) considera que poderá ser um procedimento eficaz, desde que receba o acordo dos intervenientes.

Uma informação detalhada, logo nas entrevistas pré-natais, sobre a perspectiva que a mulher tem sobre a maternidade, a sua situação social e relacional, e a importância que dá à organização apropriada desta fase da sua vida, poderá ser útil, auxiliando na diminuição da

auréola romântica e na obtenção de uma postura sóbria (cf Gordon e Gordon, 1960).

A prevenção das atitudes de rejeição do filho não será tarefa fácil de cumprir mas pode, nestes casos, lembrar-se à mulher que o amor materno não deve considerar-se como um instinto congénito, mas um processo de formação de relações (Vogels, 1989). A "reconciliação da mãe com o filho" (Racamier citado por Welsh, 1988), pode tornar-se num objectivo prioritário mas difícil de obter. Na nossa experiência de casos destes, revelou-se muito eficaz efectuar a consulta na presença do bebé e estimular a descrição das suas particularidades (modos de reagir, etc.) por parte da mãe. A presença de ambivalência pode representar os esforços da mulher em integrar um conjunto de crenças, realidades e expectativas muito díspares (Carnes, 1983) não sendo, por isso, obrigatóriamente um elemento de mau prognóstico.

Modalidades de intervenção menos vulgarizadas como a "terapêutica das interacções precoces", a "terapia do casal" e a "terapia familiar" (Lempérière e col., 1984), veiculam fácilmente mensagens de desqualificação e têm sido reservadas a situações muito específicas. Contudo, a adopção de atitudes extremas pode ser justificada se nos lembrarmos da importância que Harvey e McGrath (1988) atribuem à psicopatologia do cônjuge e do dramatismo que envolve o tratamento das situações clínicas graves do pós-parto (Hamilton, 1989).

A "educação em grupo" está agora muito em voga ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, (incluindo as maternidades) e quando não se practica, desejava-se dispor de condições para o fazer. Sobre esta questão, a referência ao estudo de Gordon e Gordon (1960) tornou-se clássica. Estes autores avaliaram dois grupos experimentais (um total de 85 grávidas das quais algumas acompanhadas pelos maridos) e dois grupos de controlo (total de 76 grávidas). As alterações comportamentais mais eficàzes na prevenção da psicopatologia do pós-parto incluiam o aumento da sociabilidade (sobretudo com casais com crianças), a procura de informação, a diminuição da responsabilidade

nas tarefas do lar ou do exterior e uma maior disponibilidade do marido.

Estas "classes de grávidas" foram, mais recentemente, sujeitas a avaliação mas os estudos correspondentes têm revelado problemas metodológicos e na primeira semana do pós-parto já não se notam benefícios da utilização destes programas prévios (Bradley e Wiggins, 1983). Uma maior investigação nesta modalidade terapêutica é, pois, absolutamente necessária (Holden e col., 1989).

Em Portugal não dispomos de instituições organizadas de auto-ajuda (mulheres que passaram pela mesma situação), mas é possível que nos países em que existem, auxiliem na diminuição do isolamento e facilitem a abordagem da maternidade "de um modo mais positivo e feliz" (Sakala, 1989). A este propósito, talvez seja útil considerar que generalizar sobre as mulheres em maternidade é uma falácia (Elliott e col., 1983). Aliás, estes autores, em trabalho efectuado posteriormente (1985), envolvendo puérperas com vários níveis de ansiedade, sugerem as vantagens inequívocas do tratamento por profissionais.

Uma maior eficácia terapêutica poderão ter as visitas domiciliárias semanais por técnicos de saúde com formação mínima e adequada em métodos Rogerianos. Um recente estudo controlado deu óptimas indicações nesse sentido (Holden e col., 1989). No já referido estudo de Gordon e Gordon (1960) os autores afirmam explicitamente que as enfermeiras de saúde pública obtinham resultados idênticos a outros técnicos mais graduados. Oportunidades terapêuticas especialmente adequadas podem ser as visitas de rotina que as puérperas fazem aos serviços de saúde às seis semanas de puerpério, as vacinações e as consultas de desenvolvimento infantil e planeamento familiar (Sharp e King, 1989).

Podemos concluir estas referências a modelos psicoterapêuticos lembrando que não há protocolos de intervenção claramente definidos e

baseados em ensaios clínicos (Barnett e Parker, 1985). Por isso, os programas que indiquem o momento e as estratégias exactas para uma intervenção eficaz são, provávelmente, precipitados.

Os tratamentos físicos têm uma grande eficácia em determinadas situações. Protheroe (1969) notou que a introdução desta modalidade terapêutica nos hospitais psiquiátricos reduziu substancialmente a duração média dos internamentos para as patologias do puerpério (menos de 8 por cento dos valores anteriores).

Os tratamentos farmacológicos processam-se de modo idêntico ao de patologias correspondentes sem relação com o puerpério e são commumente aconselhadas, incluindo nos blues (Daw, 1988; Meltzer e Kumar, 1985; Gjerdingen e col., 1986).

O excessivo uso de psicotrópicos tem sido referido também para as situações do pós-parto (Nurnberg, 1984; Robinson e Stewart, 1986). O receio de que alguns produtos químicos sejam segregados no leite, ainda que em pequenas quantidades, pode ter feito duvidar da sua segurança (Pitt, 1982). Para além de alguns anti-depressivos, as benzodiazepinas do tipo do diazepam e o haloperidol têm sido consideradas, neste aspecto, pouco indicados (Berglund e col., 1984). No estudo J. L. Cox e col. (1982), 19 por cento das puérperas foram avaliadas como exigindo tratamento activo mas os antidepressivos haviam sido prescritos muito raramente.

Tratamentos à base de lítio não estão indicados enquanto a mulher amamentar (Robinson e Stewart, 1986). A maior experiência de alguns autores com este produto, leva-os a recomendar o seu uso exclusivo nas situações mais graves e, por vezes, logo a seguir ao parto (Stewart, 1988). A bromocriptina e outros agonistas dopaminérgicos similares podem piorar os quadros com sintomatologia psicótica (Daw, 1988).

Medicações invulgares, ocasionalmente aconselhadas mas raramente utilizadas, incluem os extractos tiroideus e a prednisolona (Hamilton,

1989), a progesterona e a vitamina B (Vogels, 1989). Não são claras, para nós, as suas indicações.

É admissível pensar que haja vantagem em enviar aos técnicos de Saúde Mental todos os casos em que se detectam ameaça de suicídio e os quadros obsessivamente ansiosos em relação com a mutilação ou descuido do recém-nascido (Vogels, 1989). Em certos casos, os técnicos poderão achar oportuno o internamento da puérpera e, sempre que isso acontece, a admissão conjunta do filho é geralmente defendida pelos psiquiatras (Stewart, 1989). De facto, trata-se de uma práctica habitual em determinados países (Meltzer e Kumar, 1985).

Estes últimos autores, ao examinar as fichas de 142 internadas em hospital psiquiátrico londrino durante os primeiros doze meses do pós-parto, concluiram que pelo menos um terço dessa amostra, podia ter sido tratada na comunidade, com evidentes vantagens. A duração média destes internamentos foi de três a quatro semanas, com estadias mais demoradas para os que apresentavam sintomatologia de grave excitação psico-motora. Algumas modalidades terapêuticas hospitalares parecem coincidir com internamentos mais longos mas isso pode dever-se, segundo estes mesmos autores, a prévias tentativas falhadas de utilização de anti-depressivos. Aliás, em outros estudos similares, não se notaram diferenças estatísticamente significativas, em relação a situações comparáveis em não puérperas, quer no que respeita ao tempo de permanência no hospital quer quanto aos tratamentos ali instituidos (cf. Dean e Kendell, 1981).

Os benefícios duma hospitalização em "unidade de dia", foram sublinhados por Figueiredo (1977), mesmo para os casos de descompensação psicótica aguda. As melhores indicações para estas modalidades terapêuticas seriam as situações em que se nota necessidade premente de preservar à doente uma parte de autonomia e integrar o marido no tratamento. Este tipo de hospitalização parcial permitiria, em ambiente tranquilizador ("máximo de disponibilidade e mínimo de intervenção"), "maternar" estas mães angustiadas e amparar a

relação mãe - criança. Os vários passos desta abordagem podem ser lidos neste autor; a sua introdução na práctica de determinados serviços pode ser especialmente difícil e pressupoe um desejo das instituições se reencontrarem com as suas funções básicas.

VII - Estudo da prevalência regional da depressão de pós-parto

1 - Introdução

De entre as várias possibilidades insuficientemente exploradas sobre o significado e importância da depressão de pós-parto, algumas mereceram uma consideração especial e foram examinadas na revisão da literatura anteriormente efectuada. O presente estudo visa, num contexto nacional, dar resposta a algumas das questões que subsistem.

2 - Objectivos

O objectivo principal é a estimativa da frequência da doença depressiva numa população de mulheres em período de pós-parto e numa área de estudo bem delimitada, aplicando metodologia epidemiológica apropriada.

Por outro lado, considerou-se indispensável a avaliação simultânea de um grupo comparável de mulheres sem relação actual com a maternidade, por permitir, nomeadamente, o estudo da relação entre a depressão precedida por parto e a depressão não precedida por parto.

O estudo teve ainda por objectivo a pesquisa de eventuais diferenças entre mulheres em puerpério considerado normal e mulheres em puerpério patológico.

3 - Métodos

A escolha da metodologia de investigação mais apropriada ocupou a primeira fase do estudo e levou à adopção de uma metodologia do tipo transversal, segundo a conceptualização de Rothman (1986:70-73). Explica-nos este autor que, nestes casos, todas as pessoas da população são incluidas como sujeitos do estudo, independentemente de

padecerem ou não de doença no momento da avaliação, sendo, além disso, a exposição e a doença habitualmente avaliados no mesmo momento. Para este autor, este aspecto constitui a essência e originalidade da abordagem transversal.

A perspectiva proposta por Rothman permite-nos uma análise semelhante à dos estudos caso-controlo, sendo a série de casos prevalentes constituida pelos indivíduos com a patologia e os restantes avaliados considerados como controlos. Uma outra consequência e vantagem é o número significativo de controlos de que assim se dispõe. Ainda segundo Rothman, a metodologia é sobretudo adequada quando a exposição se refere a características pessoais que não são passíveis de significativa variação ao longo do tempo (ex: escolaridade, situação social). Assim, para a investigação da etiologia da depressão de pós-parto, podemos comparar a informação sobre características psico-sociais e obstétricas dos "casos" e dos "não-casos", atribuindo a algumas das características actuais (exposição) das mulheres, uma relevância no passado semelhante à actual.

A população de puérperas e as mulheres em idade fértil que habitam numa das três freguesias que seleccionámos, constituiram, neste estudo, as "unidades primárias de análise" a que Dunn (1986:7) se refere.

Para o cálculo da prevalência pontual da depressão de pós-parto, considerou-se de interesse comparar os valores obtidos no estudo da depressão aos três meses de pós-parto com valores de depressão obtidos numa amostra da população geral em que as avaliadas fossem emparelhadas para características relevantes.

A decisão de se optar por estudar todos os indivíduos em risco em determinado período ("census approach"), permitiu eliminar as dificuldades metodológicas anteriormente referidas (páginas 47-48).

4 - Projecto geral do estudo e procedimentos

O projecto do estudo previa que as puérperas fossem estudadas ao terceiro mês, com o objectivo de diagnosticar eventual depressão de pós-parto. Era indispensável dispor de uma listagem das parturientes residentes na área seleccionada pelo que se recorreu ao levantamento mensal dos registos de nascimento, o qual constituiu a base do estudo. Esta práctica, essencial nos Cuidados de Saúde Primários, foi reactivada por nossa iniciativa.

Em Portugal, registar um recém-nascido é um requisito simples e obrigatório, que deve ser cumprido, através de uma declaração, na Conservatória, Delegação ou Posto de Registo Civil da área onde decorreu o parto ou do local de residência da mãe. Tal iniciativa deve decorrer no prazo de trinta dias sendo regulamentada, nos seus aspectos fundamentais, pelos artigos 117 e 125 do Código do Registo Civil. No caso de não cumprimento da referida obrigação, os responsáveis incorrem em sansões de âmbito criminal na sequência de processo instaurado pelo Ministério Público.

O momento ideal para a avaliação das puérperas era, de acordo com a vasta literatura revista, o terceiro mês de pós-parto. Por outro lado, o programa nacional de vacinações prevê para os três meses de idade a primeira dose de determinadas vacinas, pelo que se procedeu a um levantamento do cumprimento deste acto por parte das utentes, na perspectiva de aproveitar este contacto para avaliação das puérperas. Contudo, dada a escassa adesão que se observou, semelhante à verificada em anos anteriores (resultados ainda não publicados), o passo seguinte foi o desenvolvimento de uma campanha de vacinação que incluiu o envio de carta personalizada a todas as puérperas com bebés de três meses, convidando-as a recorrer ao Centro de Saúde em determinado dia da semana. Nessa data eram avaliadas por uma psicóloga e, as que não compareciam, eram entrevistadas no domicílio por uma técnica de enfermagem responsável por acções de promoção de saúde.

A segunda fase do projecto previa que cada puérpera designasse duas mulheres ("controlos") que seriam avaliadas no domicílio e deveriam obedecer às seguintes condições:

a - Capazes de se expressar em Língua Portuguesa.
b - Residentes na área em estudo.
c - Terem idade semelhante à da puérpera, preferencialmente com um máximo de dois anos de diferença.
d - Não apresentarem história de gravidez ou parto nos últimos dois anos.
e - Serem consideradas, pela puérpera, "amigas íntimas".

5 - **Material de estudo**

Foi efectuado um estudo piloto, o qual incluiu quarenta e duas mulheres cujo parto decorreu no mes de Outubro de 1988. A metodologia geral, incluindo o protocolo com os instrumentos a utilizar, revelaram-se apropriados, não tendo sido identificadas questões que justificassem qualquer substituição ou alteração. O estudo viria a decorrer entre 1988.10.31 e 1989.11.01.

As perdas primárias e secundárias estão indicadas na tabela - 1 (página seguinte). Pela análise desta tabela pode concluir-se que foram avaliadas 85.9% das mulheres que cumpriam os critérios de inclusão na amostra.

A segunda componente do estudo incluiu 118 puérperas. No que respeita ao grupo de controlo, foram designadas um total de 171 mulheres, dado que algumas puérperas não identificaram qualquer controlo (n=23). O emparelhamento foi efectuado do seguinte modo:

1 - Se a mulher só indicou um controlo, esse mantinha-se.
2 - Se a mulher indicou dois controlos, apenas um deles era seleccionado segundo critérios que a seguir se indicam, atendendo a que os limites de idade estabelecidos exigiam que a diferença de idade

entre a idade da puérpera e a do controlo não deveria ser superior a dois anos:

Tabela - 1: Perdas primárias e secundárias

Entrevistas programadas	
(Nº total de registos de nascimento)	479
Nados-vivos entretanto falecidos	4
Conhecimentos de Português insuficientes	1
Moradas inexistentes	21
Desconhecidas na residência indicada	25
Haviam mudado de residência após o parto	18
Total de puérperas excluidas	69
Puérperas restantes (a avaliar)	410
Outras perdas	
Recusas de entrevista	3
Não contactáveis em três visitas domiciliárias	55
Total de casos perdidos	58
Nº final de mulheres avaliadas	352

2.1. Se apenas um deles se encontrava nos limites de idade estabelecidos, esse controlo era escolhido.

2.2. Se todos se encontravam nos limites de idade estabelecidos, escolhia-se o que apresentava maior proximidade na classificação social.

2.3. Se a mulher designava controlos que não se encontrava nos limites de idade propostos, a diferença de idades permitida passava a ser um múltiplo de 2, retomando-se o processo de escolha na etapa 2.1.

3 - Para cada uma das 23 mulheres que não dispunham de controlo, seleccionaram-se, de entre os controlos não utilizados, todos aqueles que cumpriam os limites de idade estabelecidos. O controlo definitivo era seleccionado de acordo com os critérios referidos no ponto 2.

Os controlos seleccionados de acordo com o indicado no ponto 3 (n=23), foram comparadas com os restantes 95 controlos no que respeita às características de idade e estatuto social. Não foram detectadas diferenças significativas.

Para além da colheita de dados sobre a identificação e características demográficas, todas as avaliadas prencheram a "Escala de depressão de Edimburgo" ("EPDS") e o "índice de Graffar" como indicadores de doença depressiva e classificação social, respectivamente. Outros instrumentos utilizados, em sub-amostras que iremos definir, incluem as escalas de depressão de ZUNG e HARD, descritas nas páginas 38-42.

Tendo em vista a validação da EPDS para a amostra de puérperas, todas as mulheres da fase controlada do estudo cuja entrevista decorreu no domicílio, foram também avaliadas através da escala de HARD. Este procedimento permitiu que apenas um avaliador procedesse à cotação do nível de depressão através da escala HARD, eleminando-se a variabilidade entre os observadores.

A figura - 1 (página seguinte) resume o cronograma e métodos do estudo.

6 - **Resultados**

Construiu-se, para cada grupo estudado, uma matriz de dados que incluiu todas as unidades de informação disponíveis.

Na descrição que se segue e no sentido de facilitar a comparação dos dados, foram construidas várias tabelas de frequência referindo os valores absolutos e as respectivas percentagens.

O grupo de mulheres que correspondeu à parte final do estudo é designado por "Grupo B" e dispõe de 118 controlos ("Grupo C"). Deve notar-se que estas mulheres foram mais pormenorizadamente avaliadas

quanto a características psico-sociais, obstétricas e psicopatológicas, pelo que alguma da informação que irá expôr-se referir-se-á exclusivamente a estes dois grupos. O grupo que inclui todas as puérperas e em cujos resultados se vai basear o cálculo da prevalência da depressão de pós-parto é a seguir designado por "Grupo A".

Figura - 1: Resumo do projecto (cronograma e métodos)

Resposável	Funcionária administrativa	Psicóloga/enfermeira	Funcionária administrativa	Técnica de estatística
	---	---	---	---
		Avaliação e selecção dos controlos	Informatização dos dados	Tratamento estatístico
		---		
n	479	n1=352;n2=118;n3=118		
	---	---		
	R.civil	Convocatória (vacinas)	Vacinação (CS)	Visita domiciliária
	---		---	
Dados recolhidos	Data do parto		Data da avaliação	
	Data do registo		Data de nascimento	
	Nome da mãe		Estado civil	
	Nome do bebé		Profissão	
	Sexo do bebé		Escolaridade	
	Morada		Classe social	
			Religião	
			Paridade	
			Tipo de parto	
			Local do parto	
			Tempo de internamento (mãe e filho)	
			EPDS,ZUNG,HARD	

No tratamento estatístico foram utilizados vários métodos para avaliar

a força de potenciais associações entre variáveis. No cálculo do X^2 realizado nas tabelas de contigência 2x2, utilizou-se a correcção de Yates. Procedeu-se à aplicação do teste "t" para amostras pareadas, sempre que se comparavam as diversas variáveis quantitativas no estudo controlado. Uma análise de regressão múltipla foi efectuada sempre que, na pesquisa de associação entre pontuações na escala de depressão e determinados factores, se pretendeu controlar os efeitos destas últimas.

A previsível variação do intervalo de tempo entre o parto e o registo de nascimento do filho poderia influenciar o recrutamento das puérperas, excluindo, por registo inexistente ou tardio, determinadas mulheres do estudo. Durante o ano, foi detectada apenas uma situação em que uma criança foi registada com idade superior a 3 meses (a sua idade era de 97 dias). A análise de regressão da data do parto e data de registo revela-nos, como era de esperar, uma elevada concordância ($r = 0.96$).

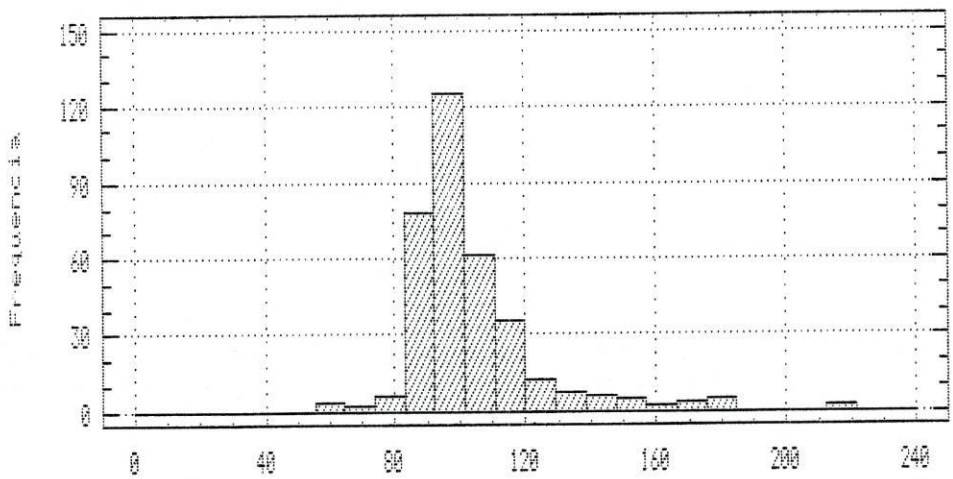
Os formulários foram ministrados por dois profissionais de saúde devidamente treinados, uma licenciada em Psicologia e uma enfermeira com longa experiência profissional. No "Grupo A", a colheita de informação foi efectuada pela técnica de psicologia em 131 casos (37.2%) e pela enfermeira em 221 casos (62.8%). Para o "Grupo B", os valores foram, respectivamente, de 34(28.8%) e 84(71.2%). O "Grupo C" foi avaliado exclusivamente pela enfermeira. Os resultados foram estudados para testar a consistência da informação obtida, não tendo sido observadas diferenças significativas entre os dois avaliadores.

Tabela - 2: Tempo de pós parto em que as puérperas do "Grupo A" foram avaliadas

Tempo de pós-parto	60-74	75-89	90-104	105-119	120-134	135-149	>149	TOTAL
Nº de mulheres	5(1.4)	32(9.1)	200(56.8)	70(19.9)	19(5.4)	11(3.1)	15(4.3)	352(100.0)

Para o grupo total de puérperas ("Grupo A"), o tempo de pós-parto decorrido até ao momento de avaliação variou entre 60 e 216 dias, sendo a média de 103.46 dias (d.p. = 19.38 dias). De referir que 95% das mulheres foram observadas após os 64 e antes dos 141 dias de pós-parto (ver tabela - 2 na página anterior e figura - 2).

Figura - 2: Tempo de pós-parto em que se procedeu à avaliação - "Grupo A"



6.1. - Caracterização do "Grupo A"

A tabela - 3 (página seguinte) resume a informação básica sobre o "Grupo A". Posteriormente apresentam-se várias outras tabelas e gráficos, tendo em vista uma descrição mais detalhada de características da amostra.

6.1.1. - Características Sociais e demográficas:

A idade média do "Grupo A" é de 27.94 anos, com d.p. de 5.22 e amplitude de 27 anos, sendo o valor mínimo de 16 e o máximo de 43

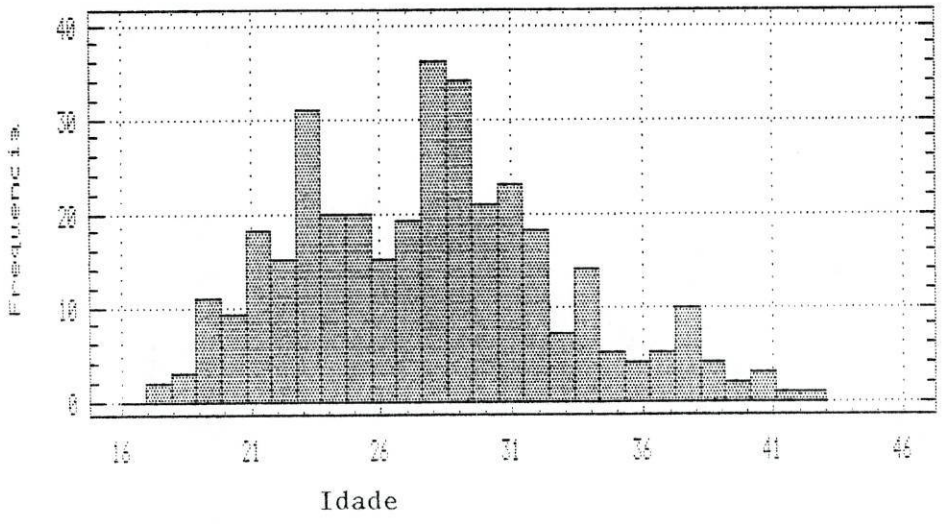
anos.

Tabela - 3: Informação básica sobre as puérperas do "Grupo A"

	média	amplitude	d.p.
Idade	27.94	16-43	5.22
Profissão	2.81	1-5	1.35
Escolaridade	3.00	1-5	1.23
Rendimento	2.87	1-5	0.65
Alojamento	2.81	1-5	0.97
Aspecto do Bairro	2.59	1-5	0.97
Classificação social	14.09	6-24	4.78
Paridade	1.83	1-8	1.18
Indice EPDS	7.17	0-20	4.65

Como se pode constatar nos dados apresentados na tabela - 4 (página seguinte), 69.4% das mulheres deste grupo tem idade inferior a 30 anos e apenas 1.7% se situam no grupo etário dos 40 - 44 anos, não tendo sido identificada qualquer mulher com idade superior ou igual a 45 anos.

Figura - 3: Distribuição etária do "Grupo A"



A figura - 3 (página anterior) representa, gráficamente, a distribuição por idades no mesmo grupo.

Tabela - 4: Distribuição etária das puérperas do "Grupo A"

Idade em anos	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	TOTAL
Nº puérperas	21(6.0)	101(28.7)	122(34.7)	76(21.6)	26(7.4)	6(1.7)	352(100.0)

A tabela - 5 apresenta o agrupamento das avaliadas de acordo com o método de Graffar. A pontuação global é apresentada na figura - 4 (página seguinte). Podemos constatar que predominam, nas freguesias em análise, dois grupos populacionais distintos, representando os níveis sociais bem definidos (curva bimodal).

Tabela - 5: Pontuação obtida nos indicadores de classificação social ("Grupo A")

Classificação	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Profissão	92(26.1)	61(17.3)	46(13.1)	127(36.1)	26(7.4)
Escolaridade	75(21.3)	25(7.1)	92(26.1)	143(40.6)	17(4.8)
Fontes de rendimento	-	105(29.8)	193(54.8)	48(13.6)	6(1.7)
Conforto do alojamento	36(10.2)	91(25.9)	136(38.6)	81(23.6)	8(2.3)
Aspecto do bairro	60(17.0)	83(23.6)	157(44.6)	45(12.8)	7(2.0)
Classe social	95(27.0)	44(12.5)	114(32.4)	85(24.1)	14(4.0)

Tabela - 6: Distribuição das puérperas do "Grupo A", de acordo com a paridade

Paridade	1	2	3	4	5	6	>6	Total
N. puérperas	181(51.4)	105(29.8)	37(10.5)	14(4.0)	7(2.0)	6(1.7)	2(0.6)	352(100%)

6.1.2. Características obstétricas:

Na tabela - 6 e na figura - 5 (página seguinte) podemos constatar que

51.4% das puérperas se encontravam pela primeira vez em puerpério, enquanto que 8.3% eram mulheres com mais do que 3 filhos.

Figura - 4: Classificação social do "Grupo A"

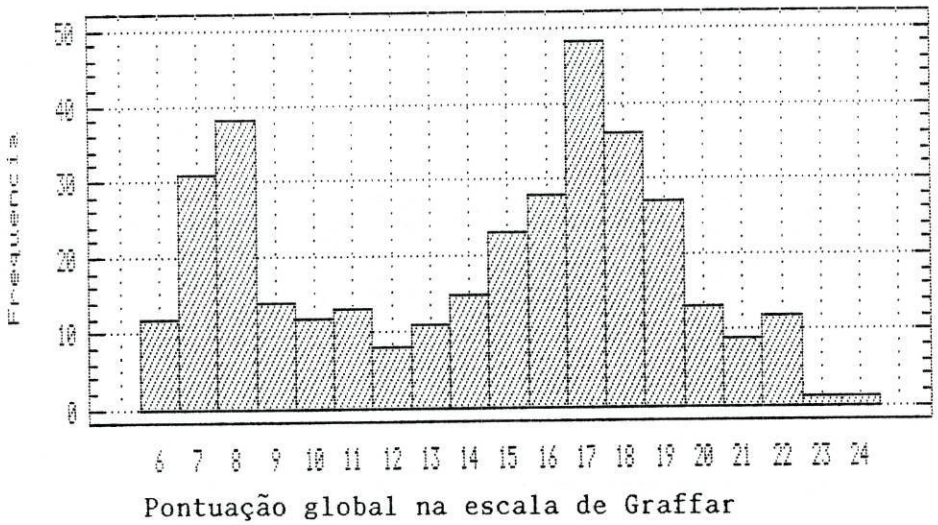
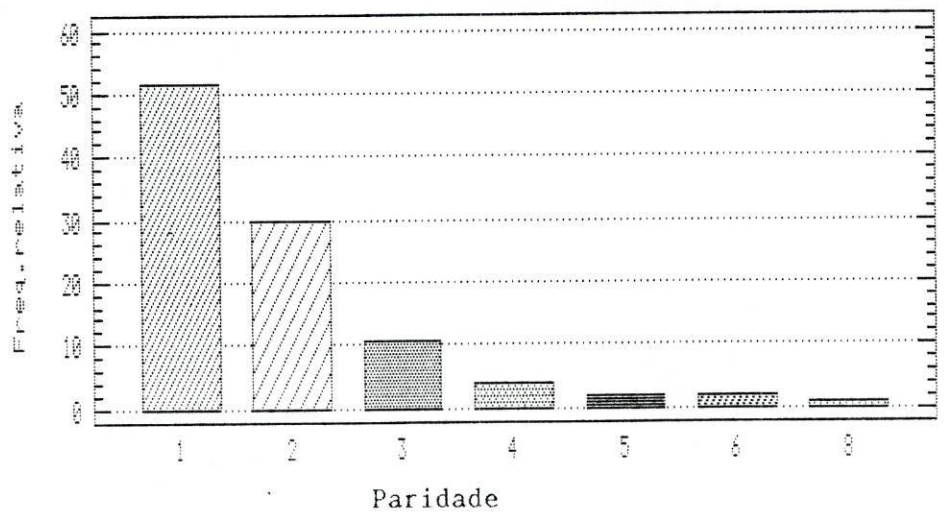


Figura - 5: "Grupo A": Distribuição de acordo com a paridade



6.1.3. Indicadores de depressão

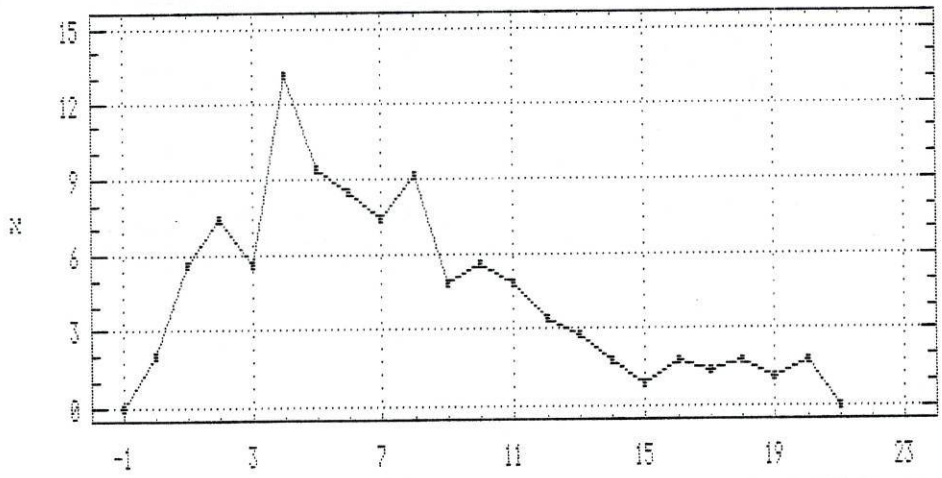
Como indicador de doença depressiva foi, neste grupo, utilizada a EPDS. Conforme a tabela - 3 documenta (página 172), a pontuação média obtida com esta escala foi de 7.17 (d.p.: 4.65; amplitude: 0-20). A tabela - 7 mostra a distribuição dos resultados do "Grupo A", conforme pontuação na referida escala.

Tabela - 7: Distribuição de frequências: EPDS

Pontuação total	Frequência	Frequência relativa	Frequência cumulativa	Frequência cumulativa relativa
0	7	.01989	7	.0199
1	20	.05682	27	.0767
2	26	.07386	53	.1506
3	20	.05682	73	.2074
4	46	.13068	119	.3381
5	33	.09375	152	.4318
6	30	.08523	182	.5170
7	26	.07386	208	.5909
8	32	.09091	240	.6818
9	17	.04830	257	.7301
10	20	.05682	277	.7869
11	17	.04830	294	.8352
12	12	.03409	306	.8693
13	10	.02841	316	.8977
14	6	.01705	322	.9148
15	3	.00852	325	.9233
16	6	.01705	331	.9403
17	5	.01420	336	.9545
18	6	.01705	342	.9716
19	4	.01136	346	.9830
20	6	.01705	352	1.0000

Esta informação está também apresentada sob a forma de curva de distribuição (ver figura - 6). Os resultados estão agrupados em intervalos de classe, apresentando-se para cada uma a respectiva frequência relativa. Na figura - 7 (página 178) é possível verificar que a curva obtida pela avaliação através da EPDS, a exemplo de outras variáveis biológicas e fenómenos naturais (cf. Barker, 1979: 29), assemelha-se à curva normal apesar da presença de pequenas irregularidades.

Figura - 6: Distribuição das pontuações na EPDS (curva de frequência relativa) - "Grupo A"



Recorrendo a análise multivariada (análise de correlação), foi construida uma matriz de coeficientes de correlação para os vários items da escala de depressão (EPDS) para o "Grupo A" (n=352). A tabela - 8 (página seguinte) apresenta os respectivos coeficientes e valores de p.

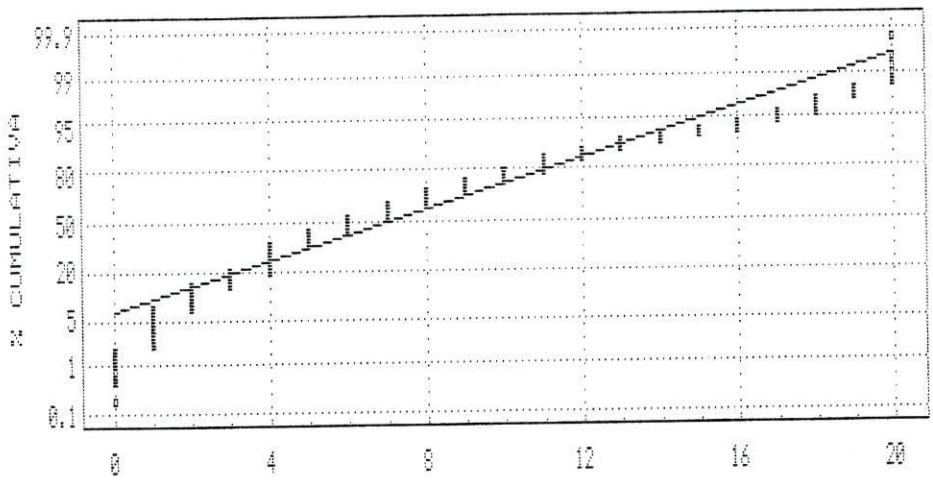
No que se refere à correlação com o valor total, todos os coeficientes apresentam valores estatísticos altamente significativos ($p<0.001$).

Não acontece o mesmo com as correlações entre os diversos items; nota-se uma correlação positiva entre todas as perguntas da escala, sendo as perguntas Nº 5, 7, 8 e 9, de entre todas, as que apresentam coeficientes de correlação mais elevados com a pontuação global do teste.

Tabela - 8: Matriz de correlação da escala para a depressão (EPDS): "Grupo A"

	(Total)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
(Total)	1.000	.472	.383	.504	.574	.712	.606	.702	.731	.717	.583
	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)
(1)		1.00	.303	.105	.166	.235	.265	.214	.411	.294	.192
		(.000)	(.000)	(.049)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)
(2)			1.000	.049	.151	.179	.222	.224	.270	.162	.209
			(.000)	(.357)	(.004)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.002)	(.000)
(3)				1.000	.303	.317	.178	.257	.239	.247	.120
				(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.023)
(4)					1.000	.487	.211	.218	.294	.233	.101
					(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.056)
(5)						1.000	.314	.384	.397	.402	.346
						(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)
(6)							1.000	.379	.321	.340	.300
							(.000)	(.000)	(.000)	(.000)	(.000)
(7)								1.000	.527	.555	.431
								(.000)	(.000)	(.000)	(.000)
(8)									1.000	.588	.450
									(.000)	(.000)	(.000)
(9)										1.000	.565
										(.000)	(.000)
(10)											1.000
											(.000)

Figura - 7: Distribuição das pontuações na EPDS e curva normal - Grupo A



6.2. Características das mulheres deprimidas

O passo seguinte do estudo consistiu na pesquisa, para o "Grupo A", de diferenças entre "mulheres deprimidas" e "mulheres não deprimidas", nomeadamente no que se refere à relação da depressão de pós-parto com factores sócio-demográficos e obstétricos. Para tal efeito e de acordo com os critérios propostos pelos autores da escala, foram consideradas deprimidas as puérperas em que a pontuação global na EPDS foi superior a 12.

Sempre que os valores estavam distribuidos por classes, utilizou-se o teste de X^2, que permite estabelecer ilações em comparação com os valores teóricos esperados. Várias associações estatísticamente significativas foram observadas conforme demonstram a tabela - 9 e tabela - 17 (página 182).

6.2.1. Relação entre factores socio-demográficos e depressão de pós-parto

A tabela - 9 resume os resultados encontrados no que respeita a este grupo de factores. As tabelas seguintes pesquisam em detalhe, para o "Grupo A", a relação da pontuação na escala de depressão com a idade e outras variáveis incluidas na avaliação preconizada por Graffar.

Tabela - 9: Resumo das associações encontradas (factores sociais)

Factor social	X^2	GL	Valor de p
Idade da mãe	3.575	2	NS
Baixo nível profissional	21.744	3	<0.001
Baixo nível de escolaridade	9.277	2	<0.05
Baixo nível de rendimentos	12.884	2	<0.01
Alojamento pouco confortável	15.068	2	<0.001
Bairro de aspecto pobre	13.301	2	<0.01
Baixo nível de classe social	16.990	2	<0.001

Tabela - 10: Depressão de acordo com os grupos etários

Grupo etário	Deprimidas	Não deprimidas	Total
<20	5(23.8)	16(76.2)	21 (6.0)
20-24	17(14.9)	86(85.1)	101 (28.7)
25-29	16(13.1)	106(86.9)	122 (34.7)
30-34	5 (6.6)	71(93.4)	76 (21.6)
35-39	4(15.4)	22(84.6)	26 (7.4)
40-44	1(16.7)	5(83.3)	6 (1.7)
Total	46(13.1)	306(86.9)	352(100.0)

Tabela - 11: Depressão de acordo com a profissão (pontuação de Graffar)

Profissão	Deprimidas	Não deprimidas	Total
1	5(5.4)	87(94.6)	92 (26.1)
2	3(4.9)	58(95.1)	61 (17.3)
3	6(13.0)	40(87.0)	46 (13.1)
4	23(18.1)	104(81.9)	127 (36.1)
5	9(34.6)	17(65.4)	26 (7.4)
Total	46(13.1)	306(86.9)	352(100.0)

Tabela - 12: Depressão de acordo com a escolaridade (pontuação de Graffar)

Escolaridade	Deprimidas	Não deprimidas	Total
1	4 (5.3)	71 (94.7)	75 (21.3)
2	0 (0.0)	25(100.0)	25 (7.1)
3	11(12.0)	81 (88.0)	92 (26.1)
4	27(18.9)	116 (81.1)	143 (40.6)
5	4(23.5)	13 (76.5)	17 (4.8)
Total	46(13.1)	306 (86.9)	352(100.0)

Tabela - 13: Depressão de acordo com a fonte de rendimento (pontuação de Graffar)

Fonte de rendimento	Deprimidas	Não deprimidas	Total
1	-	-	-
2	6(5.7)	99(94.3)	105 (29.8)
3	26(13.5)	167(86.5)	193 (54.8)
4	11(22.9)	37(77.1)	48 (13.6)
5	3(50.0)	3(50.0)	6 (1.7)
Total	46(13.1)	306(86.9)	352(100.0)

Tabela - 14: Depressão de acordo com o conforto do alojamento (pontuação de Graffar)

Conforto do alojamento	Deprimidas	Não deprimidas	Total
1	4(11.1)	32(88.9)	36 (10.2)
2	3 (3.3)	88(96.7)	91 (25.9)
3	18(13.2)	118(86.8)	136 (38.6)
4	20(24.7)	61(75.3)	81 (23.0)
5	1(12.5)	7(87.5)	8 (2.3)
Total	46(13.1)	306(86.9)	352(100.0)

Tabela - 15: Depressão de acordo com o aspecto do bairro (pontuação de Graffar)

Aspecto do bairro	Deprimidas	Não deprimidas	Total
1	5 (8.3)	55(91.7)	60 (17.0)
2	3 (3.6)	80(96.4)	83 (23.6)
3	26(16.6)	131(83.4)	157 (44.6)
4	10(22.2)	35(77.8)	45 (12.8)
5	2(28.6)	5(71.4)	7 (2.0)
Total	46(13.1)	306(86.9)	352(100.0)

Tabela - 16: Depressão de acordo com a classe social (pontuação de Graffar)

Classe social	Deprimidas	Não deprimidas	Total
1	6 (6.3)	89(93.7)	95 (27.0)
2	1 (2.3)	43(97.7)	44 (12.5)
3	16(14.0)	98(86.0)	114 (32.4)
4	19(22.4)	66(87.6)	85 (24.1)
5	4(28.6)	10(71.4)	14 (4.0)
Total	46(13.1)	306(86.9)	352(100.0)

Como pode constatar-se pelas tabelas anteriores, a idade da puérpera não se associa significativamente com a existência de depressão. Pelo contrário, foram encontradas associações significativas com o desempenho de profissões modestas, alojamento pouco confortável e classe social de baixo nível ($p<0.001$). O facto de a puérpera apresentar um baixo nível de rendimentos ou habitar num bairro de aspecto pobre, ocasionou, também, associações significativas ($p<0.01$), podendo afirmar-se o mesmo em relação ao baixo nível de escolaridade ($p<0.05$).

6.2.2. Relação entre factores obstétricos e depressão de pós-parto

A relação entre depressão e factores obstétricos foi estudada pelo mesmo método, comparando as pontuações obtidas na EPDS com a paridade. As tabelas 17 e 18 apresentam os resultados obtidos.

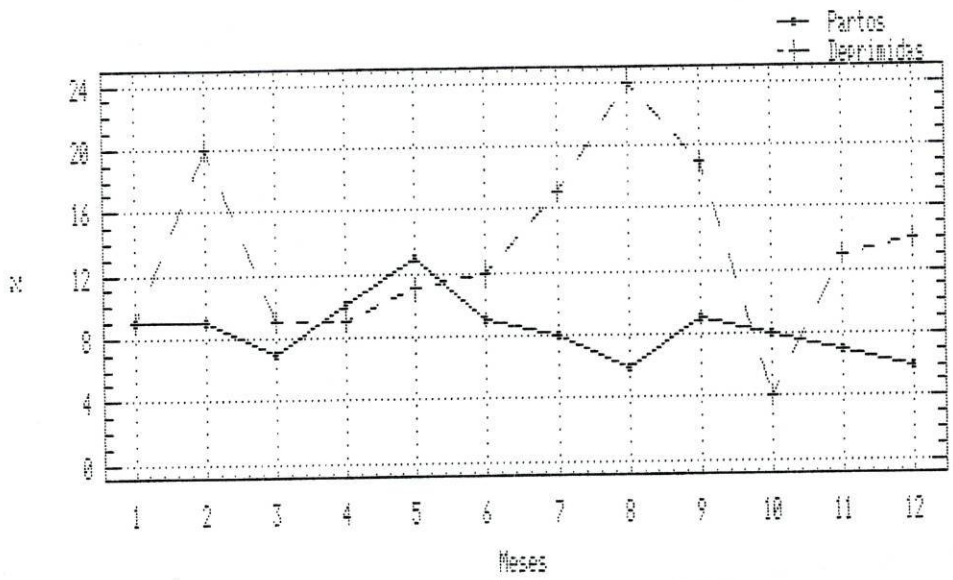
Tabela - 17: Associação entre paridade e valor de EPDS

Factor obstétrico	X^2	GL	p
Primiparidade	3.790	1	NS
Paridade >2	7.579	1	<0.05

Tabela - 18: Depressão de acordo com a paridade

Paridade	Deprimidas	Não deprimidas	Total
1	17 (9.4)	164 (90.6)	181 (51.4)
2	14(13.3)	91 (86.7)	105 (29.8)
3	8(21.6)	29 (78.4)	37 (10.5)
4	4(28.6)	10 (71.4)	14 (4.0)
5	1(14.3)	6 (85.7)	7 (2.0)
6	2(33.3)	4 (66.7)	6 (1.7)
>6	0 (0.0)	2(100.0)	2 (0.6)
Total	46(13.1)	306 (86.9)	352(100.0)

Figura - 8: Variação sezonal de nascimentos e depressão



De acordo com estas tabelas, pode constatar-se que o diagnóstico de depressão, estabelecido com base numa pontuação elevada na EPDS, se associou significativamente com paridade elevada (três ou mais filhos).

6.2.3. Variação sazonal da depressão de pós-parto

Uma vez que o estudo se prolongou durante um ano, foi possível avaliar

a existência de variações sazonais de vários parâmetros. Notou-se um número mais elevado de nascimentos na Primavera. Para além de ilustrar este aspecto, a figura - 8 (página anterior) mostra-nos, igualmente, variações sazonais das pontuações globais na escala EPDS. Esta figura apresenta frequências relativas de nascimentos em cada mês e a percentagem de deprimidas relativamente ao total de puérperas desse mês. Pode observar-se que o mês de Fevereiro e o período que vai de Maio a Setembro se destacam pela frequência de depressões diagnosticadas.

6.2.4. **Regressão múltipla**

O estudo da variação conjunta das variáveis, efectuou-se considerando como variável dependente a pontuação global da EPDS e como variáveis independentes a idade (transformada em dias de vida), a paridade e cada um dos cinco componentes de classificação social da escala de Graffar. A análise efectuada ("Stepwise") estabeleceu o seguinte modelo:

EPDS=4.18 + 0.487xParidade + 0.749xProfissão

Ao valor de $F_{[7,351]} = 13.25$, corresponde a um $p<0.01$ (altamente significativo) e um coeficiente de determinação ($r^2 = 0.0652$), o que significa que o modelo explica apenas 6.5 por cento da variância observada.

Verificou-se que paridade e a classificação profissional são os únicos factores em que o valor de F é suficientemente elevado para entrar no modelo. Pode concluir-se que, com o critério de inclusão utilizado ($p<=0.05$), a paridade e a profissão são as únicas variáveis predictivas nesta regressão, variando no mesmo sentido da cotação global na escala da EPDS. A equação anterior sugere que os níveis de depressão foram mais elevados nas puérperas com mais filhos e com mais baixo nível profissional.

Para se poder avaliar com mais rigor o contributo de cada uma das variáveis independentes, através dos seus coeficientes, seria necessário padronizá-los, ou seja, torná-los independentes das suas unidades de medida. Esta técnica não foi por nós explorada.

6.3. Resultados relativos à parte controlada do estudo

O quadro seguinte resume a informação básica sobre "Grupo B" e "Grupo C" e alguns resultados comparativos obtidos. Na pesquisa de significância estatística nas diferenças encontradas utizou-se o teste "t Student" para amostras pareadas. Também se apresentam várias tabelas que permitem uma descrição mais detalhada das características dos casos e dos controlos.

Tabela - 19: Informação básica sobre as amostras (fase controlada)

Variável	"Grupo B"			"Grupo C"			valor de
	média	amplitude	d.p.	média	amplitude	d.p.	p
Idade	27.47	16-43	5.43	29.40	17-52	6.05	<0.05
Profissão	2.87	1-5	1.30	2.94	1-5	1.04	NS
Escolaridade	3.07	1-5	1.16	3.18	1-5	1.01	NS
Rendimento	2.94	2-5	0.65	2.88	1-5	0.44	NS
Alojamento	2.77	1-5	0.85	2.90	1-5	0.65	NS
Bairro	2.70	1-5	0.88	2.82	1-5	0.63	NS
Classe social	14.37	6-23	4.40	14.74	5-21	3.31	NS
Paridade	1.78	1-8	1.13	1.27	0-7	0.96	<0.001
EPDS	7.69	0-20	5.00	7.64	0-18	3.44	NS
ZUNG	33.78	20-55	7.53	30.0	22-47	6.61	<0.001

Confrontando estes valores com os da tabela - 3 (página 172) constata-se que o "Grupo B" e "Grupo A" eram semelhantes no que respeita às variáveis estudadas. O "Grupo B" e "Grupo C" apresentam diferenças estatísticamente significativas para as variáveis "idade" ($p<0.05$) e "paridade" ($p<0.001$). Por fim, estes dois grupos diferem também na pontuação obtida na escala de ZUNG ($p<0.001$). Não se observaram diferenças para a EPDS. Estes resultados revelam que as puérperas tiveram dificuldade em identificar os respectivos controlos de acordo com as recomendações relativas ao emparelhamento. Por outro lado, a

metodologia utilizada terá, contudo, a vantagem de o grupo de controlo se identificar, do ponto de vista social, mais rigorosamente com o grupo de estudo.

6.3.1. Características Sociais e demográficas:

A tabela - 20 apresenta a distribuição por idades para os dois grupos considerados nesta secção.

Tabela 20: Distribuição etária ("Grupo B" e "Grupo C")

Grupos etários	**"Grupo B"**	**"Grupo C"**
<20	11 (9.3)	2 (1.7)
20-24	32 (27.1)	21 (17.8)
25-29	40 (33.9)	52 (44.1)
30-34	24 (20.3)	23 (19.5)
35-39	9 (7.6)	14 (11.9)
40-44	2 (1.7)	4 (3.4)
>44	-	2 (1.7)
TOTAL	118(100.0)	118(100.0)

Os dois grupos foram ainda avaliados no que se refere ao estado civil e religião (ver tabela - 21 na página seguinte). Pode notar-se que a percentagem de mulheres casadas é semelhante nos dois grupos (87.3%). Também quanto à religião em que espontâneamente se classificam, há, em ambos os grupos, um franco predomínio de uma das opções (religião católica).

Ainda de acordo com a tabela - 19 (página anterior), as amostras puerperal e não puerperal não diferem significativamente no que respeita à classe social ($p>0.05$).

Os resultados da avaliação de acordo com os parâmetros do método de

Graffar estão apresentados nas tabelas 22 a 27 (páginas seguintes).

Tabela 21: Estado civil e religião ("Grupo B" e "Grupo C")

		"Grupo B"		"Grupo C"	
		Nº	%	Nº	%
Estado civil					
	Casadas	103	87.3	103	87.3
	Solteiras	15	12.7	13	11.0
	Divorciadas	-	-	2	1.7
	Total	118	100.0	118	100.0
Religião					
	Católicas	105	89.0	114	96.6
	Outras	4	3.4	2	1.7
	sem relig	9	7.6	2	1.7
	Total	118	100.0	118	100.0

Efectuado o teste de comparação ("t student") entre os dois grupos, notamos que eles são homogéneos relativamente a todas as características estudadas (cf. tabela - 19 página 186).

Tabela - 22: Distribuição das amostras por grupos profissionais ("Grupo B" e "Grupo C")

Profissão	"Grupo B"	"Grupo C"
1	24 (20.3)	14 (11.9)
2	26 (22.0)	22 (18.6)
3	19 (16.1)	42 (35.6)
4	39 (33.1)	37 (31.4)
5	10 (8.5)	3 (2.5)
Total	118(100.0)	118(100.0)

Tabela - 23: Distribuição das amostras pox graus de escolaridade ("Grupo B" e "Grupo C")

Escolaridade	"Grupo B"	"Grupo C"
1	21 (17.8)	14 (11.9)
2	9 (7.6)	8 (6.8)
3	31 (26.3)	39 (33.1)
4	54 (45.8)	56 (47.5)
5	3 (2.5)	1 (0.8)
Total	118(100.0)	118(100.0)

Tabela - 24: Distribuição das amostras por fontes de rendimento ("Grupo B" e "Grupo C")

Fontes de rendimento	"Grupo B"	"Grupo C"
1	-	1 (0.8)
2	27 (22.9)	15 (12.7)
3	73 (61.9)	99 (83.9)
4	16 (13.6)	2 (1.7)
5	2 (1.7)	1 (0.8)
Total	118(100.0)	118(100.0)

Tabela - 25: Distribuição das amostras por conforto do alojamento ("Grupo B" e "Grupo C")

Alojamento	"Grupo B"	"Grupo C"
1	10 (8.5)	4 (3.4)
2	27 (22.9)	17 (14.4)
3	62 (52.5)	85 (72.0)
4	17 (14.4)	10 (8.5)
5	2 (1.7)	2 (1.7)
Total	118(100.0)	118(100.0)

Tabela - 26: Distribuição das amostras por aspecto do bairro ("Grupo B" e "Grupo C")

Aspecto do bairro	"Grupo B"	"Grupo C"
1	12 (10.2)	5 (4.2)
2	30 (25.4)	20 (16.9)
3	59 (50.0)	85 (72.0)
4	15 (12.7)	7 (5.9)
5	2 (1.7)	1 (0.8)
Total	118(100.0)	118(100.0)

Tabela - 27: Distribuição das amostras por classe social ("Grupo B" e "Grupo C")

Classe social	"Grupo B"	"Grupo C"
1	25 (21.2)	14 (11.9)
2	17 (14.4)	16 (13.6)
3	45 (38.1)	74 (62.7)
4	28 (23.7)	14 (11.9)
5	3 (2.5)	-
Total	118(100.0)	118(100.0)

6.3.2. Características Obstétricas

Na tabela - 28 (página seguinte) pode constatar-se que 15.3% dos controlos não tinham filhos. Voltamos a salientar que algumas puérperas tiveram dificuldade em designar o respectivo controlo, argumentando a ausência de "amigas" ou mudança recente de residência e acabando por a designar apenas depois de alguma insistência.

Tabela - 28: Distribuição das amostras por paridade ("Grupo B" e "Grupo C")

Paridade	"Grupo B"	"Grupo C"
0	-	18 (15.3)
1	63(53.4)	63 (53.4)
2	31(26.3)	28 (23.7)
3	17(14.4)	7 (5.9)
4	3 (2.5)	1 (0.8)
5	3 (2.5)	-
6	-	-
>6	1 (0.8)	1 (0.8)
Total	118(100.0)	118(100.0)

Utilizando informação que dispomos para o grupo das puérperas ("Grupo B") pode constatar-se que em 86 casos (72.9%) o parto foi "eutócico", que em 29 casos se recorreu a cesariana (24.6%) e que em 3 casos (2.5%) foi utilizado o forceps.

O tempo de internamento da mulher para parto foi, em média, de 3.81 dias (d.p.: 2.191; amplitude: 1-15). A tabela - 29 e a figura - 9 (página seguinte) apresentam estes resultados.

Tabela - 29: Tempo de internamento para o parto ("Grupo B")

Nº de Dias	1	2	3	4	5	6	7	>7
Nº mulheres (%)	4(3.4)	29(24.6)	35(29.7)	18(15.3)	16(13.6)	5(4.2)	1(0.8)	10(8.5)

Importa destacar que a maioria das mulheres (61.1%), referiu uma estadia hospitalar cuja duração é igual ou inferior a três dias. Ainda digno de referência é o facto de neste grupo de 118 puérperas, o número de dias de internamento do filho ter sido sempre igual ao da

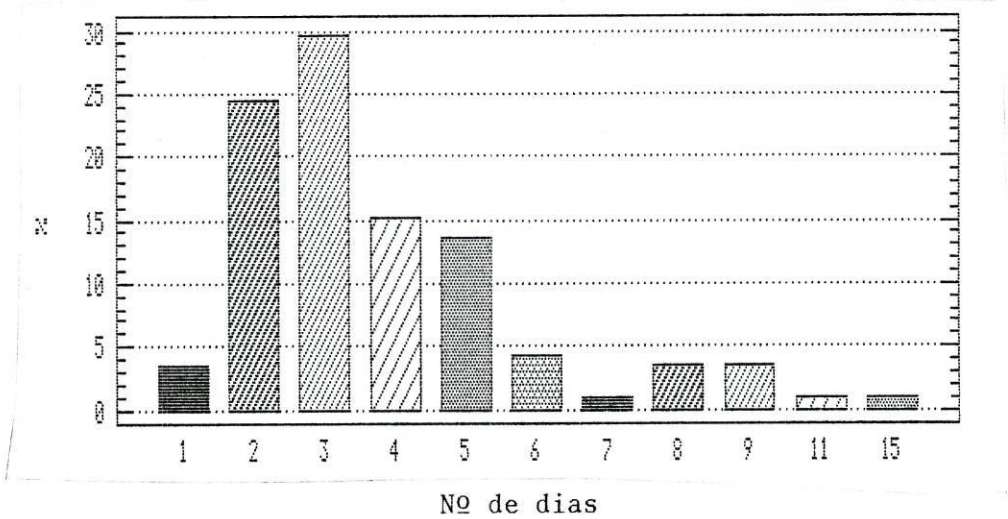
mãe.

6.3.3. Indicadores de depressão

Conforme já foi apresentado na tabela - 19 (página 186), a pontuação média na EPDS foi de 7.69 (d.p.: 5.00; amplitude: 0-20) no grupo das 118 puérperas ("Grupo B"), ligeiramente mais elevada do que a pontuação média no grupo de controlo ("Grupo C") em que os valores foram de 7.64, 3.44 e 0-18, respectivamente.

Foi igualmente referido que o "Grupo B" e "Grupo C" diferem significativamente no que respeita às pontuações médias obtidas na escala de ZUNG ($p<0.001$). A figura - 10 (página seguinte) mostra a distribuição das frequências nos dois grupos considerados.

Figura - 9: Tempo de internamento para o parto (puérperas)



6.4. Prevalência pontual de doença depressiva

A prevalência pontual da doença depressiva no grupo de mulheres em pós-parto, foi estimada utilizando critérios definidos pelos autores

da EPDS, ou seja, valores de pontuação total superior a 12. De acordo com os resultados globais ("Grupo A"), estão nestas circunstâncias 13.1% das puérperas. Este valor não difere significativamente, do ponto de vista estatístico, do obtido no "Grupo B" (118 puérperas). Por outro lado, o grupo de controlo ("Grupo C"), apresenta uma frequência de 7.6%, que corresponde a um valor de $X^2=3.282$ ($p=0.070$), o qual se aproxima dos valores de significância estatística habitualmente considerados.

Figura - 10: Pontuações na escala de ZUNG

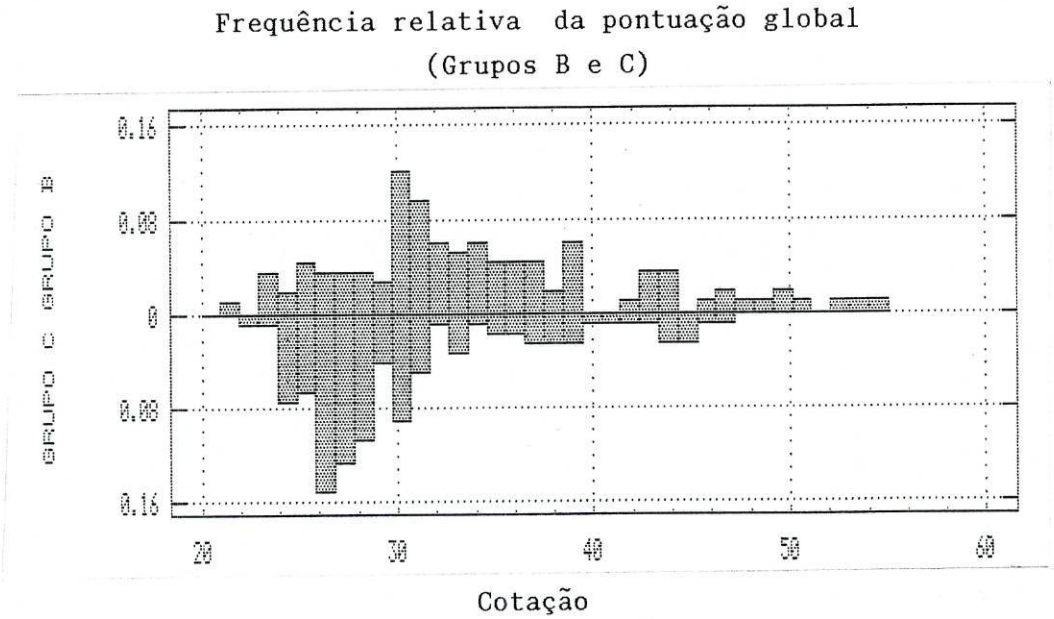


Tabela - 30: Prevalência pontual da doença depressiva ("Grupo A")

	"Grupo A"		"Grupo B"		"Grupo C"	
Indice	N	%	N	%	N	%
EPDS>12	46	(13.1)	19	(16.1)	9	(7.6)

Conforme pode constatar-se pela observação da tabela - 31, o risco de depressão no "Grupo B" é superior em mais de duas vezes ao do "Grupo C.

Tabela - 31: Risco de depressão em puérperas ("Grupo B") e não puérperas ("Grupo C")

	depressão (EPDS>12)		
	+	-	
"Grupo B"	19	99	118
"Grupo C"	9	109	118
	28	208	236

Odds ratio = (19 X 109)/(99 x 9) = 2.32

Foi ainda calculado o intervalo de confiança do risco estimado para 95 por cento, através do método proposto por Woolf (Kahn, 1989: 113-115). O valor obtido situa-se entre 1.0 e 5.4

A aplicação da escala de ZUNG permite-nos avaliar sintomatologia parcialmente distinta da da obtida pela EPDS. Como já foi referido, a escala de ZUNG foi aplicada ao "Grupo B" (118 puérperas) e "Grupo C" (controlos). Utilizando, para esta escala, uma pontuação superior a 39, como definindo um quadro depressivo, constata-se que os dois grupos não diferem entre si.

Considerando como "depressão moderada" as mulheres cuja pontuação na escala de ZUNG foi superior a 39 e inferior a 48, encontramos 10.2% de deprimidas nos dois grupos.

Se aceitarmos que estamos perante um quadro depressivo grave sempre

que a pontuação na escala de ZUNG for superior a 47, os valores obtidos são de 6.8% na amostra de puérperas, não se detectando nenhum caso no grupo de controlo.

Tabela - 32: Prevalência pontual da doença depressiva, no "Grupo B" e "Grupo C", através da utilização da escala de ZUNG

	"Grupo B"	"Grupo C"
	N %	N %
ZUNG>39	20(16.9)	12(10.2)
ZUNG 40-47	12(10.2)	12(10.2)
ZUNG>47	8 (6.8)	0 (0.0)

6.5. Correspondência entre testes: validação da EPDS por uma escala pontuada pelo observador (HARD).

A escala de hetero-avaliação "HARD" foi utilizada para testar a validade do diagnóstico de depressão obtido pela EPDS. Como já foi antes referido, a escala HARD foi administrada por um único entrevistador, sempre que o contacto se estabeleceu no domicílio e sempre que se verificaram as condições exigidas para esse efeito (local adequado, ausência de interferências exteriores).

Os resultados da aplicação da escala de HARD a uma sub-amostra obtida nestas condições, constam da tabela - 32, construida de acordo com a metodologia de validação proposta por Barker e Rose (1979: páginas 34-35 e 120-123).

Tabela - 33: Validação da EPDS

	Teste de referência (HARD)		
	+	-	
EPDS>12	5	7	12
EPDS<13	2	63	65
	7	70	77

Os resultados obtidos são semelhantes aos apresentados por L. Cox (1987), apesar da utilização de outra metodologia. Destacam-se os valores da sensibilidade (71.4%), da especificidade (90.0%) e da precisão global do teste (80.7%).

Como era de esperar, tendo em vista referências de outros autores que já citámos, a EPDS é um óptimo teste de rastreio. Os valores agora

calculados permitem afirmar, por exemplo, que a probabilidade de estarmos perante uma depressão quando a escala apresenta uma pontuação global inferior a 13 pontos, é de apenas 3.1 por cento.

Figura - 11: EPDS vs ZUNG (grupo B)

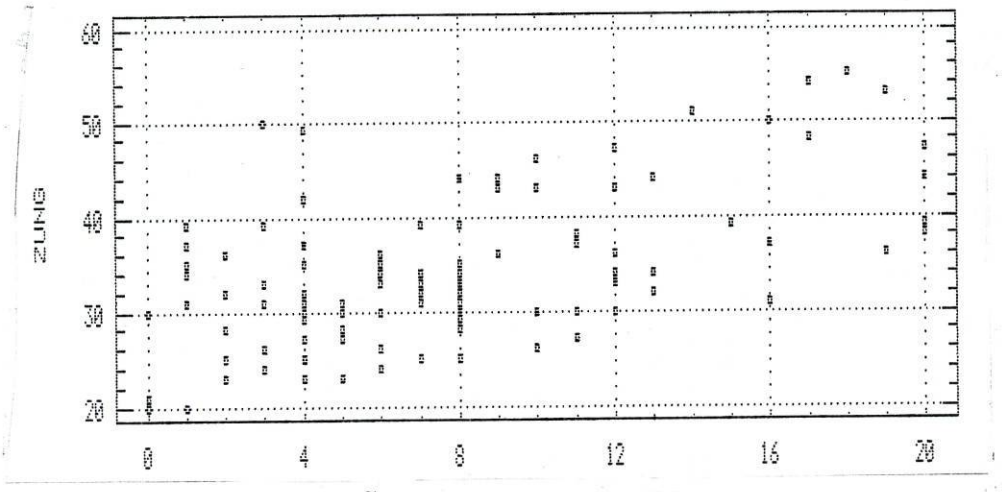


Tabela - 33: Correlação entre EPDS e ZUNG

	EPDS	ZUNG
EPDS	1.0 (118) 0.0	.5316 (118) 0.0
ZUNG	.5316 (118) 0.0	1.0 (118) 0.0

A correlação entre os índices psicométricos EPDS e ZUNG também foi estudada pelas técnicas de análise multivariada, estando resumida na

tabela - 33 (página anterior) na qual são sucessivamente indicados o coeficiente de correlação, o tamanho da amostra e o nível de significância. Como pode constatar-se pela análise dos referidos valores, notou-se apenas uma correlação modesta entre as pontuações nas duas escalas. Isto pode dever-se ao facto de estes dois instrumentos não apresentarem uma completa coincidência de conteúdo. A figura - 11 (página anterior) representa, gráficamente, esta mesma questão.

6.6 Outras características das puérperas deprimidas

A pesquisa de diferenças entre "mulheres deprimidas" (aquelas em que a pontuação global na EPDS foi superior a 12) e "mulheres não deprimidas" no que respeita às variáveis em estudo foi completada com a avaliação, na parte controlada do estudo, do estado civil, tipo de parto e número de dias de internamento da mãe e do filho. Foi também aplicado um teste de significância estatística.

Tabela - 34: Depressão e estado civil

Estado civil	Deprimidas	Não deprimidas	Total
Casadas	14(13.5)	89(86.5)	103 (87.3)
Solteiras	5(33.3)	10(66.6)	15 (12.7)
Total	19(16.1)	99(83.9)	118(100.0)

Tabela - 35: Depressão e tipo de parto

Tipo de parto	Deprimidas	Não deprimidas	Total
Eutócico	13(15.1)	73 (84.9)	86 (72.9)
Cesariana	6(20.7)	23 (79.3)	29 (24.6)
Forceps	0 (0.0)	3(100.0)	3 (2.5)
Total	19(16.1)	99 (83.9)	118(100.0)

Agrupadas as células que se referem a cesariana e forceps.

Tabela - 36: Depressão e permanência no hospital

Nº de dias	Deprimidas	Não deprimidas	Total
<4	5 (7.4)	63(92.6)	68 (57.6)
4-5	7(20.6)	27(79.4)	34 (28.8)
>5	7(43.8)	9(56.3)	16 (13.6)
Total	19(16.1)	99(83.9)	118(100.0)

A principal conclusão que pode retirar-se destas tabelas 34 a 36 é a de que o número de dias de internamento da mãe e do filho podem ter significado, do ponto de vista estatístico, no desenvolvimento da doença depressiva ($p<0.05$).

6.7. Depressão em não puérperas

Para o "Grupo C", procedeu-se também ao estudo da variação conjunta das variáveis, considerando-se como dependente a pontuação global da EPDS e como variáveis independentes a idade (transformada em dias de vida), a paridade e cada um dos cinco componentes de classificação social da escala de Graffar. A análise "Stepwise" estabeleceu o seguinte modelo:

EPDS=3.555 + 1.283 x Escolaridade

Ao valor de $F_{[7,117]} = 3.52$, corresponde a um $p<0.05$ (significativo) sendo os valores de variância são explicados em 13.5 por cento ($r^2 = 0.1349$).

Verificou-se pois que a escolaridade é a única variável em que o valor de F é suficientemente elevado para entrar no modelo. Pode concluir-se que, com o critério de inclusão utilizado ($p<=0.05$), a escolaridade é a única variável predictiva nesta regressão, correspondendo as menores pontuações depressivas às mulheres de mais elevado nível de instrucção.

Estes resultados contrastam com os obtidos no "Grupo A" em que se observou que o nível profissional e a paridade influenciavam mais decisivamente a pontuação na EPDS.

6.8. Características da depressão em puérperas e em não puérperas

As conclusões anteriores basearam-se num diagnóstico sindromático dos quadros depressivos. A utilização de outras escalas de depressão (ZUNG e HARD) em que os sintomas avaliados são significativamente distintos dos da EPDS, permite evidenciar diferenças na fenomenologia das situações depressivas do pós-parto, em relação à depressão que pode surgir em outras fases da vida das mulheres em idade fértil.

A tabela - 37 categoriza os sintomas avaliados pela escala EPDS, procurando evidenciar, quer a importância relativa de cada sintoma durante e fora do puerpério, quer as eventuais diferenças de posição dos sintomas nas duas situações.

Tabela - 37: Importância relativa e pontuação média dos sintomas avaliados pela EPDS

	"Grupo B"		"Grupo C"	
Posição	Pontuação média	Sintoma	Pontuação média	Sintoma
1	1.457	Ansiedade	1.635	Ansiedade
2	1.440	Culpa	1.330	Culpa
3	1.271	Coping	1.279	Coping
4	1.152	Medo	1.059	Medo
5	0.627	Tristeza	0.737	Insónia
6	0.618	Insónia	0.610	Tristeza
7	0.508	Choro	0.533	Choro
8	0.279	Autoagressividade	0.228	Capacidade de rir
9	0.203	Capacidade de rir	0.118	Esperança no futuro
10	0.135	Esperança no futuro	0.110	Autoagressividade

As respostas aos diversos items da escala de ZUNG foram também

avaliadas por metodologia semelhante. A tabela - 38 e a figura - 12 (página seguinte) apresentam os respectivos resultados.

Tabela - 38: Importância relativa e pontuação média dos sintomas avaliados pela escala de ZUNG

	"Grupo B"		"Grupo C"	
Posição	Pontuação média	Sintoma	Pontuação média	Sintoma
1	2.559	Variação diurna	2.305	Variação diurna
2	2.076	Indecisão	2.144	Indecisão
3	1.864	Retardo Psicomotor	1.966	Retardo psicomotor
4	1.847	Agit. psicomotora	1.949	Agit. psicomotora
5	1.805	Irritabilidade	1.737	Irritabilidade
6	1.728	Líbido diminuida	1.559	Confusão
7	1.661	Fadiga	1.567	Afecto depressivo
8	1.720	Desval. pessoal	1.415	Fadiga
9	1.652	Desespero	1.500	Desespero
10	1.635	Confusão	1.338	Líbido diminuida
11	1.677	Apetite diminuido	1.330	Obstipação
12	1.644	Obstipação	1.279	Perda de peso
13	1.686	Alteração do sono	1.372	Apetite diminuido
14	1.627	Perda de peso	1.322	Alteração do sono
15	1.559	Insatisfação	1.322	Choro
16	1.500	Vazio	1.203	Taquicardia
17	1.440	Afecto depressivo	1.228	Insatisfação
18	1.432	Taquicardia	1.169	Ideias de suicidio
19	1.415	Choro	1.177	Desval. pessoal
20	1.245	Ideias de suicidio	1.110	Vazio

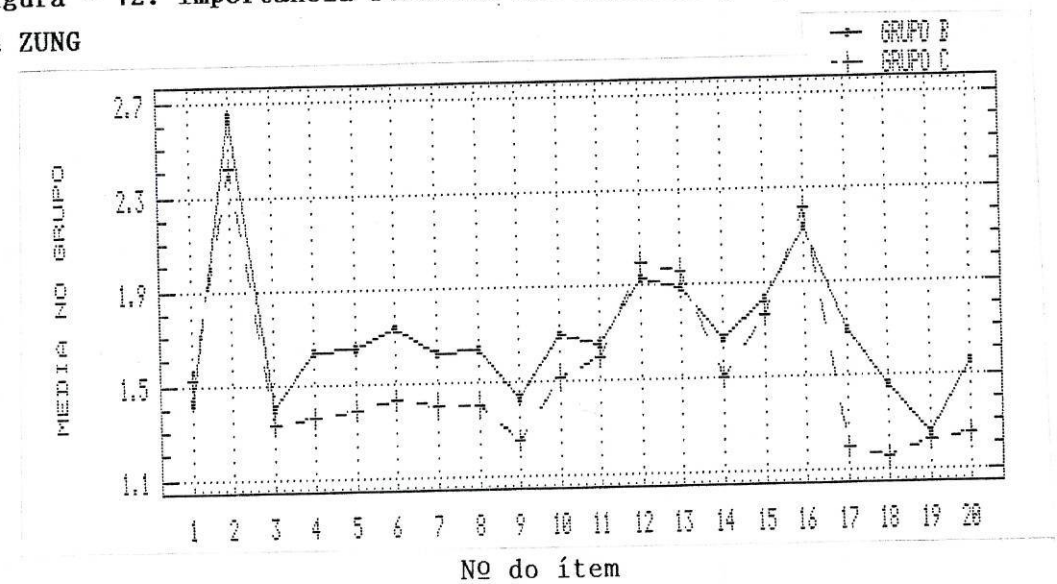
A tabela - 39 (página seguinte) apresenta os sintomas depressivos de maior significado no puerpério, com base nos parâmetros identificados

pelas escalas. A utilização do teste de t Student permite identificar quais das diferenças encontradas na resposta aos items das duas escalas são estatísticamente significativas e por isso mais adequados à distinção dos dois grupos (puérperas e não puérperas).

Tabela - 39: Sintomas depressivos de maior significado no puerpério

Sintoma	Escala	Nº do item	t	p
Auto-agressividade	EPDS	10	2.264	<0.05
Perturbação do sono	ZUNG	4	3.372	<0.001
Apetite diminuido	ZUNG	5	2.501	<0.05
Diminuição da líbido	ZUNG	6	3.240	<0.01
Perda de peso	ZUNG	7	3.509	<0.001
Obstipação	ZUNG	8	2.832	<0.01
Taquicardia	ZUNG	9	2.474	<0.05
Fadiga	ZUNG	10	2.303	<0.05
Desvalorização pessoal	ZUNG	17	5.525	<0.001
Sensação de vazio	ZUNG	18	4.556	<0.001
Insatisfação	ZUNG	20	3.110	<0.01

Figura - 12: Importância relativa dos sintomas pesquisados pela escala de ZUNG



Discussão e conclusões

1. Procedimentos e características da população estudada

Como vimos, parece ser ponto assente para a maioria dos autores que, atendendo à natureza da patologia em estudo, as admissões hospitalares, não são apropriadas para o cálculo da prevalência das doenças mentais do pós-parto. Para além de problemas relacionados com o cálculo dos denominadores nas fracções que fornecem as taxas de frequência, os estudos de base hospitalar não contabilizam, em regra, as situações de doença moderada ou ligeira.

Contrárіamente, os estudos realizados com base em amostras comunitárias, podem contribuir para a construcção de um "mapa topográfico" da doença em que as diferenças regionais sejam escrutinizadas. Por outro lado, facilitam o desenvolvimento de uma gama de estudos especiais, nomeadamente do tipo analítico, cujos resultados poderão auxiliar na identificação de factores de risco (Freeman, 1984).

No que se refere à investigação por nós desenvolvida, julgamos não haver motivos para considerar que as amostras estudadas sejam substancialmente diferentes dos respectivos grupos populacionais em que se inserem, uma vez que estudámos, para o período de um ano, uma elevada percentagem das puérperas residentes numa área geográfica bem delimitada. Esta semelhança é extensiva às características sócio-demográficas ou obstétricas de que se dispoe informação baseada nos censos oficiais.

A percentagem final de puérperas observadas (cerca de 86% do total das inicialmente previstas), pode ser considerada satisfatória e tem valores superiores (ex: Cooper e col., 1988) ou semelhantes (ex: Zajicek e Wolkind, 1978) aos obtidos por outros autores que

procuraram amostras aleatórias representativas de populações mais vastas.

Podemos mesmo afirmar que o número final de puérperas incluido no estudo é, de um modo geral, muito superior ao da maioria dos autores, ultrapassando assim o sentimento expresso por Whiffen (1988b) de que só com amostras de tamanho significativo se poderia responder a várias questões que se mantêm em aberto no estudo da psicopatologia do puerpério.

Na escolha do grupo de controlo foi possível seguir as indicações de O'Hara e col. (1984). Estes autores, referindo-se à necessidade de preservar a comparabilidade dos dados em estudos epidemiológicos, afirmam:

> "... é importante a selecção de uma amostra comunitária de não grávidas, que são mais directamente comparáveis. Esta metodologia permitirá uma decisão definitiva no que respeita às taxas relativas de depressão em populações puerperais e não puerperais".

Outros autores adoptaram critérios distintos. Seager (1960) seleccionou dois grupos de controlos - mulheres hospitalizadas na mesma ocasião e um grupo de puérperas de uma unidade de obstetrícia que classificou de "normais". J. L. Cox (1979) recorreu a mães que acompanhavam o filho doente. Como este autor reconhece, a escolha de mulheres em pediatria pode resultar em que estas estejam preocupadas por acompanharem um filho doente. A escolha de controlos deste tipo, em que as taxas de prevalência de morbilidade psiquiátrica poderão estar elevadas pelas razões apresentadas, poderá resultar num eventual efeito de viés que tenderia a atenuar diferenças reais. Breen (1975:63-64) escolheu "com grande dificuldade" um grupo de controlo para as 60 primíparas que estudou. Recorreu inicialmente a um anúncio de jornal onde obteve apenas 3 voluntárias tendo decidido, por fim, incluir colaboradoras da instituição em que trabalhava. O resultado

final pode ter sido um grupo de mulheres dificilmente comparáveis ao grupo de puérperas.

Julgamos que terá ficado bem expresso ao longo deste escrito que a escolha do período de pós-parto sobre o qual incidirá a avaliação, é uma das decisões mais difíceis dos estudos sobre a psicopatologia do puerpério. Meltzer e Kumar (1985) sublinham que os vários autores têm estudado períodos arbitrários depois do parto. De qualquer modo, o período compreendido entre as seis semanas e os seis meses é o mais escolhido, segundo afirma Kendell (1985).

É partilhada por muitos autores (ver Dean e Kendell, 1981; O'Hara e col., 1984; Tetlow, 1955; Seager, 1960), a ideia claramente expressa por Ryle (1961), de que a patologia dos primeiros 3 meses de pós-parto pode ter condicionalismos diferentes dos do período que engloba os 3-12 meses.

Com avaliações em período semelhante ao do presente estudo (entre os três e os seis meses), realizaram-se os trabalhos de Gordon e Gordon (1959), Kumar e Robson (1978), Zajicek e Wolkind (1978), Wolkind e col. (1980), Oakley e Chamberlain (1981), J. L. Cox e col. (1982), Alder e Cox (1983), Ghodsian e col. (1984), Field e col. (1985), Alder e col. (1986), e Alder e Bancroft (1988).

Buesching e col. (1986) procederam à última avaliação às 6 semanas - tal como Gordon e col. (1965), Pitt (1968), Dalton (1971) e Paykel e col. (1980). Os referidos autores consideram que as observações se deveriam prolongar até mais tarde no período de pós-parto.

Elliott e col. (1983) têm, sobre esta questão, uma posição original pois defendem que a gravidez e primeiro ano de pós-parto se caracterizam por estabilidade ao longo do tempo. As eventuais mudanças ocorreriam no período de transição da gravidez para o pós-parto (primeiros três meses).

Contudo, mesmo que esta posição possa ter fundamento, a escolha por nós efectuada tem justificações no que conhecemos da evolução natural dos quadros depressivos. Com efeito, o começo da depressão pode ser súbito, estabelecendo-se em uma semana ou duas. Porém, só costuma chegar ao conhecimento dos clínicos após uma "fase prodrómica" de alguns meses (Hamilton, 1982:3; Kendell, 1985).

Além disso, de acordo com Kendell e col. (1976) e Gotlib e col. (1989), são várias as vantagens da observação no período por nós escolhido (entre os três e os seis meses). Por um lado as psicoses funcionais são muito raras nessa altura, por outro lado a taxa cumulativa de depressão continua a aumentar ao longo do puerpério, sugerindo que a depressão de pós-parto é uma patologia caracterizada por uma relativa estabilidade. Deste modo, as mulheres diagnosticadas próximo do parto poderão continuar a ser igualmente diagnosticadas mais tardiamente no puerpério.

O tempo a que a pesquisa sintomática se refere é uma outra decisão difícil e para já não resolvida. Encontram-se grandes diferenças nos vários estudos, variando o período avaliado na entrevista de uma semana (J. L. Cox e col., 1982) a nove semanas (O'Hara e col., 1984).

No nosso estudo, as eventuais "variações sazonais" referidas por Buesching e col. (1986), foram tidas na devida conta com a decisão de prolongar o estudo durante um ano.

A idade média, quer do grupo de puérperas quer do grupo de controlo, aparece-nos como muito semelhante ao dos estudos de J. L. Cox e col. (1982 e 1989), Harris e col. (1989a) e O'Hara (1986). Contudo é bastante inferior à dos trabalhos de Seager (1960) e Foundeur e col. (1957).

Um aspecto interessante e que está em desacordo com vários trabalhos já referidos, é a ausência de correlação entre pontuação na escala de depressão e a idade, isto apesar do tamanho da amostra nos extremos da

variável "idade" ser aceitável e maior do que o obtido pela maioria dos autores (cf. J. L. Cox e col., 1982).

O nível educacional da nossa amostra e a respectiva distribuição por classe social são de difícil comparação com outros estudos, dada a grande variabilidade de critérios geralmente utilizados. A nossa população parece ter características especiais no que se refere a este parâmetro. Apresenta, nomeadamente, uma distribuição bimodal do número de anos de estudo, com média e d.p. significativamente diferentes, por exemplo, das do trabalho de 1986 de O'Hara (média de 15.1; e d.p. de 2.5).

No que respeita à classe social, a distribuição também não é fácilmente comparável com outras amostras. Sobressai, em relação ao trabalho realizado numa amostra de 84 mulheres por J. L. Cox (1989), a avaliação de um número significativo de mulheres de todas as classes sociais, com uma elevada representação de classes mais altas (sem qualquer representação nesta amostra daquele autor, como, de resto, acontece, também, no estudo de Breen, 1975).

O emparelhamento do grupo de controlos, no que respeita à paridade, só terá sido parcialmente conseguido, à semelhança do que aconteceu em outros estudos (cf.Seager, 1960).

Ao contrário do que tem sido encontrado pela maioria dos autores, a paridade está, do ponto de vista estatístico, significativamente associada à depressão. Esta associação tem sido, como vimos, particularmente observada em estudos não relacionados com a maternidade. Contrastando igualmente com esta observação, no grupo de controlo este parâmetro não apareceu valorizado durante a análise efectuada.

Boucebci (1982:108-115) relembra que embora a multiparidade possa, em determinadas culturas, ser considerada "uma benção", ela acaba por provocar um desgaste fisiológico e um envelhecimento prematuro. As

perturbações resultantes podem determinar um profundo impacto psicológico e por isso a multípara deve ser considerada portadora de um factor de risco em que a descompensação poderá obter expressão no plano biológico, sociológico ou psico-afectivo.

A elevada frequência de cesarianas e a relativa raridade com que é utilizada a técnica que recorre ao forceps, podem ser consideradas surpreendentes em relação à encontrada em outros estudos - ex: 15 por cento e 10 por cento, respectivamente, em J. L. Cox (1989). Possivelmente traduzem diferentes padrões locais da práctica médica. Na recente publicação de Leitão (1989) constatamos que a percentagem de cesarianas no distrito do Porto excede largamente a dos outros distritos nacionais observando-se, nos hospitais privados e para o ano em análise, valores de 45.6 por cento.

A escolha dos instrumentos de medida é, como vimos, uma das maiores dificuldades dos estudos nesta área. A opção de avaliar os sintomas psiquiátricos, aceitando que eles constituem o melhor critério de medida do ajustamento ao pós-parto (Nilsson, 1970) tem sido defendida e contestada.

Os próprios autores que mais têm defendido a utilização de entrevistas complexas e demoradas, reconhecem a importância de caracterizar a sintomatologia depressiva do puerpério. Segundo O'Hara e col. (1984), um dos principais inconvenientes dos diagnósticos baseados em listas de sintomas prende-se com a valorização de alterações fisiológicas do puerpério. Um outro argumento destes autores é aplicável às nossas conclusões: Pode acontecer que factores etiológicos muito distintos estejam na base de um "episódio de depressão de pós-parto" em oposição a um aumento da sintomatologia depressiva. Gotlib e col. (1989) também são da opinião de que, quer as populações em que a depressão foi estabelecida com base em sintomas, quer aquelas em que apenas os diagnósticos de entrevistas estruturadas foram valorizados, necessitam de ser avaliadas em estudos sobre os percursores ou concomitantes das depressões de pós-parto.

2. Prevalência da doença mental do pós-parto

Os resultados obtidos devem ser entendidos como representando valores máximos da frequência de sintomas psiquiátricos na população escolhida. É muito provável que algumas das avaliadas recusarão ser catalogadas como doentes psiquiátricos. De facto, tratando-se de amostras de mulheres que não procuraram cuidados e tendo o diagnóstico de depressão partido de uma abordagem sindromática, é admissível que tenham sido excessivamente valorizados alguns sinais, sintomas e formas ligeiras de doença que nem sempre corresponderão a situações de psicopatologia clinicamente significativa.

Para além de a nossa definição de "caso" se basear sobretudo em razões prácticas e operacionais (cf. Barker e Rose, 1979:30), o nosso estudo também não exclui a possibilidade de que as depressões de pós-parto encontradas sejam, de facto, depressões iniciadas na gravidez.

A habitual preocupação dos autores em distinguir os casos de depressão de pós-parto dos casos de depressão que correspondem a prolongamentos de depressão da gravidez, foi preterida face à possibilidade de comparar directamente os valores com os da população geral. Esclarecimentos suplementares desta questão deverão ser obtidos através de metodologia que se situa fora do âmbito do presente trabalho.

Como tem sido documentado na maioria dos estudos publicados, não foi possível separar outras doenças psiquiátricas que incluem sintomatologia depressiva na sua apresentação clínica, sendo provável que algumas mulheres preenchessem critérios para outras patologias (Garrison e Earls, 1986). Esta questão está relacionada com a especificidade das escalas utilizadas, devendo notar-se que a obtenção de um balanço adequado com a sensibilidade é sempre um problema de difícil resolução (Barker e Rose, 1979).

No sentido de facilitar a avaliação crítica dos valores de prevalência obtidos, o ideal seria que eles podessem ser confrontados com outros estudos tranversais incidindo em grupos de puérperas e na população geral, devidamente controlados e usando os mesmos instrumentos e no mesmo contexto.

Em relação à utilização da EPDS, metodologia extremamente recente, não dispomos ainda de trabalhos comparáveis, pelo que os valores de prevalência obtidos podem constituir uma base para futuras avaliações. Os dados disponíveis nos trabalhos de J. L. Cox e col. (1987), referem-se a uma amostra hospitalar provávelmente muito distinta da deste estudo. Alder e Bancroft (1988), que utilizaram igualmente esta escala, não nos fornecem prácticamente dados sobre esta questão. Contudo, os valores agora obtidos estão de acordo com os índices de prevalência da depressão de pós-parto geralmente aceites, já antes referidos e obtidos com recurso a outros instrumentos.

No que se refere à avaliação através da escala de Zung, este autor estudou 100 indivíduos saudáveis com características sócio-demográficas heterogéneas, os quais forneceram um indice médio de 0.33 com uma amplitude de 0.25 a 0.43. Os nossos resultados no grupo de controlo (que naturalmente incluia algumas deprimidas) forneceram valores de 0.38; 0.28 e 0.59 respectivamente.

No que respeita a grupos de puérperas em que esta escala foi utilizada, saliente-se o trabalho de Hayworth e col. (1980) em 127 mulheres de uma amostra sistemática e com observação às seis semanas. Os autores encontraram 7 casos (5.5 por cento) com pontuação global superior a 47 e 28 casos (22 por cento) em que esse valor ultrapassava os 39 pontos. No nosso caso, os valores são 6.8 por cento e 16.9 por cento, respectivamente.

Utilizando igualmente a escala de Zung, Little e col. (1982) estudaram 47 puérperas tendo diagnosticado 6 casos (12.8 por cento) com

pontuação global superior a 44 (indicando depressão ligeira) e 3 casos (6.4 por cento) com pontuação superior a 53 (depressão grave). Os valores correspondentes no nosso estudo seriam 9.3 por cento e 1.7 por cento, segundo estes critérios menos habituais.

3. "Continuidade entre a depressão de pós-parto e outras depressões?"

Alguns dos nossos resultados permitem contrariar a opinião de Watson e col. (1984), entre outros, de que "há pouco a distinguir os grupos de mulheres com doença afectiva no pós-parto de outros grupos de mulheres deprimidas em outras ocasiões das suas vidas" e de que "há continuidade entre a depressão de pós-parto e outras depressões".

Sem desvalorizar os poderosos argumentos habitualmente aduzidos (associação significativa com história de doença mental prévia e pontuações elevadas em escalas destinadas a detectar personalidade disfuncional durante a gravidez), julgamos que as diferenças devem ser pesquisadas a um outro nível e que diagnósticos globais podem não ser inteiramente apropriados nesta situação. As inúmeras referências aos trabalhos de Pitt (1968), fazem supor que este autor, ao valorizar preferencialmente alguns items da sua escala particular, indicou uma via de investigação altamente promissora.

O nosso estudo demonstra que algumas alterações de carácter predominantemente afectivo ou psicológico tendem a ser mais proeminentes no pós-parto, referindo estas mulheres, com mais intensidade, a perda de prazer no desempenho das tarefas da rotina diária, os sentimentos de desvalorização pessoal, uma mais intensa sensação de vazio e uma maior perda da satisfação em viver. Em conjunto com o pessimismo em relação ao futuro, estes sintomas são considerados os mais especificamente depressivos por J. L. Cox e col. (1987).

Ludwig Binswanger, para quem a linguagem constitui "o caminho espiritual de cada um de nós", escreveu em "sonho e existência"

(1963:222):

> "Quando nos encontramos num estado de profunda esperança ou expectativa e aquilo por que esperávamos se mostra ilusório, então o mundo torna-se radicalmente diferente (...) e descrevemos o nosso estado psicológico afirmando que nos sentimos como se tivessemos descido das núvens."

A expressão "como se tivesse descido das núvens" ouvimo-la a várias puérperas e, na perspectiva de Binwanger, traduz uma perda da relação harmoniosa com o mundo e com as pessoas que nos rodeiam. Os sintomas depressivos que aparecem especialmente valorizados pelas puérperas podem traduzir isso mesmo.

Observou-se também uma diferença significativa no item "tive ideias de fazer mal a mim mesma", da EPDS. A sua elevada cotação, no grupo de puérperas, faria supor uma perturbação do julgamento suficientemente marcada para induzir comportamentos de auto-agressividade. Isto apesar de se notar que sempre que o termo "suicídio" era expressamente colocado na questão, a diferença na intensidade de cotação entre puérperas e não puérperas esbatia-se e perdia a significância estatística.

Nas sociedades do tipo ocidental, como a nossa, as mulheres são treinadas a demonstrar uma constante "espécie de atenção íntima à outra pessoa" e a viver uma relação absorvente centrada, durante vinte e quatro horas por dia, no filho (Kitzinger, 1978;23). Dada a complexidade da situação de maternidade, a mulher pode ficar mais sujeita a experienciar sentimentos de culpabilidade por, na sua perspectiva, não conseguir um suficientemente intenso envolvimento emocional nas relações com o bebé ou restante família.

Esta questão pode ter sido sintetizada por Santa Teresa de Jesus (*) quando nos refere um agudo dever de observar elevados padrões morais

(*) Livro da Vida: Cap. V - Ed. Verbo-1972.

(= maior possibilidade de depressão) que todas as mulheres deveriam possuir e practicar ("mais que os homens"). Devemos referir, a este propósito, que as nossas amostras eram quase exclusivamente constituidas por mulheres católicas.

A intensidade com que se manifesta alguma sintomatologia vegetativa ou somática é, também, sistemáticamente mais elevada no grupo de puérperas estudadas. Excluídas, pelo momento em que se processou a avaliação, as perturbações físicas próprias do puerpério precoce, não deixa de ser digna de registo a elevada valorização que o grupo de puérperas atribui a este grupo de sintomas.

Destes sintomas somáticos, as alterações do sono são dos que melhor identificam as mulheres que estão em período de pós-parto e podem estar relacionados com as constantes interferências provocadas pela necessidade de prestar cuidados ao bebé. Este achado está de acordo com as observações clínicas referidas por Hamilton (1962:17) que aconselhavam a "prestar, desde o início do puerpério, uma atenção muito especial às perturbações do sono".

Com o mesmo elevado nível de significância ($p<0.001$), surge a sensação de perda de peso para a qual não encontramos explicação fisiológica nesta fase do puerpério. Com menor nível de significância estatística (valor de $p<0.05$) situam-se sintomas de perda de apetite, perturbações da líbido, astenia, queixas digestivas e do foro cardíaco.

A persistência de modificações da sexualidade até vários meses de pós-parto é, como vimos, frequentemente referida em outros estudos. O cansaço tem sido explicado com base no stress provocado pela prestação de cuidados à criança e pode ajudar a explicar, ainda, a perda do interesse sexual (Alder e Bancroft, 1988).

Relativamente a este conjunto de perturbações somáticas, a melhor explicação poderá ser a de que haja determinantes fisiológicos para essas alterações. Como em outras situações depressivas, este

distúrbios podem fixar a atenção das puérperas e fornecer material para lucubrações sombrias (Gross e col., 1969:151).

Contudo, não nos é possível fornecer uma explicação definitivamente satisfatória para estes problemas. Lembremos, por exemplo, o que Privat (1967:88 e seguintes) escreveu sobre a fadiga:

> "... a fadiga é o inimigo número um dos médicos porque é rebelde e acompanha outras perturbações impalpáveis. Foi notávelmente estudada no plano clínico, fisiológico, bioquímico, hormonal, psicossomático e psiquiátrico e não há uma teoria satisfatória para a compreensão do problema no seu conjunto."

Sem dúvida que uma questão de especial importância para a mulher em período de pós-parto é representada pelo conjunto de problemas que tem de resolver e tarefas aparentemente fatigantes e monótonas que deve executar. Para além da necessidade de continuamente amamentar o bebé, proceder à mudanças de fraldas ou cuidar das suas cólicas, a mulher tem ainda que cumprir rígidos e mal explicados calendários de observações pediátricas. Estes contactos com os serviços de saúde são muitas vezes percebidos como oportunidades de avaliação na sua capacidade de ser uma boa mãe.

Paradoxalmente, poucos dados existem sobre as perturbações físicas do pós-parto. Elas parecem ser mais acentuadas aos seis meses do que em fases mais precoces (O'Hara e col., 1984). Por outro lado, os dados disponíveis referem-se, habitualmente, a problemas físicos pouco vulgares sendo esquecidos aqueles que mais frequentemente afectam o bem-estar da mulher (Gjerdingen e col., 1986).

William James, citado num dos autores que consultámos, defendia que as alterações físicas eram o eixo central de todos os sentimentos e que sentir essas alterações físicas equivalia a experimentar sentimentos. Para Boucebsi (1982:110), elas podem significar a importância do

investimento do corpo como "fonte de toda a riqueza".

A literatura popular enfatiza este excesso de preocupação e trabalho das mães em várias canções de berço. Nelas sobressai um tom geral de confidência que nos faz supor que o bebé funciona como suporte nos momentos de solidão. Exprimem frequentemente preocupações relacionadas com trabalho físico (motivado ou não pelo filho) e com a necessidade de vigilância contínua, face aos perigos ("papão", "perdigão", etc.) que possam impedir o sono e o sossego do bebé (*).

Uma consequência previsível deste excesso de responsabilidades, são as constantes perturbações no funcionamento do dia a dia que podem incluir, entre outras, modificações no ritmo alimentar, sono e sexo (Gordon e col., 1965; Nilson, 1970; Harris e col., 1989b).

Muitas vezes estes sintomas foram classificados de "normais" e não significando doença mental. Aliás, Nilsson (1970), afirma que não há qualquer relação entre a evolução do ponto de vista somático da maternidade e a ocorrência de sintomas mentais e, como vimos, a utilização de instrumentos que dão ênfase aos sintomas físicos (como em geral acontece nos métodos de avaliação clássicos), tem sido desaconselhada (Harris e col., 1989a; Snaith, 1987).

Contudo, várias publicações da área dos Cuidados de Saúde Primários têm mostrado a importância dos sintomas físicos, nos quadros depressivos relacionados ou não com o pós-parto. Gjerdingen e col. (1986) afirmam, com base em observações de outros autores, que sérios problemas de fadiga podem atingir 55 por cento das puérperas.

Os clínicos reforçaram a importância destes sintomas no puerpério, constituindo um quadro clínico autónomo (a "astenia no puerpério"), deixando simultâneamente escapar a sua relação com os estados depressivos (cf. Lempérière e col., 1984). Na área da Clínica Geral, Osmond (1953) chamava a atenção para o facto de o quadro clínico mais frequentemente incapacitante no puerpério ser um sindrome constituido

(*) cf. M. Giacometti:, 1981; Cancioneiro Popular Português; canções Nº 2, 4, 5

por astenia, dores lombares e fadiga. O autor atribuia estes sintomas à "anemia do pós-parto".

Outros estudos recentes têm reconhecido que a impossibilidade de repousar e aliviar o desconforto físico pode ter importância etiológica na depressão de pós-parto (O'Hara, 1986). Este mesmo autor propoe o desenvolvimento de "estudos que procedam à monitorização cuidadosa da relação entre sintomas somáticos e depressão na maternidade". Nesta linha, Holden e col. (1989), sugerem a modificação dos instrumentos clássicos para que passem a incluir os sintomas somáticos do período pós-natal.

Trata-se de uma questão complexa porque, como afirma Kendell (1985), se fosse possível demonstrar-se qual dos dois tipos de sintomas, psicológicos ou somáticos, é responsável pelas perturbações emocionais, ou como eles interagem para provocar estas perturbações, a etiologia de uma vasta gama de alterações psiquiátricas poderia ficar clarificada. Figueiredo e col. (1980) também sublinham que persiste alguma ambiguidade no conceito de corpo: corpo biológico sem realidade psicológica e corpo representado para o próprio e para o outro.

A comparação dos vários estudos no que respeita à frequência com que os sintomas somáticos são referidos pelas populações, é problemática porque, para além de uma importante variação motivada por características individuais, têm sido notadas significativas diferenças relacionadas com formas tradicionais de determinados grupos expressarem a doença (Harris, 1981).

A escala de depressão de Beck (Beck e col., 1961) foi utilizada por O'Hara e col. (1984) para comparar os níveis de sintomas somáticos e sintomas cognitivo-afectivos em mulheres em vários momentos da gravidez e pós-parto e, ainda, com dois grupos de controlo (100 mulheres fora da maternidade portadoras de outras situações psicopatológicas e 50 mulheres normais não grávidas). Foi referida, nesse estudo, uma queda de pontuações absolutas em sintomatologia

depressiva da gravidez para o pós-parto, que se devia exclusivamente aos sintomas somáticos. A diferença entre os dois tipos de sintomatologia atingia o ponto máximo no peri-parto, apresentando os níveis mais baixos no período compreendido entre as nove semanas e os seis meses de pós-parto. Em várias situações psicopatológicas não relacionadas com o puerpério, o nível de sintomas somáticos era menor do que os cognitivo-afectivos e no grupo de mulheres normais não grávidas, o referido nível era semelhante.

A validade destas observações é discutível pois O'Hara e col. (1984), para além de terem utilizado sempre o mesmo instrumento, procederam a medições temporalmente talvez demasiado próximas, o que pode ter favorecido a aprendizagem por parte das inquiridas.

Por outro lado, no estudo de Frommer e O'Shea (1973), os sintomas físicos eram muito mais acentuados no pós-parto (3, 6, 9 meses) do que na gravidez e só ao ano atingiam valores próximos (mas superiores) aos da gravidez.

Para além do eventual papel das alterações somáticas, incluindo a fadiga física, no pós-parto são de supor efeitos psicológicos devidos à alteração da imagem corporal semelhantes aos descritos para o período da gravidez (cf. Fawcett, 1978) que poderão ser amplificados pela convicção de que se trata de alterações irreversíveis. Nesse sentido, a reorganização da imagem corporal no pós-parto poderá ser um processo especialmente custoso, exigindo algum trabalho de ajustamento cognitivo às alterações físicas inerentes ao pós-parto.

Assim, no estudo prospectivo de Zajicek e Wolkind (1978), as mulheres com mais problemas durante a gravidez mostravam-se ressentidas com as alterações da imagem corporal surgidas. No estudo de Arizmendi (1987), as fontes de stress ou ansiedade mais frequentemente referidas pelas mulheres em gravidez ou pós-parto (seis semanas), eram problemas físicos, fadiga relacionada com a prestação de cuidados ao bebé, ou perda da forma física.

Blair e col. (1970) não encontraram predominância de sintomas somáticos, mas a astenia foi o parâmetro mais cotado, superando as manifestações psíquicas de tensão, choro, infelicidade e tristeza.

Cooper e col (1985), notaram que as puérperas suportam pior as laqueações tubares do que outros grupos, mantendo, ao ano de pós-operatório, queixas de dores abdominais. Esta observação sugere, por exemplo, a necessidade de rever prácticas médicas correntes.

Kumar e col. (1984) afirmam que a puérpera pode enfrentar condições especiais que afectam o modo como se vê a si mesma e as queixas físicas podem integrar-se no processo mais geral de ajustamento intra-psíquico.

O estudo que desenvolvemos evidencia a necessidade de valorizar devidamente a sintomatologia somática do período de pós-parto. Esta perspectiva não é uma conclusão inesperada e está expressa na literatura, nomeadamente por Agustina Bessa Luís (*) que sintetiza a importância desta questão quando afirma que "a mulher nunca se define como isolada do seu próprio corpo".

De facto, os nossos dados sugerem que, nesta fase da maternidade, a mulher experimenta um profundo desencanto no que respeita às tarefas presentes e futuras, à própria vida e ao papel que nele desempenha. Ao mesmo tempo, recebe sensações corporais desorganizadas, como se se encontrasse num estado intermédio entre uma "doença da alma e do corpo".

5. Recomendações

Algumas outras conclusões e recomendações de especial interesse práctico podem retirar-se deste estudo. Elas destinam-se essencialmente aos Cuidados de Saúde Primários, incluindo os obstetras e técnicos de saúde mental com maior inclinação para os problemas

(*) "Florbela Espanca", 1984

comunitários.

Na área agora revista, os estudos sucedem-se a ritmo acelerado e podem introduzir alguma desorientação nos clínicos. Face aos resultados muitas vezes contraditórios que se encontram nos relatos dos vários autores, o abandono do tema é um risco a considerar e que constatámos já em diversas ocasiões. Algumas conclusões podem, contudo, ser consideradas de carácter mais perene e constituir uma base para o estudo das doenças mentais do pós-parto.

A principal conclusão decorre da metodologia adoptada e não é possível, tanto quanto sabemos, retirá-la de um modo tão pertinente na análise de outros estudos. Nós constatámos que o risco de depressão nas puérperas é superior, em mais de duas vezes, ao das não puérperas. Deve ainda ser tido em conta que existem muitas publicações de outros autores chamando a atenção para uma maior nocividade da depressão no período de pós-parto. Este aspecto já foi suficientemente desenvolvido durante o texto precedente pelo que não insistiremos nele.

Podemos concluir ainda que não é possível responder cabalmente a uma das perguntas iniciais deste estudo: o que é (ou não é) a depressão de pós-parto. Esta incerteza abrange também a doença mental do pós-parto, uma entidade clínica mais vasta que muitas vezes referimos. A obtenção de uniformidade nas classificações, poderia, eventualmente, contribuir para clarificar algumas das dúvidas que persistem. Contudo, estamos em crer que as propostas de investigação actuais não estão focalizadas na verdadeira natureza das patologias em causa.

O que gostaríamos sobretudo de frisar é que a depressão de pós-parto pode ter características distintivas ao nível da sua apresentação sindromática que podem justificar uma abordagem clínica diferente da actualmente practicada. Consideramos que seria ousado fazer afirmações categóricas nesse sentido mas o nosso estudo destaca alguns sintomas da linha depressiva (e ansiosa) no grupo de puérperas. A sua exploração, juntamente com a de outros "sintomas típicos" referidos na

literatura (cf. capítulo sobre a clínica das doenças mentais do pós-parto), é pois recomendada em qualquer acção de carácter preventivo ou terapêutico.

Enquanto não se acumulam novos elementos que clarifiquem algumas suspeitas etiológicas actuais, cremos que será, também, do maior interesse a valorização de algumas características de índole demográfica que o nosso estudo, à semelhança de outros, encontrou mais frequentemente nas mulheres em pós-parto. Referimo-nos, especificamente, às puérperas que vivem em agregados em que o cabeça-de-casal tem um baixo nível profissional e a família se insere nas classificações sociais de nível mais modesto. De especial interesse notar que nos foi possível demonstrar que o número de filhos concorre, de um modo independente, para a gravidade dos sintomas psicopatológicos.

O valor total da variância de depressão que aparece explicado no nosso estudo, é relativamente baixo e, por isso, outros modelos explicativos deverão ser considerados. Contudo, julgamos ter deixado bem expresso que o controlo simultâneo das variáveis demográficas de referência mais corrente é imprescindivel nesta fase dos nossos conhecimentos.

Para além destas, outras conclusões e recomendações foram sendo referidas, em outros capítulos anteriores. O interesse práctico das ilações a retirar de todas elas, é uma questão que ultrapassa em larga medida a qualidade deste trabalho, por envolver matérias de índole social e política que podem situar a sua discussão ao nível dos valores do leitor.

Julgamos, porém, justificar-se uma última chamada de atenção dirigida aos profissionais de saúde, em especial os dos Cuidados de Saúde Primários e em particular aos médicos de família. As patologias estudadas são, como demonstámos, frequentes entre nós. Não nos parece recomendável que a sua resolução se efectue, exclusivamente, no âmbito dos cuidados informais, por mais eficiente que seja a respectiva rede

social de apoio. Importa pois pesquisar activamente estas situações.

Neste estudo procurou também demonstrar-se a utilidade de alguns instrumentos no rastreio alargado da psicopatologia do puerpério. A versão portuguesa da escala de Edimburgo (Augusto e col., 1991), pode, com grandes vantagens do ponto de vista práctico, ser utilizada para este efeito. Na actual organização dos Cuidados de Saúde Primários (equipas centralizadas nos médicos de família), a sua aplicação está simplificada e sugerimos a sua introdução, por rotina, em todas as observações de mulheres com história de parto recente.

Para finalizar, gostaríamos de sublinhar que são indispensáveis, nos Centros de Saúde que conhecemos, algumas modificações nas prácticas habituais de prestação de cuidados à população. Com efeito, constituindo as puérperas um grupo muito específico, deveriam ser desenvolvidas acções demonstrativas de uma maior receptividade aos problemas específicos que habitualmente resolvem (ou não) em previsível clima de grande desamparo e solidão.

Bibliografia

Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. **Journal of Abnormal Psychology**. 1978; 87:49-74.

Affonso DD, Domino FAANG. Postpartum Depression: A Review. **Birth**. 1984; 11:4.

Alder EM, Cox J L. Breast feeding and post-natal depression. **J of Psychosomatic Research**. 1983; 27(2):139-144.

Alder EM, Cook A, Davidson D, Bancroft J. Hormones Mood and Sex in Lactating women. **Br J of Psychiatry**. 1986; 148:74-79.

Alder EM, Bancroft J. The relationship between breast feeding persistence sexuality and mood in postpartum women. **Psychol Med**. 1988; 18(2):389-96.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (3rd ed). Washington, DC. 1980.

Amino N, Miyai K, Onishi T. Transient hypothyroidism after delivery in autoimmune thyroiditis. **J Clin Endocrinol Metab**. 1976; 42:296-301.

Anastasi A. **Testes Psicológicos**. EPU. São Paulo. 1977.

Anderson PJB, Hancock KW, Oakey RE. Non Protein bound oestradiol and progesterone in human peripheral plasma before labour and delivery. **Journal of Endocrinology**. 1985; 104:7-15.

Andolfi M. **A terapia familiar**. Editorial Vega. Lisboa. 1981.

Andreasen NC. Concepts diagnosis and classification. **Handbook of Affective Disorders**. Paykel ES (ed). New York. Guilford Press. 1982; 24-42.

Aneschenel CS, Stone J D. Stress and depression. **Archives of General Psychiatry**. 1982; 39:1392-1396.

Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Postnatal emotional balance in women with and without Antenatal fear of childbearing. **J of Psychosomatic Research**. 1984; 28(3):213.

Arizmendi TG, Affonso DD. Research on psychosocial factors and postpartum depression: a critique. **Birth**. 1984; 11(4):231-5.

Arizmendi TG, Affonso DD. Stressfull Events Related to Pregnancy and Postpartum. **J of Psychosomatic Research**. 1987; 31(6):743-756.

Armstrong D. **Sociology applied to Medicine**. Billing & Sons Limited. England. 1983

Atkinson AK, Rickel AU. Postpartum depression in primiparous parents. **J of Abnormal Psychology**. 1984; 93:115-119.

Augusto A, Areias ME, Figueiredo B, Calheiros JC, Figueiredo E. Clínica do Síndromo dos

"Blues Pós-parto". **Jornal do Médico**. 1988; 2279:208-211.

Augusto A, Figueiredo B, Areias ME, Calheiros JM, Figueiredo E. Perturbações Psicológicas da Maternidade: Problemas Metodológicos da Investigação. **Revista da Ordem dos Médicos**. 1990; Jan:24-26.

Augusto A, Figueiredo B, Areias ME, Calheiros JM, Figueiredo E. Avaliação da Depressão em Medicina Familiar: Utilização da Versão Portuguesa da Escala de Edimburgo (EPDS). **Jornal do Médico**. 1991; 2430:494-497.

Ballinger CB, Buckley DE, Naylor GJ, Stansfield DA. Emotional disturbances following childbirth: clinical findings and urinary excretion of cyclic AMP (adenosine 3'5' cyclic monophosphate). **Psychol Med**. 1979; 9(2):293-300.

Ballinger CB. Emotional disturbance during pregnancy and following delivery. **J of Psychosomatic Research**. 1982; 26(6):629.

Ballinger CB, Kay DS G, Naylor GJ, Smith AHW. Some biochemical findings during pregnancy and after delivery in relation to mood change. **Psychological Med**. 1982; 12:549-556.

Bancroft J. Hormones and Human Sexual Behavior. **J of Sex & Marital Therapy**. 1984; 10:3-21.

Barczak P, Wilkinson M. O screening psiquiátrico em clínica geral. **Update**. 1989; 34-38.

Barker DJP, Rose G. **Epidemiology in Medical Practice** (2nd Ed). Churchill Livingstone. Edinburgh. 1979.

Barnett B, Hanna B, Parker G. Life Events Scale for Obstetric Groups. **J of Psychosomatic Research**. 1983; 27:313-320.

Barnett B, Parker G. Professional and Non Professional Interventions for High Anxious Primiparous Mothers. **Br J of Psychiatry**. 1985; 146:287-293.

Barnett B, Parker G. Possible Determinants Correlates and Consequences of High Levels of Anxiety in Primiparous Mothers. **Psychological Med**. 1986; 16:177-185.

Baxter S. Labour and orgasm in primiparae. **J Psychosom Res**. 1974; 18:209-216.

Beach SR, Henley K, Peterson A, Farr M. Husbands of women with postpartum psychosis. **J. Psych. Social Work**. 1955; 165-9.

Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom T. **Basic Epidemiology**. OMS. 1990.

Bebbington P. Causal Models and Logical Inference in Epidemiological Psychiatry. **Br J of Psychiatry**. 1980; 136:317-25.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**. 1961; 4:561-571.

Beck N, Geden EA, Brouder GT. Preparation for Labor A Historical Perspective Review

Article. **Psychosomatic Med**. 1979; 41(3):243-258.

Beck N, et al. The Prediction of Pregnancy outcome: Maternal Preparation anxiety and Attitudinal sets. **J of Psychosomatic Research**. 1980; 24:242-351.

Beck N, Siegel LJ. Preparation for Childbirth and Contemporany Research on Pain Anxiety and Stress Reduction: A review and Critique. **Psychosomatic Med**. 1980; 42(4):429-447.

Bechwith L, Cohen SE. Preterm birth: hazardous obstetrical and postnatal events as related to caregiver-infant behavior. **Infant Behavior and Development**. 1978; 1:403-411.

Begg CB, Greenes RA. Assessment of diagnostic tests when disease verification is subject to selection bias. **Biometrics**. 1983; 39:207-215.

Begg CB. Biases in the assessment of diagnostic tests. **Statistics in Med**. 1987; 6:411-423.

Bergeret J. **Abrégé de psychologie pathologique**. Masson Editeurs. Paris. 1974.

Berglund R, Flodh H, Lundborg P. Drug use during pregnancy and breast-feeding. **Acta Obstet Gynecol Scand**. 1984; 126:1-55.

Berkman LF. Assessing social networks and social support in epidemiologic studies. **Rev Epidém et Santé Public**. 1987; 35:46-53.

Berkowitz GS, Kasl SV. The Role of Psychosocial Factors in Spontaneous Preterm Delivery. **J of Psychosomatic Research**. 1983; 27(4):283-296.

Bettes BA. Maternal depression and motherese: temporal and intonational features. **Child Dev**. 1988; 59(4):1089-96.

Biggs JT, Wylie LT, Ziegler VE. Validity of the Zung self-rating depression scale. **Br J of Psychiatry**. 1978; 132:381-385.

Binswanger L. **Being in the World**. Basic Books. Inc. Publishers. 1966.

Birns B, Hay DF. **The Different Faces of Motherhood**. Plenum Press New York. 1988.

Blair RA, Gilmore JS, Playfair HR, Tisdall MW, O'Shea C. Puerperal depression: a study of predictive factors. **J of Royal College of General Practitioners**. 1970; 19:22-5.

Bledin KD, Brice B. Psychological conditions in pregnancy and puerperium and their relevance to postpartum sterilization: a review. **Bull WHO**. 1984; 61(3):533-44.

Bledin KD, Cooper JE, Mackenzie S, Brice B. Psychological sequelae of female sterilization: Short-term outcome in a prospective controlled study. **Psychological Med**. 1984; 14:379-90.

Bloom BL. Prevention of mental disorders: recent advances in theory and practice.

Community Mental Health Journal. 1979; 15:179-191.

Blumberg NL. Effects of Neonatal Risk Maternal attitude and cognitive Style on early Postpartum Adjustment. **J of Abnormal Psychology**. 1980; 89(2):139-50.

Blumenthal MD. Measuring depressive symptomatology in a general population. **Archives of General Psychiatry**. 1975; 32:971-978.

Bonner JT. in Otero AM. **Epistemologia**. TA Qeiroz Editor Lda. São Paulo. 1980.

Boucebci M. Multiparité, mutations socio-culturelles et psychopathologie. In **Psychiatrie et cultures**. Specia. Paris. 1982.

Boyd JH, Weissman MM. **Handbook of Affective Disorders**. Paykel ES (ed). New York Guilford Press. 1982; 109-124.

Boyd JH, Weissman MM, Thompson WD. Screening for depression in a community sample. **Arch Gen Psychiatry**. 1982; 39:1195-1200.

Braconnier A. La menace depressive. In **Aspects de la psychopatologie à l'adolescence**. Specia. Paris. 1988.

Bradley CF, Wiggins S. An evaluation of Family-Centered Maternity Care. **Women and Health**. 1983; 8(1):35-47.

Brandon S. Depression after childbirth. **British Medical Journal**. 1982; 284:613-614.

Bratfos O, Haug JO. Puerperal mental disorders in manic-depressive females. **Acta Psychiatr Scan**. 1966; 42:285-294.

Braverman J, Roux JF. Screening for the patient at risk for postpartum depression. **Obstetrics and Gynecology**. 1978. 52:731-736.

Breen D. **The Birth of a First Child**. London. Tavistock. 1975.

Breznitz Z, Fiedman SL. Toddlers' concentration: does maternal depression make difference?. **J Child Psychol Psychiatry**. 1988; 29(3):267-79.

Bridge LR, Little BC, Hayworth J, Dewhurst J, Priest G. Psychometric Ante-natal Predictors of Post-natal Depressed Mood. **J of Psychosmatic research**. 1985; 29(3):325-331.

Brockington IF, Cernik KF, Schofield EM, Downing AR, Francis AF, Keelan C. Puerperal Psychosis. **Archives of General Psychiatry**. 1981; 38:829-33.

Brockington IF, Kendell RE, Leff JP. Defenitions of schizophrenia: concordance and prediction of outcome. **Psychol Med**. 1978; 8:387-398.

Brockington IF, Kumar R. **Motherhood and mental ilness**. Academic Press Edit. London. 1982.

Brockington IF, Schofield E, Donnelly P, Hyde CA. A clinical study of post-partum psychosis in. Sandler M ed **Mental Ilness in pregnancy and the puerperium**. Oxford

University Press. Oxford. 1988; 59-68.

Brockington IF, Margison FR, Schofield E, Knight RJ. The clinical picture of the depressed form of puerperal psychosis. **J Affective Disord.** 1988; 15(1):29-37.

Brody CH, Forehad R. Maternal Perceptions of Child Maladjustment as a function of the Combined Influence of Child Behavior and Maternal Depression. **J of Compelting and Clinical Psychology.** 1986; 54(2):237-240.

Bromet EJ, Cronely PJ. Correlates of Depression in mothers of young children. **J Americ Ac Child Psychiat.** 1984; 23(3):335-342.

Bronowski J, Mazlish B. **A tradição intelectual do Ocidente.** Edições 70. Lisboa. 1960.

Brown D, Pedder J. **Introdução à Psicoterapia.** ed Campus. Rio de Janeiro. 1981.

Brown GW, Bhrolchain MN, Harris T. Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. **Sociology.** 1975; 9225-54.

Brown GW, Harris T, Copeland JR. Depression and Loss. **Br J of Psychiatry.** 1977; 130:1-18.

Brown GW, Harris T. **Social origins of Depression. A study of Psychiatric Disorder in Women.** Tavistock. London. 1978.

Brown WA. **Psychological care during pregnancy and the postpartum period.** New York. Raven Press. 1979.

Brown WA, Shereshefsky P. Seven women: A prospective study of postpartum psychiatric disorders. **Psychiatry** 1972; 35:139-157.

Buck C. Popper's Philosophy for Epidemiologists. **International Journal of Epidemiology.** 1975; 4(3):159-168.

Buesching DP, Glasser ML, Frate DA. Progression of depression in the prenatal and postpartum periods. **Women Health.** 1986; 11(2):61-78.

Buhler C. **A Psicologia na vida do nosso tempo.** Fundação Calouste Gulbenkian. 1962.

Butler J, Leonard BE. Postpartum depression and the effect of nomifensine treatment. **International Clinical Psychopharmacology.** 1986; 1:244-252.

Caplan G. **Principles of Preventive Psychiatry.** New York. Basic Books. 1964.

Caplan HL, Cogill SR, Alexandra H, Robson KM, Katz R, Kumar R. Maternal Depression and the Emotional Development of the Child. **Br J of Psychiatry.** 1989; 154:818-822.

Cardoso RM. Perspectivas actuais da Medicina Psicossomática. In **Psiquiatria de Ligação e Psicossomática.** Delagrange. 1988.

Carnes JW. Psychological disturbances during and after pregnancy. **Postgrad Med.** 1983; 73:135-145.

Cassel J. An epidemiological perspective on psychosocial factors in disease etiology.

American Journal of Public Health. 1974; 64:1040-1043.

Cassel J. The contribution of the social environment to the host resistence. **American Journal of Epidemiology**. 1976; 104:107-23.

Chalmers B. Psychosocial Fact and Obst Complications. **Psychological Med**. 1983; 13:333.

Cheetham RWS, Rzadkowolski A. Psychiatric Aspects of Labour and the Puerperium. **S A Med J**. 1980; 58:814-6.

Clarke M, Williams AJ. Depression in women after perinatal death. **Lancet**. 1979; 1:916-917.

Clavel F, Laplanche A. Enquêtes épidémiologiques, **Rev Prat (Paris)**. 1989; 39:19.

Cobb S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**. 1976; 38:300-14.

Cogill SR, Caplan HL, Alexandra H, Robson KM, Kumar R. Impact of Maternal postnatal depression on cognitive development of young children. **Br Med J**. 1986; 292(3):1165-7.

Cohn JF, Tronick EZ. Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. **Child Development**. 1983; 54:185-193.

Comstock GW, Helsing KJ. Symptoms of depression in two communities. **Psychological Medicine**. 1976; 6:551-563.

Condon JT. Spectrum of fetal abuse in pregnant women. **The J of Nervous and Mental Desease**. 1986; 174(9):513.

Condon JT, Watson TL. The Maternity Blues: Exploration of a Psychological Hypothesis. **Acta Psychiatr Scand**. 1987; 76(2):164-71.

Cooper JE, Bledin KD, Brice B, Mackenzie S. Effects of Female Sterilization: One Year Follow-up in a Prospective Controlled Study of Psychological and Psychiatric Outcome. **J of Psychosomatic Research**. 1985; 29(1):13-22.

Cooper PJ, Campbell EA, Day A, Kennerley H, Bond A. Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth A prospective study of prevalence incidence course and nature. **Br J Psychiatry**. 1988; 152:799-806.

Coppen A, Ghose K, Montgomery S, Rao RVA, Christiansen J. Amitriptyline plasma-concentration and clinical effect. **Lancet**. 1978; i:63-6.

Copstick SM, Taylor KE, Hayes R, Morris N. Partner support and the use of coping techniques in labour. **J of Psychosomatic Research**. 1986; 30:497-503.

Coryell W, Winocur G. Course and outcome. **Handbook of Affective Disorders**. Paykel ES (ed). New York. Guilford Press. 1982; 93-105.

Costello CG. **Psychology for Psychiatrists**. Pergamon Press. England. 1966.

Costello CG. Social factors associated with depression: a retrospective community study. **Psychological Medicine**. 1982; 12:329-340.

Coutinho ESF, Klein CH. Fontes de Discordância em Diagnósticos Psiquiátricos em Hospitais do Rio de Janeiro Brasil. **Bol of Saint Panam**. 1989; 106(5).

Cox AD, Puchering C, Pound A, et al. The impact of maternal depression in young children. **Jounal of child psychology and Psychiatry**. 1987; 28:917-928.

Cox AD. Maternal depression and impact on children's development. **Arch Dis Child**. 1988; 63(1):90-95.

Cox JL. Psychiatric Morbidity and Pregnancy: A Controlled Study of 263 Semi-Rural Ugandan Women. **Br J of Psychiatry**. 1979; 134:401-5.

Cox JL, Connor J, Kendell RE. Prospective study of the Psychiatric disorders of childbirth. **Brit J Psychit**. 1982; 140:111-117.

Cox JL. Clinical and Research aspects of Postnatal Depression. **J of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology**. 1983a; 2:25-8.

Cox JL. Postnatal depression: a comparison of African and Scottish women. **Soc-Psychiatry**. 1983b; 25-8.

Cox JL, Connor YM, Henderson I, Mcguire RJ, Kendell RE. Prospective Study of the Psychiatric Disorders of Childbirth by Self Report Questionnaire. **J of Affective Disorders**. 1983; 5:1-7.

Cox JL, Holden J M, Sagovsky. Detection of Postnatal Depression - Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Br J of Psychiatry**. 1987; 150:782-6.

Cox JL. Childbirth as a life event: sociocultural aspects of postnatal depression. **Acta Psychiatr Scand**. Suppl. 1988; 5-83.

Crandon AJ. Maternal anxiety and obstetric complications. **J of Psychosomatic Research**. 1979; 23:113-115.

Crandon AJ. Maternal anxiety and neonatal wellbeing. **J of Psychosomatic Research**. 1979; 23:113-115.

Crockenberg SB. Infant irritability mother responsiveness and social influences on the security of infant-mother attachment. **Child Development**. 1981; 52:857-865.

Cutrona CE. Non psychotic postpartum depression: a review of recent research. **Clinical Psychology Review**. 1982; 2:487-503.

Cutrona CE. Causal attributions and perinatal depression. **J of Abnormal Psychology**. 1983; 92:161-172.

Cutrona CE. Social support and stress in the transition to parenthood. **J Abnorm Psychol**. 1984; 93:378-390.

Cutrona OE, Troutman BR. Social support Infant temperament and Parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. **Child Development**. 1986; 57:1507-18.

Da Silva L, Johnstone EC. A follow-up study of severe puerperal psychiatric illness. **Br J of Psychiatry**. 1981; 139:346-354.

Dalton K. Prospective study into puerperal depression. **Br J Psychiat**. 1971; 118:689-692.

David HP. Post-abortion and Post-partum Psychiatric Hospitalization. **Ciba Foundation Symposium**. 1985; 115:150-64.

Davids A, Holden RH. Consistency of maternal attitudes and personality from pregnancy to eight months following childbirth. **Developmental Psychology**. 1970; 2:364-366.

Davidson J, Robertson E. A follow-up study of postpartum ilness 1946-1978. **Acta Psyciatr Scand**. 1985; 71:451-457.

Davidson JR. Post-Partum mood change in jamaican women: a description and discussion on its significance. **Br J Psychiat**. 1985; 139:128-133.

Daw JL. Postpartum depression. **South Med J**. 1988; 81(2):207-9.

Dean C, Kendell RE. The Symptomatology of Puerperal Ilness. **Br J of Psychiatry**. 1981; 139:128-133.

De Myer MK, Shea PA, Hendrie HC, Yoshimura NN. Plasma Tryptophan and five other amino acids in depressed and normal subjects. **Archives of General Psychiatry**. 1981; 38:642-640.

Dennerstein L, Varnavides K, Burrows G. Postpartum depression A review of recent literature. **Aust Fam Physician**. 1986; 15(11):1470-2.

Dias CA, Vicente TN. **A depressão no adolescente**. Afrontamento. Porto. 1984.

Dunn FL. Introduction to medical anthropology and Epidemiology. **Anthropology and epidemiology: Interdisciplinary approaches to the study of health and disease.** D Reidel Publishing Company. Dordrecht. 1986.

Dussault JH, Rousseau F. Immunologically mediated hypothyroidism. **Endocrinol-Metab-Clin-North-Am**. 1987; 16(2):417-29.

Eaton WW, Kessler IG. Rates of Symptons of Depression in a National Sample. **American Journal of Epidemiology**. 1981; 114:528-538.

Elliott SA, Rugg AJ, Watson JP, Brough DJI. Mood Change during Pregnancy and after the Birth of a child. **Br J of Clin Psychology**. 1983; 22:295-308.

Elliott SA, Watson JP. Sex during pregnancy and the first postnatal year. **J of Psychosomatic Research**. 1985; 29(5):541.

Everitt BS. Bimodality and the nature of depression. **Brit J Psychiat**. 1981; 138:336-339.

Ey H, Bernard P, Brisset C. **Manuel de Psychiatrie**. ed Masson. Paris. 1974.

Eysenk HJ. **Factos e mitos da Psicologia**. Ed Ulisseia. Lisboa. 1965.

Falicov CJ. Sexual Adjustment during First Pregnancy and Postpartum. **American J of Obst and Gynecology**. 1973; 117:991-1000.

Farr P. Postnatal depression Exposing the blues and treating them. **Community-Outlook**. 1985; 14:6-11.

Fava M, Fava GA, Kellner R, Buckman MT, Lisansky J, Serafini E, De Besi L, Mastrogiacomo I. Psychosomatic aspects of hyperprolactinemia. **Psychother-Psychosom**. 1983; 40:257-62.

Fawcett J. **Body image and the pregnant couple**. MCN. 1976; 3:227-33.

Fawcett J, York R. Spouses Physical and Psychological Symptoms During Pregnancy and the Postpartum. **Nursing Research**. 1986; 35(3):145-8.

Feggetter G, Cooper P, Gath D. Non-psychotic psychiatric disorders in women one year after childbirth. **J Psychosom Res**. 1981; 25(5):369-72.

Feinstein AR, et al. Mathematical Models and Scientific Reality in Ocurrence Rates for Disease. **AJPH**. 1989; 79:9.

Feksi A, Harris B, Walker RF, Riad-Fahmy D. Maternity Blues and Hormone levels in saliva. **J Affective Disord**. 1984; 6:351-5.

Ferguson DM Horwood LJ Shannon FT. Relationship of family life events maternal depression and child-rearing problems. **Pediatrics**. 1984; 73(6):773-6.

Fernandes B. **Um Século de Psiquiatria e A Psiquiatria em Portugal**. Roche Famacêutica Quimica Lda. Lisboa. 1984.

Fernandes MA. Temáticas e técnicas da existência na perspectiva de Hans Thomae para motivar a comunicação com os pacientes de esquizofrenia e seus familiares. **Jornal do Médico**. 1990; CXXVIII 515-525.

Ferreira AJ. Emotional Factors in Prenatal environment. **The J of Nervous and Mental Disease**. 1965; 141(1):108-118.

Field T. Early Interaction between infants and their postpartum depressed mothers. **Infant Behavior and Development**. 1984; 7:517-522.

Field T, Sandberg D, Garcia R, Vega-Lahr N, Goldstein S, Guy L. Pregnancy Problems postpartum depression and early mother-infant interactions. **Developmental Psychology**. 1985; 21(6):1152-1156.

Figueiredo E. Contribuição à patogenia e tratamento dos episódios esquizofrénicos puerperais. **O chapéu reclame de cigarros: contribuição para uma psicoterapia institucional**. Afrontamento. Porto. 1977; 97-106.

Figueiredo E, Flores C, Leuschner AS, Morais MR, Mansilha MA. Ansiedade e regiões do corpo. **Psiquiatria Clínica**. 1980; sup.1:55-63.

Figueiredo E, Costa ME, Morais MR. Pessoas significativas na gravidez - primeiros dados. **Psiquiatria Clínica**. 1982a; sup.2:151-157.

Figueiredo E, Mendonça T, Costa ME, Castro MSLF, Pedroso M, Leite P, Morais MR, Mansilha MA. Processo gravídico e ansiedade - primeiros dados. **O Médico**. 1982b; 1592:35-40.

Figueiredo E, Mendonça RW, Morais MR. Repercussões no parto das consequências emocionais do terramoto dos Açores do primeiro de Janeiro de 1980. **O Médico**. 1982c; 1603:717-722.

Figueiredo B, Augusto AR, Areias M, Calheiros JM, Figueiredo E. Depressão pós-parto e desenvolvimento infantil. **O Médico**. 124(2015):203-209. 1991;

Fiorini, HJ. **Teoria e técnica de psicoterapias**. ed Francisco Alves. Rio de Janeiro. 1981.

Fisch HU, Hammond KR, Joyce RB. On Evaluating the Severity of Depression: An Experimental Study of Psychiatrists, **Br J of Psychiatry**. 1982; 140:378-383.

Fish F. **Clinical psychopatology**. John Wright and sons Ltd. England. 1974.

Flanders WD, O'Brien TR. Inappropriate Comparisons of Incidence and Prevalence in Epidemiologic Research. **AJPH**. 1989; 79:9.

Foundeur M, Fixsen C, Triebel WA, White MA. Postpartum mental illness: a controlled study. **Archives of Neurology and Psychiatry**. 1957; 77:503-512.

Frate DA, Cowen JB, Rutledje AH. Behavior reactions during the postpatum period: experiences of 108 women. **Women Health**. 1979; 4:355-71.

Freud S. Deuil et mélancolie. **Métapsychologie**. Gallimard. Paris. 1968. 145-173.

Freud S. A feminilidade. **Textos Essenciais da Psicanálise**. Publicações Europa-América. 1989.

Freedman DX. Psychiatric Epidemiology Counts. **Arch Gen Psychiatry**. 1984; 41:931-934.

Frommer EA, O'Shea G. Antenatal identification of women liable to have problems in managing their infants. **Br J of Psychiatry**. 1973; 123:149-56.

Galletero JM, Guimón JG. Ansiedad: história concepto y classificación. **Pathos**. 1989; 11.

Ganong WF. Physiology of reproduction. In **Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment**. Appleton & Lange; Connecticut. 1987.

Gard PR, Handley SL, Waldron G. A Multivariate Investigations of Postpartum Mood Disturbances. **Br J of Psychiatry**. 1986; 148:567-575.

Garrison WT Earls FJ. Epidemiological perspectives on maternal depression and the yong

child. **New-Dir-Child-Dev**. 1986; 34:13-30.

Garside RF, Roth M. Multivariate Statistical Methods and Problems of Classification in Psychiatry. **Br J of Psychiatry**. 1978; 133:53-67.

Garvey MJ, Tollefson GD. Postpartum Depression. **The J of Reproductive Med**. 1984; 29(2):113-6.

George AJ, Copeland JRM, Wilson KCM. Prolactin in the Maternity Blues. **Br J of Pharmacology**. 1980; 70:102-103.

Gelder M. Hormones and postpartum depression. **Mental illness in pregnancy and puerperium**. M Sandler (ed). Oxford: Oxford Med Publications. 1978. 80-90.

Ghodsian M, Zajicek E, Wolkind S. A Longitudinal Study of Maternal Depression and Child Behavior Problems. **J of Child Psychology and Psychiatry**. 1984; 25:92.

Gjerdingen DK Froberg DG, Wilson DL. Postpartum mental and physical problems: How common are they?. **Postgrad Med**. 1986; 80:133-45.

Goldberg D, Cooper B, Eastwood MR, Kedward HB, Shepherd M. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. **Br J of Preventive Social Med**. 1970; 24:18-23.

Goldberg D. **The detection of Psychiatric illness by questionnaire**. London: Oxford University Press. 1972.

Gordis L. Assuring the quality of Questionnaire Data in Epidemiologic Research. **AJ of Epidemiology**. 1979; 109:1.

Gordon RE, Gordon KK. Social Factors in the prediction and treatment of emotional disorders of pregnancy. **American J of Obstetrics and Gynecology**. 1959; 77:1074-1083.

Gordon RE, Gordon KK. Social factors in prevention of postpartum emotional problems. **Obstetric and Gynecology**. 1960; 15:433-438.

Gordon RE, Kapostins EE, Gordon KK. Factors in postpartum emotional adjustment. **Obstetrics and Gynecology**. 1965; 25:158-166.

Gordon RE, Gordon KK. Factors in postpartum emotional adjustment. **AM. J. Orthopsychiat.** 1967; 37:359-60.

Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. **J Consult Clin Psychol**. 1989; 57(2):269-74.

Graffar M. Une méthode de classification sociale d'échantillons de la population. **Courier**. 1956; 6:455.

Granel JA. **Introducción a las ideas de Bión**. Ed Nueva Visión. Buenos Aires. 1972.

Greene SM. The relationship between Depression and Hopelessness: implications for current theories of Depression. **Br J of Psychiatry**. 1989; 154:650-660.

Gross D. Implications of maternal depression for the development of yong children. **Image J Nurs Sch**. 1989; 21(2):103-7.

Gross MW, Slater E, Roth M. **Psiquiatria Clínica**. ed Mestre Jou. São Paulo. 1969.

Grundy PF, Roberts CJ. Observations on Epidemiology of Postpartum Mental Ilness. **Psychological Med**. 1975; 5(3):286-290.

Hamilton MD. **Postpartum psychiatric problems**. The C V Mosby Company, Saint Louis. 1962

Hamilton M. A rating scale for depression. **J of Neurology Neurosurgery and Psychiatry**. 1960; 23:56-62.

Hamilton M. Symptoms and assessment of depression. **Handbook of Affective Disorders**. Paykel ES (ed). New York Guilford Press. 1982; 1-22.

Hamilton JA. Postpartum Psychiatric Syndromes. **Psychiatric Clinics of North America**. 1989; 12(1):89-103.

Handford P. Postpartum depression: what is it what helps?. **Can-Nurse**. 1989; 81(1):30-3.

Handley SL, Dunn TL, Waldron G, Baker JM. Tryptophan, Cortizol and Puerperal Mood. **Br J of Psychiatry**. 1980; 136:498-508.

Hands DJ. Stastitical Tests in Exper Psych Researc. **Psychological Med**. 1982; 12:415.

Hapgood CC, Elkind GS, Wright JJ. Maternity Blues: phenomena and relationship to later post partum depression. **Aust-N-Z-J-Psychiatry**. 1988; 22(3):299-306.

Harding JJ. Postpartum psychiatric disorders: a review. **Compr-Psychiatry**. 1989; 30(1):109-12.

Harris B. Prospective trial of L-tryptophan in maternity blues. **Br J Psychiat**. 1980; 137:233-235.

Harris B. Maternity blues in East-African clinic attenders. **Arch Gen Psych**. 1981; 38(11):1293-1295.

Harris B, Johns S, Fung H, Thomas R, Walker R, Read G, Riad D. The Hormonal Environment of Post-natal Depression, **Br J Psychiatry**. 1989a; 154:660-667.

Harris B, Huckle P, Thomas R, Johns S, Fung H. The Use of Rating Scales to Identify Post-natal Depression. **Br J Psychiatry**. 1989b; 154:813-817.

Harvey D. Maternal mental illness - the effect on the baby. **Mental Illness in Pregnancy and the puerperium**. M Sandler ed. Oxford: Oxford University Press. 1978; 112-119.

Harvey I, McGrath G. Psychiatric morbidity in spouses of women admitted to a mother and baby unit. **Br J Psychiatry**. 1988; 152:506-10.

Hays P, Douglas A. A comparision of puerperal psychosis and the schizophreniform variant of manic-depression. **Acta-psychiatr- Scand.** 1984; 69(3):177-81.

Hayworth J, Little BC, Bonham Carter S, Raptopoulos P, Priest RG, Sandler M. A predictive study of post partum depression: Some predisposing charecteristics. **Br J Med Psychol.** 1980; 53:161-167.

Hendersen S Social relationsships adversity and neurosis: An analysis of prospective observations. **Br J of Psychiatry.** 1981; 138:391-398.

Herbert M, Sluckin W, Sluckin A. Mother-to-infant bonding. **J of Child Psychology and Psychiatry.** 1982; 23:205-221.

Hermann P. Classification et Epidémiologie. **Confrontations psyquiatriques.** Specia. Paris 1984; 24.

Hirschfeld RMA. Situational depression: validity of the concept. **Brit J Psychiat.** 1981; 139:297-305.

Holden J. Postnatal depression: talking it out. **Community-Outlook.** 1985; 9:610.

Holden J. Postnatal depression: 'She just listened'. **Community-Outlook.** 1987; 8:6-10.

Holden J, Sagovsky R, Cox JL, Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. **Br Med J.** 1989; 298(6668):223-6.

Hopkins J, Campbell SB, Marcus M. Role of the infant-related stressors in postpartum depression. **J Abnorm Psychol.** 1987; 96(3):237-41.

Hopkins J, Marcus M, Campbell S. Postpartum Depression: A Critical Review. **Psychological Bulletin.** 1984; 95(3):498-515.

Howie PW, McNeilly AS, Houston MJ, Cook A, Boyle H. Effect of supplementary food on suckling patterns and ovarian activity during lactation. **British Medical Journal.** 1981; 283:757-759.

Illingworth C, Taylor E, Sneddon J, Emery J. Health visitors and postnatal depression (letter). **Br Med J.** 1989; 298:831

Istvan J. Stress Anxiety and Birth outcomes: A critical Review of the Evidence. **Psychological Bulletin.** 1986; 100(3):331-348.

Jacobson L, Kaij L, Nillsson A. Postpartum mental disorders in an unselected sample: Frequency of symptoms and predisposing factors. **Br Med J.** 1965; 5451:1640-1643.

Janes CR, Stall R, Gifford SM. **Anthropology and Epidemiology: Interdisciplinary approaches to the study of health and disease.** D Reidel Publishing Company. Dordrecht. 1986.

Jarrahi-Zadeh A, Kane FJ, Castle RL, Lachenbruch PA, Ewing JA. Emotional and cognitive

changes in pregnancy and early puerperium. **Br J of Psychiatry**. 1969; 115:797-805

Jeffcoate SN. **Ginecologia**. Editorial intermédica SAICI. Buenos Aires. 1971; 110.

Jonquiere-Wichmann M. Les psychoses du postpartum. **Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiat**. 1981; 128(1):105-149.

Jung CG. **O desenvolvimento da personalidade**. Ed Vozes Lda. Brasil. 1981.

Kabuyama K, Narita Y, Honda H, Okazaki H. Clinical study of Maternity Blues: A Survey. **Josampu-Zasshi**. 1985; 39:594-604.

Kadrmas A, Winokur G, Crowe R. Postpartum mania. **Br J of Psychiatry**. 1979; 135:551-4.

Kahn A. **Statistical methods in Epidemiology**. Oxford University Press. 1989.

Kaij J, Jacobson L, Nilsson A. Post-partum mental disorders in an unselected sample The influence of parity. **J of Psychossomatic Research**. 1967; 10:317-25.

Kane FJ, Harman W, Keeler MH, Ewing JA. Emotional and cognitive disturbance in the early puerperium. **Br J of Psychiatry**. 1968; 114:99-102.

Kaplan DN, Mason EA. Maternal reactions to premature birth viewed as an acute emotional disorder. **Am J of Orthopsychiatry**. 1960; 30:539-552.

Kaplan GA, Roberts RE, Camacho TC, Coyne JC. Psychosocial predictors of depression: Prospective evidence from Human Population Laboratories Studies. **Am J Epidemiol**. 1987; 125:206-220.

Kasl SV. Stress and health. **Annual Review of Public Health**. 1984; 5:319-341.

Katona CLE. Puerperal Mental Illness: Comparisons with Non-Puerperal Controls. **Br J of Psychiatry**. 1982; 141:447-52.

Kear-Colwell JJ. Neuroticism in the early puerperium. **Br J of Psychiatry**. 1965; 111:1189-1192.

Kearns NP, Cruickshank KJ, McGuigan KJ, et al. A comparison of depression rating scales. **Br J of Psychiatry**. 1982; 141:45-49.

Kendell RE, Gourlay J. The Clinical Distinction between Psychotic and Neurotic Depressions. **Br J of Psychiatry**. 1970; 141;447-52.

Kendell RE. The Classification of Depression: A review of contemporary confusion. **Br J of Psychiatry**. 1976; 129:15-28.

Kendell RE, Wainwright S, Hailey A, Shannon B. The influence of Childbearing on Psychiatric Morbidity. **Psychological Med**. 1976; 6:297-302.

Kendell RE, Rennie D, Clarcke JA, Dean. The Social and Obstetric Correlates of Psychiatric Admission in Puerperium. **Psychological Med**. 1981; 11:341.

Kendell RE, McGuire RJ, Connor Y, Cox JL. Mood Changes in the first three Weeks after Childbirth. **J of affective Disorders**. 1981; 34:317-326.

Kendell RE, Rennie D, Clarke SA. The Social and Obstetric Correlates of Psychiatric Admission in the Puerperium. **Psychological Med.** 1981; 11:341-50.

Kendell RE. The choice of diagnostic criteria for biological research. **Archives of General Psychiatry.** 1982; 39:1334-1339.

Kendell RE, Mackenzie WE, West C, McGuire RJ, Cox JL. Day to Day Changes after Childbearing: Further Data. **Br J of Psychiatry.** 1984; 145:620-625.

Kendell RE. Invited review: Emotional and physical factors in the genesis of puerperal Mental Disorders. **J of Psychosomatic Research.** 1985; 29:1-3.

Kennerley H, Gath D. Maternity Blues reassessed. **Psychiatr DSV.** 1986; 17.

Kimball OD, Chang CM, Chapman MB. Endogenous Opioid Peptides in Intrapartum uterine Blood. **Am J Obstet Gynecol.** 1984; 149:79-82.

Kissane D, Ball JR. Postnatal depression and psychosis: a mother and baby unit in a general hospital. **J Obstet-Gynaecol.** 1988; 28(3):208-12

Kitzinger S. **Mães: Um estudo antropológico da maternidade.** Ed Presença Lisboa. 1978.

Klaiber EL, Broverman DM, Vogel W. Oestrogen therapy for severe persistent depressions in women. **Archives of General Psychiatry.** 1979; 36:550-554.

Kline CL. Emotional illness associated with childbirth. **Am J Obst & Gynec.** 1955; 69:748.

Knight RG, Thirkettle JA. The Relationship between Expectations of Pregnancy and Birth and Transient Depression in the Immediate Post-Partum Period. **J of Psychosomatic Research.** .1987; 31(3):351-7.

Kovacs M, Feinberg TL, Crouse Novak M, Paulauskas SL, Finkelstein R. Depressive disorders in childhood: a longitudinal prospective study of characteristics and recovery. **Arch Gen Psychiatry.** 1984; 41:229-237.

Kovacs M, Feinberg TL, Crouse Novak M, Paulauskas SL, Pollock M, Finkelstein R. Depressive disorders in childhood: a longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. **Arch Gen Psychiatry.** 1984; 41:643-649.

Krener P, Simmons MK, Hansen RL, Treat JN. Effect of Pregnancy on psychosis: life circunstances and psychiatric symptoms. **Int J Psychiatry Med.** 1989; 19(1):65-84.

Kuevi V, Causon A, Dixon AF, Everard DM, Hall JM, Hale D, Whitehead A, Wilson CA, Wise JCM. Plasma Amine and Hormonal Changes in "Postpartum Blues". **Clinical Endocrinology.** 1983; 19:34-46.

Kumar R, Brant HA, Robson KM. Childbearing and maternal sexuality: a prospective survey of 119 primiparae. **J of Psychosomatic Research.** 1981; 25:373-83.

Kumar R. Neurotic Disorders in Childbearing Women. **Motherhood and Mental Ilness.** London.

Academic Press. 1982; 77-81.

Kumar R, Robson KM. Previous induced abortionand ante-natal depression in primiparae: preliminary report of a survey of mental health in pregnancy. **Psychol Med.** 1978;8:711

Kumar R, Robson KM. A Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women. **Br J of Psychiatry.** 1984; 144:35-47.

Kumar R, Robson KM, Smith MR. Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. **J of Psychosomatic Research.** 1984; 28(1):43-51.

Kumar R, Meltzer ES, Hepplewhite R, Stevenson AD. Admitting mentaly ill mothers with their babies into psychiatric hospital. **Bulletin of the Royal College of Psychiatrists.** 1986; 10:169-172.

Laplantine F. Ethnopsychiatrie et ethoscience. In **Psychiatrie et cultures.** Specia. Paris. 1982.

Lawrence C. **Medicina Comunitária no século XIX.** Update. 1990; 5:23-29.

Lazarus RS. **Psychological stress and the coping process.** McGraw-Hill Book Company. 1966;151-175

Lederman RP, Lederman E, Work BA, McCann DS. The relationship of maternal anxiety plasma catecholamines and plasma cortisol to progress in labor. **American Journal of Obstetrics and Gynecology.** 1978; 132:495-500.

Lee CM, Gotlib IH. Maternal depression and child adjustment: a longitudinal analyses. **J Abnormal Psychol.** 1989; 98(1):78-85.

Lee SR. Psychiatric disorders during pregnancy. **Am Fam Physician.** 1983; 28(3):187-94.

Leigh D, Pare CMB, Marks J. **Enciclopédia concisa de Psiquiatria.** Roche Farmacêutica Química. Lisboa. 1981.

Leitão AE. Nascimentos em estabelecimentos de saúde. **Saúde em Números.** 1989;4(1):1-4

Lempérière T, Rouillon F, Lépine JP. Troubles psychiques liés á la puerpéralité. **Encycl Méd Chir.** (Paris France). Psychiatrie. 1984; 37660 A10 7-1984 12 pages.

Levy-Strauss C. **Tristes trópicos.** Edições 70. Lisboa. 1955.

Levy-Strauss C. **Antropologia estrutural dois.** ed Tempo Brasileiro Lta. Brasil. 1960.

Levy-Strauss C. **O olhar distanciado.** Edições 70. Lisboa. 1983.

Levy V. The Maternity Blues in Postpartum and Postoperative Women -. **Br J Psychiat.** 1987; 151:368-372.

Lewinsohn PM, Teri L. Selection of depressed an nondepressed subjects on the basis of self-report data. **Journal of Consulting and Clinical Psychology.** 1982; 50:590-

591.

Lightfoot EC, Keeling B, Wilton KM. Characteristics distinguishing high-anxious and medium- / low-anxious women during pregnancy. **Journal of Psychosomatic Research**. 1982; 26(3):345-350.

Lilford R. State of the Obstetric Art. **The Lancet**. 1989; 18:1205-1207

Little BC, Hayworth J, Bonham Carter SM, Dewhurst Sir J, Raptopoulos P, Sandler M, Priest RG. Personal and psychophysiological characteristics associated with puerperal mental state. **J of Psychossomatic Research**. 1981; 25(5):385-393.

Little BC et Al. Psychophysiological Ante-Natal Predictors of Post-Natal Depressed Mood. **J of Psychosomatic Research**. 1982; 26(4):419-28.

Lloyd C. Life Events and Depressive Disorders Reviewed. **Arch Gen Psychiatry**. 1980; 37:529-549.

Lomas P. Dread of envy as an etiological factor in puerperal breakdown. **Brit J Med Psychol**. 1960; 33:105.

Loudon I. Puerperal insanity in the 19th century **J R Soc Med**. 1988; 81(2):76-9.

Manly PC, McMahon RJ, Bradley CF, Davidson PO. Depressive attributional style and depression following childbirth. **Journal of Abnormal Psychology**. 1982; 91:245-254.

Mann AH, Jenkins R, Belsey E. The twelve month outcome of patients with neurotic illness in general practice. **Psychol Med**. 1981; 11:535-550.

Margison F, Brockington IF. **Motherhood and Mental Ilness**. ed. IF Brockington, R Kumar. London. Academic Press/Grune and Stratton. 1982.

Martin ME. Puerperal mental ilness: Follow-up study of 75 cases. **British Medical Journal**. 1958; 2:773-7.

Martin CJ, Brown GW, Goldberg DP, Brockington IF. Psycho-social stress and puerperal depression. **J Affective-Disord**. 1989; 16(2-3):283-93.

Massey M. **As mulheres na Grécia e Roma antigas**. Publicações Europa América. 1988.

Masters WH, Johnson VE. **Human Sexual Response**. Little Brown & Company. Boston. 1966.

Mauss M. **Sociologia e Antropologia**. EDUSP. São Paulo. 1974.

McNeil TF, Persson, Blennow I, Binett B, Harty B, Karyd UB. A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group. **Acta-Psychiatr-Scand**. 1988; 78(5):613-7.

Mead M. **Male and Female: A study of the Sexes in a Changing World**. New York. Morrow. 1949.

Meares R, Grimwade J, Wood C. A possible relationship between anxiety in Pregnancy and

Puerperal Depression **J of Psychosomatic Research**. 1976; 20:605-610.

Melges FT, Bowlby J. Types of hopelessness in psychopathological process. **Archives of General Psychiatry**. 1969; 20:690-699.

Meltzer ES, Kumar R. Puerperal Mental Ilness Clinical Features and Classification. **Br J Psychiatry**. 1985; 147:647-654.

Mendlewicz J. Genétique et Classification et Psychiatrie. **Confrontations psyquiatriques**. Specia. Paris. 1984; 24:181-193. Metz A, Sichel DA, Goff DC. Postpartum Panic disorder. **J Clin Psychiatry**. 1988; 49(7):278-9.

Metz A, Stump K, Cowen PJ, Elliot JM, Gelder MG, Grahame-Smith DG. Changes in Platelet "alfa"2 Adrenoceptor binding post- partum: possible relation to maternity Blues. **Lancet**. 1983; 1(8323):495-498.

Monroe SM. Social suport and disorder: toward an untangling of cause and effect. **American Journal of Community Psychology**. 1983; 11:81-97.

Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. **Br J of Psychiatry**. 1979; 134:382-389.

Morris JB. Group psychoterapy for prolonged postnatal depression. **Br J Psychol**. 1987; 60(3):279-81.

Moser HA, Pugh HS, Goldblatt PO. Inequalities in Women's health: looking at mortality differentials using alternative approach. **Br Med J**. 1988; 296:1221-24.

Murphy JM. Trends in depression and anxiety: men and women. **Acta Psychiat Scand**. 1986; 73:113-137.

Murphy JM. Perform of Screen and Diag Tests. **Archives of General Psychiatry**. 1987; 44(6):550.

Murray JB, Gallahue L. Postpartum Depression. **Genet Soc Gen Psychol**. 1987; 113(2):193-212.

Myers JK, e col. Six-Month Prevalence of Psychiatric Disorders in Three Communitites. **Archives of General Psychiatry**. 1984; 41:959-967.

Naylor GJ, Smith AHW. Some Biochimical Findings during Pregnancy and after Delivery. **Psychological Med**. 1982; 12:549.

Newnham JP, Dennet PM, Ferron SA, Tomlin S, Legg C, Bourne GL, Rees LH. A study of the relationship between circulating beta-endorphin-like immunoreactivity and post partum 'blues'. **Clin Endocrinol (Oxf)**. 1984; 20(2):169-77.

Newton RW Hunt LP. Psychosocial Stress in Pregnancy and its Relation to low birth weight. **Br Med J**. 1984; 288:1191-1194.

Nilsson A. Paranatal emotional adjustment: a prospective investigation of 165 women Part

I. **Acta Psychiat Scand**. Suppl. 1970; 220.

Nilsson A, Almgren PE. Para-natal emotional adjustment: A prospective investigation of 165 women Part II. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. suppl. 1970; 47:62-141.

Nilsson A, Kaij L, Jacobson L. Postpartum mental disorder in an unselected sample: The importance of the unplanned pregnancy. **J of Psychosomatic Research**. 1967; 10:341-347.

Nogami Y, Iigima K, Kakahashi Y, Arai A, Fukaishi T, Hino T. Postpartum Blues Syndrome - . **Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi**. 1984; 36:1279-82.

Norbeck JS, Tilden VP. Life Stress Social Support and Emotional Disequilibrium in Complications of Pregnancy: A Prospective Multivariate Study. **J of health and social Behavior**. 1983; 24:30-46.

Nott PN, Franklin M, Armitage C, Gelder MG. Hormonal changes and mood in the puerperium. **Br J Psychiat**. 1976; 128:379-383.

Nott PN. Psychiatric Ilness Following Childbearing in Southampton: a case register study. **Psychological Med**. 1982; 12:557.

Nott PN, Cutts S. Validation of the 30 Items General Health Questionnaire in Postpartum Womem. **Psychological Med**. 1982; 12:409-413.

Novy MJ. The Normal Puerperium. In **Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment**. Appleton & Lange; Connecticut. 1987.

Nyberg F, Lindstrom LH, Terenius L. Reduced beta-casein levels in milk samples from patients with postpartum psychosis. **Biol Psychiatry**. 1988; 23(2):115-22.

Oakley A, Chamberlain G. Medical and social factors in postpartum depression. **J Obstet Gyn**. 1981. 1:182.

Oates MR. The treatment of psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. **Clinics in Obstet Gynecol**. 1986; 13:385-395.

O'Hara MW, Rehm LP, Campbell SB. Predicting depressive symptomatology: Cognitive-behavioral models and postpartum depression. **J of Abnormal Psychology**. 1982; 91:457-461.

O'Hara MW, Rehm LP Campbell SB. Postpartum depression a role for social network and life stress variables. **J Nerv Ment Dis**. 1983; 171:336-41.

O'Hara MW, Neunaber DJ, Zeroski EM. Prospective study of postpartum depression: Prevalence course and predictive factors. **J of Abnormal Psychology**. 1984; 93:158-171.

O'Hara MW. Social Support Life Events and Depression During Pregnancy and Puerperium. **Archives of General Psychiatry**. 1986; 43:569-573.

Okazaki H. Standard and criteria for evaluation of Maternity Blues. **Josampu-Zasshi**. 1985; 39:590-3.

O'Neil JD. Colonial stress in the Canadian Artic. **Anthropology and Epidemiology: Interdisciplinary approaches to the study of health and disease**. D Reidel Publishing Company. Dordrecht. 1986; 249-275.

Orr ST, James S. Maternal depression in an urban pediatric practice: implications for health care delivery. **Am J Public Health**. 1984; 74(4):363-5.

Orr ST, James AS, Burns BJ, Thompson B. Chronic Stressors and Maternal Depression: Implications for Prevention, **Am J Public Health**. 1989; 79(9).

Osmond TG. Post-partum anaemia. **Practitioner**. 171:77

Out JJ, Vierhout ME, Verhage F, Duivenvoorden HJ, Wallenburg HCS. Caracteristics and motives of women choosing elective induction of labour. **J of Psychosomatic Research**. 1986; 30(3):375.

Paffenbarger R. The picture puzzle of the postpartum psychoses. **J. Chron Dis**. 1961; 13:161-173.

Paffenbarger RS. Epidemiological aspects of para-partum mental illness. **Br J of Preventive and Social Med**. 1964; 18:189-195.

Paffenbarger RS, McCabe LJ. The effects of obstetric and perinatal events on the risk of mental illness in women of childbearing age. **Am J Public Health**. 1966; 56:400-407.

Panaccione VF, Wahler RG. Child behavior maternal depression and social coercion as factors in the quality of child care. **J Abnorm Psychol**. 1986; 14(2):263-78.

Paquette CP. Que savons-nous de la depression post-natale?. **Nurs-Que**. 1985; 5(2):16-9.

Parnas J, et al. Perinatal Complications and Clinical Outcome within the Schizophrenia Spectrum. **Br J Psychiatry**. 1982; 140:416-420.

Paykel ES, Emms EM, Fletcher J, Rossaby ES. Life Events and Social Support in Puerperal Depression. **Br J of Psychiatry**. 1980; 136:339-346.

Paykel ES. **Handbook of Affective Disorders**. Paykel ES (ed). New York Guilford Press. 1982.

Perris C. The distinction between bipolar and unipolar affective disorders. **Handbook of Affective Disorders**. Paykel ES (ed). New York Guilford Press 1982; 45-57

Petrick JM. Postpartum depression Identification of high-risk mothers. **JOGN-Nurs**. 1984; 13(1):37-40.

Philpotts C, Burns A. A joint presentation: postnatal depression. **Midwives-chron**. 1984; 97(1162):16-17.

Pichot P, Fernandes B. **Um Século de Psiquiatria e A Psiquiatria em PortWgal**. Roche Famacêutica Quimica Lda. Lisboa. 1984.

Pistrang N. Women's work involvement and experience of new motherhood. **J Marriage Fam**. 1984; 5:433-47.

Pitt B. Atypical Depression Following Childbirth. **Br J of Psychiatry**. 1968; 114:1325-35.

Pitt B. Maternity Blues. **Brit J Psychiat**. 1973; 122:431-433.

Pitt B. Depression and childbirth. **Handbook of Affective Disorders** Paykel ES (ed). New York Guilford Press. 1982; 361-379.

Playfair HR, Gowers JI. Depression after childbirth - a search for predictive signs. **J of Royal College of General Practitioners**. 1981; 31:201-8.

Platz C, Kendell RE. A matched-control follow-up and family study of 'puerperal psychoses'. **Br J Psychiatry**. 1988; 153:90-4.

Privat E. **La fatigue**. Ed. Edouard Privat. 1967. 88-107.

Pocock SJ. The Role of Statistics in Medical Research. **Br J of Psychiatry**. 1980; 137:188-90.

Protheroe C. Puerperal psychoses: a long term study 1927-1961. **Br J of Psychiatry**. 1969; 115:9-30.

Protok PC. The theory of periodic screening I. Lead time and proportion detected. **Adv Applied Probabil**. 1976; 8:460-476.

Protok PC, Hankey BF, Bundy BN. Concepts and problems in the evaluation of screening programs. **J Chron Diseases**. 1981; 34:159-171.

Pugh TF, Jerath BK, Schmidt WM, Reed RB. Rates of mental disease related to childbearing. **New England J of Med**. 1963; 268:1224-1228.

Pull CB. Classification et critéres diagnostiques. **Confrontations psyquiatriques** Specia. Paris. 1984. 24:79-109.

Ragozin AS, Basham RB, Crinic KA, Greenberg MT, Robinson NM. Effect of maternal age on parenting role. **Developmental Psychology**. 1982; 18(4):627-634.

Rahe P, McKean J, Arthur R. A longitudinal Study of life change and illness patterns. **J Psychosom Res**. 1967; 10:355.

Railton IE. The use of corticoids in por-partum depression. **Journal of the American Medical Women's Association**. 1961; 16:450-452.

Ransohoff DF, Feinstein AR. Problems of spectrum and biais in evaluating the efficacy of diagnostic tests. **N Engl J Med**. 1987; 299:926-930.

Reading AE, Campbell S, et al. Health Beliefs and Healt Care Beav in Pregnancy. **Psychological Med**. 1982; 12:379.

Reading A. The influence of maternal anxiety on the course and outcome of pregnancy: a review. **Health Psychol**. 1983; 2:187-202.

Rees WD, Lutkins SG. Parental depression before and after childbirth. **Journal of the Royal College of General Practitioners**. 1971; 21:20-31.

Reich T, Winokur G. Post-partum psychoses in Patients with manic-depressive disease. **Journal of Nervous and Mental Disease**. 1970; 151:60-8.

Rehm LM. A self-control model of depression. **Behavior therapy**. 1977; 8:787-804.

Richards JP. Postnatal depression: a review of recent literature. **Br Journal of General Practice**. 1990; 40:472- 476.

Richmond A, Barry A. More and more is less and less: the myth of massive psychiatric need. **Br J of Psychiatry**. 1985; 146:164-168.

Robert S, Lamontagne Y. Depression. In **Principles et applications des thérapies behaviorales**. Maloine. Paris. 1977.

Robin AA. Psychological changes of normal parturition. **Psychiatric Quartery**. 1962; 36:129-50.

Robins LN, Epidemiology: Reflections on Testing the Validity of Psychiatric Interviews. **Arch Gen Psychiatry**. 1984; 42.

Robins LN, Heltzer JE, Crougham J, Ratcliff KS. The NIMH Diagnostic Interview Schedule: its history characteristics and validity. **Arch Gen Psychiatry**. 1981; 38:381-389.

Robinson GE, Stewart DE. Postpartum Psychiatric Disorders. **Can Med Assoc J**. 1986; 136:31-7.

Robson KM, Kumar R. Delayed Onset of Maternal Affection After Childbirth. **Br J of Psychiatry**. 1980; 136:347-53.

Robson KM, Brant HA, Kumar R. Maternal Sexuality during First Pregnancy and After Childbearing. **Br J of Obstet and Gynecology**. 1981; 88:882-889.

Rothman KJ. **Modern Epidemiology**. Little Brown and Company. 1986.

Rotter JB. Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. **Psychol Mon Gen Appl**. 1966; 80:609.

Roy A. Vulnerability factors and depression in women. **Br J of Psychiatry**. 1978; 133:106-110.

Rutter M, Quinton D. Parental psychiatric disorder: effects on children. **Psychol Med**. 1985; 14:853-80.

Ryle A. The psychological disturbances associated with 345 pregnancies in 137 women. **J of Mental Science**. 1961; 107:279-286.

Sachs, Nerson C. Les aspects psychologiques du post-partum. **Soins-Gynec-Obstet-Pueric-**

Pediatr. 1988; 2(81):23-7.

Sakala C. Community-based Community-oriented maternity care. **AJPH**. 1989; 79(7):897-899.

Saks BR, Frank JB, Lowe TL, Berman W, Naftolin F, Cohen DJ. Depressed Mood during pregnancy and the Puerperium: Clinical recognition and implications for Clinical Practice. **Am J Psychiatry**. 1985; 142:728-31.

Salin PB. Classification et Psychiatrie. **Confrontations psyquiatriques**. Specia. Paris. 1984. 24.

Sanders DJ, Warner P, Backstrom T, Bancroft J. Mood sexuality hormones and the menstrual cycle Changes in mood and physical state, description of subjects and method. **Psychosomatic Medicine**. 1983; 45:487-501.

Sarason IG, Johnson JH, Siegel JM. Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 1978; 46:932-46.

Scarf M. **Unfinished business: pressure points in the lives of Women**. Doubleday. New York. 1980.

Schopf J, Bryois C, Jomquiere M, Le PK. On the nosology of severe psychiatric postpartum disorders. **European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences**. 1984; 234:54-63.

Seager CP. A controled study of post-partum illness. **J of Mental Science**. 1960; 106:214-230.

Serra A V. **A Depressão na práctica clínica**. Marca - Artes Gráficas. Porto. 1990.

Shapiro S, et al. Utilization of Health and Mental Health Services. **Arch Gen Psychiatry**. 1984; 41:10

Sharp D, King MB. Classification of psychosocial disturbance in general practice. **Jounal of the Royal College of General Practitioners**. 1989; 9:356-358.

Sim M. Abortion and the psychiatrist. **Br Med J**. 1963; 2:145-148.

Snaith RP. Pregnancy-related psychiatric disorder. **Br J Hosp Med**. 1983; 29:450-7.

Snaith RP, Harrop FM, Newby DA. Grade scores of the Montgomery-Asberg depression and the clinical anxiety scales. **Br J of Psychiatry**. 1986; 148:599-601.

Snaith RP. Concepts of mild depression. **Br J of Psychiatry**. 1987; 150:387-393.

Soares E, Azevedo MS. As Psicoses na práxis clínica. In Psiquiatria, Neurologia e Saúde Mental na práxis do Clínico Geral. Laboratórios U.C.B.; 1986; 227-292.

Spitzer R, Endicott J, Robins E. **Research diagnostic criteria**. Instrument 58. New York. New York State Psychiatric Institute. 1975.

Sroufe LA, Waters E. Attachment as an organizational construct. **Child Development**. 1977;

48:1184-1199.

Stein A, Cooper PJ, Campbell EA, Day A, Altham PM. Social adversity and perinatal complications: their relation to postnatal depression. **Br Med J.** 1989; 298:1073-4.

Stein G, Milton F, Bebbington P, Wood K, Coppen A. Relationship between mood disturbances and free total plasma tryptophan in postpartum women. **Br Med J.** 1976; 2(6033):457.

Stein GS. The pattern of mental change and body weigth change in the first post partum week. **J of Psychosomatic Research.** 1980; 24:165-171.

Stein G, Marsh A, Morton M. Mental Symptoms Weight changes and electrolyte excretion in the first post partum week. **J of Psychosomatic Research.** 1981; 25:395-408.

Stein G. The Maternity Blues. **Motherhood and Mental Ilness.** London. Academic Press. 1982.

Stern G, Kruckman L. Multi-disciplinary Perspectives on Post-Partum Depression: An Anthropological Critique. **Social Sciences Med.** 1983; 17(15):1027-41.

Stewart DE. Prophylactic lithium in postpartum affective psychosis. **J Nerv Ment Dis.** 1988; 176(8):485-9.

Stewart DE. Psychiatric admission of mentally ill mothers with their infants. **Can J Psychiatry.** 1989; 34(1):34-8.

Stewart DE, Addison AM, Robinson GE, Joffe R, Burrow GNN, Olmsted MP. Thyroid function in psychoses following childbirth. **Am J Psychiatry.** 1988; 145(12):1579-81.

Stuckey MF, McGhee PE, Bell NJ. Parent-child interaction: the influence of maternal employment. **Developmental Psychology.** 1982; 18(4):635-644.

Sugarman M. Paranatal Inflences on Maternal-infant Disequilibrium Attachment. **American J of Orthopsychiatry.** 1977; 47(3):407-421.

Surtees PG, Dean C, Ingham JG, Kreitman NB, Miller PC, Sashidharan SP. Psychiatric disorders in Women from an Edinburgh Community: associations with demographic factors. **Br J of Psychiatry.** 1983; 142:238-246.

Susman VL, Katz JL. Weaning and depression: another postpartum complication. **Am J Psychiatry.** 1988; 145(4):498-501.

Susser M, Watson W, Hopper K. **Sociology in Medicine.** Oxford University Press. Oxford. 1985

Tennant C. Female vulnerability to depression, **Psychological Medicine.** 1985; 15733-737.

Terada M, Tamura F. Maternity Blues and Nursing of Patients with Puerperal Depression. **Josampu-Zasshi.** 1985; 39:573-81.

Tetlow c. Psychoses of childbearing. **J Ment Sci**. 1955; 101:629-639.

Thalassinos M, Rouillon F, Engelmann P, Lemperiere T. Etude des relations entre donnees gyneco-obstetricales et troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. **J Gynecol-Obstet-Biol-Reprod- (Paris)**. 1988; 17(7):859-87.

This B. **Naitre et sourire**. Aubier Montaigne. Paris. 1977.

Thomas A, Chess S. Genesis and evolution of behavior Disorders: from infancy to early adult life. **American Journal of Psychiatry**. 1984; 4(1):1-9.

Tietjen AM, Bradley C. Social Support and Maternal Psychosocial Adjustment During the Transition to Parenthood. **Canad J Behavior SCL/Rev**. 1985; 17(2):109-121.

Thompson B, Fraser C, Hewitt A, Skipper D. Having a first baby. **Aberdeen University Press**. Aberdeen. 1990.

Tod EM. Puerperal Depression a Prospective Epidemiologic Study. **Lancet**. 1964; 2:1264-6.

Trethowan WH, Counlon MF. The Couvade Syndrome. **Br J of Psychiatry**. 1965; 3:470.

Tropa J, Sousa MP. Versão Portuguesa duma nova escala de avaliação da depressão (em publicação).

Uddenberg N, Nillson L. The longitudinal course of para-natal emotional disturbances. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 1975; 52:160-169.

Uddenberg N, Englesson I. Prognosis of post-partum mental disturbance - a prospective study of primiparous women and their four and half year old children. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 1978; 1958:201-212.

Vislie H. Puerperal mental disorders. **Acta Psych Neurol Scand**. 1956. Supl III.

Vogels C. Depression Postpartum. **Organorama**. 1989; 4.

Waring EM, Reddon JR. The Mesurement of Intimacy in Marriage . **J of Clinical Psychology**. 1983; 39:53-7.

Waring EM, Chelune GJ, Marital Intimacy and self-disclosure. **J of Clinical Psychology**. 1983; 39:183-90.

Waring EM, David-Patton. Marital Intimacy and Depression. **Br J of Psychiatry**. 1984; 145:641-644.

Warr P, Parry G. Depressed mood in working class mothers with and without paid employment. **Social Psychiatry**. 1982a; 17:161-165.

Warr P, Parry G. Paid employment and women's psychological well-beeng. **Psychological Bulletin**. 1982b; 91:498-516.

Watson JP, Elliott SA, Rugg AJ, Brough DI. Psychiatric Disorders in Pregnancy and the First Postnatal Year. **Br J of Psychiatry**. 1984; 144:453-462.

Weideger P. **Female Cycles**. The Women's Press Limited. 1978.

Weissman MM, Paykel ES, Klermam GL. The depressed woman as mother. **Soc Psychiatry**. 1972; 7:98-108.

Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. **Arch Gen Psychiatry**. 1977; 34:98-111.

Weissman MM, Myers JK, Thompson WD. Depression and its treatment in a U S urban community. **Archives of General Psychiatry**. 1981; 38:417-431.

Weissman MM, Gammon D, John K, et al. Children of depressed parents: Increased psychopathology and early onset of major depression. **Arch Gen Psychiatry**. 1987; 44:847-853.

Weitbrecht HJ. **Errores del diagnóstico psiquiátrico en la práctica médica**. Ed Toray SA. Barcelona. 1966.

Welsh G. Puerperal Psychoses. **Medicographia**. 1988; 3(2):53-55.

Whiffen VE. Screening for Postpartum depression: a methodological note. **J Clin Psychol**. 1988a; 44(3):367-71.

Whiffen VE. Vulnerability to Postpartum Depression: A Prospective Multivariate Study. **J of Abnormal Psychology**. 1988b; 97:467-474.

White SJ. Statistical Errors in Papers in the Br J of Psychiatry. **Br J of Psychiatry**. 1979; 135:336-42.

Wickramaratne PJ, Weissman MM, Leaf PJ, Holford TR. Age Period and Cohort Effects on the Risk of Major Depression: Results from five United States Communities. **J Clin Epidemiol**. 1989; 42(4):333-343.

Williams HE, Carmichael A. Depression in mothers with infants and young children: its social origins and effects. **Aust Paediatr J**. 1981; 17(2):126.

Williams P, Tarnpolsky A, Hand D. Case definition and case identification in psychiatry epidemiology - review and assessment. **Psychological Med**. 1980; 10:101-114.

Williamson HA. Clinical and Demographic Factors Associated with High Levels of Depression Symptoms. **Family Medicine**. 1989; 21:428-32

Wilkie C, Ames E. The relationship of infant crying to parental stress in the transition to parenthood. **J of Marriage and the Family**. 1986; 48:545-550.

Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. **The measurement and classification of Psychiatric Symptoms**. Cambridge University Press. Cambridge. 1974.

Winnicott D W. **La consultation thérapeutique et l'enfant**. Gallimard. Paris. 1971.

Winokur G, Cadoret R, Dorzab J, Baker M. Depressive disease. **Archives of General Psychiayry**. 1971; 24:135-144.

Wolkind S, Zajicek E, Ghodsian M. Continuities in maternal depression. **International**

Journal of Family Psychiatry. 1980. 1:167-182.

Wrate RM, Rooney AC, Thomas PF, Cox JL. Postnatal Depression and Child Development: A Three Years Follow Up. **Br J of Psychiatry**. 1985; 146:662-627.

Yalom ID, Lunde DT, Moos RH, Hamburg DA. Postpartum blues syndrome A description and related variables. **Arch Gen Psychiat**. 1968; 18:16-27.

Zadeh AJ, Kane FJ, Van de Castle RL, Lachenbruch PA, Ewing JA. Emotional and cognitive changes in pregnancy and early puerperium. **Br J of Psychiatry**. 1969; 115:797-805.

ZajiceK E, Wolkind S. Emotional difficulties in married women during and after the first pregnancy. **Br J of Med Psychology**. 1978; 51:379-385.

Zilboorg G. Depressive reactions related to parenthood. **Am J Psychiat**. 1931; 10:927.

Zuckermam BS, Beardslee WR. Maternal depression: a concern for pediatricians. **Pediatrics**. 1987; 79(1):110-7.

Zung WWK. A self rating depression scale. **Archives of General Psychiatry**. 1965; 12:63-70.