

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Impacto da Prematuridade na Depressão Pós-Parto Materna e Vinculação Mãe-Filho

Ana Filipa Barbosa Monteiro

M

2023





Impacto da Prematuridade na Depressão Pós-Parto Materna e na Vinculação Mãe-Filho

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Ana Filipa Barbosa Monteiro¹

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Orientação: Doutora Liliana Correia de Castro²

Coorientação: Doutora Daniela Reis Gonçalves³

¹ Estudante do 6º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
Endereço de correio eletrónico: up201705284@edu.icbas.up.pt

² Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria – Hospital de Magalhães Lemos, Centro Hospitalar e Universitário de Santo António
Professora Auxiliar convidada da Unidade Curricular de Psiquiatria do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

³ Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia – Centro Materno-Infantil do Norte, Centro Hospitalar e Universitário de Santo António
Assistente da Unidade Curricular de Medicina da Mulher: Obstetrícia I do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

AUTORA:

Ana Filipa Barbosa Monteiro

Filipa Monteiro

ORIENTADORA:

Doutora Liliana Correia de Castro

Assinado por: **LILIANA CORREIA DE CASTRO**
Num. de Identificação: 11778923
Data: 2023.05.31 11:04:53 +0100



COORDINADORA:

Doutora Daniela Reis Gonçalves



Assinado por: Daniela Filipa
dos Reis Gonçalves
Identificação: 8113233841
Data: 2023-05-31 às 23:20:37

Agradecimentos

À Doutora Lílíana Correia de Castro e à Doutora Daniela Reis Gonçalves, por terem aceitado orientar este trabalho e por toda a disponibilidade e ajuda.

À minha família, em especial aos meus pais, por me darem sempre o apoio necessário e por nunca me terem limitado em nada, e ao meu irmão, pela presença e paciência durante todo este percurso.

Aos meus amigos, por todos os bons momentos durante estes 6 anos e por sempre me acompanharem.

Enquadramento: O parto pré-termo é definido pela Organização Mundial de Saúde como um parto que ocorre antes das 37 semanas de gestação, sendo que a nível mundial estima-se que 11% de todos os partos sejam pré-termo. A prematuridade é um fator causador de elevada ansiedade e stress materno, uma vez que está normalmente associada a complicações na saúde e no desenvolvimento do recém-nascido (RN), tanto a curto como longo prazo. Desta forma, as mães de recém-nascidos prematuros (RNP) estão expostas a maior risco de desenvolver depressão pós-parto (DPP), sendo que a prevalência de DPP em mães de RNP varia entre 30 a 40%, com um risco de cerca de quatro vezes superior de desenvolver depressão comparando com mães de recém-nascidos de termo (RNT). A DPP refere-se à síndrome depressiva que surge após o parto e, apesar de apresentar algumas características coincidentes com o distúrbio depressivo major, a DPP desenvolve-se num período fisiológico único da vida da mulher, que, normalmente, já se encontra associado a elevada ansiedade. A gestação e o pós-parto estão relacionados com mudanças hormonais que consequentemente estão associadas a alterações no humor, para além de que as mulheres têm uma probabilidade inicial duas vezes superior de desenvolver depressão, de ter sintomas mais severos e mais ansiedade concomitantemente, comparativamente com os homens. Esta diferença é ainda mais notável durante os anos reprodutivos da mulher. Todos estes fatores associados tornam a DPP uma patologia muito provável de surgir após o parto, principalmente se associada a prematuridade, e que deve ser tida em conta. A DPP é uma doença mental grave que não irá, no entanto, afetar apenas a mãe, mas também o filho. Mães com síndrome depressiva têm um comportamento mais negativo e desinteressado relativamente ao seu filho quando comparadas com mães saudáveis, sendo que o contacto físico é menor e menos afetivo. Este comportamento irá ter implicações na vinculação e no desenvolvimento da criança, de uma forma que inclui a relação com os seus cuidadores. Desta forma, a prematuridade é um fator importante a ter em conta na avaliação de DPP uma vez que tem uma prevalência mais elevada nestes casos e não irá afetar apenas a mãe, mas também o filho, sugerindo implicações na vinculação mãe-filho e na maturação do RNP.

Objetivos: Avaliar a melhor evidência científica atual, de forma sintetizada, sobre o impacto da prematuridade na depressão pós-parto explorando os diferentes fatores que contribuem para o seu desenvolvimento, a forma como ambas influenciam a vinculação mãe-filho, e quais as estratégias atuais para a prevenção e tratamento da depressão pós-parto e para o desenvolvimento de uma vinculação segura.

Métodos: Revisão integrativa da literatura através da pesquisa eletrônica de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos com recurso aos motores de pesquisa PubMed e APA PsycNet utilizando os termos MESH *postpartum depression, premature labor, preterm birth, postpartum care, mother-infant interaction, mother-infant relation, psychopharmacotherapy*. Foram utilizados como critérios de inclusão artigos científicos relativos à relação da prematuridade com a depressão pós-parto publicados nos últimos dez anos.

Conclusão: A DPP é um diagnóstico ainda mais importante quando associada à prematuridade, uma vez que esta é cerca de quatro vezes mais prevalente nestes casos. Desta forma, a associação destes dois fatores irá ter consequências duplamente negativas tanto a nível materno como do RNP, uma vez que para além do RNP estar exposto ao ambiente hostil de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), existe uma maior probabilidade de este não identificar a sua mãe como uma fonte de segurança, decorrente da maior prevalência de DPP, com um impacto significativo no seu desenvolvimento cognitivo, social e comportamental. Relativamente à figura materna, esta vê o desenvolvimento do seu papel parental interrompido por um parto pré-termo inesperado, uma capacidade de conexão ao seu RNP dificultada pelo ambiente da UCIN e um sentimento de culpa por não ser capaz de cuidar do seu RNP que poderá culminar no desenvolvimento de DPP e dificultar ainda mais a criação de uma vinculação segura.

Palavras-Chave: *postpartum depression; premature labor; preterm birth; postpartum care; mother-infant interaction; mother-infant relation; psychopharmacotherapy.*

Abstract

Background: Preterm birth is defined by the World Health Organization as a birth that occurs before 37 weeks of gestation, and worldwide it is estimated that 11% of all births are preterm. Prematurity is a factor causing high maternal anxiety and stress, as it is typically associated with complications in the health and development of the newborn, both in the short and long term. Therefore, mothers of premature newborns are exposed to a higher risk of developing postpartum depression, with postpartum depression prevalence in mothers of premature newborns ranging from 30 to 40%, and a risk of developing depression approximately four times higher compared to mothers of full-term newborns. Postpartum depression refers to the depressive syndrome that arises after childbirth and, although it shares some characteristics with major depressive disorder, postpartum depression develops in a unique physiological period of a woman's life, which is typically already associated with high anxiety. Pregnancy and the postpartum period are related to hormonal changes that consequently affect mood, in addition to the fact that women have an initial twofold higher likelihood of developing depression, experiencing more severe symptoms and concurrent anxiety compared to men. This difference is even more notable during a woman's reproductive years. All these associated factors make postpartum depression a highly likely pathology to occur after childbirth, especially when associated with prematurity, that should be considered. Postpartum depression is a serious mental illness that not only affects the mother but also the child. Mothers with depressive syndrome exhibit more negative and disinterested behavior towards their child compared to healthy mothers, with less physical and affectionate contact. This behavior will have implications for the attachment and development of the child, including the relationship with their caregivers. Therefore, prematurity is an important factor to consider in the assessment of postpartum depression, as it has a higher prevalence in these cases and will affect not only the mother but also the child, suggesting implications for mother-child attachment and the maturation of the premature newborn.

Objective: Evaluate the current best available scientific evidence, in a synthesized manner, on the impact of prematurity on postpartum depression, exploring the different factors that contribute to its development, how both conditions influence mother-child attachment, and the current strategies for the prevention and treatment of postpartum depression and the development of secure attachment.

Methods: An integrative literature review was conducted by electronically searching for scientific articles published in the last 10 years using the PubMed and APA PsycNet search engines. The following MESH terms were utilized: postpartum depression, premature labor, preterm birth, postpartum care, mother-infant interaction, mother-infant relation and psychopharmacotherapy. Inclusion criteria encompassed scientific articles focusing on the relationship between prematurity and postpartum depression published in the last decade.

Conclusion: Postpartum depression is an even more significant diagnosis when associated with prematurity, as it is approximately four times more prevalent in these cases. Thus, the association of these two factors will have doubly negative consequences both for the mother and the premature newborn. In addition to being exposed to the hostile environment of a neonatal intensive care unit, the premature newborn is more likely to not perceive their mother as a source of security due to the higher prevalence of postpartum depression, which has a significant impact on their cognitive, social, and behavioral development. Regarding the mother, her development of the parental role is interrupted by an unexpected preterm birth. The ability to connect with her premature newborn is hindered by the neonatal intensive care unit environment, and feelings of guilt for not being able to care for her premature newborn may arise, potentially leading to the development of postpartum depression, which further complicates the establishment of a secure attachment.

Key-Words: postpartum depression, premature labor, preterm birth, postpartum care, mother-infant interaction, mother-infant relation, and psychopharmacotherapy.

Lista de Abreviaturas

COS-I: *Circle of Security-Intensive intervention*

DPP: depressão pós-parto

EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

MTC: musicoterapia criativa

PSS:NICU: *Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit*

RN: recém-nascido

RNEP: recém-nascidos extremamente prematuros

RNP: recém-nascido pré-termo

RNT: recém-nascido de termo

SSRIs: inibidores seletivos da recaptação de serotonina

TCC: terapia cognitivo-comportamental

UCIN: unidade de cuidados intensivos neonatais

Índice

LISTA DE FIGURAS.....	IX
INTRODUÇÃO	1
MÉTODOS.....	2
DEPRESSÃO PÓS-PARTO	3
EPIDEMIOLOGIA DA DPP	3
ETIOLOGIA.....	3
<i>Hormonas esteróides: hormonas ovárias</i>	3
<i>Glucocorticóides: cortisol e corticosterona</i>	3
<i>Oxitocina</i>	4
FATORES DE RISCO	4
CLÍNICA.....	5
ESCALAS DISGNÓSTICAS E DE AVALIAÇÃO NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO E PREMATURIDADE.....	5
A VINCULAÇÃO.....	7
IMPACTO DA PREMATURIDADE NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO	8
IMPACTO DA PREMATURIDADE NA VINCULAÇÃO.....	10
IMPACTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA VINCULAÇÃO.....	11
INTERVENÇÕES NA VINCULAÇÃO.....	12
PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	15
TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	16
TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO.....	17
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	18
OUTRAS INTERVENÇÕES	19
MUSICOTERAPIA	19
CONTACTO PELE-A-PELE	20
PROGNÓSTICO.....	21
CONCLUSÃO	22
BIBLIOGRAFIA.....	23
FIGURAS.....	30

Lista de Figuras

Figura 1 - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo ¹

Figura 2 - Escala de Apoio Social ²

Figura 3 - Escala de Vinculação no Adulto Revista por Collins ³

Introdução

O parto pré-termo é definido pela Organização Mundial de Saúde como um parto que ocorre antes das 37 semanas de gestação ⁴, sendo que a nível mundial estima-se que 11% de todos os partos sejam pré-termo. A prematuridade é um fator causador de elevada ansiedade e stress materno, uma vez que está normalmente associada a complicações na saúde e no desenvolvimento do recém-nascido (RN), tanto a curto como longo prazo. ⁵ Desta forma, as mães de recém-nascidos prematuros (RNP) estão expostas a maior risco de desenvolver depressão pós-parto (DPP). ⁶

A DPP refere-se à síndrome depressiva que surge após o parto, sendo importante diferenciá-la da síndrome depressiva que ocorre durante a gestação, denominada depressão antenatal ⁷, assim como da psicose pós-parto e dos *baby blues*. ⁸ Apesar de a DPP apresentar algumas características coincidentes com a perturbação depressiva major, a DPP desenvolve-se num período fisiológico único da vida da mulher, que, normalmente, já se encontra associado a elevada ansiedade. ⁹

A gestação e o pós-parto, assim como os anos reprodutivos da mulher, estão relacionados com mudanças hormonais que consequentemente estão associadas a alterações no humor. ¹⁰ Para além disso, as mulheres têm uma probabilidade inicial duas vezes superior de desenvolver depressão ¹¹, de ter sintomas mais severos e mais ansiedade concomitantemente, comparativamente com os homens. ¹² Esta diferença é ainda mais notável durante os anos reprodutivos da mulher. ^{13, 14} Todos estes fatores associados tornam a DPP uma patologia muito provável de surgir após o parto, principalmente se associada a prematuridade, e que deve ser tida em conta.

De acordo com o DSM-5, a DPP é uma forma de perturbação depressiva major que se inicia na gravidez ou no período de até quatro semanas após o parto. Não é considerado um diagnóstico independente dentro dos quadros depressivos mas antes um especificador diagnóstico. As pacientes devem cumprir os critérios para uma perturbação depressiva major e os critérios para um especificador de início peri-parto. ¹⁵ No entanto, a maior incidência de depressão de novo no pós-parto ocorre cerca de dois a três meses após o parto. ¹⁶⁻¹⁸

A depressão materna é uma doença mental grave que não irá, no entanto, afetar apenas a mãe, mas também o filho, com eventuais implicações na vinculação ¹⁹ e no desenvolvimento da criança, de uma forma que inclui a relação com os seus cuidadores. ²⁰

Métodos

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura resumindo a evidência atual sobre o impacto da prematuridade na depressão pós-parto e na vinculação mãe-filho. Para tal, foram consultados artigos científicos, através da pesquisa eletrônica, com recurso aos motores de pesquisa PubMed e APA PsycNet utilizando os termos MESH *postpartum depression, premature labor, preterm birth, postpartum care, mother-infant interaction, mother-infant relation, psychopharmacotherapy*. Foram utilizados como critérios de inclusão artigos científicos relativos à relação da prematuridade com a depressão pós-parto publicados nos últimos dez anos. Desta seleção inicial foram retirados os duplicados e os artigos científicos que, após a leitura do enquadramento, não eram relativos ao tema da revisão. Foram também analisados artigos referenciados nos artigos seriados na pesquisa original.

Depressão Pós-Parto

Epidemiologia da DPP

A DPP tem sido alvo de cada vez mais atenção por parte da comunidade científica uma vez que foi reconhecida como uma das morbidades mais comuns no período perinatal.¹⁷

A prevalência de DPP varia entre 10 a 15%, no entanto pode subir até valores de 30%, dependendo dos critérios de diagnóstico utilizados.^{16, 21, 22}

Apesar da existência de história pessoal de depressão ser um dos principais fatores de risco para DPP, aproximadamente 40% das mulheres têm o seu primeiro episódio de depressão durante o período pós-parto.²³

A maior incidência de depressão de novo no pós-parto ocorre cerca de dois a três meses após o parto.^{16, 17}

Etiologia

A etiologia da DPP ainda não é totalmente conhecida, no entanto, têm sido feitos esforços de forma a poderem ser identificadas as mulheres em risco de a desenvolver²⁴, existindo algumas hipóteses que podem explicar o surgimento de DPP em alguns casos.

Hormonas esteróides: hormonas ováricas

Durante a gestação e pós-parto, os níveis de hormonas esteróides e peptídicas variam drasticamente, o que pode contribuir para o surgimento de DPP, uma vez que as hormonas esteróides têm um papel significativo na etiologia da depressão.^{13, 25}

Durante a gestação, os níveis de progesterona estão cerca de vinte vezes mais elevados, enquanto os níveis de estradiol estão cerca de duzentas a trezentas vezes mais elevados por volta das vinte semanas. Ambas as hormonas se mantêm elevadas durante toda a gestação e, com a expulsão da placenta no momento do parto, diminuem drasticamente.¹⁰ Esta concentração muito elevada de estradiol, que diminui de forma drástica no pós-parto, levantou a hipótese de que um estado de “abstinência de estradiol” durante as primeiras semanas de puerpério poderá contribuir para o desenvolvimento de DPP.^{25, 26}

Glucocorticóides: cortisol e corticosterona

O stress, assim como a disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal são fatores que estão ligados à etiologia da depressão^{13, 27}, sendo que existe uma disfunção deste eixo com hipersecreção de cortisol e secreção diurna anormal de cortisol.²⁸

Na gestação e pós-parto também foram identificados níveis de glucocorticóides aumentados de forma sustentada, idênticos ao padrão encontrado na depressão, sugerindo uma possível etiologia semelhante para a depressão pós-parto.²⁸

Oxitocina

A oxitocina tem sido apontada como possível biomarcador da DPP.²⁹ Apesar de existirem estudos em roedores que mostram propriedades antidepressivas da oxitocina, os estudos em humanos nem sempre mostram esta associação, parecendo existir uma relação com o genótipo, o sexo, a experiência em início de vida e a história de depressão.³⁰

Existem estudos *postmortem* que encontraram um aumento no número, tamanho e expressão de mRNA nos neurónios de oxitocina do núcleo paraventricular em doentes com história pessoal de depressão comparativamente aos controlos saudáveis.³¹

Alguns estudos demonstraram que, mulheres em risco de desenvolver DPP, tinham uma menor concentração plasmática de oxitocina durante o terceiro trimestre.³² No entanto, são necessários mais estudos de forma a esclarecer o papel etiológico da oxitocina na DPP.

Fatores de Risco

Atualmente são considerados quatro grandes fatores de risco para DPP³³, nomeadamente:

1. Depressão e ansiedade durante a gestação^{33, 34}
2. História pessoal³⁴ e familiar de depressão³³
3. Experiências de vida associadas a elevado stress^{33, 34}
4. Baixo apoio social^{33, 34}

No entanto, existem outros possíveis fatores de risco, entre eles:

1. Perda significativa³⁵
2. Gestação não planeada e indesejada^{34, 35}
3. Dificuldades com o RN devido ao seu comportamento ou a doenças^{34, 35}
4. Conflito no casamento^{34, 35}
5. Dificuldades socioeconómicas^{34, 35}
6. Idade materna avançada³⁴
7. Baixa autoestima³⁴
8. Baixa idade gestacional³⁴

Adicionalmente, um estudo de Murray et al ³⁶ sobre as características comportamentais do RN, concluiu que a irritabilidade do RN e défices na capacidade de controlo motor são fatores preditivos de DPP, independentes de outras variáveis.

Clínica

A clínica apresentada na DPP não varia significativamente daquela apresentada na depressão. Os sintomas podem incluir disforia, labilidade emocional, insónia e outros distúrbios do sono, confusão, sentimento de culpa pela dificuldade no papel parental, dificuldade na concentração, ansiedade e ideação suicida. ^{8, 32, 37, 38} Alguns estudos observacionais também reportaram uma associação entre a DPP e uma experiência negativa de amamentação, com abandono da amamentação de forma precoce. ³²

No entanto, na DPP também podemos ter sinais e sintomas menos proeminentes pela coexistência de perturbações de sintomas somáticos que podem ocultar os sintomas mais típicos de DPP, fazendo com que tanto a própria mãe como o profissional de saúde que a avalia não identifiquem o problema. Este fator irá ter impacto tanto na saúde materna como na do RN.

8

É importante, contudo, distinguir DPP de psicose pós-parto e *baby blues*.⁸ Na psicose pós-parto existe a presença de sintomatologia psicótica, com possível risco de infanticídio, por alucinações de comando para matar o bebé ou delírios de que este se encontra possuído. Estas características psicóticas são mais comuns em mulheres primíparas, com episódios anteriores de alterações de humor bem como mulheres com história prévia de transtorno depressivo ou bipolar.¹⁵ No caso do *baby blues*, as mães sofrem de alterações temporárias de humor, como labilidade emocional, choro fácil, sensação de incapacidade de gestão da elevada sobrecarga e preocupação com o RN, que ocorrem principalmente na primeira semana pós-parto e que são autolimitados, desaparecendo em poucos dias. ^{18, 39}

Escalas diagnósticas e de avaliação na Depressão Pós-Parto e Prematuridade

Apesar do diagnóstico de depressão pós-parto ser clínico e decorrente portanto da avaliação clínica, existem diversos instrumentos que podem ser utilizados para complementar a avaliação e monitorização clínica:

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) ¹

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) tem como finalidade a identificação e medição da intensidade dos sintomas da DPP, sendo que é uma escala preenchida pela própria mulher, e que, portanto, não diagnostica DPP. ³⁸

Esta escala é composta por dez questões, cada uma com pontuação de zero a três, de acordo com a intensidade do sintoma. A pontuação total da escala varia de zero a trinta, sendo considerada como possível depressão pós-parto uma pontuação igual ou superior a doze ⁴⁰. Mulheres com pontuação superior a doze devem ser encaminhadas para avaliação pela especialidade de Psiquiatria. ⁴¹

Escala de Disponibilidade Emocional ⁴²

A Escala de Disponibilidade Emocional avalia a interação mãe-filho. É composta por quatro dimensões do comportamento da mãe (um a quatro) e duas do comportamento da criança (cinco e seis). Essas dimensões são:

1. Sensibilidade – tem em conta a capacidade materna de responder às necessidades da criança. Esta dimensão implica uma expressão e receção das emoções de forma adequada pela mãe, assim como uma resposta pronta e flexível pela criança;
2. Estruturação – é a capacidade materna de fornecer uma base de suporte nas atividades da criança, onde a exploração pela criança coexiste com a sua autonomia;
3. Não-intrusividade – relacionado com a capacidade da mãe em estar disponível para a criança, sem interferir nos seus comportamentos;
4. Não-hostilidade – comportamento materno disponível, afetivo, paciente e não agressivo;
5. Responsividade da criança – capacidade da criança responder às ações da mãe de modo disponível e afetivo;
6. Envolvimento da criança – refere-se à capacidade e desejo da criança de se envolver em atividades e brincadeiras com a mãe. ⁴³

Escala de Apoio Social ²

A Escala de Apoio Social, desenvolvida por Sherbourne & Stewart, é composta por dezanove itens que avaliam o suporte social funcional, emocional, afetivo e de interação social. Esta escala permite perceber a frequência com que a mãe se sente apoiada, em diversas situações, pelas pessoas à sua volta. Cada item tem cinco alternativas, variando de nunca (um ponto) a sempre (cinco pontos).

Escala de Vinculação no Adulto Revista por Collins ³

Esta escala avalia os tipos de relacionamento da mãe com o filho. O questionário consiste em dezoito afirmações que as mães devem avaliar, decidindo o quanto correspondem à sua realidade.

Há cinco alternativas de resposta, variando de “*Não tem nada a ver comigo*” a “*Tem tudo a ver comigo*”. Os itens são divididos entre três escalas (proximidade, confiança e ansiedade), cada uma delas composta por outros seis itens. As pontuações nas subescalas podem variar entre seis e trinta pontos.

Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU) ⁴⁴

Atualmente existe a *Parental Stressor Scale* (PSS:NICU), desenvolvida por Miles e colegas, mais específica para os casos de prematuridade. Esta escala avalia a percepção que os pais têm dos possíveis fatores de stress que advêm do ambiente físico assim como do impacto psicológico da UCIN.

Nesta escala são tidos em conta os seguintes itens:

1. Papel parental
2. Comportamento e aparência da criança
3. Sons e visão da UCIN ⁴⁵

A Vinculação

A vinculação, desenvolvida maioritariamente durante o primeiro ano de vida, é definida como a relação entre mãe e filho, onde o filho vê a mãe como fonte de segurança e proteção ⁴⁶, sendo que esta está diretamente relacionada com o desenvolvimento neurobiológico, social e cognitivo da criança. ^{47 48} Esta vinculação pode ser segura, ou então insegura resistente, insegura evitante ou desorganizada. ⁴⁹ Para o desenvolvimento de vinculação é necessária a sensibilidade materna, que descreve a capacidade materna de receber e interpretar os sinais do filho de forma adequada e de agir congruentemente. ⁵⁰ Isto inclui, portanto, o reconhecimento do sinal, uma vocalização por parte da mãe que seja congruente com o que o filho está a expressar, uma tranquilização e atenção que seja apropriada, assim como respeito pelos interesses e pelo nível de alerta do filho. Desta forma, a sensibilidade materna permite um crescimento a nível social, emocional, de comunicação e cognitivo, que, mesmo sendo algo que começa a ser desenvolvida de forma precoce, pode ter repercussões na criança para além dos doze meses de idade. ⁵

Uma vinculação segura está associada a uma criança com uma exploração do ambiente mais ativa, uma melhor flexibilidade para lidar com as adversidades, assim como uma maior capacidade de não desistir perante situações difíceis, com uma melhor autorregulação das emoções. No entanto, uma vinculação insegura está associada a um menor domínio do ambiente em redor, com uma regulação emocional, por parte da criança, mais rígida e menos eficaz, assim como a uma menor capacidade de orientar as brincadeiras para um objetivo. ^{5, 51}

De salientar que, assegurar um bom desenvolvimento da vinculação no período pós-parto imediato é muito importante, uma vez que irá impactar a qualidade da vinculação mãe-filho no futuro.⁵²

Impacto da Prematuridade na Depressão Pós-Parto

A prematuridade é uma das complicações obstétricas mais comuns no periparto, sendo considerada um problema de saúde pública global bem como a principal causa de morte no período neonatal, a nível mundial.⁵³ O parto pré-termo está associado a várias complicações, nomeadamente a um aumento do stress psicológico para os pais^{54, 55}, bem como a um comprometimento cognitivo da criança.⁵⁶ O facto de, com a prematuridade, existir uma transição abrupta do ambiente protetor do útero para o ambiente da UCIN, um receio de morte do RNP e um sentimento de incerteza, faz com que as mães estejam expostas a mais fatores de stress. Estes fatores podem estar relacionados com a UCIN como os sons, com a aparência frágil do RNP, bem como com a separação física prolongada, as limitações impostas pela UCIN decorrentes da rotina e intervenções ao RNP.^{45, 57-59} Motivadas por estas alterações inesperadas, as mães de RNP irão relatar elevados níveis de ansiedade e sintomas depressivos.⁵¹ O somatório destes fatores irá acabar por influenciar o desenvolvimento do papel parental materno, que será diferente do esperado e imaginado até então, e que terá de ser ajustado à difícil realidade, uma vez que a mãe irá estar sob circunstâncias para as quais não estava preparada.^{6, 59} Desta forma, a necessidade de repensar o papel parental com o filho na UCIN será um fator adicional de stress muito relevante para as mães.⁶⁰ A impactar o papel parental teremos também as distâncias desde o hospital até casa, a necessidade de conciliar as responsabilidades fora e dentro da UCIN, que irão influenciar o tempo e regularidade das visitas ao RNP, a dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde dentro da UCIN e a sensação de falta de controlo sobre a situação do seu RNP. Outros fatores de stress identificados também foram o baixo rendimento económico, o estado civil de solteira, idade jovem, nível educacional mais baixo e RNP com o diagnóstico de doença cardiovascular.^{6, 55, 59, 60}

Uma revisão sistemática concluiu que, no período pós-parto imediato, as mães de RNP tinham um maior risco de desenvolver depressão comparando com mães de recém-nascido de termo (RNT). Esta diferença era mantida durante o período de um ano após o parto para as mães de RN de muito baixo peso ao nascer.⁶¹ Esta relação pode ser em parte justificada pelo facto do RNP, quando comparado com RNT, ter menor capacidade de adaptação, ser menos previsível e ficar irritado com maior facilidade.⁵⁵ A prevalência de DPP em mães de RNP varia entre 30 a 40%⁶¹, quase quatro vezes maior do que a prevalência em mães de RNT. Mesmo comparando com os pais, as mães têm um nível de stress mais elevado.⁵⁹ Um estudo de Alkozei et al,

utilizando as escalas de PSS:NICU e EPDS, mostrou que 52% das mães reportaram níveis elevados de stress e 38% desenvolveram sintomas depressivos nos primeiros três dias de pós-parto, sendo que maiores níveis de stress estão associados a mais sintomas depressivos. As alterações no papel parental foram o fator com mais impacto ao nível de stress materno, seguido da aparência frágil do RNP, encontrando-se em último os sons e visões da UCIN. No entanto, este estudo mostrou que o estado civil materno de casada era um forte preditor em relação ao aumento do stress reportado devido aos sons e visões da UCIN, enquanto a distância ao hospital teve maior impacto no papel parental materno. Este estudo também concluiu que a experiência traumática do parto pré-termo e a separação física entre a mãe e o seu RNP são condições suficientes para gerar níveis de stress elevados, mesmo antes de fatores como os problemas de saúde do RNP e a severidade destes tenham tempo de se desenvolver. Também é importante salientar que em mães casadas, os níveis de stress percebidos foram superiores, uma vez que o parto pré-termo também afeta as dinâmicas do casamento e a integridade da família.⁶⁰

O nível de prematuridade e a gravidade da doença do RNP também são fatores preditivos, assim como o baixo peso ao nascer, nomeadamente inferior a 1500 gramas, a idade gestacional inferior a 28 semanas e o tempo de internamento em UCIN.^{60, 62} Na verdade, um estudo de Carson et al mostrou que a prevalência de DPP era mais elevada no grupo de recém-nascidos extremamente prematuros (RNEP), com nascimento antes das trinta e duas semanas de gestação, tanto aos nove meses pós-parto como às duas semanas pós-parto, sendo que 65,1% destas mães reportaram sentimentos de tristeza.⁵⁴

No entanto, a alta da UCIN não implica uma diminuição no nível de stress materno, uma vez que irá depender da forma como as mães vão compreendendo as implicações clínicas da prematuridade do filho⁶⁰, assim como da evolução deste, uma vez que RNP têm maior probabilidade de necessitar de internamento hospitalar nos primeiros nove meses de vida, o que significa uma manutenção do stress materno decorrente do contínuo impacto no seu papel parental, mas também pela necessidade de viagens constantes para o hospital ou consultas médicas, que por sua vez também pode ter implicações na vida laboral dos pais.⁵⁴ De salientar que 20% das mães que apresentaram sintomas depressivos no período pós-parto imediato mantiveram a clínica de DPP até cinco anos depois do parto pré-termo.⁵²

Um estudo de Bener et al também identificou que em mulheres primíparas, com história médica pessoal de abortamento, parto pré-termo ou complicações durante o trabalho de parto existia um nível de stress mais elevado.⁵⁵

Impacto da Prematuridade na Vinculação

As bases da relação mãe-filho não começam a ser desenvolvidas somente no período do pós-parto, mas sim mais precocemente, nomeadamente durante a gestação. Desta forma, o parto pré-termo tanto pode impactar negativamente a construção desta relação ⁴⁶, como também criar um sentimento na mãe de que o seu filho é “incompleto”, que ela própria não “produziu o que era necessário no tempo correto”, que não conseguiu dar segurança ao seu filho, que não o conseguiu proteger ou assegurar a sua existência ⁶, motivado principalmente pela separação precoce, pelas rotinas, equipamento médico e procedimentos da UCIN. ⁶³ Assim, as mães de RNP, durante o período crítico do desenvolvimento da vinculação segura, sentem mais ansiedade, medo e preocupação que por sua vez irá alterar a sensibilidade materna, com maior propensão ao desenvolvimento de uma vinculação insegura. ⁴⁶ A mãe pode mesmo sentir que não possui qualquer relação com o seu filho uma vez que a sua identidade materna não está completamente desenvolvida e o internamento do RNP na UCIN não lhe permite tomar decisões em relação ao seu filho, assim como diminui as possibilidades de interação que esta poderia ter com ele. ^{6, 52} Desta forma, a adoção de um papel passivo relativamente ao seu filho, bem como a sensação de que são excluídas de qualquer tomada de decisão, também pode provocar sintomas de frustração e ansiedade, para além de exacerbar o sentimento de fracasso e culpa pelo parto pré-termo e pelo estado de saúde do filho. ^{52, 64}

Se por um lado, a mãe sente uma necessidade de estar com o filho, por outro também sente receio de criar essa relação decorrente da incerteza associada ao futuro do seu filho na UCIN. A mãe pode mesmo distanciar-se do filho, tanto física como psicologicamente, de forma a proteger-se da dificuldade extrema que iria sentir se o filho eventualmente falecesse. ^{6, 52}

Para além do impacto do internamento na UCIN na criação de uma vinculação segura, os próprios RNP têm características que os diferenciam dos RNT, associadas a uma vulnerabilidade aumentada. ⁶⁴ Os RNP, em geral, têm menor capacidade de concentração e de gestão dos estímulos externos, pelo que, comparando com os RNT, podem dormir a maior parte do dia e, mesmo quando estimulados, não ficarem tão alerta. Adicionalmente, também são mais difíceis de consolar quando irritados. Desta forma, os RNP terão maior probabilidade de desenvolver níveis elevados de stress e angústia quando estimulados, o que poderá desencorajar os pais durante a interação. No entanto, ajudar os pais a compreender estes comportamentos inesperados do seu RNP durante o internamento na UCIN, e mesmo durante o primeiro ano de vida, pode ajudar na criação de uma sensibilidade materna adequada, permitindo que o RNP desenvolva mais facilmente a sua capacidade de autorregulação e consiga sucessivamente lidar com níveis de estimulação e stress cada vez mais elevados, que por sua vez irá melhorar também a capacidade de resposta materna. ^{5, 46} Associadamente, o facto dos RNP

serem mais imaturos faz com que a comunicação não verbal destes seja mais complexa de interpretar por parte dos pais, o que irá dificultar a adequação da comunicação.^{65, 66} Cria-se assim um ciclo vicioso em que o RNP, decorrente da sua prematuridade, não se consegue expressar de forma tão adequada provocando nos pais uma incapacidade de interpretar os sinais do RNP e uma maior probabilidade de uma resposta inadequada. Perante isto, o RNP pode sentir uma angústia cada vez mais crescente por não sentir que as suas necessidades estão a ser atendidas, o que por sua vez também terá impacto no stress sentido pelos pais, que sentem que não conseguem satisfazer as necessidades do filho. Este ciclo perpetuado no tempo poderá prejudicar gravemente o desenvolvimento de uma vinculação segura.

Os RNP também demonstram maior evasão ao contacto físico que, apesar de ser benéfico para estes enfrentarem o ambiente hostil da UCIN, não irá ajudar no desenvolvimento de uma vinculação segura, uma vez que os pais podem ser mais inertes e menos interativos pela falta de resposta positiva do RNP ao contacto físico. Outro fator associado com a prematuridade e dificuldade de vinculação é também o facto dos prematuros serem fisicamente mais imaturos e diferentes do RNT, o que pode agravar o desapontamento parental.⁵ Mesmo a longo prazo, durante o primeiro ano de vida, estudos demonstram que os RNP tendem a ter menor capacidade de adaptação, são mais irritáveis e menos previsíveis, quando comparado com os RNT.⁵⁵ No entanto, há estudos que demonstram que uma sensibilidade materna precocemente aumentada facilita o desenvolvimento das competências sociais, de comunicação, emocionais e cognitivas em crianças pré-termo entre os seis e doze meses de idade, assim como para além do primeiro ano de vida.⁵

Relativamente ao RNEP, existem poucos estudos que avaliam o impacto da prematuridade extrema na vinculação, no entanto, um estudo de Lopez-Maestro et al mostra que a frequência de vinculação segura diminui à medida que aumenta a prematuridade dos RNP. Este dado pode ser explicado pela estadia aumentada no hospital ou pela dificuldade acrescida nas interações entre os pais e o RNEP, uma vez que o seu estado de saúde irá ser mais frágil.⁴⁶

Impacto da Depressão Pós-Parto na Vinculação

Um RN necessita de contacto com os pais para se desenvolver da melhor forma, tanto a nível fisiológico como psicológico e emocional, assim como, por outro lado, os próprios pais também beneficiam desse contacto para a criação de uma boa relação com o filho e para desenvolverem o seu papel enquanto pais.⁵⁹ Alguns estudos mostraram que a DPP pode provocar dificuldades na alimentação, sono do RN, influenciando também o seu comportamento, temperamento e a vinculação mãe-filho.¹⁸

Alguns estudos mostram que mães com depressão tendem a ter menor sensibilidade e responsividade aos sinais demonstrados pelo RN, adotando um comportamento mais negativo e desinteressado relativamente ao seu filho quando comparadas com mães saudáveis, sendo que o contacto físico é menor e menos afetivo, assim como também se verifica uma diminuição da estimulação verbal e não verbal.^{6, 63, 67-69} Este tipo de comportamento, decorrente da DPP, poderá ser percebido pela criança como uma fonte de rejeição, indiferença, inconsistência e indisponibilidade.⁷⁰ Nestes casos, as crianças têm maior risco de consequências negativas ao nível do desenvolvimento emocional, comportamental, psicológico, cognitivo e de linguagem⁶³, visíveis mesmo após a infância, durante a idade pré-escolar.⁷¹ Estas alterações de comportamento são importantes, uma vez que estudos mostram que o contacto físico, a proximidade, a reciprocidade e o comprometimento são os pilares para uma boa vinculação no pós-parto.⁶ Desta forma, a abordagem da saúde mental materna, principalmente em ambiente de UCIN, é crucial para a criação e manutenção de boas interações entre mãe e filho, assim como da saúde mental a longo prazo da família e do desenvolvimento da criança.⁵⁹

É importante referir que o *timing* do início da depressão irá ter consequências diferentes. Se a depressão surgir no primeiro ano, quando a vinculação ainda se está a desenvolver, podem existir efeitos mais negativos no desenvolvimento da criança do que se surgir no segundo ano de idade. No entanto, a intensidade dos sintomas depressivos tem um impacto mais significativo durante os segundo e terceiro ano de idade, uma vez que poderá interferir com a capacidade da mãe se envolver e guiar de forma gentil a criança e consequentemente alterar o desenvolvimento da sua autonomia.⁷⁰

No entanto, a literatura não é homogênea relativamente ao impacto da DPP na vinculação, existindo alguns estudos que mostram, efetivamente, uma relação entre depressão materna crónica e uma vinculação insegura e desorganizada aos três anos de idade.⁷⁰ Contudo, outros não relacionam a depressão com uma vinculação patológica.⁷²

Estes dados díspares mostram a necessidade de investigar melhor o impacto da DPP na vinculação de forma a compreendermos melhor quais as consequências negativas da DPP na criança e como estas se desenvolvem, quais as características da DPP que mais influenciam negativamente a criança, quais os fatores protetores e quais as diferenças entre DPP tratada e não tratada.⁷

Intervenções na Vinculação

As intervenções no papel parental parecem ajudar ao desenvolvimento da criança de forma sustentada no tempo, uma vez que, ao se centrarem nas relações familiares, proporcionarão um apoio constante da criança, ao longo da sua vida.⁷³

Um método importante para ajudar ao desenvolvimento de uma vinculação segura é o *developmental care approach*, nomeadamente o *Mother-Infant Transactional Model*. Neste método existe um profissional que observa de forma detalhada as interações entre mãe e filho fazendo as recomendações para melhorar o comportamento materno de forma individualizada. Este método tem como objetivo a educação materna para o reconhecimento das diferentes necessidades do RN, assim como fornecer apoio e estimulação positiva de forma individualizada e quando necessário. Este método inclui onze sessões totais, sendo sete delas antes da alta hospitalar do RN e as quatro seguintes em casa, no espaço de três meses. Nestas sessões, o objetivo é educar para a correta avaliação dos comportamentos homeostáticos, motores, de angústia e de alerta do RN, assim como dar ferramentas para os momentos de brincadeira, rotinas de cuidados e momentos de irritação por parte do RN. O objetivo principal deste método é organizar o ambiente à volta do RN de forma que seja mais fácil a gestão do ambiente para o RN, assim como promover uma adequada vinculação mãe-filho. Um estudo de Yu et al, mostrou que mães que realizaram este tipo de intervenção viram a sua sensibilidade e vinculação com o filho aumentadas pela quarta sessão.⁵ Para além de regular positivamente o RN, este método também tem efeitos positivos na mãe, no sentido em que estas sentem menores níveis de stress relativamente ao seu papel parental, e menos sintomas depressivos, uma vez que estas se tornam mais ativas com o seu filho, na medida em que os observam mais, os compreendem e conseguem gerir os seus comportamentos de uma melhor forma. Estes efeitos irão ter um impacto muito positivo na sensibilidade materna e consequentemente na vinculação mãe-filho, tanto no pós-parto imediato como aos seis meses pós-parto.⁵ Este método irá criar um *feedback* positivo, no sentido em que quanto maior a sensibilidade materna, melhor o desenvolvimento do filho, que irá ser cada vez mais capaz de enviar mensagens mais claras durante as interações, o que também irá fazer com que seja cada vez mais fácil e prazeroso para os pais a interação com ele.⁵

Uma outra intervenção, particularmente importante no caso de mães que apresentem uma história pessoal passada de trauma, quer seja sexual, físico ou emocional, que levou a que a sua própria vinculação com a sua mãe fosse insegura, é a *Circle of Security-Intensive intervention* (COS-I) que se baseia na teoria da vinculação e consiste em vinte sessões de grupo com foco individualizado para cada relação mãe e filho e criação de um protocolo específico para cada par. Este protocolo é elaborado tendo em conta a análise em grupo de imagens de vídeo da interação mãe-filho, como momentos de brincadeira, mudança de fralda, entre outros, e a discussão sobre as diferentes dificuldades apresentadas pela mãe. No estudo de Ramsauer et al foi inicialmente realizada uma apresentação teórica sobre vinculação e desenvolvimento humano através de imagens de vídeo, seguida da análise da interação de cada mãe com o seu

filho e a discussão sobre as capacidades maternas de cada mãe que estavam mais subdesenvolvidas e que seria necessário trabalhar. Este estudo conclui que, ao aplicar a COS-I em mães com uma vinculação insegura, a percepção destas sobre a sua própria vulnerabilidade aumenta, tornando-as capazes de aumentar a sua sensibilidade perante as necessidades do seu filho.⁶⁹

Um estudo de Colditz et al⁷³ avaliou o impacto do programa *Prem Baby Triple P* nas relações familiares, no desenvolvimento do RNP e na saúde mental parental, tendo em conta as dificuldades associadas a um parto pré-termo. Este programa tem como objetivos normalizar o parto pré-termo, informar sobre o desenvolvimento do RNP, criar um ambiente seguro, desenvolver uma relação mãe-filho saudável, fornecer estratégias de gestão de alterações comportamentais e desenvolver mecanismos de adaptação, com foco em dinâmicas de grupo. Este acompanhamento deverá ser feito em contexto hospitalar, sob sessões em grupo e posteriormente em casa, por via telefónica, ambas por um profissional de saúde treinado. Neste estudo verificou-se que as famílias de RNP submetidas a este programa tiveram um resultado positivo tanto na melhoria das relações familiares como no melhor desenvolvimento do RNP e uma melhor adaptação psicológica às dificuldades associadas a um parto pré-termo.

Uma outra intervenção que se tem mostrado eficaz para o desenvolvimento do papel parental é o *feedback* por vídeo. Esta técnica baseia-se na filmagem da interação mãe-filho com posterior coleta de pequenos excertos em que se salientam momentos bons desta interação com o objetivo de promover a reflexão dos pais sob as suas respostas e a sua relação para com o RN. Este método provou ser eficaz tanto na sensibilidade como na diminuição da ansiedade dos pais, quer de forma precoce após o parto prematuro como após a alta hospitalar.⁵¹

Um dos grandes entraves à implementação destas intervenções individualizadas são os elevados custos que estas acarretam.⁷³

No entanto, um estudo de Evans et al⁵² propõe, associada a menos custos, uma intervenção na eficácia materna, uma vez que a sua melhoria está associada a uma melhor responsividade materna e consequentemente a uma melhor vinculação, em mães de RNP. Desta forma, este estudo sugere uma validação ativa, de forma prioritária, dos comportamentos positivos maternos, tanto no período pós-parto como até aos doze meses de vida. Assim, estão incluídos neste método o *feedback* positivo durante a amamentação, salientando a boa qualidade desta, mesmo que com a ajuda da sonda, bem como reforçar a associação do ato de cantar uma melodia para o RNP a um ato carinhoso de boa postura parental.

Prevenção da Depressão Pós-Parto

A prevenção da DPP tem um papel muito importante de forma a identificar mulheres em risco de desenvolver DPP que ainda não demonstram sintomas, mas também aquelas que apresentam sintomas subclínicos.³⁹

O tratamento não farmacológico parece ter um efeito positivo na redução da incidência de DPP. Globalmente, este tipo de intervenções pode incluir acompanhamento psicológico, visitas intensivas e individualizadas de enfermeiras, ou mesmo visitas com uma frequência mais flexível, durante o período do pós-parto, e apoio telefónico de colegas. Estas estratégias combinadas proporcionaram uma queda de quase 50% no risco de desenvolver DPP, mostrando ser uma boa intervenção preventiva.³⁸

Um estudo de Ortiz Collado et al mostrou que, usando uma abordagem psicossomática antenatal que desenvolve uma consciência da própria mãe sobre as suas sensações e sentimentos e a forma como estes se relacionam entre si e se diferenciam, se verificou uma redução significativa dos sentimentos depressivos no período pós-parto. Esta abordagem inclui uma preparação pré-parto para ambos os pais, que incide na perspetiva sobre o seu papel parental e não apenas técnicas de preparação para o momento do parto, possibilitando a criação de um modelo individual que inclui a experiência física, emocional e social de cada indivíduo. Esta técnica permite desenvolver uma aliança terapêutica, tendo por base a perspetiva de cada pessoa, com abordagem dos sintomas somáticos no período antenatal, desenvolvimento de explicações para as sensações e experiências apresentadas e a associação dos sintomas somáticos à experiência emocional.⁸

Um estudo de Dominiak et al³⁹ propõe algumas recomendações a aplicar durante o período perinatal de forma a prevenir a DPP. Essas recomendações incluem:

1. Educação das mulheres sobre as perturbações de saúde mental durante o período perinatal, incluindo o risco e os sintomas de DPP;
2. Pesquisa ativa de sintomas depressivos através do questionário EPDS, no mínimo duas vezes – durante a gravidez e em seis a oito semanas após o parto, recomendando um rastreio adicional no terceiro dia pós-parto
 - a. Pontuação entre dez e doze pontos é aconselhado remarcar consulta em duas a quatro semanas para reavaliação
 - b. Pontuação superior a treze pontos devemos referenciar a consulta especializada de psicologia
3. No caso de existir elevado risco de DPP, este questionário deve ser realizado em todas as interações da paciente com profissionais de saúde
4. Questionar sobre fatores de risco de DPP

- a. Antecedentes pessoais de DPP e psicose pós-parto
- b. Perturbação depressão durante a gestação
- c. Antecedentes pessoais de perturbação depressiva e perturbação bipolar
- d. História familiar de perturbações psiquiátricas
- e. Situação económica precária
- f. Falta de apoio social
- g. Eventos stressantes durante a gestação ou no período pós-parto

Adicionalmente, um estudo de Kroska et al ³⁴ acrescenta algumas recomendações às supramencionadas, nomeadamente:

1. Discussão com a paciente sobre o impacto da gestação na sua saúde mental, incluindo em perturbações pré-existent

Durante o período pós-parto, intervenções no desenvolvimento da vinculação mãe-filho foram apontadas como potenciais medidas preventivas da DPP, nomeadamente estratégias para melhorar o sono do RN, assim como para diminuir a sua irritabilidade e choro. ⁷⁴ No entanto, um estudo de Cooper et al ⁷⁵ não mostrou benefícios nos sintomas depressivos maternos ao usar intervenções focadas no desenvolvimento de uma vinculação segura. Estes dados não são concordantes com a maioria da evidência científica, mostrando assim a necessidade de um maior estudo desta componente. Por outro lado, poderá ter evidenciado uma maior associação entre o tratamento da DPP e a consequente melhoria da vinculação mãe-filho ao invés do oposto.

Tratamento da Depressão Pós-Parto

O início do tratamento da DPP tanto pode ser antenatal ou imediatamente após o parto ⁷⁶. No entanto, a DPP é uma perturbação bastante subtratada uma vez que ainda está associada a grande estigma, pela dificuldade em aceitar a perturbação depressiva num momento que deveria ser o mais feliz da vida da mulher, mas também pelo desconhecimento da doença e pela grande resistência em usar psicofármacos durante a amamentação. ^{74, 77, 78}

A DPP que evolui sem tratamento tem um risco até seis vezes superior de se tornar numa depressão no período que sucede o pós-parto ⁷⁹. Mulheres com DPP não tratada poderão experienciar insatisfação com a maternidade e um sentimento de culpa que, numa minoria de casos pode mesmo terminar em suicídio ou infanticídio. De salientar que a ideação suicida, automutilação, pensamentos de provocar dano no RN, sintomas depressivos graves que alteram

o funcionamento diário da paciente, suspeita de psicose pós-parto ou de perturbação bipolar devem ser encaminhados de forma urgente para a especialidade de psiquiatria.^{38, 39, 80}

Desta forma, o diagnóstico e tratamento atempado e adequado da DPP tem um papel muito importante. Este tratamento tanto pode ser farmacológico como não farmacológico, devendo ser iniciado por tratamento não farmacológico. Este pode incluir psicoterapia, aconselhamento psicológico e cuidados prestados por outros profissionais de saúde.⁶⁹

Tratamento não farmacológico

As estratégias não farmacológicas devem ser a primeira linha de tratamento da DPP ligeira a moderada.³⁹ Estas podem incluir a psicoterapia, com o objetivo de alívio sintomático, com foco em problemas interpessoais, e não em traços da personalidade materna ou atitudes inconscientes.³⁸ A atividade física também deve ser recomendada.³⁹

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é o tratamento mais eficaz a curto e longo prazo quando comparado com outras intervenções. Esta técnica inclui, a nível cognitivo, estratégias que abordam pensamentos disfuncionais, e a nível comportamental, a aprendizagem de estratégias para a modificação dos padrões negativos, promovendo o envolvimento parental. Técnicas de *mindfulness* ou TCC baseada na aceitação também podem alterar a forma como a pessoa se relaciona e responde aos seus pensamentos e emoções ao invés de alterar a experiência que os provoca.^{34, 74}

A psicoterapia interpessoal tem-se mostrado eficaz no tratamento de DPP tanto a nível individual como em grupo. Este método é limitado no tempo, focando-se no momento presente, contextualizando a depressão dentro das relações da paciente, com o objetivo de aliviar os sintomas, melhorar a funcionalidade interpessoal e aumentar o apoio social.^{34, 74}

Um estudo de Welch et al.⁶⁴ mostrou que com a implementação de *Family Nurture Intervention*, as mães de RNP tinham menos sintomas depressivos aos quatro meses de idade corrigida. Esta intervenção tem como objetivo aumentar a ligação emocional entre a mãe e o RNP e consiste na implementação de atividades olfativas, sensoriomotoras e de cuidado para com o RNP. Estas atividades incluem a troca de uma peça de tecido entre mãe e filho, que irá conter o odor de cada um, o contacto pele a pele e o incentivo à interação vocal quer através de diálogo como através de música. Mesmo após a alta hospitalar, estas mães apresentavam menos sintomas depressivos.

Mais recentemente foi avaliada a suplementação de ómega-3 para o tratamento de DPP. Esta tratamento tem como fundamento as propriedades anti-inflamatórias do ómega-3, sendo que esta parece ter mais efeito na DPP severa e não tanto na DPP com sintomas

subclínicos. No entanto, são necessários mais estudos para corroborar esta eficácia, assim como avaliar as consequências a longo prazo.⁸¹

Em Portugal geralmente o tratamento não farmacológico é realizado por médicos psiquiatras e psicólogos, nomeadamente com psicoterapia e acompanhamento psicológico. Pode ser complementado por medidas de apoio por outros profissionais.

Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico irá ser a segunda linha de tratamento na DPP ligeira a moderada, no entanto, poderá ser a primeira linha no caso de pacientes que optam por não realizar tratamento não farmacológico, quando esta não se encontra disponível ou em mulheres com história médica passada de depressão major, e consequentemente com maior risco. No caso de DPP severa, o tratamento farmacológico deve ser iniciado em conjunto com tratamento não farmacológico, se a paciente o aceitar e este estiver disponível.³⁹ De salientar que, o tratamento farmacológico de forma isolada não parece ser tão eficaz como a associação entre tratamento farmacológico e não farmacológico.⁷⁷

Quando consideramos o tratamento farmacológico, devemos ter sempre em conta a escolha da mãe sobre a amamentação, uma vez que o tratamento instituído na mãe pode afetar a criança, pela exposição desta ao fármaco. No entanto, também temos de considerar os efeitos negativos no RN de uma DPP não tratada assim como os benefícios do tratamento desta.³⁹

Tipicamente, a primeira linha do tratamento farmacológico são os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (SSRIs)⁷⁸, uma vez que têm baixa toxicidade e estão associados a poucos efeitos adversos graves.³⁴ Apesar de não existirem muitos estudos sobre o tratamento da DPP, parece existir uma relação entre a exposição de crianças a SSRIs e os seus níveis de cortisol.⁸² A fluoxetina e o citalopram foram os psicofármacos que, quando administrados na mãe a amamentar, apresentaram a maior concentração sérica no RN, enquanto a nortriptilina, sertralina e paroxetina não foram detetados, sendo a sertralina o fármaco com maior evidência no tratamento da DPP. De salientar que estas crianças deverão ter o seu desenvolvimento psicomotor regularmente monitorizado.^{39, 78} O uso de antidepressivos tricíclicos não está recomendado pelo seu risco elevado de *overdose*.³⁴

Recentemente, verificou-se que a alopregnanolona, cujo mecanismo de ação se baseia na modulação dos recetores GABA-A, tem efeito na redução dos sintomas depressivos em menos de sessenta horas, colmatando o atraso no início de ação dos SSRIs. No entanto, este fármaco implica administração endovenosa em infusão por um longo período de tempo, o que limita o seu uso em ambulatório.³⁴

No caso de a mãe não se encontrar a amamentar, o tratamento farmacológico segue as *guidelines* de tratamento da perturbação depressiva.³⁹

Nos casos de DPP severa e refratária aos tratamentos anteriormente referidos, uma hipótese de tratamento poderá ser a eletroconvulsivoterapia.⁷⁸

Por outro lado, relativamente ao tratamento da depressão antenatal, parece existir uma associação entre o uso de antidepressivos e um maior risco de desenvolver perturbação de hiperatividade e défice de atenção, defeitos cardíacos congénitos e hipertensão pulmonar na criança.^{82, 83} Ainda assim, em estudos animais, o uso de escitalopram está associado a um aumento na oxitocina, o que pode ser interessante no tratamento da DPP, tendo em conta a potencial influência desta hormona na sua etiologia.³²

Desta forma, parecem existir alguns efeitos negativos nas crianças expostas a antidepressivos, contudo são necessários mais estudos de forma a avaliar o impacto do tratamento farmacológico no pós-parto, bem como os efeitos a curto e longo prazo nas crianças. No entanto, os benefícios parecem sobrepor-se aos riscos.³⁹

Outras intervenções

Musicoterapia

Existem estudos que apoiam o uso de musicoterapia como intervenção tanto nos sintomas de depressão, apresentados pela mãe, como na vinculação mãe-filho.⁶⁵ Estes estudos mostraram que os RN, logo após o parto, conseguem processar estímulos musicais complexos.¹⁸ No entanto, não há muitos estudos que exploram esta hipótese, apesar dos existentes parecerem bastante promissores.

A musicoterapia criativa (MTC), já usada em pacientes em coma, descrita num estudo de Kehl et al⁸⁴, é um método que tanto pode ser usado de forma individual como em ambiente familiar e que aborda as necessidades e recursos do RNP e dos pais, num ambiente de UCIN. Durante uma sessão de MTC, o terapeuta analisa a frequência respiratória, gestos e expressões faciais apresentados pelo RNP e desenvolve uma melodia como resposta a esses sinais. Os pais estão incluídos neste processo, sendo incentivados a usar a sua voz durante o método canguru, proporcionando um momento para desenvolver a sua vinculação com o filho.

A MTC irá ter impacto tanto na estabilização e relaxamento do RNP, como também irá beneficiar as suas capacidades de comunicação. Para além disto, com um RNP relaxado, o desenvolvimento do vínculo é mais acentuado.⁶⁵

No estudo de Kehl et al⁶⁵, com o uso de MTC na UCIN, verificou-se uma diminuição precoce dos níveis de ansiedade parental que se manteve ao longo do tempo, assim como uma

diminuição dos sintomas depressivos numa fase mais tardia. Este relaxamento parental também tem implicações na vinculação, uma vez que permite uma maior recetividade e comunicação com o RNP. Apesar deste estudo ter identificado o relaxamento como fator positivo preponderante da MTC, alguns pais reportaram também uma melhoria no ambiente da UCIN, ao atenuar os sons dos monitores. Para além disto, o facto de o RNP reagir ativamente à MTC mostrava aos pais, de forma clara, uma capacidade de resposta em relação ao meio ambiente que consequentemente gerava uma resposta por parte dos pais de volta ao RNP. Esta diminuição de ansiedade também foi encontrada num estudo de Wulff et al ¹⁸ que avaliou o impacto do ato de cantar para o RN na mãe. Este estudo evidenciou uma diminuição imediata dos níveis de cortisol com um efeito positivo também imediato nos *scores* de vinculação. Ao questionar as mães, estas mostravam-se também mais relaxadas, confiantes e felizes.

Contacto pele-a-pele

A interação entre mãe e filho é um fator que protege a mãe de desenvolver ansiedade e stress, sendo que esta é promovida pelo contacto pele a pele, que se encontra comprometido na prematuridade, pela necessidade de internamento na UCIN. Alguns estudos mostram que o contacto pele-a-pele, denominado método canguru nos RNP, tem uma redução no risco de DPP. ⁶³ O método canguru tem um efeito positivo materno na promoção da produção de oxitocina, com uma consequente redução da hemorragia pós-parto e aumento das emoções e percepções positivas maternas para com o RNP, assim como um efeito de redução dos níveis de cortisol salivar, que se encontra aumentado em mulheres com níveis elevados de ansiedade, aumentando a confiança no seu papel parental. No RNP, o método canguru possui um efeito de alívio de stress, redução do choro e estabilização de funções fisiológicas, como temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigénio. Adicionalmente, no RNP, temos uma promoção do desenvolvimento comportamental e melhoria da tolerância à dor. ^{85,}

86

Após um parto pré-termo com internamento na UCIN, a mãe sente grande preocupação com o estado de saúde do filho, assim como uma sensação de culpa e ansiedade sobre o facto de ser ou não capaz de cuidar do filho. O método canguru também tem um papel muito importante no combate a esses sentimentos negativos, no sentido em que pode aumentar a confiança no seu papel materno, assim como criar nela um sentido de responsabilidade e cuidado para com o seu filho, o que por sua vez também irá contribuir para o bom desenvolvimento de uma vinculação segura. ⁶³ Desta forma, a promoção do desenvolvimento de uma vinculação segura, através da criação de um papel materno sólido, assim como o alívio

da ansiedade e stress materno e do RNP, podem ser potenciados pela implementação do contacto pele a pele o mais precoce e seguro possível, através do método canguru na UCIN.⁸⁵

Um estudo de Bigelow et al⁸⁶ mostrou que as mães que realizaram contacto pele-a-pele reportaram menos sintomas depressivos e menos stress psicológico nas primeiras semanas pós-parto.

Um estudo de Sahlén Helmer et al⁶³ não mostrou benefício a longo prazo entre realizar o método canguru de uma forma contínua quando comparado com a implementação intermitente, parecendo este benefício estar mais relacionado com o tempo total de contacto do que com a forma como este é realizado.

Prognóstico

O prognóstico irá variar com o início da sintomatologia, o *timing* do diagnóstico e a instituição de um correto e atempado tratamento da DPP. Por exemplo, se o início da sintomatologia depressiva ocorrer entre o primeiro e o décimo quarto dia após o parto, há uma maior probabilidade de se tratar de um episódio depressivo no contexto de uma perturbação bipolar, quando comparado com a perturbação depressiva major unipolar.⁸⁷

Mulheres diagnosticadas com DPP também apresentam maior risco de depressão no futuro, bem como de desenvolver novamente um episódio depressivo numa futura gestação.⁷⁹

Mulheres com DPP com características psicóticas têm um risco de recorrência dos sintomas depressivos e psicóticos numa gestação futura de 30% a 50%.¹⁵

Conclusão

A prematuridade é uma complicação obstétrica bastante comum e que se encontra associada a diversas dificuldades tanto para a mãe como para o RNP, tendo impacto no desenvolvimento cognitivo e comportamental do RNP e a nível emocional materno, com consequências ao nível do desenvolvimento de uma vinculação segura.

Por outro lado, a DPP é uma patologia do foro mental importante, que surge num momento muito particular da vida da mulher, o que, associado às várias alterações, nomeadamente neurobiológicas, deste período, torna o seu diagnóstico e tratamento particularmente importantes, principalmente pelo impacto negativo que a DPP pode ter no desenvolvimento da vinculação mãe-filho.

A DPP é um diagnóstico ainda mais importante quando associada à prematuridade do RN, uma vez que esta é cerca de quatro vezes mais prevalente nesses casos. Desta forma, a associação destes dois fatores irá ter consequências duplamente negativas tanto a nível materno como do RNP, uma vez que para além do RNP estar exposto a um ambiente hostil de UCIN, existe uma maior probabilidade deste não identificar a sua mãe como uma fonte de segurança, decorrente da maior prevalência de DPP e de uma menor sensibilidade, com um impacto muito importante para o seu desenvolvimento cognitivo, social e comportamental. Já ao nível materno, esta vê o desenvolvimento do seu papel parental interrompido por um parto pré-termo inesperado, uma capacidade de conexão ao seu RNP dificultada pelo ambiente da UCIN, um sentimento de culpa por não ser capaz de cuidar do seu RNP que poderá culminar no desenvolvimento de DPP que, por sua vez, irá dificultar ainda mais a criação de uma vinculação segura.

Adicionalmente, o facto de, socialmente, a saúde mental e psiquiátrica continuarem a ser alvo de desinformação e estigma, bem como a expectativa idealizada entre o nascimento de um filho e uma felicidade extrema, provavelmente faz com que as mulheres não procurem tão rapidamente ajuda como procurariam numa fase diferente do seu ciclo de vida.

Deste modo, é importante que a investigação e os estudos sobre a DPP, principalmente associada à prematuridade, continuem a aumentar, de forma a compreendermos melhor o seu impacto na saúde materna, mas principalmente na saúde infantil, assim como a forma de o minorar.

De salientar que seria importante uma melhor classificação da depressão e maior compreensão e estudo dos diferentes tipos de depressão, uma vez que a depressão antenatal e pós-natal apresentam diferenças ao nível da incidência, impacto no desenvolvimento da criança e, potencialmente, no tratamento, apesar de serem ambas consideradas como depressão perinatal.

Bibliografia

1. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-6. Epub 1987/06/01. doi: 10.1192/bjp.150.6.782. PubMed PMID: 3651732.
2. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991;32(6):705-14. Epub 1991/01/01. doi: 10.1016/0277-9536(91)90150-b. PubMed PMID: 2035047.
3. Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *J Pers Soc Psychol*. 1990;58(4):644-63. Epub 1990/04/01. doi: 10.1037//0022-3514.58.4.644. PubMed PMID: 14570079.
4. Organization WH. Born Too Soon: a Global Action Report on Preterm birth. *Born Too Soon: a Global Action Report on Preterm birth*. 2012;112.
5. Yu NKK, Shum KK, Lam YY, et al. Sensitivity Training for Mothers With Premature Infants: A Randomized Controlled Trial. *J Pediatr Psychol*. 2022;47(10):1167-84. doi: 10.1093/jpepsy/jsac051. PubMed PMID: 35666133.
6. Bouras G, Theofanopoulou N, Mexi-Bourna P, et al. Preterm birth and maternal psychological health. *J Health Psychol*. 2015;20(11):1388-96. Epub 2013/12/11. doi: 10.1177/1359105313512353. PubMed PMID: 24323334.
7. Susanne Brummelte LAMG. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*. 2016;77:153-66.
8. Ortiz Collado MA, Saez M, Favrod J, Hatem M. Antenatal psychosomatic programming to reduce postpartum depression risk and improve childbirth outcomes: a randomized controlled trial in Spain and France. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:22. Epub 20140115. doi: 10.1186/1471-2393-14-22. PubMed PMID: 24422605; PubMed Central PMCID: PMC3898772.
9. Hendrick V, Altshuler L, Strouse T, Grosser S. Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depress Anxiety*. 2000;11(2):66-72. Epub 2000/05/17. doi: 10.1002/(sici)1520-6394(2000)11:2<66::aid-da3>3.0.co;2-d. PubMed PMID: 10812531.
10. Brett M, Baxendale S. Motherhood and memory: a review. *Psychoneuroendocrinology*. 2001;26(4):339-62. Epub 2001/03/22. doi: 10.1016/s0306-4530(01)00003-8. PubMed PMID: 11259856.
11. Gutierrez-Lobos K, Scherer M, Anderer P, Katschnig H. The influence of age on the female/male ratio of treated incidence rates in depression. *BMC Psychiatry*. 2002;2:3. Epub 2002/02/28. doi: 10.1186/1471-244x-2-3. PubMed PMID: 11860609; PubMed Central PMCID: PMC65549.
12. Kornstein SG, Sloan DM, Thase ME. Gender-specific differences in depression and treatment response. *Psychopharmacol Bull*. 2002;36(4):99-112. Epub 2003/07/15. PubMed PMID: 12858149.
13. Brummelte S, Galea LA. Depression during pregnancy and postpartum: contribution of stress and ovarian hormones. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2010;34(5):766-76. Epub 2009/09/16. doi: 10.1016/j.pnpbp.2009.09.006. PubMed PMID: 19751794.
14. Sloan DM, Kornstein SG. Gender differences in depression and response to antidepressant treatment. *Psychiatr Clin North Am*. 2003;26(3):581-94. Epub 2003/10/18. doi: 10.1016/s0193-953x(03)00044-3. PubMed PMID: 14563099.

15. Association AP. Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5ª Edição ed: Artmed; 2014.
16. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* 2005;106(5 Pt 1):1071-83. Epub 2005/11/02. doi: 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db. PubMed PMID: 16260528.
17. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(1):3-12. Epub 2013/10/22. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002. PubMed PMID: 24140480; PubMed Central PMCID: PMC7077785.
18. Wulff V, Hepp P, Wolf OT, Fehm T, Schaal NK. The influence of maternal singing on well-being, postpartum depression and bonding - a randomised, controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):501. Epub 2021/07/12. doi: 10.1186/s12884-021-03933-z. PubMed PMID: 34247578; PubMed Central PMCID: PMC8273948.
19. Dubber S, Reck C, Muller M, Gawlik S. Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Arch Womens Ment Health.* 2015;18(2):187-95. Epub 2014/08/05. doi: 10.1007/s00737-014-0445-4. PubMed PMID: 25088531.
20. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry.* 1995;166(2):191-5. Epub 1995/02/01. doi: 10.1192/bjp.166.2.191. PubMed PMID: 7728362.
21. Darcy JM, Grzywacz JG, Stephens RL, et al. Maternal depressive symptomatology: 16-month follow-up of infant and maternal health-related quality of life. *J Am Board Fam Med.* 2011;24(3):249-57. Epub 2011/05/10. doi: 10.3122/jabfm.2011.03.100201. PubMed PMID: 21551396; PubMed Central PMCID: PMC3114440.
22. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(7):805-15. Epub 2008/07/09. doi: 10.1001/archpsyc.65.7.805. PubMed PMID: 18606953; PubMed Central PMCID: PMC2669282.
23. Wisner KL, Sit DK, McShea MC, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(5):490-8. Epub 2013/03/15. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.87. PubMed PMID: 23487258; PubMed Central PMCID: PMC4440326.
24. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clin Obstet Gynecol.* 2018;61(3):591-603. Epub 2018/03/30. doi: 10.1097/GRF.0000000000000368. PubMed PMID: 29596076; PubMed Central PMCID: PMC6059965.
25. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry.* 2003;44(3):234-46. Epub 2003/05/24. doi: 10.1016/S0010-440X(03)00034-8. PubMed PMID: 12764712.
26. Hendrick V, Altshuler LL, Suri R. Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics.* 1998;39(2):93-101. Epub 1998/05/19. doi: 10.1016/S0033-3182(98)71355-6. PubMed PMID: 9584534.
27. Bale TL. Stress sensitivity and the development of affective disorders. *Horm Behav.* 2006;50(4):529-33. Epub 2006/08/12. doi: 10.1016/j.yhbeh.2006.06.033. PubMed PMID: 16901485.

28. Glynn LM, Davis EP, Sandman CA. New insights into the role of perinatal HPA-axis dysregulation in postpartum depression. *Neuropeptides*. 2013;47(6):363-70. Epub 2013/11/12. doi: 10.1016/j.npep.2013.10.007. PubMed PMID: 24210135.
29. Kim S, Soeken TA, Cromer SJ, et al. Oxytocin and postpartum depression: delivering on what's known and what's not. *Brain Res*. 2014;1580:219-32. Epub 2013/11/19. doi: 10.1016/j.brainres.2013.11.009. PubMed PMID: 24239932; PubMed Central PMCID: PMC4156558.
30. McQuaid RJ, McInnis OA, Abizaid A, Anisman H. Making room for oxytocin in understanding depression. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014;45:305-22. Epub 2014/07/16. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.07.005. PubMed PMID: 25025656.
31. Meynen G, Unmehopa UA, Hofman MA, Swaab DF, Hoogendijk WJ. Hypothalamic oxytocin mRNA expression and melancholic depression. *Mol Psychiatry*. 2007;12(2):118-9. Epub 2007/01/26. doi: 10.1038/sj.mp.4001911. PubMed PMID: 17252002.
32. Stuebe AM, Grewen K, Meltzer-Brody S. Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013;22(4):352-61. Epub 2013/04/17. doi: 10.1089/jwh.2012.3768. PubMed PMID: 23586800; PubMed Central PMCID: PMC3627433.
33. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(4):289-95. Epub 2004/07/06. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006. PubMed PMID: 15234824.
34. Kroska EB, Stowe ZN. Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2020;47(3):409-19. doi: 10.1016/j.ogc.2020.05.001. PubMed PMID: 32762926.
35. Goldbort J. Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2006;31(2):121-6. Epub 2006/03/09. doi: 10.1097/00005721-200603000-00012. PubMed PMID: 16523038.
36. Murray L, Stanley C, Hooper R, King F, Fiori-Cowley A. The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Dev Med Child Neurol*. 1996;38(2):109-19. Epub 1996/02/01. doi: 10.1111/j.1469-8749.1996.tb12082.x. PubMed PMID: 8603778.
37. Dennis CL, Heaman M, Vigod S. Epidemiology of postpartum depressive symptoms among Canadian women: regional and national results from a cross-sectional survey. *Can J Psychiatry*. 2012;57(9):537-46. Epub 2012/10/18. doi: 10.1177/070674371205700904. PubMed PMID: 23073031.
38. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(2):CD001134. Epub 2013/03/02. doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3. PubMed PMID: 23450532.
39. Dominiak M, Antosik-Wojcinska AZ, Baron M, Mierzejewski P, Swiecicki L. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. *Ginekol Pol*. 2021;92(2):153-64. Epub 20210115. doi: 10.5603/GP.a2020.0141. PubMed PMID: 33448014.
40. Santos MFS. Depressão no pós-parto: validação da Escala de Edimburgo em puérperas brasileiras [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 1995.

41. Castañón S C PLJ. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev Med Chile*. 2008;136:851-8. Epub 4 Sep 2008.
42. Biringen Z, Robinson JL, Emde RN. Appendix A: the emotional availability scales (2nd ed.; an abridged infancy/Early Childhood version). *Attach Hum Dev*. 2000;2(2):251-70. doi: 10.1080/14616730050085617. PubMed PMID: 11707915.
43. Biringen Z. DD, Vliegen N., Closson L., Easterbrooks M.A. Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales and clinical applications. *Dev Rev*. 2014;34:114-67.
44. Miles MS, Funk SG, Carlson J. Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit. *Nurs Res*. 1993;42(3):148-52. Epub 1993/05/01. PubMed PMID: 8506163.
45. Busse M, Stromgren K, Thorngate L, Thomas KA. Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Crit Care Nurse*. 2013;33(4):52-9; quiz 60. Epub 2013/08/03. doi: 10.4037/ccn2013715. PubMed PMID: 23908169; PubMed Central PMCID: PMC4394856.
46. Lopez-Maestro M, Sierra-Garcia P, Diaz-Gonzalez C, et al. Quality of attachment in infants less than 1500g or less than 32weeks. Related factors. *Early Hum Dev*. 2017;104:1-6. Epub 2016/12/04. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2016.11.003. PubMed PMID: 27914273.
47. Benoit D. Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatr Child Health*. 2004;9(8):541-5. Epub 2004/10/01. doi: 10.1093/pch/9.8.541. PubMed PMID: 19680481; PubMed Central PMCID: PMC2724160.
48. Murray L, Cooper P, Fearon P. Parenting difficulties and postnatal depression: implications for primary healthcare assessment and intervention. *Community Pract*. 2014;87(11):34-8. Epub 2015/01/24. PubMed PMID: 25612413.
49. Ainsworth M.D.S. BMC, Waters E., Wall S. Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Lawrence Erlbaum. 1978.
50. Dusing SC, Brown SE, Van Drew CM, Thacker LR, Hendricks-Muñoz KD. Supporting Play Exploration and Early Development Intervention From NICU to Home: A Feasibility Study. *Pediatr Phys Ther*. 2015;27(3):267-74. doi: 10.1097/pep.0000000000000161. PubMed PMID: 26102168.
51. Twohig A, Murphy JF, McCarthy A, et al. The preterm infant-parent programme for attachment-PIPPA Study: a randomised controlled trial. *Pediatr Res*. 2021;90(3):617-24. Epub 20210111. doi: 10.1038/s41390-020-01262-z. PubMed PMID: 33432155.
52. Evans T, Boyd RN, Colditz PB, Sanders M, Whittingham K. Predictors of Maternal Bonding and Responsiveness for Mothers of Very Preterm Infants. *J Clin Psychol Med Settings*. 2022;29(2):391-402. Epub 20220123. doi: 10.1007/s10880-021-09833-w. PubMed PMID: 35066796.
53. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2012;379(9832):2162-72. Epub 2012/06/12. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60820-4. PubMed PMID: 22682464.
54. Carson C, Redshaw M, Gray R, Quigley MA. Risk of psychological distress in parents of preterm children in the first year: evidence from the UK Millennium Cohort

Study. *BMJ Open*. 2015;5(12):e007942. Epub 2015/12/20. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007942. PubMed PMID: 26685019; PubMed Central PMCID: PMC4691710.

55. Bener A. Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem. *Braz J Psychiatry*. 2013;35(3):231-6. Epub 2013/10/22. doi: 10.1590/1516-4446-2012-0821. PubMed PMID: 24142082.

56. Oudgenoeg-Paz O, Mulder H, Jongmans MJ, van der Ham IJM, Van der Stigchel S. The link between motor and cognitive development in children born preterm and/or with low birth weight: A review of current evidence. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;80:382-93. Epub 2017/06/24. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.06.009. PubMed PMID: 28642071.

57. Mew AM, Holditch-Davis D, Belyea M, Miles MS, Fishel A. Correlates of depressive symptoms in mothers of preterm infants. *Neonatal Netw*. 2003;22(5):51-60. Epub 2003/11/06. doi: 10.1891/0730-0832.22.5.51. PubMed PMID: 14598980.

58. DeMier RL, Hynan MT, Harris HB, Manniello RL. Perinatal stressors as predictors of symptoms of posttraumatic stress in mothers of infants at high risk. *J Perinatol*. 1996;16(4):276-80. Epub 1996/07/01. PubMed PMID: 8866297.

59. Roque ATF, Lasiuk GC, Radunz V, Hegadoren K. Scoping Review of the Mental Health of Parents of Infants in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2017;46(4):576-87. Epub 2017/05/17. doi: 10.1016/j.jogn.2017.02.005. PubMed PMID: 28506679.

60. Alkozei A, McMahon E, Lahav A. Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the early postpartum period. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014;27(17):1738-43. Epub 2014/07/10. doi: 10.3109/14767058.2014.942626. PubMed PMID: 25005861.

61. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG*. 2010;117(5):540-50. Epub 2010/02/04. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x. PubMed PMID: 20121831.

62. Dudek-Shriber L. Parent stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics. *Am J Occup Ther*. 2004;58(5):509-20. Epub 2004/10/16. doi: 10.5014/ajot.58.5.509. PubMed PMID: 15481778.

63. Sahlén Helmer C, Birberg Thornberg U, Frostell A, Örténstrand A, Mörelus E. A Randomized Trial of Continuous Versus Intermittent Skin-to-Skin Contact After Premature Birth and the Effects on Mother-Infant Interaction. *Adv Neonatal Care*. 2020;20(3):E48-e56. doi: 10.1097/anc.0000000000000675. PubMed PMID: 31764209.

64. Welch MG, Halperin MS, Austin J, et al. Depression and anxiety symptoms of mothers of preterm infants are decreased at 4 months corrected age with Family Nurture Intervention in the NICU. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(1):51-61. Epub 2015/03/01. doi: 10.1007/s00737-015-0502-7. PubMed PMID: 25724391.

65. Kehl SM, La Marca-Ghaemmaghami P, Haller M, et al. Creative Music Therapy with Premature Infants and Their Parents: A Mixed-Method Pilot Study on Parents' Anxiety, Stress and Depressive Symptoms and Parent-Infant Attachment. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;18(1). Epub 2021/01/06. doi: 10.3390/ijerph18010265. PubMed PMID: 33396496; PubMed Central PMCID: PMC7795112.

66. Landsem IP, Handegård BH, Tunby J, Ulvund SE, Rønning JA. Early intervention program reduces stress in parents of preterms during childhood, a randomized

- controlled trial. *Trials*. 2014;15:387. Epub 20141004. doi: 10.1186/1745-6215-15-387. PubMed PMID: 25282345; PubMed Central PMCID: PMC4198672.
67. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2000;20(5):561-92. Epub 2000/06/22. doi: 10.1016/s0272-7358(98)00100-7. PubMed PMID: 10860167.
 68. Ferber SG, Feldman R, Makhoul IR. The development of maternal touch across the first year of life. *Early Hum Dev*. 2008;84(6):363-70. Epub 2007/11/09. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2007.09.019. PubMed PMID: 17988808.
 69. Ramsauer B, Mühlhan C, Lotzin A, et al. Randomized controlled trial of the Circle of Security-Intensive intervention for mothers with postpartum depression: maternal unresolved attachment moderates changes in sensitivity. *Attach Hum Dev*. 2020;22(6):705-26. Epub 20191114. doi: 10.1080/14616734.2019.1689406. PubMed PMID: 31726954.
 70. Campbell SB, Brownell CA, Hungerford A, et al. The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Dev Psychopathol*. 2004;16(2):231-52. Epub 2004/10/19. doi: 10.1017/s0954579404044499. PubMed PMID: 15487594.
 71. Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *Br J Psychiatry*. 2003;182:420-7. Epub 2003/05/02. PubMed PMID: 12724245.
 72. Tharner A, Luijk MP, van Ijzendoorn MH, et al. Maternal lifetime history of depression and depressive symptoms in the prenatal and early postnatal period do not predict infant-mother attachment quality in a large, population-based Dutch cohort study. *Attach Hum Dev*. 2012;14(1):63-81. Epub 2011/12/24. doi: 10.1080/14616734.2012.636659. PubMed PMID: 22191607.
 73. Colditz P, Sanders MR, Boyd R, et al. Prem Baby Triple P: a randomised controlled trial of enhanced parenting capacity to improve developmental outcomes in preterm infants. *BMC Pediatr*. 2015;15:15. Epub 20150304. doi: 10.1186/s12887-015-0331-x. PubMed PMID: 25884634; PubMed Central PMCID: PMC4363360.
 74. Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(1):41-60. Epub 20141125. doi: 10.1007/s00737-014-0475-y. PubMed PMID: 25422150; PubMed Central PMCID: PMC4308451.
 75. Cooper PJ, De Pascalis L, Woolgar M, Romaniuk H, Murray L. Attempting to prevent postnatal depression by targeting the mother-infant relationship: a randomised controlled trial. *Prim Health Care Res Dev*. 2015;16(4):383-97. Epub 20141110. doi: 10.1017/s1463423614000401. PubMed PMID: 25381790.
 76. Dennis CL, Creedy D. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004(4):CD001134. Epub 2004/10/21. doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub2. PubMed PMID: 15495008.
 77. Hantsoo L, Ward-O'Brien D, Czarkowski KA, et al. A randomized, placebo-controlled, double-blind trial of sertraline for postpartum depression. *Psychopharmacology (Berl)*. 2014;231(5):939-48. Epub 20131031. doi: 10.1007/s00213-013-3316-1. PubMed PMID: 24173623; PubMed Central PMCID: PMC3945214.
 78. Frieder A, Ferish M, Hainline R, Deligiannidis KM. Pharmacotherapy of Postpartum Depression: Current Approaches and Novel Drug Development. *CNS Drugs*.

- 2019;33(3):265-82. doi: 10.1007/s40263-019-00605-7. PubMed PMID: 30790145; PubMed Central PMCID: PMC6424603.
79. Josefsson A, Sydsjo G. A follow-up study of postpartum depressed women: recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(4):141-5. Epub 2007/05/30. doi: 10.1007/s00737-007-0185-9. PubMed PMID: 17533557.
 80. Lewis G. Saving Mothers' Lives: the continuing benefits for maternal health from the United Kingdom (UK) Confidential Enquires into Maternal Deaths. *Semin Perinatol*. 2012;36(1):19-26. Epub 2012/01/28. doi: 10.1053/j.semperi.2011.09.005. PubMed PMID: 22280861.
 81. Mocking RJT, Steijn K, Roos C, et al. Omega-3 Fatty Acid Supplementation for Perinatal Depression: A Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(5). Epub 20200901. doi: 10.4088/JCP.19r13106. PubMed PMID: 32898343.
 82. Oberlander TF, Weinberg J, Papsdorf M, et al. Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics*. 2008;3(2):97-106. Epub 2008/06/10. doi: 10.4161/epi.3.2.6034. PubMed PMID: 18536531.
 83. Clements CC, Castro VM, Blumenthal SR, et al. Prenatal antidepressant exposure is associated with risk for attention-deficit hyperactivity disorder but not autism spectrum disorder in a large health system. *Mol Psychiatry*. 2015;20(6):727-34. Epub 2014/08/27. doi: 10.1038/mp.2014.90. PubMed PMID: 25155880; PubMed Central PMCID: PMC4427538.
 84. Haslbeck FB, Jakab A, Held U, et al. Creative music therapy to promote brain function and brain structure in preterm infants: A randomized controlled pilot study. *Neuroimage Clin*. 2020;25:102171. Epub 20200113. doi: 10.1016/j.nicl.2020.102171. PubMed PMID: 31972397; PubMed Central PMCID: PMC6974781.
 85. Cong S, Wang R, Fan X, et al. Skin-to-skin contact to improve premature mothers' anxiety and stress state: A meta-analysis. *Matern Child Nutr*. 2021;17(4):e13245. Epub 2021/07/15. doi: 10.1111/mcn.13245. PubMed PMID: 34258864; PubMed Central PMCID: PMC8476413.
 86. Bigelow A, Power M, MacLellan-Peters J, Alex M, McDonald C. Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012;41(3):369-82. Epub 20120426. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01350.x. PubMed PMID: 22537390.
 87. Munk-Olsen T, Laursen TM, Meltzer-Brody S, Mortensen PB, Jones I. Psychiatric disorders with postpartum onset: possible early manifestations of bipolar affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(4):428-34. Epub 2011/12/08. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.157. PubMed PMID: 22147807.

Figura 1 - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

In the past 7 days:

1. I have been able to laugh and see the funny side of things
As much as I always could
Not quite so much now
Definitely not so much now
Not at all
 2. I have looked forward with enjoyment to things
As much as I ever did
Rather less than I used to
Definitely less than I used to
Hardly at all
 - * 3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong
Yes, most of the time
Yes, some of the time
Not very often
No, never
 4. I have been anxious or worried for no good reason
No, not at all
Hardly ever
Yes, sometimes
Yes, very often
 - * 5. I have felt scared or panicky for no very good reason
Yes, quite a lot
Yes, sometimes
No, not much
No, not at all
 - * 6. Things have been getting on top of me
Yes, most of the time I haven't been able to cope at all
Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual
No, most of the time I have coped quite well
No, I have been coping as well as ever
 - * 7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping
Yes, most of the time
Yes, sometimes
Not very often
No, not at all
 - * 8. I have felt sad or miserable
Yes, most of the time
Yes, quite often
Not very often
No, not at all
 - * 9. I have been so unhappy that I have been crying
Yes, most of the time
Yes, quite often
Only occasionally
No, never
 - * 10. The thought of harming myself has occurred to me
Yes, quite often
Sometimes
Hardly ever
Never
-

Figura 2 - Escala de Apoio Social

Next are some questions about the support that is available to you.

1. About how many close friends and close relatives do you have (people you feel at ease with and can talk to about what is on your mind)?

Write in number of close friends and close relatives:

--	--

People sometimes look to others for companionship, assistance, or other types of support. How often is each of the following kinds of support available to you if you need it?

(Circle One Number On Each Line)

	None of the Time	A Little of the Time	Some of the Time	Most of the Time	All of the Time
2. Someone to help you if you were confined to bed	1	2	3	4	5
3. Someone you can count on to listen to you when you need to talk	1	2	3	4	5
4. Someone to give you good advice about a crisis.....	1	2	3	4	5
5. Someone to take you to the doctor if you needed it	1	2	3	4	5
6. Someone who shows you love and affection	1	2	3	4	5
7. Someone to have a good time with	1	2	3	4	5
8. Someone to give you information to help you understand a situation.....	1	2	3	4	5
9. Someone to confide in or talk to about yourself or your problems	1	2	3	4	5
10. Someone who hugs you	1	2	3	4	5
11. Someone to get together with for relaxation	1	2	3	4	5
12. Someone to prepare your meals if you were unable to do it yourself.....	1	2	3	4	5
13. Someone whose advice you really want.....	1	2	3	4	5
14. Someone to do things with to help you get your mind off things	1	2	3	4	5
15. Someone to help with daily chores if you were sick	1	2	3	4	5
16. Someone to share your most private worries and fears with.....	1	2	3	4	5
17. Someone to turn to for suggestions about how to deal with a personal problem	1	2	3	4	5
18. Someone to do something enjoyable with	1	2	3	4	5
19. Someone who understands your problems	1	2	3	4	5
20. Someone to love and make you feel wanted	1	2	3	4	5

Figura 3 - Escala de Vinculação no Adulto Revista por Collins

Depend

1. I find it difficult to allow myself to depend on others.^a (Av)
2. People are never there when you need them.^a (Av)
3. I am comfortable depending on others. (S)
4. I know that others will be there when I need them. (S)
5. I find it difficult to trust others completely.^a (Av)
6. I am not sure that I can always depend on others to be there when I need them.^a (Ax)

Anxiety

7. I do not often worry about being abandoned.^a (S)
8. I often worry that my partner does not really love me. (Ax)
9. I find others are reluctant to get as close as I would like. (Ax)
10. I often worry my partner will not want to stay with me. (Ax)
11. I want to merge completely with another person. (Ax)
12. My desire to merge sometimes scares people away. (Ax)

Close

13. I find it relatively easy to get close to others. (S)
14. I do not often worry about someone getting too close to me. (S)
15. I am somewhat uncomfortable being close to others.^a (Av)
16. I am nervous when anyone gets too close.^a (Av)
17. I am comfortable having others depend on me. (S)
18. Often, love partners want me to be more intimate than I feel comfortable being.^a (Av)

Note. (S) Indicates items that originated from the "secure" description; (Av), items that originated from the "avoidant" description; and (Ax), items that originated from the "anxious" description.

^a Item was recoded when forming the composite scores. ^b Because oblique rotation was used, the percentage of variance accounted for after rotation is only approximate (Tabachnick & Fidell, 1983).

IN
ST
IT
U
T
O
D
E
C
IÊ
N
C
I
A
S
B
I
O
M
É
D
I
C
A
S
A

