DEPRESSÃO MATERNA

Tratamento da depressão pós-parto

Peter Cooper D.Phil., Lynne Murray, PhD Sarah Halligan, D.Phil.

Winnicott Research Unit, University of Reading, Reino-Unido

Maio 2010

Introdução

A Depressão Pós-Parto (DPP) é comum, com prevalência de aproximadamente 13%[1] no mundo desenvolvido, e muito mais alta em alguns contextos do mundo em desenvolvimento.[2,3,4] Há um conjunto considerável de evidências que comprovam que a DPP limita a capacidade da mãe de interagir positivamente com seu bebê, e diversos estudos mostram que a DPP compromete o desenvolvimento cognitivo, comportamental e emocional da criança.[5] É difícil prever a DPP antes do parto[6] e, de qualquer modo, as intervenções preventivas mostraram-se amplamente ineficazes.[7] Portanto, as pesquisas e o atendimento clínico têm focalizado o tratamento da DPP manifesta.

Do que se trata

Atualmente, a DPP é reconhecida como uma questão importante de saúde pública, devido ao sofrimento que causa às mães e ao impacto negativo mais amplo sobre a família. Assim, surgiu nos últimos anos um interesse considerável na elaboração e na avaliação de tratamentos para DPP, e diversos ensaios clínicos randomizados vêm sendo realizados. É importante uma avaliação cuidadosa dos achados desse conjunto de pesquisas, não só para o provimento de serviços a

©2010-2026 ABILIO | DEPRESSÃO MATERNA

mães com DPP e seus filhos, mas também para elucidar os processos causais.

Problemas

A maioria dos estudos sobre o tratamento de DPP preocupou-se com seu impacto sobre o humor da mãe. Por outro lado, poucos estudos analisaram o impacto do tratamento sobre a qualidade do relacionamento entre a mãe e a criança e sobre os riscos associados ao desenvolvimento infantil. Portanto, é difícil avaliar o significado clínico dos achados de pesquisas além daqueles relacionados ao humor da mãe.

Contexto de pesquisa

Há diversos estudos naturalísticos adequadamente realizados que abordam o impacto da DPP sobre o relacionamento entre mãe e criança, e a estrutura do prejuízo nos cuidados parentais nesse contexto é atualmente bem compreendida. Do mesmo modo, há evidências detalhadas e consistentes sobre as consequências da DPP para o desenvolvimento da criança.[5] Foram realizados também diversos ensaios clínicos randomizados para determinar o impacto do tratamento sobre a DPP.[7,8] No entanto, quase todos os experimentos de tratamento clínico apresentaram limitações em termos de monitoramento, e centraram-se principalmente no impacto sobre o humor da mãe, e não na qualidade do relacionamento entre mãe e filho e no consequente desenvolvimento da criança.

Questões-chave de pesquisa

1. O provimento de tratamento específico para DPP produz melhores resultados em termos do humor da mãe do que o “tratamento habitual”, ou nenhum tratamento?

2. Algumas formas de tratamento de DPP são mais eficazes do que outras para melhorar o humor da mãe?

3. Os tratamentos de DPP melhoram a qualidade do relacionamento entre a mãe e a criança?

4. Os tratamentos de DPP favorecem o desenvolvimento da criança? E, em caso afirmativo, esse benefício é devido ao seu impacto sobre o relacionamento entre a mãe e a criança?

Resultados de pesquisas recentes

©2010-2026 ABILIO | DEPRESSÃO MATERNA

Grande parte das pesquisas sobre tratamentos focalizou a eficácia de *intervenções psicoterapêuticas*. Uma revisão de diversos ensaios clínicos randomizados[9] concluiu que tanto tratamentos psicológicos específicos como intervenções psicossociais mais genéricas foram moderadamente eficazes para melhorar a disposição de ânimo da mãe, e produziram benefícios semelhantes. Recentemente, uma meta-análise das intervenções psicoterapêuticas para DPP – inclusive terapia cognitivo-comportamental (TCC), apoio social, terapia interpessoal, orientação não direcionada e terapia psicanalítica – também concluiu que essas formas de tratamento são moderadamente eficazes.[8] Ambas as revisões destacaram a natureza de curto prazo da maioria dos experimentos e o curto período de monitoramento.

Há poucos dados disponíveis sobre o papel da intervenção farmacológica. Um estudo de 1977, realizado no Reino Unido,[10] constatou benefícios semelhantes com a utilização de Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina – ISRS (fluoxetina) –, orientação, ou medicamento associado à orientação. Deve-se notar que mais de 50% das mulheres solicitadas a participar desse estudo recusaram-se a fazê-lo, principalmente devido à relutância a ingerir medicamentos. No Canadá, um estudo de pequeno alcance sobre o tratamento de DPP associada à ansiedade[11] constatou níveis semelhantes de progressos com a utilização de outro ISRS (paroxetina), isoladamente e associada à TCC. É preciso avaliar mais detalhadamente o papel da medicação antidepressiva no tratamento de DPP,[12] principalmente quando o transtorno tornou-se crônico. A possibilidade de transmissão do medicamento para o bebê por meio do aleitamento materno constitui uma fonte de preocupação.[13]

Uma questão crucial relacionada ao tratamento da DPP diz respeito à medida dos *progressos no relacionamento entre a mãe e o bebê e no desenlace do desenvolvimento do bebê* que resultam desse tratamento. Poucos estudos abordaram especificamente essa questão.[14,15] Um grande ensaio randomizado controlado (ERC), que compara TCC, orientação e terapia psicanalítica a cuidados regulares, constatou que, embora todos os tratamentos ativos tenham apresentado resultados moderadamente eficazes para a depressão, e tenham resultado em benefícios de curto prazo para a qualidade do relacionamento entre a mãe e o bebê, havia poucas evidências de benefícios para o desenvolvimento do bebê. E os efeitos – inclusive para o humor da mãe – não ficaram evidentes ao longo do seguimento.[16,17] Do mesmo modo, um ERC realizado recentemente constatou que, embora a psicoterapia interpessoal fosse eficaz no tratamento da depressão materna, não apresentou benefícios em termos da interação observada entre a mãe e o bebê, afetividade negativa do bebê e segurança do apego do bebê.[18]

Uma abordagem alternativa é o *aprimoramento das práticas parentais* de forma mais direta. Por exemplo, Cicchetti *et al.*[19,20] analisaram o impacto do provimento de psicoterapia prolongada (duração média de 57 semanas) para mães em depressão, psicoterapia essa que se centrava na promoção de representações positivas de apego materno e de interações mãe-bebê. Os autores identificaram benefícios em relação ao apego e ao desenvolvimento cognitivo da criança. Foram realizados ainda estudos sobre intervenções de menor duração no período pós-parto, centrados nas interações mãe-bebê, e foram relatados efeitos benéficos tanto com orientação dirigida à interação[21] quanto a massagens para o bebê.[22,23] Além disso, a facilitação do relacionamento, baseada em avaliação neonatal realizada pela mãe – medida pela *Neonatal Behavioral Assessment Scale – NBAS* (Escala de Avaliação de Comportamento Neonatal) – produziu melhorias na comunicação do bebê e na organização dos estados de vigília do bebê no prazo de um mês.[24] Em uma intervenção de mais longo prazo, realizada como parte de um ERC mais amplo em um assentamento periurbano na África do Sul, agentes comunitários realizaram visitas domiciliares visando melhorar a sensibilidade materna, o que resultou não só em progressos significativos em relação às práticas parentais, mas também, ao longo do período de seguimento, no aumento da taxa de apego seguro nos bebês.[25] Recentemente, foi constatado que uma intervenção domiciliar para mães em depressão, utilizando vídeos,[26] teve efeitos positivos sobre a qualidade do relacionamento entre a mãe e o bebê e do apego do bebê. Apesar dessas constatações animadoras, ainda é preciso demonstrar em que medida as melhorias na qualidade do relacionamento entre a mãe e a criança levam a melhores resultados para o desenvolvimento da criança no longo prazo.

Lacunas de pesquisa

Embora diversas formas de intervenção tenham sido comprovadamente benéficas para mães com DPP, nenhuma delas provou ter efeitos duradouros sobre o humor da mãe, e há poucas evidências de que qualquer intervenção favoreça o desenvolvimento da criança no longo prazo. Ainda está por ser demonstrado qual é a melhor forma específica de tratamento, embora evidências atuais mostrem que o foco em práticas parentais talvez seja a estratégia mais promissora. Além disso, embora existam formas distintas de distúrbios relacionados às práticas parentais no contexto da DPP que, por sua vez, estão associadas a formas específicas de resultados adversos para a criança, ainda é preciso analisar empiricamente se características particulares do relacionamento entre a mãe e a criança podem ser abordadas de maneira eficaz nas intervenções que visam melhorar resultados específicos da criança. E mais: embora o

desenvolvimento infantil seja especialmente comprometido no contexto de DPP crônica, até o momento nenhum estudo teve esse grupo de mães como alvo para determinar se uma intervenção pode melhorar o humor das mães e beneficiar o desenvolvimento da criança.

Conclusões

Embora nenhum tratamento tenha sido considerado superior a outro, e embora não haja evidências de benefícios para o humor da mãe no longo prazo, muitos deles mostraram-se eficazes para ajudar mães com DPP a recuperar-se do transtorno. Apesar da curta duração da maioria dos estudos e do curto período de acompanhamento, abordagens voltadas às práticas parentais resultaram em alguns progressos em relação à qualidade das interações mãe-bebê. Ainda que não sejam conhecidos os efeitos de mais longo prazo dessas intervenções nas práticas parentais, há novas evidências de que algumas deles podem, no mínimo, ajudar a prevenir resultados infantis insatisfatórios associados à DPP no curto prazo. Uma vez que resultados adversos apresentados pela criança e associados à DPP têm maior probabilidade de ocorrer no contexto de depressão crônica ou recorrente, é particularmente importante que esse grupo de mães seja identificado e encaminhado para intervenção.

Implicações para pais, serviços e políticas

Tendo em vista a alta prevalência de DPP e seu impacto negativo sobre o relacionamento entre a mãe e a criança e sobre o desenvolvimento infantil, é importante que sejam implantados serviços públicos voltados à identificação precoce e ao tratamento desse distúrbio. É fundamental que o tratamento dê atenção à qualidade do relacionamento entre a mãe e a criança e que sejam introduzidas medidas terapêuticas específicas para auxiliar a mãe a envolver-se ao máximo com seu bebê. Em contextos de alto risco, em que a depressão tem maior probabilidade de ser prolongada ou recorrente, é importante que seja realizado um acompanhamento de longo prazo, de forma a prover apoio responsivo e contínuo.

Referências

1. O'Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996;8(1):37–54.
2. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *British Journal of Psychiatry* 1999;175:554-558.
3. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N.Gender, poverty, and postnatal depression: a Study of mothers in Goa, India. *American Journal of Psychiatry* 2002;159(1):43-47.

4. Rahman A, Iqbal Z, Harrington R. Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychological Medicine* 2003;33(7):1161-1167.

5. Murray L, Halligan SL, Cooper PJ. Effects of postnatal depression on mother-infant interactions, and child development. In: Wachs T, Bremner G, eds. *Handbook of Infant Development*. Malden, MA : Wiley-Blackwell. In press.

6. Cooper PJ, Murray L, Hooper R, West A The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychological Medicine* 1996;26(3):627-634.

7. Dennis CL, Creedy D. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009;4:1-72

8. Cuijpers P, Brannmark JG, van Straten A. Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 2008;64(1):103-118.

9. Dennis CL, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;4:1-49.

10. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *British Medical Journal* 1997;314(7085):932-936

11. Misri S, Reebye P, Corral M, Milis L. The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65(9):1236-1241.

12. Hoffbrand S, Howard L, Crawley H. Antidepressant drug treatment for postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001;2:1-15.

13. Berle JO, SteenVM, AamoTO, Breilid H, Zahlsen K, Spigset O. Breastfeeding During Maternal Antidepressant Treatment With Serotonin Reuptake Inhibitors: Infant Exposure, Clinical Symptoms, and Cytochrome P450 Genotypes. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65(9):1288-1234.

14. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WCS, Helms PJ, Williams JHG. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: Systematic review. *British Journal of Psychiatry* 191(4):378-386.

15. Nylen KJ, Moran TE, Franklin CL, O'Hara MW. Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal 2006;*27(4):327-343.

16. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry* 2003;182(5):412-419.

17. 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. *British Journal of Psychiatry* 2003;182(5):420-427.

18. Forman DR, O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Larsen KE, Coy KC. Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and Psychopathology* 2007;19(2):585-602.

19. Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment & Human Development* 1999;1(1):34-66.

20. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. The efficacy of toddler-parent psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2000;28(2):135-148.

21. Horowitz JA, Bell M, Trybulski J, Munro BH, Moser D, Hartz SA, McCordic L, Sokol ES. Promoting responsiveness between mothers with depressive symptoms and their infants. *Journal of Nursing Scholarship* 2001;33(4):323-329.

22. GloverV, Onozawa K, Hodgkinson A. Benefits of infant massage for mothers with postnatal depression. *Seminars in Neonatology* 2002;7(6):495-500.

23. Onozawa K, GloverV, Adams D, Modi N, Kumar RC. Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders* 2001;63(1-3):201-207.

24. Hart S, Field T, Nearing G. Depressed mothers' neonates improve following the MABI and a Brazelton demonstration. *Journal of Pediatric Psychology* 1998;23(6):351-356.

25. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Landman M, Molteno C, Stein A, McPherson K, Murray L Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2009;338(7701):b974.

26. van Doesum KTM, Riksen-Waraven JM., Hosman CMH, Hoefnagels C. A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Development* 2008;79(3):547-561.