



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

MARIA TERESA GAROUPA ALBERGARIA SILVA

***DEPRESSÃO PERINATAL: FACTORES DE RISCO E
ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
DOUTORANDO HERNÂNI CANIÇO
PROFESSOR DOUTOR JOSÉ MANUEL SILVA**

MARÇO DE 2013

DEPRESSÃO PERINATAL: FACTORES DE RISCO

E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

Maria Teresa Garoupa Albergaria Silva ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal.

Correspondência:

Maria Teresa Garoupa Albergaria Silva – nº 2007017546

Mestrado Integrado em Medicina – 6º ano

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Morada: Largo da Cruz de Celas - Edifício Cruzeiro lote 4 – 6ºF - 3000-132

Coimbra

E-mail: maria_silva_1989@hotmail.com

Índice

página

Guia de Abreviaturas.....	4
Resumo.....	5
Abstract.....	7
1- <u>INTRODUÇÃO</u>	9
2- <u>MATERIAIS E MÉTODOS</u>	12
3- <u>CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO PERINATAL</u>	13
3.1 – Etiologia da Depressão Perinatal.....	13
3.2 – Epidemiologia da Depressão Perinatal.....	14
3.3 – Sintomatologia da Depressão Perinatal.....	16
3.3.1 – Na Mulher.....	16
3.3.2 – Da Mulher relativa à Criança.....	18
3.3.3 – Na Família.....	19
3.4 – Consequências da Depressão Perinatal na Criança.....	20
4 – <u>FACTORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO PERINATAL</u>	23
4.1 – Factores de Risco inerentes à Mulher.....	23
4.1.1 – Factores de Risco Biológicos.....	25
4.1.2 – Factores de Risco inerentes à Gravidez/Parto.....	27
4.2 – Factores de Risco inerentes à Criança.....	29
4.3 – Factores de Risco inerentes ao Parceiro.....	29
4.4 – Factores de Risco inerentes à Família/Sociedade.....	30

5 - <u>ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS DA DEPRESSÃO PERINATAL</u>	32
5.1 – Estratégias Farmacológicas.....	35
5.1.1- Antidepressivos.....	35
5.1.2 – Estabilizador do Humor.....	37
5.1.3 – Terapêutica Hormonal.....	37
5.2 – Educação para a Saúde.....	39
5.2.1 – Actividade Física.....	40
5.2.2 – Nutrientes.....	41
5.2.3 – Aleitamento Materno.....	43
5.2.4 – Estratégias Promotoras do Sono.....	44
5.2.5 – Planeamento Familiar/Saúde Reprodutiva.....	46
5.2.6 – <i>Media</i>	46
5.3 – Acompanhamento.....	47
6 - <u>INSTRUMENTOS DE RASTREIO DE DEPRESSÃO PERINATAL</u>	51
7 - <u>DISCUSSÃO / CONCLUSÃO</u>	57
<u>AGRADECIMENTOS</u>	62
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	63

Índice de Quadros

página

Quadro 1 - *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS).....54

Quadro 2 - Descrição e itens pertencentes a cada dimensão da *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS).....56

Guia de Abreviaturas

APA - *American Psychiatric Association*

CRH - Hormona libertadora da corticotrofina (*Corticotrophin-releasing hormone*)

DHA - Ácido docosahexanóico (*Docosahexaenoic acid*)

DMPA - Acetato medroxiprogesterona de depósito (*Depot medroxyprogesterone acetate*)

DPN- Depressão Perinatal

DPP – Depressão Pós-parto

DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 4ª edição (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4th edition*)

EPDS – *Edinburgh Postpartum Depression Scale*

EUA – Estados Unidos da América

FR - Factor de Risco (plural FRs)

IOM - *Institute of Medicine*

n-3 EPA - Ácido eicosapentanóico (*eicosapentaenoic acid*)

NSC - *National Screening Committee*

OP – Ocitocina plasmática

PDSS – *Postpartum Depression Screening Scale*

PN – Peri-natal

PP – Pós-parto

PPP – Psicose Pós-parto

REM - *Rapid Eye Movement*

RIPI – Resposta imune pró-inflamatória

RN – Recém-nascido

Resumo

A experiência da maternidade é vista, pela sociedade em geral, como um momento da vida da mulher que só contempla sentimentos positivos como alegria, satisfação e realização pessoal, contudo nem sempre é esta a realidade.

Segundo estudos epidemiológicos, a depressão perinatal surge em 10 a 20% das mulheres, em que um número considerável já apresenta sintomatologia depressiva na gravidez prolongando-se este quadro até depois do parto, o que evidencia que a maioria das depressões pós-parto tem início durante a gestação. Existem factores de risco biológicos, psicossociais, demográficos, socioeconómicos e socioculturais.

A depressão perinatal se não for detectada e tratada precocemente poderá ter implicações consideráveis no futuro da mulher, a nível físico, psicológico e social, com repercussões na sua relação com o filho, companheiro (que também ele pode deprimir) e restante família, e com o mundo do trabalho, entre outras. Estes dados alertam para a importância da intervenção precoce do Médico na prevenção primária, na identificação de factores de risco, através de instrumentos de rastreio e consequente implementação de estratégias eficazes e adaptadas a cada situação.

Posto isto, várias questões se levantam: Como se caracteriza a depressão perinatal? Quais os factores de risco da depressão perinatal? Que estratégias poderão ser utilizadas pelo Médico de Família na prevenção da depressão perinatal?

Fruto do exposto, são objectivos desta pesquisa: caracterizar a depressão perinatal; identificar os factores de risco da depressão perinatal; descrever estratégias de prevenção da depressão perinatal a implementar pelo Médico de Família.

Para tal, recorreu-se à revisão sistemática de literatura de 61 artigos científicos retirados da *PubMed* e da *Cochrane Library* e de duas teses de Doutoramento, evidenciando assim o conhecimento já existente e a investigação que se está a desenvolver nesta área, no sentido de contribuir para a sensibilização da importância do Médico de Família em Cuidados de Saúde Primários na prevenção desta patologia.

Os estudos existentes focam várias estratégias preventivas, de carácter farmacológico e não farmacológico, valorizam o acompanhamento sistemático em equipa multidisciplinar, privilegiando a educação para a saúde (relação mãe/filho, actividade física, estratégias promotoras de sono, aleitamento, planeamento familiar/saúde reprodutiva, apoio socio-familiar, entre outras), na instituição e no domicílio, à mulher/pai/família/comunidade.

Evidenciou-se a necessidade de desenvolver estudos mais aprofundados neste âmbito, de forma a prevenir e tratar eficazmente esta perturbação de saúde.

Palavras-chave: Depressão perinatal, factores de risco, prevenção, educação para a saúde, Médico de Família.

Abstract

Maternity is an experience generally seen as a unique time in women's lives, fulfilled with positive joyful feelings of self-satisfaction and personal achievement. But sometimes reality has a somber tone.

As recent Epidemiology studies show, perinatal depression affects 10 to 20% of pregnant women with a significant number presenting depression symptoms already during pregnancy. This scenario tends to extend itself to post-delivery, highlighting that most post-partum depressions start back early during pregnancy. Risk factors have to be taken in consideration, namely biological, psychosocial, demographic, socioeconomic and sociocultural.

If not detected and treated at an early stage perinatal depression can have considerable implications in women's future, at physical, psychological and social levels, repercuting in the relationship with the child, the companion (also susceptible to depress) and remaining family, as well as at the work environment. This data alerts for the importance of early intervention by the family doctor within a primary prevention scope, identifying risk factors using means of early diagnose and implementing strategies adapted to each scenario.

Within this framework, several questions need answer: How do we characterize perinatal depression? What are the perinatal depression risk factors? What strategies can the family doctor recur to prevent perinatal depression?

Within this framework my research goals are: characterize perinatal depression; identify perinatal depression risk factors; describe perinatal depression prevention strategies to be implemented by the family doctor.

For said purpose a comprehensive systematic revision of 61 scientific articles from *PubMed* and *Cochrane Library* was done, as well as two doctoral theses, highlighting the existing body of knowledge and research being developed in this area, envisioning a contribution to educate in the Primary Healthcare Physician important role of the preventing said pathology.

Current studies focus in different preventive strategies, recurring either to pharmacological or non-pharmacological approaches, valuing the systematic observation in multidisciplinary team, priming education for health (mother/child relation, physical activity, sleep promoting strategies, breast feeding, family planning, socio-family support, amongst others), either at an institutionalized or domiciliary environment, to mother/father, family, community.

We highlighted the need to continue to develop deeper research in this area to prevent and treat with efficacy this health disturbs.

Keywords: Perinatal depression, risk factors, prevention, education for health, family doctor/general practitioner.

1 – INTRODUÇÃO

A depressão é a morbilidade mais comum no período perinatal (PN), ou seja, desde a concepção até ao final do primeiro ano pós-parto; sendo um período marcado por grandes alterações psicológicas, biológicas e sociais.¹⁻⁵

O parto está associado ao nascimento da criança, que ao condicionar a separação física definitiva mãe-filho, pode induzir sentimentos de perda na mulher.⁶ Assim, o parto induz ambivalência de sentimentos: por um lado, a felicidade por ver a criança, por outro, a sensação de perda de parte integrante do seu corpo.⁶ Para além disso, o nascimento da criança induz profundas mudanças na vida do casal, sendo todo o período que o precede e o sucede uma fase de transição, acompanhada de emoções fortes que vão da alegria ao desespero, podendo haver dificuldade nesta adaptação.^{3,4,7,8}

As perturbações do humor relacionadas com o parto só em 1995 foram integradas e assim classificadas no DSM-IV, não havendo distinção até então entre estas e a Depressão Major.⁹ Segundo os critérios da DSM-IV, os sintomas de Depressão Major com início no pós-parto (PP) começam 4 semanas após o nascimento (APA, 1994), podendo ocorrer até 2 anos depois, segundo alguns autores.¹⁰

As perturbações afectivas deste período vão do “*baby-blues*” (50 a 90%) à Psicose Pós-parto (PPP) (1%), apresentando-se a Depressão Perinatal (DPN) como intermédia neste espectro.^{7,11,12}

Estas perturbações afectivas continuam a ser negligenciadas na maioria dos casos em Cuidados de Saúde Primários de todo o mundo.¹³ Para isso tem contribuído o facto de as mulheres não denunciarem os seus problemas físicos ou emocionais, por

negação ou desvalorização, assumindo-os como normais, e devido à banalização da sintomatologia pelos próprios profissionais de saúde.¹³

A depressão perinatal é considerada um problema de saúde pública (é responsável por 7 vezes mais hospitalizações neste período), por ser socialmente debilitante e altamente condicionadora da relação com o recém-nascido, outros filhos, marido e restante família.^{5,14} Tratando-se de uma patologia universal e multicultural, qualquer mulher em qualquer parte do mundo pode desenvolvê-la.^{7,11,15}

Existem estudos que referem que a depressão na gravidez é tão ou mais prevalente do que a depressão pós-parto, e que muitas dessas depressões têm início durante a gravidez, pelo que a intervenção na prevenção deverá ocorrer durante a gestação.⁵ Embora a depressão perinatal possa ser identificada e prevenida atempadamente, actualmente, mantém-se subdiagnosticada em metade das mulheres e das diagnosticadas cerca de 30% deixaram de frequentar as consultas.^{5,16}

Como forma de intervir precoce e adequadamente os profissionais de saúde devem estar esclarecidos quanto aos factores de risco, sintomas e estratégias de prevenção.¹⁷

Os dados expostos evidenciam a pertinência de os profissionais de saúde, nomeadamente, os Médicos de Família, estarem esclarecidos e sensibilizados para esta perturbação. Atendendo à frequência das depressões perinatais; às suas implicações na vida da mulher, dos filhos, do marido, da família e até da sociedade; por acreditar na importância do papel do Médico na prevenção da doença e promoção da saúde, optei por investir no estudo desta perturbação com o intuito de desenvolver conhecimentos sobre a mesma e, futuramente, intervir de forma mais sustentada.

Para além disso, esta pesquisa teve como ponto de partida algumas situações com que me confrontei que me levantavam questões para as quais não encontrava respostas, como leiga na matéria: Como é possível uma mulher deprimir após o nascimento de um filho desejado? Como é possível uma gravidez planeada pela família gerar distúrbios, inclusive nos outros filhos, que até desejavam um irmão? Que respostas existem no Sistema de Saúde para estas situações? Será que existem respostas?

Fruto do exposto, decidi fazer uma revisão sistemática de literatura sobre o assunto, tendo por base os seguintes objectivos: caracterizar a depressão perinatal; identificar os factores de risco da depressão perinatal e descrever estratégias de prevenção da depressão perinatal a implementar pelo Médico de Família.

2 – MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização deste trabalho foi feita revisão sistemática de literatura, nomeadamente, artigos de revisão e originais em bases de dados creditadas de publicações médicas – *PubMed* e *Cochrane Library*. A pesquisa foi feita tendo como termos de pesquisa “*Depression, Postpartum/prevention and control*” e “*Depression, Postpartum*”, sendo limitada a artigos em Inglês, Português e Espanhol, relativos a humanos e publicados a partir do ano 2000. Dos 495 artigos identificados relacionados com a temática Depressão perinatal foram seleccionados 83 artigos por privilegiarem a etiologia, epidemiologia, factores de risco, sintomatologia, consequências e estratégias de prevenção – objectivos da pesquisa. Excluíram-se 31 artigos que se baseavam exclusivamente em técnicas muito específicas, nomeadamente, utilizadas por Psicólogos e outros não directamente relacionados com os objectivos da pesquisa. Outros 9 artigos foram fornecidos por profissionais técnicos da área.

Para além disso foram consultadas Dissertações de Doutoramento em Ciências Biomédicas pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra da Doutora Mariana Marques (2011) e da Doutora Ana Telma Pereira (2008).

Por uma questão de opção decidiu-se, na escrita deste trabalho, não integrar o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, que se encontra em período de transição até 2015.

3 - CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO PERINATAL

3.1 – Etiologia da Depressão Perinatal

Apesar da etiologia da DPN permanecer desconhecida, vários estudos têm demonstrado que se trata de uma patologia multifactorial.^{11,18} Autores há que consideram que as variáveis biológicas têm pouco interesse relativamente às psicológicas (eventos *stressantes* do quotidiano, conflitos conjugais e falta de suporte social).^{2,11,19} No entanto, parece haver evidência de envolvimento genético, hormonal, nutricional, alterações dos ritmos circadianos, redução da actividade física, entre outras, na etiologia da DPN.^{2,5}

Os últimos estudos parecem evidenciar *Envolvimento Hormonal na DPP*, tendo-se verificado que aquando desta perturbação existe um aumento do cortisol de manhã.^{12,19} Para além disso, após o parto ocorre acentuada queda de hormonas, nomeadamente de estrogénios, progesterona e cortisol, pela diminuição da actividade secretora da glândula pituitária, o que poderá estar relacionado com as alterações de humor que surgem neste período.^{20,21}

Por outro lado, o parto pode desregular a interacção entre os neurotransmissores, hormonas reprodutivas e do *stress*, condicionando transtorno psiquiátrico ou a reactivação de patologia psiquiátrica anterior.²¹

Outros estudos demonstram existir interacções entre o eixo hipotálamo-hipófise-ovário e o sistema serotoninérgico, devido aos baixos níveis hormonais no puerpério, condicionando diminuição da actividade serotoninérgica com consequente vulnerabilidade para perturbações do humor.²⁰

Também se tem verificado que durante o período perinatal existem desequilíbrios do *Sistema Imunitário*.²² Há um estado de imunossupressão para que a mulher possa tolerar o feto, o trauma físico do parto, a privação dos estrogénios e progesterona no pós-parto, pelo que surgem mais facilmente infecções bacterianas do tracto urinário.²²

A hipótese da *Genética* ser preponderante na DPN está relacionada com a elevada prevalência em mulheres com antecedentes familiares de depressão (gémeos e outros familiares de 1º grau), comparativamente à população em geral.^{20,21}

3.2 – Epidemiologia da Depressão Perinatal

Os dados epidemiológicos relativos à DPN variam consoante os critérios de: rastreio/diagnóstico, estratégia de colheita de dados (auto-relato ou entrevista clínica estruturada), amostra e duração do estudo.^{5,23}

Os estudos evidenciam que ao longo da gravidez uma percentagem considerável de mulheres já se encontra deprimida, oscilando entre 10 a 20 % de mulheres, com maior intensidade de sintomatologia no 3º trimestre do que nos 6 meses após o parto.^{20,23,24} No que se refere ao pico de incidência da sintomatologia depressiva após o parto, a maioria dos estudos aponta para as primeiras 4 a 6 semanas.^{15,25,26}

A percentagem de mulheres que sofre de DPP varia de estudo para estudo, oscilando entre 10 a 20%.^{8,15,18} Alguns autores alertam para o facto de as perturbações depressivas durante a gravidez deficientemente diagnosticadas e tratadas serem responsáveis pelas elevadas percentagens de DPP.²⁰

Os resultados obtidos em estudos realizados em Portugal são, no essencial, semelhantes aos anteriormente apresentados.^{27,28}

A grande maioria dos casos de DPN tem duração curta, com resolução total após alguns meses, existindo, contudo, dados epidemiológicos que evidenciam que o risco de depressão se intensifica ao longo do primeiro ano após o parto, sendo o período de maior risco os primeiros seis meses, adquirindo carácter crónico e persistente em cerca de 24% dos casos.^{2,3,21,25,29} Está descrito que mulheres com DPP que não foram tratadas correctamente sofreram esta perturbação ao longo de vários anos e têm forte probabilidade de novas depressões ao longo da vida.^{3,10} Alguns estudos demonstram que esta probabilidade é 2 vezes maior nos primeiros 5 anos e que 40% das mulheres que sofreu DPN voltará a ser vítima desta patologia na gravidez seguinte.^{2,7,11}

As mulheres em qualquer faixa etária podem ser atingidas pela DPN.^{3,15,30,31}

O desenvolvimento de DPN está relacionado com o apoio social existente, existindo evidência que nas sociedades com apoio satisfatório a prevalência é baixa, daí que as mulheres anglo-americanas tenham um risco menor de DPN relativamente às Hispânicas ou Afro-americanas, vivendo nos EUA.⁸

O facto de a mulher sofrer de DPN condiciona o aumento do risco do parceiro também a desenvolver.⁵ Normalmente o homem apresenta DPN de menor intensidade, ocorrendo em cerca de 10% e quando são parceiros de mulheres deprimidas a probabilidade aumenta para 40 a 50%.^{5,32-34} Alguns estudos apontam para a prevalência da DPP semelhante para homens e mulheres, outros evidenciam a maior prevalência nas mulheres.³⁵

Num estudo realizado em Portugal (2011), verificou-se que as mulheres apresentaram mais sintomatologia depressiva durante a gravidez, nomeadamente, na etapa final fruto das preocupações com o parto, enquanto nos homens tal ocorre mais no período PP pelas exigências relacionadas com a paternidade e pela nova dinâmica familiar mais *stressante* para os homens, resultados que se coadunam com a maioria dos estudos com casais.^{4,35}

Com a mudança cultural na partilha das tarefas inerentes ao recém-nascido pelos dois membros do casal, o estudo da depressão no casal tem vindo a ganhar importância.⁴ Segundo alguns estudos, os casais na primeira gravidez apresentam maior ansiedade do que numa segunda, em todo o período perinatal, enquanto outros concluíram exactamente o contrário.⁴ Enquanto a primeira situação poderá estar relacionada com o factor desconhecimento/inexperiência, a segunda poderá relacionar-se com os encargos financeiros adicionais e com as implicações na vida profissional.⁴

3.3 – Sintomatologia da Depressão Perinatal

3.3.1 - Na Mulher

Não existe consenso no que se refere a existirem ou não diferenças na sintomatologia da Depressão Major e da DPN.^{5,13,21} As características clínicas da Depressão Major durante a gravidez são idênticas às que surgem durante qualquer outra altura da vida da mulher, incluindo 8 dos 14 sintomas de depressão que estejam presentes num período não inferior a 2 semanas.²³ Contudo alguns autores acreditam que existem particularidades na DPN: estar menos associada ao suicídio, à perda de interesse pelo quotidiano, à baixa auto-estima e maior probabilidade para ansiedade e

duração do tratamento farmacológico, com necessidade de mais associações medicamentosas para a mesma eficácia.⁵

A DPN associa alterações do humor, cognitivas, físicas e vegetativas, bem como outras co-morbilidades relacionadas.^{8,21} Os sintomas são, frequentemente, difíceis de reconhecer e podem mimetizar alterações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez e no PP.³⁶ Este facto pode induzir a mulher a não recorrer aos Serviços de Saúde ou a fazê-lo tardiamente, situação que se agrava com a falta de tempo, frequentemente referida pelos profissionais de saúde, para uma adequada colheita de dados e pelo desconhecimento das estratégias de actuação.⁵

A maneira e a intensidade como os sintomas surgem estão muito dependentes da personalidade e das vivências, bem como dos aspectos bioquímicos que sucedem o parto.⁶ Deverá ser, ainda, tido em conta que muitas mulheres não se sentem à vontade para discutir com o Médico os sinais e sintomas de DPN por vergonha e estigma.³⁶ Para além disso, o parceiro, os familiares e amigos frequentemente estão focados na criança e esquecem a mulher, não se apercebendo do quadro anormal que vivencia.^{8,17} Por isso, muitas mulheres sofrem em silêncio, com medo e confusas pelo facto de esta patologia não ser reconhecida e tratada atempadamente.^{8,17}

Na DPN podem surgir alterações bruscas do humor, com períodos de tristeza, anedonia, desânimo, irritabilidade, disforia com ataques de ansiedade, choro, perda de interesse no quotidiano, baixa auto-estima e culpabilização.^{5,7,8,11,25} Também são notórias alterações no interesse sexual, do apetite e sono (hipersónia ou insónia), deficiente cuidado pessoal e com os cuidados em saúde materna, com faltas às consultas médicas e não adesão a terapêutica.^{5,8,9,20,37}

O esquecimento, pensamentos obsessivos, fadiga, incapacidade para realizar tarefas do cotidiano, insegurança e ideias suicidas e/ou homicidas também são frequentes.^{7,11,37}

As cefaleias, lombalgias, dor abdominal e erupções vaginais são sintomas que podem surgir, sem que exista causa orgânica.²¹

A diminuição do desejo de contacto físico e momentos de grande irritabilidade com o parceiro são frequentes na mulher deprimida.⁵

Estas mulheres apresentam maior tendência ao isolamento social e mesmo familiar, permanecendo grandes períodos em casa, acompanhadas apenas pela criança.^{5,38,39}

Um estudo da *UK Confidential Enquiry into Maternal Deaths* (2000-2002) concluiu que a principal causa de morte materna é o suicídio, estando as patologias psiquiátricas implicadas em 12% dos casos.^{2,5,11,25}

3.3.2 - Da Mulher relativa à Criança

Muitas vezes, estas mulheres apresentam expectativas irrealistas das competências da maternidade.^{11,25} Apresentam comportamentos obsessivo/compulsivos relativamente à criança, agindo com violência; frequentemente têm medo de prejudicar com conseqüente medo de ficar sozinha com ela por impotência de a proteger e por incapacidade de lidar com a criança ou por relutância em amamentar.^{3,5,6,11,25}

Também podem estar presentes sentimentos de raiva, negação e repressão em relação ao lactente.¹⁶ Muitas mulheres acabam por procurar ajuda porque se sentem

culpadas por não apresentarem sentimentos positivos relativos aos filhos, mostrando pouca afectividade, sentindo medo pela e da criança.^{5,39} Surgem também ciúmes por a mulher ver a criança como sua e ter de a partilhar com outras pessoas.⁶

3.3.3 - Na Família

Tanto os homens, como as mulheres apresentam particular risco de sintomatologia durante o 1º trimestre da gravidez, pelas exigências inerentes à aceitação do novo estado.⁴

O facto de os sintomas serem menos prevalentes depois do nascimento poderá estar relacionado com o facto de a criança promover o bem-estar dos pais e boas expectativas em relação ao futuro.⁴ No entanto, a DPN induz, por vezes, a deterioração da relação conjugal culminando em separação.^{3,5,11}

A DPP no homem manifesta-se por sentimentos de exclusão (por ter deixado de ser o centro de atenção, com a dedicação da mulher ao filho), perturbações do sono, grandes períodos de ausência do lar, surgindo muitas vezes relações extraconjugais, somatização e sobrecarga horária de trabalho.⁶

Perante situações de nado-morto, os estudos mostram que os pais têm dificuldade em expressar os seus sentimentos e falar da situação, agravando a sintomatologia depressiva.³⁴

No caso de existirem outros filhos, a DPN manifesta-se, essencialmente, pela ausência da mãe e défice de atenção.⁶ Surge regressão do desenvolvimento, tal como usar novamente a chucha, enurese nocturna, perturbações do sono e, raramente, negação

da própria mãe, como se não necessitassem dos seus cuidados e carinho.⁶ Nestes casos, fazem frequentemente aproximação ao pai ou à pessoa que mais cuida deles, desenvolvendo imagem de uma mãe incapaz de lidar com todas as responsabilidades.⁶

3.4 - Consequências da Depressão Perinatal na Criança

Sintomatologia depressiva e/ou ansiosa durante a gravidez promove maior risco de nado-morto, atraso no crescimento fetal, morte fetal, prematuridade, baixo peso, diminuição do comprimento e perímetro cefálico à nascença, bem como do Índice de Apgar.^{5,19,23,40} Estudos avançam que a ansiedade/depressão condiciona malformações como defeitos do tubo neural, aumento do ritmo cardíaco e movimento fetal.⁵

O facto de a mulher estar deprimida durante alguma fase do processo de adaptação à maternidade e de desenvolvimento da criança, pode ter implicações a nível não só fetal e neonatal, mas também infantil e ao longo da adolescência.⁴¹

A DPN da mãe tem implicações na relação mãe/filho e no desenvolvimento da criança, mesmo que a criança passe a maior parte do tempo com o pai não deprimido, independentemente da cultura ou grupo socioeconómico a que pertença.^{2,3,8,13,20,30,38}

Não existe consenso sobre o tipo de relação da mãe deprimida com o filho.⁴¹ Alguns autores defendem que, apesar da ansiedade e depressão, a maioria estabelece uma boa ligação com a criança, antes e depois do parto.⁴¹ Pelo contrário, outros autores consideram-na de vínculo fraco, negligente, de rejeição, menos sensível, mais intrusiva, hostil e agressiva, condicionando a DPP défices de atenção, comunicação verbal e

visual, de contacto físico e do sorrir entre mãe-filho, induzindo nos filhos a relação evitante, menor empatia e socialização com estranhos.^{3,5,12,20,23}

O legado da DPN pode ser visível anos depois da resolução da mesma, mas essencialmente nos primeiros 3 anos de vida, com efeitos a nível da motricidade, robustez, alterações cognitivas e do desenvolvimento como atraso na fala, na linguagem expressiva, no sorriso e na atenção.^{1,3,5,11,13,25,26} Pode também ocorrer diminuição do apetite, vômitos, diarreia, dificuldade em manifestar interesse pelo que a rodeia, problemas de pele, irritabilidade e comportamento negativo na infância.^{5,6} Segundo alguns estudos, estas últimas duas manifestações estão associados a exposição de níveis elevados de cortisol no último trimestre da gravidez.⁵

São crianças que podem apresentar maior tendência a adoecer, carência de cuidados de saúde e de recurso a estes serviços, com prejuízo de cuidados imprescindíveis como a vacinação.^{2,3,38}

Os RN de mulheres deprimidas apresentam distúrbios do sono, como demorar mais tempo a adormecer, sono desorganizado e com menor eficácia, acordar frequente acompanhado de choro.^{3,23,38,40} Estes problemas de sono das crianças agravam a situação depressiva da mãe, com poucos períodos de repouso, pelo que frequentemente, dormem na cama dos pais e são amamentadas com a mãe a dormir, condicionando assim outros problemas comportamentais da criança.³⁸

As perturbações alimentares, a curto e a longo prazo, nos filhos das mulheres com DPN são relativamente comuns, atendendo a que têm menor predisposição para amamentar, cessando o aleitamento entre as primeiras 4 e 16 semanas, substituindo-a

frequentemente por água, sumo ou papa.^{3,23,38,42} Contudo existem estudos que referem que não existe qualquer relação entre a amamentação e a existência de DPP.⁴²

Estas crianças estão menos sujeitas a medidas de segurança como cadeiras de transporte em automóveis, temperatura da água do banho adequada ou protectores de tomadas eléctricas.³⁸

Existem também situações de infanticídio, negligência infantil, rejeição, maior frequência de acidentes infantis, maus-tratos e abuso sexual.^{2,3,11,15} Cerca de 41% das mulheres deprimidas admite ter tido alguma vez pensamentos que a motivassem a prejudicar a criança, receando ficar sozinhas com ela.³⁸

Estudos com mulheres que mataram os filhos e que foram consideradas “inocentes por razões de insanidade”, mostraram que metade delas estava deprimida e dois terços vivenciavam alucinações auditivas de comando.⁵

Vários autores consideram que as consequências para a criança não estão exclusivamente relacionadas com a DPN, mas também com as recorrências e a cronicidade.⁵ Crianças que são expostas de forma crónica a sintomatologia depressiva da mãe têm consequências no desenvolvimento, apresentando elevados níveis de insegurança, distração e hiperactividade, cuja gravidade pode regredir com tratamento da mãe.^{5,11,12,20,29}

4 - FACTORES DE RISCO DA DEPRESSÃO PERINATAL

A identificação precoce dos factores de risco (FRs) da DPN é crucial com vista à intervenção atempada e eficaz.^{2,5} Para tal é de extrema importância que os profissionais de saúde, nomeadamente, Médicos de Família e Pediatras tenham particular atenção aos FRs e “sinais de alarme”, recorrendo aos instrumentos de avaliação/identificação desta patologia.^{5,7,43}

Existem FRs de DPN biológicos, psicossociais, demográficos, socioeconómicos e socioculturais, inerentes à mulher, ao pai, à criança e restante família e meio onde estão inseridos, sendo de salientar que aumenta a probabilidade desta perturbação aquando do efeito cumulativo de vários FRs.^{18,43}

4.1 – Factores de Risco inerentes à Mulher

Personalidades desorganizadas, dependentes, neuróticas, catastrofistas, perfeccionistas, pouco assertivas e obsessivas parecem predispor para DPN.^{5,17}

Têm também sido apontados como FRs da DPN a baixa *auto-estima* da mulher relacionada com: a alteração da imagem corporal pré e pós-natal, fadiga, depressão e ansiedade pré e pós-natal, exposição permanente a situações de *stress*, falta de esperança e desempenho maternal, nomeadamente relativo à não adesão à amamentação.^{2,10,12,15,19,25,26,44,45}

Alguns estudos referem que mulheres que amamentam apresentam maior incidência de DPP, situação que poderá estar relacionada, apesar da divergência de

opiniões, com: a segurança e eficácia em fazê-lo e o receio da quantidade/qualidade para a criança.^{5,42,43}

As *atitudes e crenças* da mulher podem ser FRs ao condicionarem o acesso e a adesão aos cuidados de saúde e a maneira como encaram a maternidade, por exemplo acreditarem que têm de amar o filho automática e incondicionalmente desde o nascimento e perceber sempre as necessidades da criança, podem induzir a sentimentos de inutilidade, culpabilização e desvalorização e conseqüentemente a depressão.³⁹

As diferenças *étnicas* condicionam diferenças no desenvolvimento de DPN, estando as hispânicas e afro-americanas mais predispostas do que as caucasianas, apesar de as diferenças estarem mais relacionadas com a cultura que condiciona o suporte familiar.⁵

A *idade* parece ser outro FR, enquanto na gravidez as mulheres adultas têm 11,1% de risco de desenvolver depressão, as adolescentes têm 25,9% e após o parto a diferença mantêm-se: 9,3% e 25,9%, respectivamente.²⁷ Quanto mais jovens forem as mães, maior o risco de desenvolver DPN.^{17,21,22,27} A este factor, frequentemente estão associados outros, como: malnutrição, desintegração e abandono familiar, falta de apoio do parceiro, relacionamentos instáveis e dificuldades económicas.^{17,27}

Mulheres com *dificuldades socioeconómicas* apresentam risco de desenvolver DPN 11 vezes superior relativamente às outras.^{37,40,46} Tal FR está altamente relacionado com a *Situação Profissional* da mulher/casal em que o desemprego, nomeadamente, após licença de maternidade, constitui outro FR.^{6,27,46} A situação profissional é condicionada pelo nível de *escolaridade*, tendo-se verificado que baixo nível educacional condiciona a maior risco de DPN.^{17,40,46} Contudo, este facto não é

consensual, havendo estudos que referem aumento da prevalência com o aumento da escolaridade.⁵

Antecedentes de doenças psiquiátricas, nomeadamente: depressão, “*baby-blues*”, doença bipolar e psicose são considerados os principais FRs de DPN.^{5,10-12,15,19,23,27,43,45} O síndrome disfórico pré-menstrual e o abuso sexual também são FRs.^{20,22} Assim, perante estes antecedentes deverá ser dado acompanhamento pré-concepcional, tendo-se evidenciado resultados positivos em gravidezes futuras, após o reconhecimento prévio e esclarecido da sintomatologia e das terapêuticas eficazes e aceitação do tratamento.³⁷

Estudos têm demonstrado que as grávidas deprimidas consomem mais substâncias tóxicas como tabaco, álcool, cafeína, fármacos ou cocaína, com consequentes problemas de saúde, subutilização dos serviços de saúde neste período, perda de peso da mulher e feto e comportamentos antissociais.^{20,40} Estes são “sinais de alarme” a que deverão estar atentos Médico de Família, Pediatra e outros técnicos.⁴³

4.1.1 - Factores de Risco Biológicos

Alterações Hormonais: vários autores defendem que os níveis hormonais na gravidez da CRH, cortisol, prolactina e hormonas tireoideias e a descida abrupta destas após o parto está relacionada com maior susceptibilidade para DPP.^{5,19,47} Em grávidas deprimidas detectaram-se elevados níveis de cortisol e baixos níveis de dopamina e serotonina.⁴⁰ O hipotireoidismo é considerado também FR importante.⁴⁷

As mulheres com esta predisposição estão mais vulneráveis a factores psicológicos, ambientais e fisiológicos com evidências aquando da menarca, período

pré-menstrual, uso de anticoncepcionais, gestação, puerpério e menopausa.^{20,21} Deste modo, estas evidências ao longo da vida da mulher deverão funcionar como sinais de alerta à prevenção da DPN.^{20,21}

De acordo com o único estudo realizado em humanos que relacionou sintomas depressivos e comportamentos maternos com níveis de ocitocina plasmática (OP), concluiu-se que as mães que apresentam mais afecto e interacção com a criança têm OP elevada (essencialmente, entre o 1º e o 3º trimestre de gravidez) e que os baixos níveis de OP na gravidez estão associados a relação mãe/filho debilitada, a aumento da reactividade aos estímulos de *stress*, promovendo o desenvolvimento de sintomas depressivos nas primeiras duas semanas após o parto, altura em que a mulher enfrenta novos desafios, evidenciando-se assim outro FR para DPP.¹⁹ Este estudo apresenta um possível biomarcador do desenvolvimento de DPN, numa altura precoce e oportuna a intervenções preventivas.¹⁹

O facto de existirem diferenças significativas na prevalência de DPN no homem e na mulher relaciona-se com diferenças inerentes ao género, que por sua vez está associado a características hormonais, genéticas e sociais.²³

Anemia: não existe consenso se a anemia será FR para a DPN.^{2,47,48}

Resposta Imune Pró-inflamatória (RIPI): a resposta anormal da RIPI é uma condição que contribui para a depressão na população em geral, constituindo-se assim FR para a DPN.⁴⁷

Genética: a genética parece estar associada à DPN quando existem antecedentes pessoais e familiares, nomeadamente, de irmãs com DPN, pelo que constitui importante FR.⁵

Pelo facto de a maioria das mulheres estarem expostas a uma multiplicidade de FRs e apenas 10 a 20% desenvolver DPN, faz pensar numa variabilidade individual.⁴⁷ Este facto poderá estar relacionado com a presença ou ausência de polimorfismos genéticos específicos que conferem protecção ou risco de DPN, que necessitam de estudo aprofundado.⁴⁷

4.1.2 - Factores de Risco inerentes à Gravidez/Parto

Alguns autores afirmam que tanto a *gravidez* como o *parto*, são factores desencadeantes, não só de *stress* mas também de DPN.²¹

Uma *gravidez não planeada e/ou desejada* pode ser motivo desencadeador de uma DPN.^{2,15,40} Cerca de metade das gravidezes, nos heterossexuais, não são planeadas; pelo contrário em lésbicas todo este processo é muito planeado em termos práticos, financeiros e emocionais condicionando melhor resposta, contudo a discriminação homofóbica leva a que não seja linear a orientação sexual como factor protector ou de risco da DPN.¹⁰

Existe maior predisposição para DPP em *primíparas* e em mulheres que pensaram *interromper a gravidez*, ainda que não o chegassem a fazer, evidenciando a pertinência do planeamento familiar/saúde reprodutiva.^{9,13,20} Por outro lado, a depressão e/ou ansiedade na gravidez são FRs importantes para DPP se não tratadas convenientemente.^{5,12,20,27}

Antecedentes de experiências negativas no parto ou com outros filhos, abortamentos espontâneos de repetição ou ameaças de aborto, nados-mortos, complicações obstétricas como pré-eclâmpsia e hemorragia pré-parto, perturbações do

sono no final da gravidez, parto pré-termo e infertilidade são outros FRs relevantes.^{2,5,12,17,19,20,23,24,27,40,49}

A infertilidade é um dos factores responsáveis por mães adotivas apresentarem sintomatologia semelhante à DPP, associada a outros motivos.⁵⁰

No que se refere à relação entre o tipo de *parto* e a DPP, as opiniões divergem: alguns autores afirmam existir relação, outros não, alguns consideram a cesariana situação de risco, principalmente se em emergência e relacionando-a com o tipo de anestesia (geral ou epidural), outros valorizam a associação destes a outros factores já conhecidos e outros ainda defendem depender da programação do parto, do apoio da equipa e sociofamiliar e da informação disponibilizada.^{5,20,24,51} A saída prematura da maternidade aumenta o risco de DPP para o dobro.⁵

Os *distúrbios do sono* são frequentes, nomeadamente, no último trimestre da gravidez (por níveis elevados de cortisol e distúrbios da melatonina, movimentos fetais, vontade de urinar, dificuldades no posicionamento) e após o parto, com períodos superiores a duas horas acordada entre a meia-noite e as 6 horas da manhã, dificuldade em adormecer depois de cuidar do RN, despertares frequentes, poucas horas de sono total, latência de sono REM mais curta e sonolência diurna.^{2,5,20,40} Estas perturbações constituem um dos mais importantes e frequentes FRs para a DPN, ainda que as mulheres o desvalorizem.^{2,20,32}

4.2 - Factores de Risco inerentes à Criança

Crianças com dificuldades na regularização dos ritmos circadianos, temperamento difícil, irritabilidade, choro fácil e carência de atenção condicionam na mãe sentimentos de incompetência com desenvolvimento de DPP.^{5,15,25,27} Estes sentimentos poderão agravar-se, por sobrecarga, quando a mulher é mãe de vários filhos; situação esta que não é consensual, ao defenderem alguns autores que ter muitos filhos é factor protector.^{5,6,8}

A DPP pode surgir, também, em consequência do nascimento de crianças prematuras, com malformações congénitas, atraso no desenvolvimento, hospitalizadas em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais ou nado-morto.^{21,27,34,52}

Perante situações de morte da criança, está comprovado que a recusa do marido em falar da situação aumenta o risco da mulher desenvolver DPP até 3 anos depois, caso contrário há um decréscimo em 50% do risco da mulher desenvolver DPP.³⁴ Esta situação é agravada quando a família também evita falar da situação, privando a mulher de receber o apoio necessário.³⁴

O sexo da criança poderá ser FR, nomeadamente, quando não corresponde ao desejado ou em culturas como a chinesa, que valorizam preferencialmente rapazes; o nascimento de uma rapariga poderá ser FR a valorizar.^{2,5,17,18}

4.3 - Factores de Risco inerentes ao Parceiro

A falta de apoio do parceiro na aceitação da gravidez, como nos cuidados à criança, condiciona maior risco de DPN.^{5,6,12,18} Frequentemente, nos casais

heterossexuais, ao contrário dos homossexuais, existe divisão pouco equilibrada das tarefas referentes aos cuidados com a criança e com a casa, induzindo a sobrecarga e sofrimento psicológico na mulher, nomeadamente, no primeiro ano após o nascimento.¹⁰

Um estudo realizado em Portugal (2007), evidenciou que as mulheres que viviam com o companheiro apresentavam maior risco de DPP.²⁷ Estes dados confirmam os resultados da maioria dos estudos nesta área ao ser considerado factor protector viver com o companheiro na gravidez, mas FR no pós-parto por dificuldades de adaptação à chegada da criança, não partilha de tarefas, menor proximidade entre o casal e maior conflitualidade.^{15,27} Quanto mais problemática for a relação, maior a probabilidade de durar a DPP.⁵

A maioria da literatura encontrada refere que a mulher enquanto família monoparental, vítima de violência doméstica e dependência económica do parceiro tem maior risco para DPN.^{3,5,15,17,27,40,46,53}

4.4 - Factores de Risco inerentes à Família/Sociedade

O apoio familiar disponibilizado, nomeadamente, pela família da mulher, especialmente pela mãe, constitui um factor protector.^{5,20} Pelo contrário o défice de apoio familiar é FR no desenvolvimento de DPN, sendo essa associação mais forte aquando da inexistência de apoio após o nascimento e em famílias numerosas com relações afectivas insatisfatórias.^{12,15,17,18,21}

Em famílias de lésbicas, a relação familiar normalmente é distante, agravando o risco de DPN, contudo o nascimento, frequentemente, aproxima a família e minimiza este risco.¹⁰

Antecedentes familiares, nomeadamente, de 1º grau de depressão, DPN e PPP são FRs importantes (cerca de 67,7% das mulheres com DPP têm familiares com estes antecedentes).^{2,5,12,20}

Situações de emigração com distanciamento familiar, barreiras geográficas e linguísticas foram estudadas, tendo-se concluído que as mulheres com maior vínculo à cultura de origem e à sua comunidade apresentam menos sintomatologia depressiva, enquanto as que não estão vinculadas e se encontram inseridas em sociedades muito individualistas desenvolvem mais DPN.^{20,53}

A falta de apoio social, classe socioeconómica baixa, experiências de vida *stressantes*, antecedentes de depressão e problemas conjugais, nomeadamente violência doméstica estão definidos como FRs para cronicidade da DPN, embora, na maior parte das vezes, a cronicidade esteja associada ao efeito cumulativo de factores ambientais e psicossociais.^{12,29}

5 -ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS DA DEPRESSÃO

PERINATAL

A DPN apresenta-se como um exemplo de doença psiquiátrica passível de prevenção, como tem sido defendido pelo *Institute of Medicine* (IOM) desde 1994.^{45,52} O *US National Institute of Mental Health*, em 2001, concluiu que a prevenção da DPP é uma abordagem de saúde pública muito promissora, tendo a *US Preventive Services Task Force* destacado a importância do seu despiste.^{7,31}

Na década de 90, surgiram vários estudos na área da *prevenção da DPN*, tendo emergido como estratégias: melhorias na educação, acompanhamento na gravidez e puerpério e intervenções psicoterapêuticas.^{14,20,27,31}

Dada a importância da *intervenção precoce*, o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia, em 2006, recomendou o *despiste dos FRs para DPN* em todos os trimestres da gravidez de forma rotineira nos Cuidados de Saúde Primários.^{29,44,45} Integrou como critérios de despiste: acesso aos cuidados de saúde; barreiras na comunicação; ambiente familiar instável; gravidez não desejada, dificuldades nutricionais; abusos de substâncias nocivas; depressão; segurança; violência doméstica e *stress*.²⁹ Para além destes, Shah (1998) identificou: investir na prevenção primária, reduzir a severidade e a duração dos sintomas da DPN (prevenção secundária) e evitar/atrasar a progressão da doença e suas complicações (prevenção terciária).^{2,11}

As estratégias de *prevenção primária* podem ser dirigidas a determinadas *populações-alvo*: intervenções “universais” – dirigidas a todas as mulheres; intervenções “seleccionadas” – dirigidas a grávidas com elevado risco de desenvolver DPN e intervenções “indicadas” – dirigidas a mulheres deprimidas ou com elevada

probabilidade de estarem deprimidas.^{3,11,31} Idealmente, há que actuar na fase de pré-concepção, enquanto se planeia engravidar.²

Na *prevenção secundária e terciária*, o objectivo é detectar e tratar o mais precocemente possível os sintomas da DPN.² Na prevenção terciária deve-se monitorizar a evolução da relação mãe/filho e as capacidades de vigilância, para se identificar a necessidade de intervenções específicas de apoio à parentalidade e de estimulação da relação.²

Segundo o IOM (2009) e Feinberg et al. (2012), para maior eficácia as estratégias preventivas devem ser dirigidas a populações-alvo com elevado risco de desenvolver DPN.^{11,52} Zlotnick et al. definiram como sendo de alto risco as mulheres que apresentassem pelo menos um dos seguintes factores de risco: antecedentes de depressão, deficiente apoio social e evento *stressante* recente.³¹ Wisner et al. alertam para um investimento muito mais abrangente ao salientar que as mulheres com risco de desenvolver DPP são todas aquelas que deram à luz recentemente.³

As estratégias de prevenção da DPN passam por *identificar factores protectores* e traçar um *plano individualizado de actuação* precoce para cada mulher.^{1,2,31,36} Dado que as causas da DPN parecem ser multifactoriais, deverá ser tido em conta a combinação de intervenções dirigidas aos FRs em causa.^{2,3,29} As estratégias de prevenção podem passar também por medicação antidepressiva, acompanhamento psicológico, suporte social, monitorização do *stress*, cuidados alimentares, exercício físico, higiene do sono, suporte de amamentação e planeamento familiar/saúde reprodutiva.²

Alguns dos estudos mais recentes consideram que a depressão durante a gravidez é um risco acrescido para a DPP.^{27,31} Deste modo, a *intervenção precoce durante a gravidez*, privilegiando o contacto directo, permite a identificação, prevenção e tratamento da DPN, melhoria na *compliance*, bem como diminuição da utilização dos serviços de saúde, com benefícios humanos e económicos.^{13,29-31,54}

A grande maioria das mulheres com DPN não procura ajuda de profissionais de saúde, familiares ou amigos.³⁰ Apesar de contactarem com os profissionais referidos, frequentemente, apresentam-se relutantes a expor os seus problemas físicos e psicológicos, particularmente a depressão.³⁰ As primíparas, normalmente, apresentam mais facilmente os seus receios e dúvidas relativas à maternidade, pelo que aderem mais às estratégias e o mesmo se passa com as mulheres que recorrem aos serviços de saúde acompanhadas, nomeadamente, pelo seu parceiro.¹⁴

Uma das abordagens, actualmente, considerada para a orientação dos técnicos de saúde para a prevenção e tratamento da DPN é o “*Problem-Solving Education/Treatment*”.⁵² Consiste num programa cognitivo-comportamental delineado através de 7 objectivos: identificar o problema, estabelecer objectivos para o solucionar, identificar várias hipóteses de resolução, delinear linhas orientadoras para tomar a decisão, avaliar as soluções, seleccionar a solução e avaliar o resultado final.⁵² Este método tem apresentado resultados positivos na redução de sintomas depressivos e no bem-estar das mulheres, tendo como vantagem o facto de poder ser adaptado consoante as circunstâncias da mulher, da família, da cultura e do meio em que está inserida.⁵²

5.1 - Estratégias Farmacológicas

5.1.1 - Antidepressivos

A administração de fármacos antidepressivos parece ser eficaz na prevenção da DPN em mulheres com elevado risco mas assintomáticas ou com antecedentes de depressão, nomeadamente, DPP com resposta à terapêutica.^{2,7,16,45} Perante antecedentes de DPN medicadas com eficácia deverão utilizar-se os mesmos fármacos, melhorando a adesão à terapêutica.^{1,2}

Enquanto para algumas mulheres o tratamento durante 6 meses é suficiente até que aprendam outras estratégias não farmacológicas, outras necessitam de uma administração contínua destes fármacos para prevenir as recorrências.² Existem estudos recentes que mostram que o uso contínuo de antidepressivos, após um episódio depressivo, reduz as recaídas em 70%, embora seja discutível esta estratégia durante a gravidez.^{1,2,7}

Existem estudos que referem repercussões a nível comportamental das crianças expostas a antidepressivos.²⁴ Deste modo, como permanece ainda desconhecida qual a altura ideal para introdução destes fármacos, a sua duração e as implicações na gravidez e amamentação, frequentemente, é aconselhado iniciar só após o nascimento da criança e suspender o aleitamento materno.^{1,2,16,20,38} Contudo, existem defensores do benefício do aleitamento materno e dos antidepressivos sobre os possíveis efeitos nefastos da DPN, embora seja difícil perceber em que mulheres será benéfico correr esses riscos.¹ Para além disso, a maioria das mulheres não cumpre a medicação durante o aleitamento pelo receio de prejudicar a criança, sendo, portanto, necessárias estratégias alternativas para prevenção da DPP.¹⁶

Os antidepressivos mais estudados são:

- Nortriptilina - Os estudos em grávidas com antecedentes de DPN, com o objectivo de avaliar a eficácia da nortriptilina – antidepressivo tricíclico – como medida profiláctica na DPN, demonstraram taxas de recorrência de 23% contra 24% para o placebo, sendo útil apenas em mulheres previamente tratadas eficazmente com este antidepressivo.^{1,3,7,14,44} No entanto, outros estudos mostraram ocorrer decréscimo na recorrência da DPN utilizando a nortriptilina, embora com a descontinuação tenha ocorrido recorrência.²⁰ Fruto do exposto, não é de excluir a importância da nortriptilina nestas situações.¹

- Sertralina - Wisner et al. (2004) introduziram este inibidor selectivo da recaptação da serotonina, com efeitos antidepressivos e ansiolíticos, em grávidas assintomáticas e com antecedentes de DPN ou depressão, mantendo o seu uso no pós-parto precoce.^{1,2,20,44} Concluíram que a administração de sertralina diminui a recorrência e aumenta o tempo até que surja nova recorrência de DPN, tendo ficado clara a necessidade de tratamento de duração superior a 17 semanas pelo risco de recorrência e preconizado um mínimo de 26 semanas, segundo as *guidelines* para episódio único de depressão.⁴⁴ Apesar dos resultados satisfatórios, a sertralina não poderá ser considerada, para já, como profiláctica na DPN, devido aos vários aspectos que permanecem ainda por esclarecer, como sejam os efeitos adversos na mãe e criança.¹ Alguns estudos com este fármaco evidenciaram aumento do risco de cardiopatias congénitas, hipertensão pulmonar ou alterações do sono, pelo facto de atravessarem a placenta, tendo Hendrick et al. detectado presença destes antidepressivos em 87% das amostras de cordão umbilical que analisaram.²⁴

Apesar das limitações dos estudos com antidepressivos na profilaxia da DPN, perante situações de elevado risco desta perturbação, por antecedentes de patologia psiquiátrica, deverão ser administrados pré-concepcionalmente com o intuito de prevenir recaídas.⁵⁴

5.1.2 - Estabilizador do Humor

Segundo Cohen, Stewart e Austin e respectivas equipas, a profilaxia pós-natal com lítio ou outro estabilizador do humor parece ser eficaz na prevenção da recorrência de perturbações afectivas, em mulheres com antecedentes de doença bipolar.³

5.1.3 - Terapêutica Hormonal

Pelo facto de as anomalias endócrinas primárias poderem acompanhar as alterações do humor, existem várias teorias que especulam que a terapêutica hormonal possa ser usada, no pós-parto, na prevenção das alterações do humor, nomeadamente, da DPN.^{3,7,55}

- Progesterona e Estrogénio - Foram testados na prevenção secundária a administração conjunta de progesterona e estrogénio, atendendo a que ocorre uma queda desses valores plasmáticos no pós-parto imediato, não tendo sido conclusivo a relação entre os valores hormonais e a DPP.^{7,30}

- Estrogénio - A utilidade de estrogénio foi estudada em mulheres com antecedentes de PPP e DPP, assintomáticas na actual gravidez.⁷ Foram administradas elevadas doses de estrogénios imediatamente após o parto, com redução progressiva,

como acontece fisiologicamente, tendo ocorrido reduzida taxa de recaídas e rápida diminuição da sintomatologia.^{7,20} Outro estudo refere eficácia moderada, mas apenas em fases avançadas da DPP severa.³⁰ Os resultados obtidos revelam a necessidade de investimentos futuros neste âmbito, nomeadamente no que se refere aos perigos desta administração em mulheres a amamentar.^{7,20}

- Progesterona - Num estudo realizado em 1998, em que foi utilizado progesterona sintética com o objectivo de prevenir a recorrência, em mulheres com antecedentes de DPP, verificou-se aumento da sintomatologia depressiva, o que demonstra a pertinência da utilização cuidada de contraceptivos progestativos no puerpério, especialmente nestas mulheres.^{7,14,30,55} Apesar disso, outro estudo com progesterona sintética condicionou diminuição da recorrência de DPN de 10 a 68%, o que alerta para a necessidade de maior investigação na área.^{3,7} Alguns estudos referem que a progesterona natural apresenta efeitos antidepressivos, enquanto a sintética induz a efeito contrário.⁷

O acetato medroxiprogesterona de depósito (DMPA) é frequentemente prescrito imediatamente após o parto devido à sua eficácia, conveniência e défice de estrogénio, tratando-se do anticoncepcional mais usado no puerpério, especialmente quando pretendem amamentar ou não se pretendem anticoncepcionais com estrogénios.⁵⁵ Os resultados mostram que essa administração no PP imediato não parece predispor o desenvolvimento de DPP, contudo parece que a longo prazo pode interferir no humor com sintomatologia depressiva, apesar de em mulheres com elevado risco de DPN se registar diminuição da sintomatologia.⁵⁵ Apesar do estudo referir que é seguro utilizar DMPA em mulheres com antecedentes de depressão, este facto deve ser considerado de forma cuidada.⁵⁵

Em 2000, estudaram-se os efeitos da introdução de implante progestativo subcutâneo imediatamente após o parto e numa fase mais tardia em adolescentes, tendo-se concluído que aumenta o risco de DPP.⁵⁵

5.2 – Educação para a Saúde

O *Institute of Medicine* recomenda como estratégias de prevenção da DPN, a não exclusividade farmacológica, alertando para sessões de esclarecimento e suporte social, durante os períodos de maior risco.^{45,52}

Os estudos demonstram que as sessões individualizadas têm resultados mais benéficos do que as de grupo pela possibilidade mais efectiva de cuidados personalizados em função das necessidades de cada pessoa; sendo as sessões de grupos de apoio mais úteis, em mulheres grávidas com maior vulnerabilidade.^{11,14,38}

A educação parental tornou-se uma das principais estratégias facilitadoras do ajuste à maternidade, essencialmente nas fases pré-natais, disponibilizando informações muito práticas relativas à gravidez, ao parto, aos cuidados infantis básicos e à DPN.^{3,20,36}

A intervenção psicoeducacional no período pré-natal tem demonstrado resultados positivos que se mantêm no PP atendendo a que existem FRs na gravidez, associados ao PP, como seja o receio relativo às competências maternas, os medos da não recuperação da imagem corporal, entre outras.^{11,20,31,36}

Fornecer informações relativas ao PP e à maternidade durante a gravidez, tem-se mostrado útil na redução da sintomatologia no PP, nomeadamente, em primíparas e mulheres com baixa auto-estima.¹⁴

A disponibilização da informação pode ocorrer através de consultas no domicílio ou em instituições de saúde, complementada através de folhetos informativos.^{3,14,20,36} Estudos sobre a disponibilização da informação na gravidez e PP, relativa à prevenção da DPN mostram regressão da sintomatologia no PP.^{20,36}

Há que disponibilizar informação sobre: a importância da relação de confiança entre a mulher e os profissionais de saúde para expor medos e dúvidas; relação mãe/filho/pai/irmãos; desmistificação da ideia de “mãe-perfeita” e de outros mitos e crenças; esclarecimento sobre problemas comuns nas crianças como o choro e os ritmos de sono; antecedentes que possam interferir na maternidade; experiência do parto; nova dinâmica do casal e da família; importância do suporte social e da realização de actividades ocupacionais e recreativas, nomeadamente ao ar livre, salientando-se a actividade física.^{11,16,38,39} Estas estratégias têm-se mostrado muito positivas com baixos índices de DPN e de sintomatologia depressiva.^{11,16,38}

5.2.1 – Actividade Física

No que se refere à *Actividade Física*, o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia recomenda a prática de exercício físico regular moderado, com duração de pelo menos 30 minutos, para mulheres grávidas.² Em termos biológicos, o exercício físico aumenta os níveis de serotonina e dopamina, contribuindo para a redução da sintomatologia depressiva.⁴⁰ Para além disso, induz a perda de peso e aumenta a

tonicidade muscular (interferindo positivamente na auto-estima da mulher), melhora as condições cardiovasculares, promove a distração e convívio (se feito em grupo) e o bem-estar físico e psicológico.^{25,33,56} Acresce ainda o facto de os custos inerentes ao exercício físico poderem ser muito baixos, se praticados ao ar livre em caminhadas ou corridas.²⁵

Os principais motivos que podem constituir entraves a esta prática passam pelos mitos dos efeitos negativos na gravidez e na amamentação, bem como a relutância em exercer actividades que não integrem a criança.²⁵ Deste modo, há que prestar os devidos esclarecimentos, estimular a aquisição de suporte familiar e envolver a família, nomeadamente, a criança em carrinho de bebé e outros filhos e parceiro.^{2,25}

Há que incentivar a prática de exercício físico, estimulando um regime em ambiente do agrado da mulher e adequado à sua condição, ajudar a estabelecer metas realistas, validar o seguimento desmontando mitos e crenças, estimular a aquisição de suporte familiar e como estratégia promotora de continuidade sensibilizar a integração de outros nesta prática.^{2,25,33,56}

5.2.2 - Nutrientes

As orientações relativas à alimentação equilibrada devem contemplar as especificidades inerentes à prevenção da DPN.^{2,14,18,20}

Determinados nutrientes são essenciais na biossíntese e normal funcionamento das monoaminas dos neurotransmissores.² Os défices de ácidos gordos essenciais ómega-3 (n-3 EFA), folatos, vitamina B12, ferro e vitamina D têm sido associados a um

aumento do risco de DPN, pelo que nos EUA se aconselha que sejam consumidos pelas grávidas.²

O *DHA* (*ácido docosahexanóico*) é um tipo de ácido gordo ómega-3, constituinte importante das membranas celulares cerebrais, das terminações sinápticas responsáveis pela transmissão neuroquímica, que se encontra frequentemente no óleo de peixe.^{7,24} A sua concentração no plasma vai diminuindo durante a gravidez e permanece reduzido algumas semanas após o parto, especialmente durante o aleitamento.⁷

Existem estudos epidemiológicos que associam os elevados níveis de ácidos gordos ómega-3 a baixos índices de depressão, tendo mesmo sido constatado que na DPN os níveis de DHA estão diminuídos, parecendo existir uma relação directa entre estes factos.⁷ Avaliando-se os efeitos da suplementação diária com 200mg de DHA em mulheres que planeavam amamentar, os resultados foram positivos na medida em que condicionaram um aumento de cerca de 8% nos fosfolípidos plasmáticos de DHA, enquanto se registou um decréscimo no grupo submetido a placebo.⁷

Os *n-3 EPA* (*ácido eicosapentanóico*) são outro tipo de ácidos gordos, com particular relevância nesta prevenção, atendendo a que baixos níveis deste ácido condicionam DPN e reduzem a inflamação.² Os elevados níveis de *n-3 EPA* no leite materno e um consumo elevado de alimentos provenientes do mar ricos nestes nutrientes induzem à diminuição do risco de DPN.² Apesar disto, o seu uso, através de suplementos, no tratamento da DPP não tem tido resultados satisfatórios.²

Os baixos níveis de *folatos sanguíneos* também estão associados à ocorrência de DPN, ao aumento da sua severidade e duração da sintomatologia depressiva, bem como a resposta diminuída aos antidepressivos.² Contudo, a administração pré-natal de

vitaminas com folatos não mostrou eficácia.² Já o metilfolato apresenta resultados positivos na redução dos sintomas depressivos perante níveis normais ou baixos de folatos sanguíneos.²

A anemia condicionada pelo défice de *ferro*, segundo alguns autores, aumenta o risco de DPN, contudo os estudos existentes não mostram de que forma a reposição de ferro regride esta situação.²

Uma das hipóteses que tenta explicar a relação do *cálcio* com o humor propõe que a sua entrada na célula seja proporcional à libertação de neurotransmissores, assim sendo os distúrbios relacionados com a concentração de cálcio intracelular podem originar alterações na função celular com perturbações do humor.⁷ A hipótese de os suplementos de cálcio poderem ser benéficos na prevenção de perturbações afectivas parece ter eficácia apenas na DPP severa.^{7,14,20}

5.2.3 – Aleitamento Materno

No que se refere ao *Aleitamento Materno* está provado que este constitui um factor protector para DPP, através da diminuição da resposta inflamatória e da resposta ao *stress*, reduzindo os níveis de cortisol.² Contudo, não está demonstrado que reduza o risco de DPP ou que a sua cessação aumente o seu risco.² A suspensão da amamentação está, frequentemente, relacionada com o facto de ser um desencadeante de *stress* por motivos biológicos, como a falta de leite, problemas de saúde da criança, alterações físicas, privação do sono, motivos sociais como a falta de apoio familiar ou do local de emprego, aspectos psicológicos como a falta de interesse e motivação, de confiança ou até por recordações de trauma sexual.² Para além disso, muitas vezes o facto de a

mulher estar a amamentar constitui uma barreira para a adesão a terapêuticas, nomeadamente antidepressivos, devido ao receio de prejudicar a criança.²

Assim sendo, o aleitamento materno pode ser um factor de *stress*, de protecção ou ambos.² Desta forma, são estratégias eficazes na prevenção da DPP sensibilizar o casal para os benefícios da amamentação para a criança, para a mãe e restante família, devendo esta sensibilização ter início na adolescência, com maior incidência durante a gravidez, motivar o apoio familiar e social se pretendem amamentar ou apoiar a decisão de suspender se for o caso.²

5.2.4 - Estratégias Promotoras de Sono

Devido aos frequentes despertares da mulher condicionados pela necessidade de assistência à criança surge a supressão da produção de melatonina – hormona do sono, que ocorrendo em períodos de tempo arrastados, motiva uma desregulação nos hábitos de sono e que impedem a mulher de dormir, mesmo que se encontre cansada.³² Os défices de melatonina na criança, devido às escassas quantidades que passam no leite materno, condicionam alterações dos ritmos circadianos da criança.³² Estas alterações implicam, por seu turno, o agravamento dos distúrbios de sono da mulher, acabando por atingir toda a família, nomeadamente o parceiro, que muitas vezes acaba também por desenvolver DPP.³²

O risco de DPP pode ser reduzido evitando a exposição, através dos olhos, à luz azul, quando a mulher se levanta, durante a noite, para cuidar da criança, suprimindo assim a produção da melatonina.³² Deste modo, há que sensibilizar e disponibilizar

formação a Médicos de Família, Obstetras, Pediatras e a outros técnicos de saúde no sentido de incentivar os pais ao uso desta técnica.³²

Mães deprimidas e crianças com perturbações do sono afectam-se reciprocamente.² Deste modo, há que sensibilizar para estratégias promotoras da qualidade do sono: aleitamento materno; dormir junto da criança com medidas de segurança; optar por ambientes com pouco ruído e luz; evitar substâncias excitantes antes de dormir; crianças dormirem em quartos separados dos pais e quando necessário associar benzodiazepinas.^{2,20}

As massagens, o yoga e técnicas de relaxamento constituem soluções importantes não só para a promoção da qualidade do sono, como para a prevenção da DPN, aumentando os níveis de serotonina e dopamina e diminuindo o cortisol, através da activação vagal.^{32,40,57}

Existem grandes benefícios quando a massagem é promovida à mulher pelo companheiro durante a gravidez, diminuindo a sintomatologia depressiva em ambos, promovendo a união entre o casal, com repercussões posteriores no bem-estar da criança.^{40,57}

A massagem oferecida pela mãe ao RN promove o estreitamento da relação entre ambos, diminui a irritabilidade e os problemas de sono da criança e diminui ainda a sintomatologia depressiva na mãe só pelo facto de massajar o filho, pelo que deverão ser sensibilizados para o uso deste recurso.³⁸

5.2.5 – Planeamento Familiar / Saúde Reprodutiva

Outra estratégia fundamental é a sensibilização para o *Planeamento Familiar / Saúde Reprodutiva*, cerca de metade das gravidezes não são planeadas, tendo já vários estudos demonstrado que as gravidezes não planeadas e não desejadas ou que surgem em alturas inapropriadas, constituem FRs para a DPN, em vários contextos culturais.² Para isso contribui o facto de mulheres deprimidas usarem métodos contraceptivos pouco eficazes, desorganização na toma das pílulas anticoncepcionais, sendo a depressão a principal razão descrita para a descontinuação e redução do uso do preservativo.² Apesar dos estudos não evidenciarem grandemente a relação directa entre as iniciativas de planeamento familiar e a redução do risco de DPN, considera-se prudente investir na sensibilização de estratégias promotoras do planeamento da família, desde a adolescência, evitando gravidezes indesejadas, por si só altamente geradoras de *stress* e depressão.¹⁴

As estratégias de prevenção e tratamento a utilizar deverão ser discutidas entre o médico e a mulher, pois só assim haverá maior probabilidade de adesão e sucesso.³⁹

5.2.6 - Media

Na sociedade actual, os *media* são considerados meios de divulgação de informação muito eficazes, pelo que constituem uma importante estratégia de prevenção da DPN, através do recurso a campanhas publicitárias institucionais que desmistifiquem a ideia de “mãe-perfeita”, sensibilizem a família e comunidade para os “sinais de alarme” e consequências da DPN, enquanto problema de saúde pública.³⁹

5.3 – Acompanhamento

O acompanhamento sistemático pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelo Médico de Família, desde o início da gravidez e durante a transição da gravidez para o PP constitui uma estratégia benéfica de diminuição da sintomatologia de DPN, minimizando o *stress* e aumentando os mecanismos de adaptação à nova situação.^{2,8,18,20,34,38} A vigilância/acompanhamento no PP das mulheres pelo Médico de Família deve ocorrer 1 a 6 semanas após o parto com o objectivo de prevenir ou tratar problemas do PP, nomeadamente, relacionados com a DPP.^{3,20}

Está demonstrada a importância e os efeitos positivos a longo prazo da intervenção precoce nesta patologia pelos técnicos dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente, através do acompanhamento domiciliário, principalmente no PP precoce de primíparas, promovendo alterações físicas e psicológicas benéficas.^{3,13,16} Também constituem mecanismos protectores na DPP, essencialmente a curto prazo, as visitas domiciliárias a mulheres com elevado risco, com o objectivo de promover a segurança nas competências parentais, fortalecer a relação mãe/filho, fornecer orientação e facilitar o acesso aos serviços da comunidade.^{11,13,14,20,36,58}

Outras estratégias têm surgido, nomeadamente a chamada de atenção para a intervenção precoce, com aconselhamento cognitivo-comportamental associado a antidepressivos quando necessário e acompanhamento psicológico.^{11,26,52}

As intervenções psicoterapêuticas e psicossociais podem ser eficazes, sendo muitas vezes escolhidas em detrimento de estratégias farmacológicas, nomeadamente pelo facto de ainda serem desconhecidas as suas implicações para a criança se estiver a ser alimentada com leite materno.¹³

Os Médicos de Família, Pediatras e Obstetras são os profissionais de saúde que contactam mais frequentemente com a mulher nesta fase da vida, pelo que desempenham um papel fundamental na prevenção da DPN através da detecção dos FRs, diagnóstico e tratamento da DPN e encaminhamento para outros especialistas hospitalares quando necessário.^{15,38,39,59}

O modelo de cuidados continuados obstétricos demonstrou eficácia por apresentar características de individualização e flexibilidade, incorporando ferramentas de despiste de DPN.^{3,11} O esclarecimento de dúvidas e discussão de informação relativa ao parto e à saúde e bem-estar da mulher com o Obstetra, tanto na gravidez, como no PP é uma estratégia importante na prevenção da DPN.³

O papel do Pediatra é também particularmente importante, nomeadamente, no primeiro ano após o nascimento, altura em que a incidência de DPP é maior.^{15,36,38} Algumas organizações de Pediatria já sugeriram mesmo que os Pediatras para além de diagnosticar, prevenir a DPP através da discussão de temas que preocupem a mulher, tendo um papel activo no seu seguimento, devem mesmo referenciar para alguns tipos de tratamentos.^{38,59}

É de salientar a importância do trabalho em rede, em equipa multidisciplinar, atendendo a que se trata de uma perturbação multifactorial que exige o desenvolvimento de intervenções que implicam contributos das diferentes áreas do conhecimento para que se consiga atender a pessoa/família na sua globalidade e diversidade.^{11,18}

Deste modo, é fundamental o investimento na formação dos profissionais de saúde, motivando-os e familiarizando-os com estratégias de prevenção, e que possibilite o desenvolvimento de competências que lhes permitem: lidar com

mulheres/pais/famílias com DPN ou em risco, dando liberdade para que expressem os seus receios e ansiedades; informar a família da mulher sobre o que se passa e as estratégias que devem adoptar para resolução da situação; promover a confiança e segurança à puérpera, principalmente no que se refere às suas competências enquanto mãe, com a sensibilidade necessária, e actuar precocemente, minimizando o seu sofrimento e promovendo o seu bem-estar, inclusive da criança.^{6,13,39} É um investimento pequeno para a poupança que pode gerar a longo prazo, só conseguido com o trabalho conjunto entre profissionais de saúde e família.^{6,13}

Nos últimos tempos tem existido um investimento na sensibilização dos profissionais de saúde e da mulher/parceiro para a importância da presença/participação, nomeadamente do pai da criança durante o parto, confortando e motivando a mulher, percepcionando-se implicações positivas no PP na relação pai/criança/mulher.^{3,20} Tem-se verificado que mulheres que não possuam apoio emocional durante o trabalho de parto têm taxas mais elevadas de cesarianas, parto instrumentado com fórceps, necessidade de ser utilizada ocitocina e epidural, bem como maior risco de DPP.³

Na geração anterior, o auxílio à mulher grávida/puérpera era dado pelas mães, irmãs e sogras, actualmente o apoio do parceiro prevalece, normalmente.⁸ Este apoio dado pelo parceiro é muito mais importante do que o de qualquer outro membro da família, visto que tem particular influência na adaptação com sucesso à nova fase.^{2,18} As mulheres referem que o auxílio dos parceiros na realização das tarefas domésticas e nos cuidados à criança é um factor de bem-estar no PP.⁸ Essa mesma informação deverá ser transmitida aos parceiros de modo a que a sua colaboração possa funcionar como estratégia preventiva de complicações da DPP.⁸

A seguir aos maridos, os principais colaboradores são as mães e as sogras, sendo este apoio fundamental e muito mais eficaz no PP do que na gravidez, na prevenção da DPP.^{8,18} Para além destas, é também de extrema importância a existência de outras relações de apoio provenientes de outros familiares, colegas, amigos e vizinhos por também contribuir para a diminuição dos níveis da DPN.^{2,18,34} Deste modo, a sensibilização do parceiro e de outros elementos da família e amigos para a importância do apoio perinatal possibilitando descanso e relaxamento à mulher torna-se fundamental.⁸ O reconhecimento social através da prática de rituais culturais tradicionais, se a mulher assim o entender, permite também diminuir esse risco, como a realização da “*baby shower*” próximo da data do parto, visto que reúne toda a família e amigos.^{2,8}

Para a deteção precoce da DPN há a necessidade de aplicar de forma universal métodos de diagnóstico/despiste tanto às mães, como aos pais, estando eles próprios deprimidos ou como companheiros da pessoa com depressão.³⁸

6 - INSTRUMENTOS DE RASTREIO DE DEPRESSÃO

PERINATAL

Existem múltiplos motivos para o facto de esta patologia não ser diagnosticada ou sê-lo tardiamente.²² O mais frequente está relacionado com o estigma social relativo às doenças psiquiátricas, bem como a desvalorização da sintomatologia depressiva encarada como normal no PP.²² Acresce o facto de as avaliações de rotina não serem seguidas de forma consistente e quando realizadas motivam dificuldades na distinção de DPP e “*baby blues*” (transtorno transitório do humor induzido pelas rápidas e bruscas alterações hormonais que surgem nas 2 semanas após o parto, caracterizando-se por labilidade do humor, choro, irritabilidade e perturbações do sono, frequentemente com remissão espontânea.^{12,20,22,32}), condicionando a evolução do tratamento e o prognóstico.²²

Existe alguma controvérsia relativamente à utilização de instrumentos para o rastreio da DPN.⁶⁰ Em 2001 e 2005 o *National Screening Committee* (NSC) referiu não se justificar o rastreio atendendo às dúvidas da validade das escalas existentes, nomeadamente, a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e a incerteza quanto às estratégias mais eficazes a utilizar em casos de mulheres com particular risco de DPN.^{2,5,36,60} Outros autores defendem a importância do rastreio, nomeadamente, durante a gravidez permitindo intervir precocemente evitando a progressão para DPP, aconselhando mesmo a aplicação das escalas a todas as mulheres, permitindo assim, não só taxas de diagnósticos superiores, mas também a desmistificação das doenças psiquiátricas, nomeadamente, da patologia em questão.^{5,60} Tendo esta patologia potencial para ser tratada e prevenida eficazmente, o seu despiste precoce é bastante importante.⁵⁹

Existe a necessidade de instrumentos de rastreio simples, seguros, precisos e validados e a identificação de estratégias de prevenção/tratamento eficazes para que o rastreio se justifique, nomeadamente, em mulheres de elevado risco de DPN (prevenção secundária).^{5,29}

A utilização de instrumentos de rastreio da DPN aumenta as taxas de detecção e tratamento da doença 3 vezes mais relativamente às verificadas na prática clínica de rotina sem utilização destes instrumentos.⁶⁰

As escalas devem ser escolhidas em função do Serviço de Saúde em causa e do momento da fase PN em que a mulher se encontra.⁹

Relativamente às escalas utilizadas para rastrear a DPN no PP, existem duas que se destacam pela sua larga utilização e eficácia - *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* e *Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)*.⁶⁰

A EPDS apesar de ter sido desenvolvida com intuito de ser aplicada no PP, pelo menos dois estudos já a utilizaram durante a gravidez, tendo os resultados sido semelhantes aos obtidos quando aplicado no PP.⁶⁰ Aborda sintomas emocionais e cognitivos, excluindo propositadamente os sintomas somáticos da depressão, por poderem ser fisiológicos nesta fase, também avalia a severidade e duração da DPN, por auto-preenchimento (Quadro 1).^{21,23,60,61}

É constituída por 10 questões, em que cada item pode ser pontuado com 0, 1, 2 ou 3 pontos, de acordo com a intensidade do sintoma, sendo o máximo obtido de 30 pontos; pode-se considerar que existe grande probabilidade de DPN quando obtidos 12 ou mais pontos.^{21,25} Os autores desta escala recomendam que se considere um score \geq 10 para DPP, para tentar reduzir o erro de falsos negativos, para valores inferiores a 10%.⁶¹

Esta escala tem sido largamente utilizada em muitos estudos, ainda que apresente limitações, segundo alguns autores: avalia essencialmente a ansiedade; ausência de itens específicos da maternidade; é questionável o facto de terem sido excluídos os sintomas somáticos da depressão; a escala temporal remete apenas para os últimos 7 dias e elevado número de falsos positivos que apresenta.^{23,30,33,60,61}

A EPDS não faz o diagnóstico de DPN, visto que consiste num auto-relato, o que constitui o diagnóstico é a realização de uma consulta standardizada dirigida para esse fim.¹¹

Quadro 1 – *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*

Por favor assinale a resposta que mais se aproxima do que tem sentido nos últimos 7 dias, não apenas de como se sente hoje.
1) Tenho sido capaz de rir e achar graça às coisas: (...) como sempre fiz (...) não tanto como antes (...) sem dúvida menos do que antes (...) de forma nenhuma
2) Sinto prazer quando penso no que vai acontecer no meu dia-a-dia: (...) como sempre senti (...) talvez menos do que antes (...) com certeza menos (...) de forma nenhuma
3) Tenho-me culpado, sem necessidade, quando as coisas não correm bem: (...) sim, na maioria das vezes (...) sim, algumas vezes (...) não muitas vezes (...) nenhuma vez
4) Tenho-me sentido ansiosa e preocupada sem razão: (...) não, de maneira nenhuma (...) poucas vezes (...) sim, algumas vezes (...) sim, muitas vezes
5) Tenho-me sentido assustada ou em pânico sem motivo: (...) sim, muitas vezes (...) sim, algumas vezes (...) não muitas vezes (...) nenhuma vez
6) Tenho-me sentido “esmagada” pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia: (...) sim, na maioria das vezes não consigo lidar bem com eles (...) sim, algumas vezes não consigo lidar bem com eles (...) não, na maioria das vezes eu consigo lidar bem com eles (...) não, eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes
7) Tenho-me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldades em dormir: (...) sim, na maioria das vezes (...) sim, algumas vezes (...) não muitas vezes (...) não, nenhuma vez
8) Tenho-me sentido triste e arrasada: (...) sim, na maioria das vezes (...) sim, muitas vezes (...) não muitas vezes (...) não, de forma nenhuma
9) Tenho-me sentido tão infeliz que tenho chorado: (...) sim, muitas vezes ultimamente (...) algumas vezes nos últimos dias (...) poucas vezes ultimamente (...) nenhuma vez
10) A ideia de fazer mal a mim mesma já me passou pela cabeça: (...) sim, muitas vezes ultimamente (...) algumas vezes nos últimos dias (...) poucas vezes ultimamente (...) nenhuma vez

Adaptado de: Mattar R, Silva EYK, Camano L, Abrahão AR, Colás OR, Neto JA, Lippi UG. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.*2007; 29(9): 470-7.⁽⁶²⁾

A PDSS é uma escala que foi desenvolvida para fazer face às dificuldades existentes, nomeadamente, na escala de rastreio anteriormente apresentada, integrando as 7 dimensões sintomáticas da DPP e itens inerentes à maternidade (Quadro 2).^{5,60}

Os 35 itens que apresenta poderão ser avaliados com respostas variando entre o “discordo muito” (1 ponto), “discordo” (2 pontos), “não concordo, nem discordo” (3 pontos), “concordo” (4 pontos) ou “concordo muito” (5 pontos).⁶⁰ A pontuação total pode variar entre 35 e 175 pontos, sendo que quanto mais elevada for a pontuação, maior a gravidade da situação, pelo que a pontuação permite fazer uma avaliação da gravidade geral da sintomatologia.⁶⁰ Assim, é possível conhecer o perfil da mulher e individualizar o plano terapêutico.⁶⁰

Após a avaliação dos vários instrumentos baseados em sintomas e utilizados para rastreio da DPN concluiu-se que a EPDS e a PDSS têm eficácia superior às restantes escalas.⁶⁰

Estas escalas poderão ser aplicadas universalmente, devendo ser posteriormente aplicadas entrevistas clínicas direccionadas e estruturadas tendo em conta a DPN.³⁸

O diagnóstico de DPN não é fácil, dada a variabilidade de sintomatologia, pelo que o diagnóstico correcto requer o conhecimento do desenvolvimento dos sintomas e o facto de surgir no 1º ano de PP.²¹ Deve ser realizada uma história detalhada dos episódios depressivos, incluindo os que surgiram no PP, averiguar antecedentes de transtorno disfórico pré-menstrual, história familiar de depressão, incluindo DPN, desencadeantes de *stress* actual e passado, descrição dos suportes sociais, particularmente nos cuidados ao recém-nascido, atitude face à gravidez, incluindo as expectativas enquanto mãe.²

Quadro 2 – Descrição e itens pertencentes a cada dimensão da *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS)

Dimensão	Itens	Descrição
Distúrbios do apetite e do sono	<ul style="list-style-type: none"> - Tive dificuldades em dormir mesmo quando o meu bebé dormia - Perdi o apetite - Acordei a meio da noite e tive dificuldade em voltar a adormecer - Dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer - Sabia que devia comer mas não consegui 	Avalia a percepção de que há alterações nos seus hábitos de sono e apetite.
Ansiedade/ Insegurança	<ul style="list-style-type: none"> - Senti-me completamente sozinha - Senti-me verdadeiramente angustiada/ oprimida - Senti que estava a sair fora de mim (muito nervosa) - Senti-me nervosa pela mínima coisa relacionada com o bebé - Senti-me inquieta, tinha de andar de um lado para o outro 	Avalia os sentimentos de ansiedade, insegurança e de estar a ser pressionada e “esmagada” no seu papel de mãe.
Labilidade emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Chorei muito sem motivo/razão - Tive medo de nunca mais voltar a ser feliz - Senti altos e baixos nas minhas emoções - Tenho andado muito irritável - Senti-me cheia de raiva, quase a explodir 	Avalia a percepção de que as suas emoções são instáveis e fora do seu controlo.
Confusão Mental	<ul style="list-style-type: none"> - Não consegui concentrar-me em nada - Senti que estava a perder o juízo - Pensei que estava a enlouquecer - Tenho tido dificuldades em tomar decisões mesmo simples - Tive dificuldades em concentrar-me numa tarefa 	Avalia a capacidade percebida para se concentrar, tomar decisões e regular os seus próprios processos de pensamento.
Perda do <i>Self</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Já não sabia quem eu era - Senti que estava a tornar-me uma estranha para mim própria - Tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa - Senti que não era uma pessoa normal - Não me senti real 	Avalia a percepção de que alguns aspectos da sua identidade pessoal se têm alterado desde o nascimento do bebé.
Culpa/ Vergonha	<ul style="list-style-type: none"> - Senti que não era a mãe que desejava ser - Senti que as outras mães eram melhores do que eu - Senti-me culpada por não sentir o amor que devia ter pelo meu bebé - Senti que tinha de esconder o que pensava ou sentia pelo meu bebé - Senti-me um fracasso como mãe 	Avalia os sentimentos de culpa e vergonha relacionados com a percepção de falta de capacidade para ser mãe e com os pensamentos negativos em relação ao bebé.
Pensamentos Suicidas	<ul style="list-style-type: none"> - Pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo - Comecei a pensar que estaria melhor morta - Quis fazer mal a mim própria - Senti que o meu bebé estaria melhor sem mim - Só queria deixar este mundo 	Avalia o desejo de fazer mal a si própria ou acabar com a sua vida como escape para a DPP.

Adaptado de: Pereira ATF. Postpartum Depression Screening Scale – Validação para a população Portuguesa. PhD [dissertação]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2008: 78-99, 103-116.⁽⁶⁰⁾

7 – DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Tive como ponto de partida as seguintes questões:
Como se caracteriza a depressão perinatal? Quais os factores de risco da depressão perinatal? Que estratégias poderão ser utilizadas pelo Médico de Família na prevenção da depressão perinatal?

Decidi realizar uma revisão sistemática de literatura com o intuito de encontrar respostas para as mesmas. Assim, tive possibilidade de verificar que sendo a DPN uma doença grave, considerada um problema de saúde pública, universal e multicultural, com consequências para a mulher, criança, cônjuge e restante família/comunidade, é de extrema importância implementar estratégias preventivas tendo por base os factores de risco e promover precocemente medidas de tratamento.^{7,10,17,57}

Existem FRs biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturais e demográficos, inerentes à mãe, ao pai, à criança/s e restante família e meio onde estão inseridos, aumentando a probabilidade desta perturbação por interferência simultânea de vários factores.^{18,43}

As estratégias de prevenção utilizando medicação ou aconselhamento nem sempre têm demonstrado melhorias efectivas, pelo que deverão ser preconizados cuidados antecipatórios, previamente à concepção, dos quais se salientam sessões de educação para a saúde sobre prevenção da DPN, planeamento familiar/saúde reprodutiva e avaliação precoce de potenciais FRs a nível da sensibilização/informação sobre a DPN.^{2,3,11,16,37} Se uma mulher já apresenta sintomas que indiquem compromisso do estado mental de DPN, a detecção precoce através de um estudo sistemático pode promover a prevenção secundária e terciária adequada.²

Por a maioria dos FRs não serem facilmente identificados e controlados, a sua prevenção torna-se difícil também.⁶ No entanto, deverá ser tido em conta que os FRs estão extremamente interligados, pelo que a influência positiva num deles poderá condicionar outros, por exemplo, dormindo melhor haverá mais disponibilidade para a relação mãe/filho, adquirir-se-á mais motivação e disponibilidade para si e para os outros, mais vontade para praticar exercício físico regular e preparar refeições mais nutritivas.^{2,21} Desta forma, os estudos existentes mostram que as estratégias combinadas e dirigidas aos FRs em questão podem ajudar na prevenção da DPN.²

Há que ressaltar que existem aspectos individuais que influenciam o desenvolvimento ou não da DPN, mas que ainda não estão claramente estudados.² Por exemplo, uma mulher com uma personalidade forte e com história familiar de DPN pode prevenir eficazmente esta patologia sem ter de recorrer a medicação, apenas através de estratégias de resposta ao *stress* positivas, com suporte social adequado, alimentação cuidada, exercício físico regular e bons hábitos de sono.² Outra mulher com o mesmo tipo de personalidade e de história familiar, poderá necessitar de medicação, mesmo tendo todos os cuidados descritos.²

Continuam ainda por esclarecer exactamente como actuam os biomarcadores genéticos e biológicos, bem como melhorar a forma de actuação da psicoterapia, da farmacoterapia, neuroprotecção, neuromodulação e *neurofeedback*.²

Pelo facto de a DPN ser uma patologia debilitante que pode condicionar sequelas duradouras, será necessário intervir com estratégias estruturadas para que possa ser prevenida e tratada precocemente.³ A eficácia nas estratégias de prevenção promove saúde, felicidade e bem-estar na experiência do PP para a mulher/criança e

restante família.⁸ Contudo, actualmente, sabe-se relativamente pouco acerca das estratégias de prevenção eficazes da DPN.³⁶

O acompanhamento destas situações implica uma abordagem multidisciplinar, dada a sua complexidade multifactorial com envolvimento dos profissionais de saúde com a mulher/parceiro/filho e outros familiares e amigos.²¹ É necessário um trabalho conjunto por parte de Médicos, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Psicólogos e Nutricionistas, por estarem numa posição privilegiada de contacto com a mulher, no sentido de despistar, diagnosticar, assistir e tratar precocemente a DPN de forma eficaz, com encaminhamento para especialistas quando necessário.^{53,63}

Principalmente o Médico de Família e Obstetra deverão ter o cuidado de durante a gravidez averiguar a existência de FRs para uma intervenção precoce e oportunamente eficaz, tendo em vista a promoção do bem-estar da mulher/família e futuro filho, tendo em atenção que tanto os homens como as mulheres apresentam particular risco de DPN, desempenhando papel importante os Pediatras no acompanhamento do PP.^{4,53,54}

Deverão estar os profissionais de saúde familiarizados com a sintomatologia da DPN com o intuito de intervir rapidamente, sendo frequente: alterações bruscas do humor, com períodos de tristeza, anedonia, desânimo, irritabilidade, disforia com ataques de ansiedade, choro, perda de interesse pelo quotidiano, baixa auto-estima, alterações do apetite e sono, deficiente asseio pessoal e com os cuidados de saúde materna e culpabilização.^{5,7-9,11,20,25,37} Frequentemente, os sintomas não são valorizados pela própria e pelos que a rodeiam atribuindo-os à gravidez/parto.³⁶

Foram encontrados resultados positivos através do acompanhamento em sessões de esclarecimento ao longo de toda a gravidez e imediatamente após o parto, através de regime de cuidados individualizados.³ Estes dados levam a concluir que será possível reduzir a incidência de DPN através do acompanhamento personalizado a nível dos cuidados de saúde primários, hospitalares e domiciliários.³

São estratégias efectivas de sucesso: o acompanhamento durante a gravidez, o trabalho de parto e PP, breves sessões de psicoterapia individuais e em grupo e o alargamento de visitas domiciliárias em famílias vulneráveis.³

Nas situações em que os sintomas depressivos surgem depois do parto, mas antes da saída da maternidade, as mulheres devem ser encaminhadas para uma sessão onde serão dadas informações relativas ao crescimento normal da criança e às atitudes a ter nesta fase, permitindo a exposição de dúvidas.^{3,9}

Há que disponibilizar informação sobre: a relação mãe/filho/pai/irmãos; desmistificação da ideia de “mãe-perfeita” e de outros mitos e crenças; experiência do parto; esclarecimento sobre problemas comuns nas crianças; aleitamento materno; estratégias promotoras de sono; nova dinâmica do casal e da família; importância do suporte social e da realização de actividades ocupacionais e recreativas, nomeadamente, ao ar livre, salientando-se a actividade física.^{2,11,16,38,39} Estas estratégias têm-se mostrado eficazes.^{11,16,25,32,38}

A complexidade de intervenção para a prevenção e tratamento da DPN apela à formação dos profissionais de saúde, motivando-os e familiarizando-os com estratégias que lhes permitem: lidar com mulheres/pais/famílias com DPN ou em risco,

possibilitando a expressão de sentimentos, receios e ansiedades; informar a família da mulher/pai sobre a situação que está a vivenciar e as estratégias a adoptar para resolução da situação; promover a confiança e segurança à puérpera, principalmente no que se refere às suas competências enquanto mãe, com a sensibilidade necessária, minimizando o seu sofrimento e promovendo o seu bem-estar, inclusive da criança.^{6,13,39}

Existe a necessidade de promover mais estudos na área da DPN, nomeadamente, no que se refere a estratégias de prevenção, tendo-se verificado algumas limitações nos estudos revistos.^{3,5,14,15,29,31,36}

Relativamente aos instrumentos de rastreio, existe a necessidade de um aperfeiçoamento dos mesmos, evitando as elevadas taxas de falsos negativos e aumentando a sua validade, apesar da utilidade da EPDS complementada pela PDSS.^{3,14}

Os estudos farmacológicos nem sempre são muito conclusivos, exigindo maior aprofundamento, nomeadamente para o período da gravidez e aleitamento materno, com o objectivo de se perceber as implicações e eficácia quando utilizados nas diferentes fases perinatais.^{1,14}

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Professor Doutor Hernâni Caniço e ao Senhor Professor Doutor José Manuel Silva por todo o apoio prestado, pela disponibilidade e prontidão no esclarecimento das dúvidas.

Aos meus pais, Maria José e José Vasco, pilares incondicionais e insubstituíveis da minha vida, que sempre acreditaram em mim e tudo têm feito para tornar os meus sonhos realidade.

À minha irmã e confidente, Maria Rita, que é e sempre será um motivo de orgulho.

Aos meus avós, Ângela, Manuel, Leonor e Edmundo, ainda que já nem todos estejam presentes, desde sempre assumiram o papel de “segundos-pais”, demonstrando ter orgulho em mim, apesar dos defeitos e virtudes, depositando em mim os seus sonhos.

Ao Tiago, companheiro de todas as horas, pelo apoio, incentivo, paciência e carinho incondicionais.

A toda a minha família, que mesmo longe faz questão de estar sempre presente.

Aos meus amigos, aqueles que estiveram presentes em todos os momentos.

À Doutora Ana Telma Pereira pelo apoio e incentivo dado e pela facilitação de dados importantes na realização deste trabalho.

A todas as mulheres que sofreram e sofrem, muitas vezes, em silêncio com Depressão perinatal e que despertaram em mim a vontade de querer fazer mais neste âmbito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Howard L, Hoffbrand SE, Henshaw C, Boath L, Bradley E. Antidepressant prevention of postnatal depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1, Art. No CD 004363; 1-13.
- 2- Miller LJ, LaRusso EM. Preventing Postpartum Depression. *Psychiatr Clin N Am.* 2011; 34: 53-65. PubMed; PMID 21333839
- 3- Ogrodniczuk JS, Piper WE. Preventing Postnatal Depression: A review of research findings. *Harv Rev Psychiatry.* 2003; 11: 291-307. PubMed; PMID 14713566
- 4- Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects. *J Affect Disord.* 2011; 132: 146-157. PubMed; PMID 21420178
- 5- Marques MVP. Factores de Risco da Depressão Pós-parto: Uma abordagem multidimensional. PhD [dissertação]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2011: 11-54, 78-132, 236-262.
- 6- Guedes-Silva D, Souza MR, Moreira VP, Genestra M. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. *Revista Mal-estar e Subjectividade.* 2003; 3(2): 439-50.
- 7- Dennis CLE. Preventing Postpartum Depression Part I: A Review of Biological Interventions. *Can J Psychiatry.* 2004; 49(7): 467-475. PubMed; PMID 15362251

- 8- Ugarriza DN, Brown SED, Chang-Martinez C. Anglo-American Mothers and the prevention of postpartum depression. *Issues Ment Health Nurs.* 2007; 28: 781-98. PubMed; PMID 17654111
- 9- Schardosim JM, Heldt E. Postpartum depression screening scales: a systematic review. *Rev Gaucha Enferm.* 2011; 32(1):159-66. PubMed; PMID 21888217
- 10- Ross LE. Perinatal Mental Health in Lesbian Mothers: A review of Potential Risk and Protective Factors. *Women Health.* 2005; 41(3): 113-128. PubMed; PMID 15970579
- 11- Dennis CL, Creedy DK. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4, Art. No CD 001134; 1-36.
- 12- Schmidt EB, Picoloto NM, Muller MC. Depressão Pós-parto: factores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF.* 2005; 10(1): 61-68.
- 13- Glavin K, Smith L, Sorum R, Ellefsen B. Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women – a one-year follow-up study. *J Clin Nurs.* 2010; 19: 3051-61. PubMed; PMID 20726926
- 14- Boath E, Bradley E, Henshaw C. The prevention of postnatal depression: A narrative systemic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* Setembro de 2005; 26(3): 185-192. PubMed; PMID 16295516

- 15- Beck CT. State of the Science on Postpartum Depression: What nurse researchers have contributed. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2008; 33(2): 121-26. PubMed; PMID 18327112
- 16- Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Rogé B, Mullet E. Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychol Med.* 2002; 32: 1039-1047. PubMed; PMID 12214785
- 17- Gomes LA, Torquato VS, Feitoza AR, Souza RA, Silva MA, Pontes RJ. Identificação dos Factores de Risco para Depressão Pós-Parto: Importância do Diagnóstico Precoce. *Rev Rene.*2010; 11: 117-23.
- 18- Xie R, Yang J, Liao S, Xie H, Walker M, Wen SW. Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. *Aust N Z J Obst Gynaecol.* 2010; 50: 340-45. PubMed; PMID 20716261
- 19- Skrundz M, Bolten M, Nast I, Hellhammer DH, Meinlschmidt G. Plasma Oxytocin Concentration during Pregnancy is associated with Development of Postpartum Depression. *Neuropsychopharmacology.* 2011; 36: 1886-93. PubMed; PMID 21562482
- 20- Zinga D, Phillips SD, Born L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Rev Bras Psiquiatr.* 2005; 27(2): 56-64.
- 21- Santos Cm, Almeida GO, Souza TS. Depressão Pós-parto: Revisão da literatura. *Psicologia & foco.* 2009; 3(2): 1-13.

- 22- Scrandis DA, Sheikh TM, Niazi R, Tonelli LH, Postolache TT. Depression after Delivery: Risk factors, Diagnostic and Therapeutic considerations. *Scientific World Journal*. 2007; 7: 1670-82. PubMed; PMID 17982562
- 23- Marcus SM. Depression during Pregnancy: Rates, Risks and Consequences. *Can J Clin Pharmacol*. 2009; 16 (1): 15-22. PubMed; PMID 19164843
- 24- Mozurkewich E, Chilimigras J, Klemens C, Keeton K, Albaugh L, Hamilton S, et al. The mothers, omega-3 and mental health study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011; 11 (46): 1-9. PubMed; PMID 21696635
- 25- Daley AJ, MacArthur C, Winter H. The role of exercise in treating postpartum depression: a review of the literature. *J Midwifery Womens Health*. 2007; 52(1): 56-61. PubMed; PMID 17207752
- 26- Petrou S, Cooper P, Murray L, Davidson LL. Cost-effectiveness of a preventive counseling and support package for postnatal depression. *Int J Technol Assess Health Care*. 2006; 22(4): 443-453. PubMed; PMID 16984677
- 27- Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2007; 10: 103-9. PubMed; PMID 17510776
- 28- Maia BR, Marques M, Bos S, Pereira AT, Soares MJ, Valente J, et al. Epidemiology of Perinatal Depression in Portugal: Categorical and Dimensional Approach. *Acta Med Port*. 2011; 24(S2): 443-8. PubMed; PMID 22849933

- 29- Klier CM, Rosenblum KL, Zeller M, Steinhardt K, Bergemann N, Muzik M. A multirisk approach to predicting chronicity of postpartum depression symptoms. *Depress Anxiety*. 2008; 25(8): 718-24. PubMed; PMID 18729148
- 30- Lumley J, Austin MP. What interventions may reduce postpartum depression. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2001; 13(6): 605-611. PubMed; PMID 11707664
- 31- Austin MP. Targeted group antenatal prevention of postnatal depression: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2003; 107: 244-50. PubMed; PMID 12662246
- 32- Bennett S, Alpert M, Kubulins V, Hansler RL. Use of modified spectacles and light bulbs to block blue light at night may prevent postpartum depression. *Med Hypotheses*. 2009; 73: 252-53. PubMed; PMID 19329259
- 33- Demissie Z, Siega-Riz AM, Evenson KR, Herring AH, Dole N, Gaynes BN. Associations between Physical Activity and Postpartum Depressive Symptoms. *J Womens Health*. 2011; 20 (7): 1025-1034. PubMed; PMID 21668353
- 34- Surkan PJ, Radestad I, Cnattingus S, Steineck G, Dickman PW. Social Support after stillbirth for prevention of maternal depression. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009; 88: 1358-1364. PubMed; PMID 19878084
- 35- Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2011; 14: 247-55. PubMed; PMID 21479759

- 36- Ho SM, Heh SS, Jevitt CM, Huang LH, Fu YY, Wang LL. Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postpartum depression – A randomized controlled evaluation study. *Patient Educ Couns.* 2009; 77: 68-71. PubMed; PMID 19376677
- 37- Wilen JM, Mounts KO. Women with Depression – “You can’t tell by looking”. *Matern Child Health J.* 2006; 10: 183-6. PubMed; PMID 16752092
- 38- Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting and safety practices: a review. *Infant Behav.* 2010; 33(1): 1-9. PubMed; PMID 19962196
- 39- Bilszta J, Ericksen J, Buist A, Milgrom J. Women’s experience of postnatal depression – beliefs and attitudes as barriers to care. *Australian Journal of Advancing Nursing.* 2006; 27(3): 44-54.
- 40- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal Depression Effects and Interventions: A review. *Infant Behav Dev.* 2010; 33 (4): 409-18. PubMed; PMID 20471091
- 41- Figueiredo B, Costa R. Mother’s stress, mood and emotional involvement with the infant: 3 months before and 3 months after childbirth. *Arch Womens Ment Health.* 2009; 12: 143-53. PubMed; PMID 19259772
- 42- Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systematic review. *Pediatrics.* 2009; 123: 736-51. PubMed; PMID 19336362

- 43- McCoy SJB, Beal JM, Shipman SBM, Payton ME, Watson GH. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *J Am Osteopath Assoc.* 2006; 106(4): 193-8. PubMed; PMID 16627773
- 44- Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Findling RL, Rapport D. Prevention of Postpartum Depression: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Am J Psychiatry.* 2004; 161(7): 1290-92. PubMed; PMID 15229064
- 45- Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Findling RL, et al. Prevention of Recurrent Postpartum Depression: A randomized clinical trial. *J Clin Psychiatry.* 2001 Fevereiro; 62(2): 82-86. PubMed; PMID 11247106
- 46- Goyal D, Gay C, Lee KA. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depression symptoms in first time mothers? *Womens Health Issues.* 2010; 20(2): 96-104. PubMed; PMID 20133153
- 47- Corwin EJ, Kohen R, Jarrett M, Stafford B. The Heritability of Postpartum Depression. *Biol Res Nurs.* 2010; 12 (1): 73-83. PubMed; PMID 20453020
- 48- Armony-Sivan R, Shao J, Li M, Zhao G, Zhao Z, Xu G, et al. No relationship between maternal iron status and postpartum depression in two samples in China. *J Pregnancy.* 2012: 1-7. PubMed; PMID 22900184
- 49- Correia LL, Linhares MB. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. *Ver Latino-am Enfermagem.* 2007; 15(4): 1-8.

- 50- Mott SL, Schiller CE, Richards JG, O'Hara MW, Stuart S. Depression and anxiety among postpartum and adoptive mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2011; 14(4): 335-43. PubMed; PMID 21725836
- 51- Carter FA, Frampton CMA, Mulder R. Cesarean section and Postpartum Depression: a review of the evidence examining the link. *Psychosom Med*. 2006; 68: 321-30. PubMed; PMID 16554400
- 52- Feinberg E, Stein R, Diaz-Linhart Y, Egbert L, Beardslee W, Hegel MT, et al. Adaptation of Problem-Solving Treatment for Prevention of Depression Among Low-Income, Culturally Diverse Mothers. *Fam Community Health*. 2012; 35(1): 57-67. PubMed; PMID 22143488
- 53- Heilemann MSV, Frutos L, Lee KA, Kury FS. Protective strength factors, resources and risks in relation to depressive symptoms among childbearing women of Mexican descent. *Health Care Women Int*. 2001; 25: 88-106. PubMed; PMID 14742112
- 54- Howard LM, Boath E, Henshaw C. Antidepressant Prevention of Postnatal Depression. *Cochrane Database Syst Rev* CD 004363. 2006; 3(10): 1741-2. PubMed; PMID 15846711
- 55- Tsai R, Scharffir J. Effect of depot medroxyprogesterone acetate on postpartum depression. *Contraception*. 2010; 82:174-77. PubMed; PMID 20654759
- 56- Norman E, Sherburn M, Osborne RH, Galea MP. An Exercise and Education Program improves well-being of new mothers: a randomized controlled trial. *Phys Ther*. 2010; 90: 348-55. PubMed; PMID 20056720

- 57- Tavares M, Botelho M. Prevenir a Depressão pós-parto: Uma análise ao conhecimento existente. *Pensar Enfermagem*. 2009; 13(2): 19-29.
- 58- Dennis CLE. Preventing Postpartum Depression Part II: A critical review of Nonbiological Interventions. *Can J Psychiatry*. 2004; 49 (8): 526-538. PubMed; PMID 15453102
- 59- Chaudron LH, Szilagyi PG, Campbell AT, Mounts KO, McInerney TK. Legal and Ethical Considerations: Risks and Benefits of Postpartum Depression Screening at Well-Child Visits. *Pediatrics*. 2007; 119 (1): 123-28. PubMed; PMID 17200279
- 60- Pereira ATF. Postpartum Depression Screening Scale – Validação para a população Portuguesa. PhD [dissertação]. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2008: 78-99, 103-116.
- 61- Horowitz JA, Murphy CA, Gregory KE, Wojcik J. A community-based screening initiative to identify mothers at risk for postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011; 40(1): 52-61. PubMed; PMID 21121945
- 62- Mattar R, Silva EYK, Camano L, Abrahão AR, Colás OR, Neto JA, Lippi UG. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29(9): 470-7.
- 63- Dimidjian S, Goodman S. Nonpharmacologic Intervention and Prevention Strategies for Depression During Pregnancy and the Postpartum. *Clin Obstet Gynecol*. 2009; 52 (3): 498-515. PubMed; PMID 19661764