

Prevenir a Depressão Pós-Parto Uma análise ao conhecimento existente

Márcio Tavares, Assistente do 2º triénio, Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada
Margarida Botelho, Enfermeira Graduada, Centro de Saúde de Ponta Delgada

A Depressão Pós-Parto (DPP) é uma patologia do humor que afecta tanto a saúde da mãe, como o desenvolvimento do seu filho e tem um impacto negativo ao nível sócio-familiar. As manifestações desta situação clínica aparecem habitualmente quatro semanas após o parto, alcançando valores mais elevados nos primeiros seis meses, afectando cerca de uma em cada sete mulheres. Neste sentido, importa saber que intervenções são mais eficazes para a sua prevenção.

Pergunta: Para a prevenção da Depressão Pós-Parto nas puerperas, que intervenções no período pré-natal são mais eficazes?

Método: Síntese de resultados obtidos a partir de estudos identificados por recurso a metodologia baseada nos princípios de revisão sistemática para selecção e localização de estudos quantitativos e qualitativos.

Fontes de dados: Estudos publicados e indexados a bases de dados de pesquisa electrónica; artigos publicados em revistas portuguesas de investigação em enfermagem.

Resultados e síntese dos dados: Tendo em atenção os critérios de inclusão e exclusão definidos, foram identificados 8 estudos, cujos resultados foram agrupados em torno de quatro eixos: a) intervenções psicoterapêuticas, b) intervenções psicossociais, c) intervenções para a reestruturação dos serviços e d) outras intervenções. Os resultados demonstraram não haver consenso no que respeita às intervenções mais eficazes para a prevenção desta desordem do humor.

Conclusão: Embora tenham sido encontradas intervenções específicas para a prevenção da Depressão Pós-Parto que demonstrem resultados positivos, há que ter alguma reserva na sua recomendação. Os riscos resultantes da Depressão Pós-Parto são amplamente conhecidos, mas impõe-se a realização de maior pesquisa relativa às intervenções que poderão reduzir esta patologia com sucesso.

Palavras Chave: Depressão Pós-Parto, prevenção, revisão sistemática de literatura.

The Post-Natal Depression (PND) is a mood disorder that affects both the health of mother as the development of her son and has a social-family negative impact. The events of this clinical situation appear normally four weeks after childbearing, reaching higher values in the first six months, affecting almost one in every seven women. In this sense, we must know which interventions are more effective for preventing it.

Research question: For the prevention of Post-partum Depression, which interventions are more effective on the pre-natal period?

Methods: Synthesis of the results obtained from studies identified by using a methodology based upon the principles of systematic review of literature to select and identify quantitative and qualitative studies.

Data sources: published studies indexed to electronic research databases; published articles on Portuguese nursing research journals.

Results and synthesis of the data: Regarding the defined inclusion and exclusion criteria, 8 studies were identified, whose results were grouped around four axes: a) psychotherapeutic interventions, b) psychosocial interventions, c) interventions for the restructure of the services and d) other interventions. The results showed that there is no consensus regarding the most effective interventions for the prevention of this mood disorder.

Conclusion: Although there has been found specific interventions for the prevention of Postpartum Depression showing positive results, its recommendation should be cautious. The risks resulting from Postpartum Depression are widely known, but it needs to carry out further research on which interventions may reduce this disease successfully.

The risks arising from post-natal depression are widely known, but the implementation of future research on interventions that may reduce this pathology is necessary.

Keywords: Post-partum depression; prevention; systematic literature review.

Introdução

O nascimento de um filho representa um momento de crise, propício ao aparecimento de problemas emocionais nos pais, como são exemplo disso o *blues* pós-parto, as depressões pós-parto e as psicoses puerperais (Robertson et al, 2004). A Depressão Pós-Parto (DPP) é uma patologia que pode afectar a qualidade de vida das mães e que pode ameaçar o desenvolvimento emocional, social, comportamental e psicológico do recém-nascido e de toda a unidade sócio-familiar (Lintner e Gray, 2006).

A DPP ou depressão associada ao nascimento de um bebé pode ter origem em factores biológicos, obstétricos, psicológicos ou sociais, manifestando-se através de um conjunto de sintomas que incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, deterioração da relação conjugal, transtornos alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, queixas psicossomáticas, ideias suicidas, bem como dificuldades no estabelecimento de laços parentais (Lintner e Gray, 2006; Cho, Kwon e Lee, 2008; Dennis e Creedy, 2008).

Esta patologia atinge cerca de 10 a 15% das mulheres (Robertson et al, 2004; Lintner e Gray, 2006; Ingram e Taylor, 2007), o que significa que uma em cada sete mulheres tem probabilidade de vir a sofrer de DPP. Porém, e embora a sua frequência seja elevada, a DPP é uma doença frequentemente subvalorizada pela maioria dos profissionais de saúde (Zinga, Phillips e Born, 2005), contrariamente ao que acontece com outras patologias associadas à gravidez, tais como a diabetes e a hipertensão arterial, que são alvo de despiste ao longo de toda a gestação.

Embora a evidência científica produzida sobre a DPP seja considerável, nomeadamente sobre factores de risco (Robertson et al, 2004), despiste da DPP (Honey, Bennett e Morgan, 2003; Ingram e Taylor, 2007), validação de escalas de previsão de DPP (Teissedre e Chabrol, 2003) e prevenção farmacológica de DPP (Dennis, 2004a), os estudos que se têm debruçado sobre as intervenções mais eficazes para a sua prevenção, em especial no período pré-natal, parece ser escassa. Nesta sequência, a presente revisão da literatura surge com o objectivo de sistematizar os resultados produzidos por estudos empíricos sobre as intervenções mais eficazes para a prevenção da DPP no período pré-natal.

Método

No sentido de sistematizar o estado do conhecimento sobre a prevenção da DPP, nomeadamente no que se refere às intervenções que se revelam mais eficazes no período pré-natal, realizou-se baseado nos princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura com base nas orientações do Cochrane Handbook¹ e de Craig e Smith (2004).

Assim, e levando em linha de conta as orientações de Hedle (2007), formulou-se uma questão de investigação, que se constituiria o centro do desenvolvimento de toda a revisão, nomeadamente desde a organização da estratégia de pesquisa até à discussão dos resultados:

Para a prevenção da DPP nas puérperas, que intervenções no período pré-natal são mais eficazes?

Tendo em mente a pergunta de partida, traçaram-se critérios de inclusão na investigação, que possibilitassem a localização e a selecção de estudos empíricos e estudos secundários relevantes:

- *População* – Mulheres no puerpério²;
- *Indicador* – Estratégias promotoras da prevenção da DPP no período pré-natal;
- *Outcomes* – Ocorrência da DPP.
- *Desenho* – Estudos de investigação dentro do paradigma quantitativo, que contribuam para o conhecimento de intervenções eficazes para a prevenção da DPP.

Ainda no decorrer deste trabalho, definiram-se como critérios de exclusão:

- Estudos não indexados a bases electrónicas de pesquisa ou estudos não publicados em revistas portuguesas de investigação;

¹ CD Naylor <http://bmj.com/cgi/content/full/315/7109/617>

² A população de interesse para este estudo são mulheres no puerpério, uma vez que é nesta fase que as DPP aparecem. Todavia no quadro nº1 aparecem, como participantes nos estudos, grávidas em risco de desenvolverem DPP. Tal facto tem a ver com o carácter experimental da metodologia utilizada, sendo que foram testadas diferentes abordagens para, no o puerpério, perceber quais as que foram mais eficazes.

- Estudos referentes à utilização de terapias farmacológicas para a prevenção da DPP;
- Estudos em outras línguas que não o português, o inglês, o francês ou castelhano.

Estratégia de pesquisa

A pesquisa para a selecção de estudos relevantes para este trabalho, foi efectuada em bases de dados electrónicas¹ e em revistas portuguesas de investigação em enfermagem² (Dezembro de 2008). Para tal, isolaram-se dois conceitos: 1 – Depressão Pós-Parto e 2 – Prevenção. Após foram identificados um conjunto de sinónimos e de termos relacionados (tabela nº 1), de modo a obter-se uma expressão de pesquisa³.

Tabela 1: conceitos da expressão de pesquisa

Conceito 1 Depressão Pós-Parto <i>Pesquisa por Título</i>	Conceito 2 Prevenção <i>Pesquisa por resumo</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Postpartum depression • Maternal anxiety • Postpartum mood • Baby-blues • Depression after child-birth • Puerperal depression • Postnatal depression 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevention • Preventing • Anticipation • Risks

A revisão efectuada foi deliberadamente pensada para as intervenções utilizadas para a prevenção da DPP no período pré-natal.

O processo de revisão e análise dos dados foi efectuada, em conjunto, por dois revisores, os autores.

Resultados

Recorrendo a esta estratégia de pesquisa, identificaram-se 238 referências a estudos nas diferentes bases de dados. Com base nos critérios de inclusão/exclusão estabelecidos para este estudo, passou-se a seleccionar os estudos identificados, num processo que incluiu três fases. A primeira consistiu na avaliação pelo título do estudo, a segunda pela avaliação do resumo e, finalmente, a terceira pela avaliação dos textos completos (Figura 1).

Procurou-se sistematizar, em tabelas, a informação recolhida dos estudos de investigação seleccionados e publicados entre os anos de 2001 e 2008. Assim, no quadro nº 1 encontram-se de forma resumida os estudos primários seleccionados, os dados relativos aos seus autores, participantes, as estratégias que poderão promover a prevenção da DPP no período pré-natal, orientações metodológicas e os resultados principais apontados nos estudos.

No quadro nº 2 encontra-se informação resumida relativa aos estudos secundários seleccionados, os dados relativos aos seus autores, características dos estudos, objectivos e os resultados principais da investigação.

Para analisar os quadros de resumo da evidência recolhida, recorreu-se à análise de conteúdo, uma vez que nos permite realizar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas, de acordo com a sua similaridade (Vala, 2005).

Assim, analisando os quadros de resumo de evidência recolhida sobre as intervenções para a prevenção da DPP no período pré-natal, agregaram-se os resultados major em torno de quatro categorias,

1 Medline, Cinahl, Cochrane Central Register of controlled trials, Cochrane data base of systematic reviews, Nursing & Allied health collection comprehensive, British Nursing Index, Fuente Académica, Wiley Interscience, Taylor and Francis, Elsevier, Lilacs, Scielo.

2 Referência, Pensar, Revista Portuguesa de Enfermagem, Sinais Vitais (Investigação).

3 TI (Postpartum depression or Maternal anxiety or Postpartum mood or Baby-blues or Depression after child-birth or Puerperal depression or Postnatal depression) And ABT (Prevention or Preventing or Anticipation or Risks)

nomeadamente:

- Intervenções psicoterapêuticas
- Intervenções psicossociais
- Intervenções para a reestruturação dos serviços e
- Outras intervenções (Quadro 3).

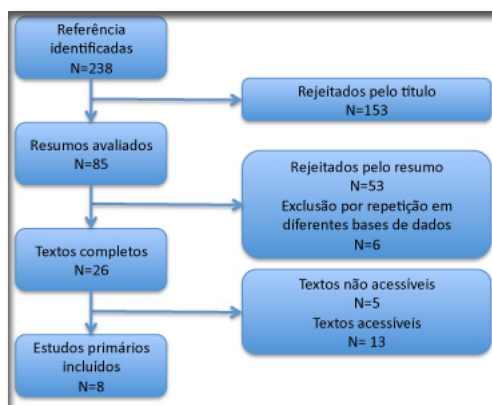


Figura nº 1 - Processo de selecção dos estudos de investigação

Tentaremos, a partir dos resultados dos oito estudos analisados, explorar estas categorias de forma a obter as respostas pretendidas.

Intervenções psicoterapêuticas

Relativamente a este eixo, os estudos analisados apresentam como intervenções: terapia interpessoal orientada em grupo^{#1,5,6}, terapia cognitivo-comportamental em grupo^{#2,4,6,7}, terapia cognitivo-comportamental individual^{#3,7}, sessões de análise do stress pós-natal^{#5} e análise psicológica^{#6}.

No que se refere à **terapia interpessoal orientada em grupo**, não existe consenso quanto à sua eficácia, pois enquanto os estudos realizados por Zlotnick *et al* (2001) e por Boath, Bradley e Henshaw (2005) revelam sucesso na prevenção da DPP no pós-parto e num curto período de tempo, já o estudo de Dennis (2004b) aponta que não há evidência científica que sustente a recomendação específica e inequívoca da sua utilização, como forma de prevenir esta patologia.

Quanto à **Terapia cognitivo-comportamental em grupo**, todos os estudos que identificaram esta intervenção como sendo uma estratégia a utilizar para a prevenção da DPP, recomendam-na. Porém, Austin *et al* (2008) demonstraram, no seu estudo, que a informação escrita, proporcionada ao grupo de controlo, poderá ser igualmente eficaz na redução da sintomatologia depressiva. Acrescente-se que o estudo de Muñoz *et al* (2007) sugere que existe diferença entre o grupo de estudo e o grupo de controlo, embora esta não seja estatisticamente significativa. Para esta intervenção, Dennis (2004b), à semelhança do que acontece na intervenção anterior, demonstra não haver evidência científica que suporte a sua recomendação indubitável para a prática clínica.

Relativamente à **Terapia cognitivo-comportamental individual** quer o estudo de Cho, Kwon e Lee (2008) quer o de Ogrodniczuk e Piper (2003), demonstraram que a sua utilização é adequada na prevenção da DPP, adiantando, ainda, o primeiro haver diferenças significativas no pós-parto, entre os dois grupos sujeitos ao estudo. No entanto, deverá haver alguma cautela na sua recomendação, uma vez que o primeiro estudo foi baseado numa amostra de reduzida dimensão e o segundo não foi conclusivo nos resultados obtidos.

As **Sessões de análise do stress pós-natal** (Boath, Bradley e Henshaw, 2005) e a **análise psicológica** (Dennis, 2004b), foram outras intervenções descritas que não demonstraram tanto sucesso, sendo que a última não apresenta evidência suficiente para que seja recomendada de forma inequívoca e específica.

Quadro nº 1: Resumo da evidência recolhida em estudos primários de investigação

#	Autor/Ano/País	Participantes	Desenho/Intervenção	Objectivos	Resultados Major
1	Zlotnick et al (2001, EUA)	Grávidas entre 20-32s, com pelo menos um factor de risco para o desenvolvimento da DPP (N=35)	Estudo Piloto GE (17) Grupo com quatro sessões de psicoterapia interpessoal GC (18) – Seguimento da gravidez como habitual Follow-up entre as 20 e 32 semanas de gravidez e 3 meses pós-parto	Investigar se a intervenção preventiva baseada nos princípios da psicoterapia interpessoal reduzem o risco da DPP	A terapia interpessoal orientada de grupo revelou sucesso na prevenção da DPP no pós-parto num período de três meses, sendo que nenhuma mulher no GE desenvolveu DPP, ao contrário do GC, em que 33% (n=17,8) desenvolveu DPP
2	Austin et al (2008, Austrália)	Grávidas com risco ligeiro a moderado para o desenvolvimento de ansiedade ou depressão no período perinatal (N=132)	RCT GE (89) – Grupo com sessões de terapia cognitivo-comportamental GC (43) – Grupo de controlo ao qual foi fornecida informação escrita sobre DPP Follow-up pré e pós intervenção e 2 e 4 meses pós-parto	Avaliar a eficácia de sessões em grupo de terapia cognitivo-comportamental	O estudo demonstrou que a terapia cognitivo comportamental em grupo e a informação escrita, são estratégias igualmente eficazes na redução da sintomatologia da DPP, não sendo uma estratégia superior à outra. Cerca de 50% das mulheres com sintomatologia depressiva no período pré-natal, submetidas a sessões em grupo de terapia cognitivo-comportamental, revelaram redução de sintomatologia.
3	Cho, Kwon e Lee (2008, Coreia do Sul)	Grávidas em risco para o desenvolvimento de DPP (N=27)	Estudo Piloto GE (15) – Grupo sujeito a nove sessões de terapia cognitivo-comportamental bi-semanais individuais e com a duração de uma hora. GC (12) – Grupo de controlo Follow-up pré-natal e 1 mês pós-parto	Examinar a eficácia de sessões em grupo de terapia cognitivo-comportamental para a prevenção de DPP, em Grávidas de risco	A intervenção proposta demonstrou ser eficaz na prevenção da DPP, havendo diferenças significativas no pós-parto entre os dois grupos
4	Muñoz et al (2007, EUA)	Grávidas de origem latina, de baixo rendimento, com alto risco para o desenvolvimento de DPP, a receberem cuidados num hospital público (N=41)	Estudo Piloto GE (21) – Grupo sujeito a sessões orientadas por um manual, que abordava, entre outros aspectos, estratégias de regulação cognitivo-comportamental e estratégias promotoras da parentalidade GC (20) – Grupo de controlo Follow-up pré-natal e 1, 3, 6 e 12 meses após o parto	Entre outros objectivos, desenvolver um curso para a prevenção da DPP e avaliar a sua aceitabilidade	A incidência de DPP em mulheres que frequentaram o curso para mães e bebés é inferior à incidência nas mulheres que estavam em grupos de controlo, embora a diferença não seja estatisticamente significativa

Quadro nº 2: Resumo da evidência recolhida em estudos secundários de investigação

#	Autor/Ano	Características dos estudos incluídos	Objectivo	Resultados major da revisão
5	Boath, Bradley e Henshaw (2005)	21 Estudos incluídos (RCT) Estudos publicados em qualquer idioma, entre os anos de 1966-2003	Avaliar o sucesso de intervenções para a prevenção da DPP (alguns dos estudos incluídos incidiram a sua atenção sobre a prevenção da DPP no período pós-natal)	Intervenções que demonstraram sucesso num curto espaço de tempo: apoio psicológico e social (7), prevenção antidepressiva (1) e dieta rica em cálcio (1). Outras intervenções descritas que demonstraram sucesso relativo: terapia interpessoal, sessões de análise do stress pós-natal, informação discussão, reorganização de serviços prestados por enfermeiros obstetras e outros serviços, cuidados domiciliários. Nenhum dos estudos desenhados demonstrou sucesso a longo prazo para a prevenção da DPP.
6	Dennis (2004b)	29 Estudos incluídos (RCT) Estudos publicados em inglês, entre 01/01/1966 e 31/12/2003	Determinar o estado do conhecimento científico no que respeita à prevenção da DPP, sem o recurso a fármacos.	As intervenções identificadas foram: intervenções psicológicas (psicoterapia interpessoal, terapia cognitiva e comportamental, análise psicológica), intervenções psicossociais (aulas de preparação para o parto, apoio intra-parto, relações de apoio), intervenções para a melhoria de qualidade (continuidade de cuidados, notificação e identificação pré-natais, follow-up precoce no pós-parto, cuidados pós-parto flexíveis) outras intervenções (estratégias educacionais e relaxamento com imagem guiada). Não há evidência suficiente que apoie a recomendação específica e inequívoca de alguma das intervenções para a prática clínica.
7	Ogrodniczuk e Piper (2003)	19 Estudos incluídos (RCT) Estudos publicados em inglês, entre os anos 1990-2003	Averiguar o conhecimento científico existente sobre a prevenção primária da DPP	Embora os estudos não tenham sido conclusivos, foram identificadas estratégias positivas para a prevenção da DPP, nomeadamente: acompanhamento da gravidez e pós-parto sempre pela mesma parteira, adaptar as consultas tendo em conta a individualidade das grávidas, psicoterapia em grupo ou individual durante a gravidez a mulheres desfavorecidas socialmente com um ou mais factores de risco para o desenvolvimento da DPP, visitação domiciliária, por enfermeiros, a famílias vulneráveis.
8	Morrell (2006)	26 Estudos incluídos (RCT) Estudos publicados em inglês, entre 1966 a Julho de 2005	Identificar a eficácia das intervenções utilizadas pelos enfermeiros obstetras no período pré-natal, na prevenção da DPP	Não há evidência suficiente de que as intervenções de apoio pré-natal diminuam a DPP, nomeadamente: programas de preparação para a parentalidade, sessões de educação pré-natal individuais ou em grupo, intervenção educativa, utilização de meios auxiliares de educação (panfletos, vídeos e gravações áudio), visitas pré-natais. Parece trazer benefício para a prevenção da DPP a massagem pelo parceiro.

Quadro 3 – Intervenções agrupadas por Categorias

Categorias	Estudos	Intervenções	Estudos
Intervenções psicoterapêuticas	1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Terapia interpessoal orientada em grupo	1, 5 e 6
		Terapia cognitivo-comportamental em grupo	2, 4, 6 e 7
		Terapia cognitivo-comportamental individual	3 e 7
		Sessões de análise do stresse pós-natal	5
		Análise psicológica	6
Intervenções psicossociais	5, 6 e 8	Preparação pré-natal (sessões de educação individuais ou em grupo, preparação para a parentalidade, preparação para o parto)	6 e 8
		Informação e discussão sobre a DPP	6
		Apoio intra-parto	6
		Relações de apoio	5
Intervenções para a reestruturação dos serviços	5, 6, 7 e 8	Reorganização de serviços prestados por Enfermeiras Obstetras e outros serviços	5
		Continuidade de cuidados	6 e 7
		Notificação e identificação pré-natal de grávidas de risco	6
		Visitas domiciliárias (cuidados domiciliários, visitas pré-natais)	5, 7 e 8
Outras intervenções	5, 6 e 8	Dieta rica em cálcio	5
		Prevenção antidepressiva	5
		Relaxamento por imagem guiada	6
		Massagem pré-natal	8

Intervenções Psicossociais

Os estudos que referiram medidas que foram agrupadas no eixo Intervenções Psicossociais, nomeadamente **preparação pré-natal** (sessões de educação individuais ou em grupo, preparação para a parentalidade, preparação para o parto)^{#6,8}, **informação e discussão sobre a DPP**^{#5}, **apoio intra-parto**^{#6} e **relações de apoio**^{#6}, não demonstraram evidência suficiente de que essas intervenções diminuem a DPP.

Intervenções para a reestruturação dos serviços

Foram identificadas várias intervenções que podem interferir na melhoria da qualidade, designadamente **reorganização de serviços prestados por enfermeiros obstetras e outros serviços**^{#5}, **continuidade de cuidados**^{#6,7}, **notificação e identificação pré-natal de grávidas de risco**^{#6} e **visitas domiciliárias**^{#5,7,8}.

Quanto à primeira intervenção, a evidência científica não demonstra muito sucesso aquando da sua prática. A continuidade de cuidados, nomeadamente o acompanhamento da gravidez e pós-parto sempre pelo mesmo enfermeiro obstetra e a adaptação das consultas tendo em conta a individualidade das grávidas, demonstrou ser uma estratégia positiva no que concerne à prevenção da DPP, como sugere o estudo de Ogrodniczuk e Piper (2003). Todavia, o estudo de Dennis (2004b) refere que o seu sucesso não está suficientemente comprovado, para que a sua aplicabilidade seja recomendada, o mesmo acontece para a intervenção notificação e identificação pré-natal de grávidas de risco.

Quanto às visitas domiciliárias, não existe consenso quanto à sua eficácia. O estudo realizado por Ogrodniczuk e Piper (2003) aponta para o facto de esta ser uma estratégia positiva; o estudo realizado por Boath, Bradley e Henshaw (2005) refere que as visitas domiciliárias são uma abordagem que, comparativamente com outras, não demonstrou tanto sucesso, referindo, ainda, o estudo de Morrell (2006) que esta não é uma medida que tenha evidenciado grande positividade no que concerne à diminuição da DPP.

Outras Intervenções

Neste eixo, procurou-se agrupar todas as outras intervenções que foram identificadas nos estudos e que não tinham afinidade com nenhum dos outros eixos, a saber **dieta rica em cálcio**⁵, **prevenção antidepressiva**⁵, **relaxamento por imagem guiada**⁶ e **massagem pré-natal**⁸.

Relativamente às duas primeiras medidas, Boath, Bradley e Henshaw (2005) indicam que a sua utilização demonstrou sucesso num curto espaço de tempo.

De acordo com Dennis (2004b) não há evidência que apoie ou recomende a utilização do relaxamento por imagem guiada. Por outro lado, a massagem no período pré-natal (Morrell, 2006) parece trazer benefício para a prevenção da DPP, quando efectuada pelo parceiro.

Discussão

A DPP pode surgir a qualquer momento entre as primeiras 24 horas e vários meses após o parto, pelo que pode ser considerada um problema de saúde pública, na medida que não é só debilitante para a mulher, mas também tem um grande impacto sobre o bebé, outros filhos, companheiros e todas as pessoas com quem a mulher se relaciona (Boath, Bradley e Henshaw, 2004). Assim, o principal desafio que se coloca aos profissionais de saúde, em geral e aos enfermeiros, em particular, é o de estar atento, detectar precocemente a DPP e intervir no sentido de prevenir o seu desenvolvimento, sendo a gravidez a altura ideal para que isso se faça, uma vez que as grávidas estão em contacto directo com os profissionais.

No desenvolvimento da DPP interferem um conjunto de factores, nomeadamente sociais, psicológicos e psicossociais, daí que, as mães possam experimentar um conjunto de emoções após o parto, que podem conduzir à sensação de incapacidade de cuidar dos seus filhos, passando por sentimentos de culpa relativamente ao nascimento e pondo em causa o seu desempenho do papel de mãe (Ugarriza, Brown e Chang-Martinez, 2007).

A prevenção da DPP parece ter vindo a ganhar um interesse crescente nos últimos anos, como se pode comprovar pela data de publicação dos estudos analisados.

Das intervenções encontradas, as intervenções psicoterapêuticas são as que parecem ser eficazes na prevenção da DPP, não obstante, há controvérsia instalada em torno da sua eficácia, isto porque enquanto alguns estudos demonstraram que as intervenções de enfoque psicoterapêutico específicas apontaram para alguns resultados promissores nos esforços para prevenir a ocorrência de DPP (Zlotnick *et al*, 2001; Ogrodniczuk e Piper, 2003; Boath, Bradley e Henshaw, 2005; Zinga, Phillips, Born, 2005; Cho, Kwon e Lee, 2008), outros, porém revelaram achados maioritariamente negativos (Dennis, 2004b; Dennis e Creedy, 2008).

Parece-nos que esta disparidade de resultados, só vem comprovar a necessidade premente de se realizar maior número de investigações que possam demonstrar a eficácia deste tipo de intervenções. No entanto, a necessidade de encarar a prevenção da DPP numa perspectiva que envolva os diversos epistemas do ser humano, leva a que se acredite que a abordagem deverá ser tendo em conta as dimensões bio-psico-sócio-culturais das grávidas.

De acordo com os estudos analisados a eficácia das abordagens psicossociais não foi demonstrada, pelo contrário. A avaliação destas intervenções têm sistematicamente demonstrado que a prevenção pós-parto não é eficaz pelo que não deverá ser recomendada (Dennis, 2004b; Boath, Bradley e Henshaw, 2005; Zinga, Philips e Born, 2005; Morrell, 2006). Porém, ao reflectir sobre este aspecto, e embora estas intervenções possam não estar directamente relacionadas com a diminuição da incidência da DPP, poderão contribuir para que a mulher possa apresentar níveis mais reduzidos de ansiedade, uma vez que proporcionando conhecimento sobre a vivência da gravidez e do pós-parto poderá aumentar a auto-confiança e o sentido de controlo, preparando a mulher/conviventes significativos para as alterações com que se irão deparar (Lowdermilk, 1999).

As intervenções para a melhoria da qualidade, não reúnem consenso no que se refere à sua eficácia, em especial a continuidade de cuidados. Todavia, Navalhas (1999) refere que da continuidade emergem duas noções: a da longitudinalidade da prestação de cuidados e a da personalização da relação terapêutica. A primeira refere-se ao acompanhamento dos problemas do cliente ao longo do tempo e a segunda concepção refere-se à personalização da relação entre o profissional e o cliente, como forma de melhorar a satisfação do cliente, bem como dos profissionais envolvidos. Neste sentido, não será que

esta intervenção pode contribuir para a prevenção da DPP? Na verdade, o acompanhamento da gravidez e pós-parto sempre pelo mesmo enfermeiro obstetra pode, por um lado, favorecer o desenvolvimento de uma relação empática, permitindo uma melhor adaptação das consultas tendo em conta a individualidade das grávidas (Ogrodniczuk e Piper, 2003) e, por outro, pode favorecer o reconhecimento de alterações, conduzindo a intervenções atempadas.

Com a identificação dos factores de risco para o desenvolvimento da DPP, assistiu-se a uma maior quantidade de pesquisas sobre estratégias preventivas (Zinga, Phillips e Born, 2005), porém a análise dos estudos identificados revela que a notificação e identificação pré-natal de grávidas de risco, parecem não ser eficazes (Dennis, 2004b). No entanto, reconhecendo que só através do conhecimento dos factores de risco associados à DPP, será possível desenvolver medidas preventivas, então esta estratégia poderá ser uma mais-valia, como foi comprovado pelos estudos realizados por Teissedre e Chabrol (2003), Robertson *et al* (2004), Zinga, Philips e Born (2005).

Muitas mulheres sofrem a sintomatologia depressiva em silêncio, isto porque a DPP não é facilmente reconhecida e tratada de forma adequada, pelo que pode arrastar-se por mais do que um ano (Ugarriza, Brown e Chang-Martinez, 2007). Face a esta ambiguidade têm sido apontados diferentes métodos para rastrear mulheres em risco para desenvolverem esta patologia (Boath, Bradley e Henshaw, 2004). Exemplos destes métodos são a Escala de Edimburgo e a utilização de duas perguntas recomendadas pela U.S. Preventive Services Task Force (Lintner e Gray, 2006), cuja utilização tem sido recomendada quer no período pré-natal quer no pós-natal.

A utilidade de recorrer a estes instrumentos prende-se indubitavelmente com a importância de implementar medidas capazes de prevenir a DPP, cuja pertinência é justificada pelas consequências que poderão ser evitadas pela sua implementação (Dennis, 2004b).

No entanto, ensaios clínicos sobre a prevenção da DPP têm demonstrado que os instrumentos de triagem identificam as mulheres com alto risco de DPP, embora a eficácia desses instrumentos seja questionável na medida em que também deixam de identificar algumas mulheres em risco (Zinga, Phillips, Born, 2005). Porém, dever-se-á aproveitar as mais-valias que estes instrumentos proporcionam, sem, no entanto, depender exclusivamente destes.

No que concerne à visita domiciliária, embora não haja consenso relativamente à sua eficácia, pode trazer benefícios, pois permite prestar cuidados de enfermagem directamente ao indivíduo e família como um todo, no seu próprio ambiente tendo em vista o grau mais elevado possível de saúde. A visita domiciliária apresenta variadas vantagens entre elas destacam-se: identificar os recursos e problemas da família e identificar as necessidades do cliente no seu meio. A visita domiciliária constitui assim o instrumento mais indicado para conseguir avaliar as necessidades do indivíduo e família no domicílio (Baltar *et al*, 2000; Navalhas, 2003), podendo revelar-se como um momento privilegiado para a detecção ou despiste de grávidas em risco de desenvolverem patologias de humor, dando a possibilidade de se intervir de forma precoce.

No caso das outras intervenções, as opiniões não são unânimes quanto à sua eficácia. Todavia, a sua utilização não implica malefícios, pelo que poderão ser recomendadas como sugerem Boath, Bradley e Henshaw (2005), Dennis (2004b) e Morrell (2006).

Uma vez que os cuidados de enfermagem visam a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue, os enfermeiros devem, como refere a Ordem dos Enfermeiros Portugueses, procurar ao longo de todo o ciclo vital, entre outros aspectos, prevenir a doença e promover os processos de readaptação.

Reconhecendo que o exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, tal como o dos outros enfermeiros, insere-se num contexto de actuação multiprofissional há que entender que, sempre que se depare com uma situação de distúrbio humoral, deverá encaminhar esta situação para um profissional mais habilitado, como sejam os Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica. Aos Enfermeiros Obstetras cabe o papel de prevenir a instalação destas situações, recorrendo a intervenções eficazes, bem como diagnosticar precocemente estes distúrbios, de forma a prevenir complicações que poderão originar.

Conclusão

A prevenção precoce, por meio de acções e intervenções integradas que tenham em conta as variáveis associadas à depressão, pode impedir as mães de desenvolverem DPP e pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que dela decorrem. Uma vez que o desenvolvimento de medidas efectivas para a prevenção desta patologia, é a melhor política de saúde pública para a redução da sua incidência, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia é o profissional que se encontra em melhores condições para prevenir o aparecimento desta patologia, pois é ele quem possui o conhecimento necessário para a criação de programas preventivos na rede pública voltados não só para a saúde da grávida, mas para a saúde sexual e reprodutiva no geral. Por outro lado, também é este profissional que se constitui como uma peça chave para o despiste e para a prevenção da DPP que se irá traduzir no exercício materno saudável.

Salvagarde-se, porém, que para que isso seja possível há que saber reconhecer os factores de risco para o desenvolvimento da DPP, de forma a que o planeamento e a implementação de acções preventivas possam ser uma realidade, sinónimo de uma melhor assistência ao nível dos cuidados de saúde primários.

Assim sendo, a detecção das grávidas em risco no período pré-natal com os instrumentos existentes, como seja a Escala de Edimburgo, poderá ser uma medida recomendada a integrar as consultas de vigilância pré-natal.

O recurso a intervenções psicoterapêuticas, a intervenções psicossociais, a intervenções para a reestruturação dos serviços, bem como o recurso a uma dieta rica em cálcio, relaxamento por imagem guiada e massagem pré-natal, poderão ser algumas das intervenções a considerar a implementar na prática para a prevenção da DPP, uma vez que a sua utilização parece não conduzir a nenhum malefício, como podemos verificar pelos estudos analisados. Ainda assim, convém salvaguardar que, de acordo com a evidência recolhida, não existe evidência que possa permitir recomendar uma intervenção em detrimento de outra.

Não obstante a investigação sobre a prevenção da DPP esteja ainda num estado considerado inicial, e os seus resultados ainda não conduzirem a recomendações consistentes para a prática, descobertas e progressos têm sido feitos. Todavia, testar a fiabilidade dos diferentes instrumentos de despiste de DPP, bem como quais as estratégias a utilizar, parecem ser alguns territórios que deverão ser mais explorados e que se revelam como pontos de interesse para investigações.

Como limitações desta revisão, há a apontar o facto de, embora se tenham encetado diversos esforços, não ter sido possível aceder a cinco estudos identificados. Outra limitação poderá advir do processo de revisão não ter sido efectuado de forma independente. Ainda assim, espera-se ter contribuído para estimular outros investigadores a investirem nesta área de interesse, uma vez que a saúde mental é um componente fundamental da saúde humana, portanto promovê-la é um dever dos profissionais envolvidos no cuidado humano.

Referências Bibliográficas

- AUSTIN, M.P. *et al* - Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. London. 105 (2008) 35–44
- BALTAR, C. *et al* - Cuidados Continuados: um trabalho de parceria. *Servir*. Lisboa. 48:6 (2000) 270-275.
- BOATH, E., BRADLEY, E., & HENSHAW, C. - The prevention of postnatal depression: A narrative systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. Groningen. 26: 3 (2005) 185–192.
- CHO, H.J., KWON, J.H., & LEE, J.J. - Antenatal Cognitive-behavioral Therapy for Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Study. *Yonsei Medical Journal*. Seul. 49: 4 (2008) 553-562.
- CRAIG, J.V.; SMYTH, R.L. – Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros. Camarate: Lusociência, 2004
- DENNIS, C.L., & CREEDY D.K. - Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD001134.

DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub2.

DENNIS, C.L. - Preventing Postpartum Depression Part I: A Critical Review of Biological Interventions. *Canadian Journal of Psychiatry*. Ottawa. 49: 7 (2004a) 467-475.

DENNIS, C.L. - Preventing Postpartum Depression Part II: A Critical Review of Nonbiological Interventions. *Canadian Journal of Psychiatry*. Ottawa. 49: 8 (2004b) 526-538.

HEDLE, N.M. - The research question. *Transfusion*. 47 (2007) 15-17

HONEY, K.L., BENNETT, P., & MORGAN, M. – Predicting postnatal depression. *Journal of affective disorders*. London. 76 (2003) 201-210.

INGRAM, J., & TAYLOR, J. - Predictors of postnatal depression: using an antenatal needs assessment discussion tool. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Bristol. 25: 3 (2007) 210–222.

LINTNER, N.C., & GRAY, B.N. – Childbearing & Depression: what Nurses need to know. *Association of Woman*. Winnipeg. 10 (2006) 50-57.

LOWDERMILK, D.L. – Factores essenciais e mecanismo do trabalho de parto. In BOBAK, I.M.; LOWDERMILK, D.L.; JENSEN, M.D. – *Enfermagem na Maternidade*. 4ª ed. Loures: Lusociência, 1999.

MORREL, C.J. - Review of interventions to prevent or treat postnatal depression. *Clinical Effectiveness in Nursing*. Sheffield. 9: 2 (2006)135-161.

MUÑOZ, R.F. *et al* - Prevention of Postpartum Depression in Low-Income Women: Development of the Mamás y Bebés/Mothers and Babies Course. *Cognitive and Behavioural Practice*. Boston. 14 (2007) 70-83

NAVALHAS, J.C. (1999). Cuidados continuados: um modelo urgente. *Enfermagem um Contributo para a Saúde*, nº 4, p. 4-6.

NAVALHAS, J.C. (2003). Projecto de intervenção no âmbito da visitação domiciliária no contexto do cuidar em enfermagem. *Enfermagem*, 7, p. 6-14;

OGRODNICZUK, J.S., & PIPER, W.E. - Preventing Postnatal Depression: A Review of Research Findings. *Harvard Review Psychiatry*. Harvard. (2003) 291-307.

Ordem dos Enfermeiros – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. 2001 – Brochura

ROBERTSON, E. *et al* - Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*. Toronto. 26 (2004) 289-295.

TEISSEDRE, F., & CHABROL, H. - Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *Canadian Journal of Psychiatry*. Ottawa. 49:1 (2003) 51-54.

UGARRIZA, D.N., BROWN, S.E.D., & CHANG-MARTINEZ, C. - Anglo-american mothers and the prevention of postpartum depression. *Mental Health Nursing*. Reino-Unido. 28 (2007) 781-798.

VALA, J. - A análise de conteúdo. In, A. SILVA, & J. M. PINTO, (orgs.). *Metodologia das ciências sociais*. 13ª ed. Porto: Afrotamento, 2005. ZINGA, D.; PHILLIPS, S.D.; & BORN, L. - Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo. 27 (2005) 56-64.

ZLOTNICK, C. *et al* - Postpartum Depression in Women Receiving Public Assistance: Pilot Study of an Interpersonal-Therapy-Oriented Group Intervention. *American Journal of Psychiatry*. Arlington. 158 (2001) 638–640.

Contacto:

mfm.tavares@hotmail.com