

Depressão pós-parto: revisão da literatura

Postpartum depression: literature review

Laise Cordeiro de Aquino¹, Lozanio Silveira Cordeiro¹, Paullie Cordeiro de Oliveira Barbosa¹, Natália Martin¹, Maria Etelvina Pinto-Fochi^{1*}

¹Faculdade de Medicina, União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

[*Autor correspondente: mep.fochi@yahoo.com.br]

Data de submissão: 28 de setembro de 2022

Data de aceite: 16 de dezembro de 2022

Data de publicação: 27 de dezembro de 2022

RESUMO

A depressão pós-parto (DPP) é definida como um transtorno mental com alta prevalência, acompanhada de alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Geralmente inicia entre a quarta e oitava semana após o parto (por vezes mais tarde, mas ainda dentro do primeiro ano) e pode persistir por mais de um ano. O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, onde visou identificar fatores associados à DPP, incluindo fatores de risco, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento. A partir das análises os dados permitiram compreender que ao longo do período pós-parto as mulheres que apresentaram DPP tinham como fator associado a falta de suporte familiar, baixo perfil econômico, falta de acompanhamento profissional especializado e gravidez na adolescência. Este transtorno psiquiátrico pode afetar a paciente, o bebê e a relações familiares, como a baixa adesão ao aleitamento e negligência no autocuidado.

Palavras Chaves: Depressão pós-parto; Período pós-parto; Transtornos psiquiátricos.

ABSTRACT

Postpartum depression (PPD) is defined as a highly prevalent mental disorder, accompanied by emotional, cognitive, behavioral and physical changes. It usually starts between the fourth and eighth week after delivery (sometimes later, but still within the first year) and can persist for over a year. The study is a literature review, which aimed to identify factors associated with PPD, including risk factors, clinical manifestations, diagnosis and treatment. From the analysis, the data allowed us to understand that throughout the postpartum period, women who presented PPD had as a factor associated with lack of family support, low economic profile, lack of specialized professional monitoring and teenage pregnancy. This psychiatric disorder can affect the patient, the baby and family relationships, such as low adherence to breastfeeding and negligence in self-care.

Keywords: Postpartum depression; Postpartum period; Psychiatric disorders.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 350 milhões de pessoas em todo o mundo apresentam sintomas de depressão, podendo-se dizer que se trata de um fenômeno multicultural e que afeta, por ano, algo em torno de 5% da população mundial. O Brasil entra em primeiro lugar no ranking da prevalência da doença em países em desenvolvimento¹. A depressão como doença, de acordo com o manual da Classificação Internacional das Doenças (CID-10, 1993), é classificada quanto à intensidade e predomínio de tipos de sintomas, com a finalidade de quantificar a gravidade da doença e o nível de comprometimento da pessoa acometida¹⁻³.

Dentre os tipos de depressão, têm-se a depressão pós-parto (DPP), que é definida como um transtorno mental com alta prevalência, acompanhada de alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Apresenta início insidioso e pode levar até semanas após o parto para a manifestação dos sintomas. É possível considerá-la como uma patologia com derivação combinada de fatores biopsicossociais, de difícil controle e também que seu surgimento atua de forma implacável¹. A DPP geralmente inicia entre a quarta e oitava semana após o parto (por vezes mais tarde, mas ainda dentro do primeiro ano) e pode persistir por mais de um ano^{1, 2}. De acordo com o DSM³ (Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais), o Transtorno Depressivo Maior pode ter como especificador o pós-parto, desde que este início ocorra no período de quatro semanas após o nascimento.

Podemos classificar a DPP quando a paciente apresenta um humor deprimido, perda de prazer e falta de interesse nas atividades, alteração no apetite e/ou no peso, sono desregulado, sensação de falta de ar, sentimento de inutilidade, culpa, perda de concentração, dificuldade de tomar decisões, possibilidade de pensamentos de morte ou até mesmo de suicídio^{2,3}.

Ao nascimento do filho, a mulher passa por muitas transformações. Essa fase demanda muitas adaptações em relação aos cuidados essenciais ao bebê, mudanças de horários nos descansos da mãe (principalmente nos primeiros dias), maior vulnerabilidade, requerendo, pois, maior atenção nesse início. Diante de todas essas mudanças na vida da mulher, e junto com as questões hormonais que envolvem esse período, pode ocorrer a DPP^{3,4}.

Com a manifestação da DPP apesar de ser algo intrínseco à mãe, afeta diretamente o bebê, o qual pode crescer tendo pensamentos de que a mãe não o ama, ou a mãe está cansada demais para dar atenção, o que prejudica o desenvolvimento da criança^{4,5}.

De modo geral, a DPP tem um quadro clínico característico da depressão. Mesmo sendo de início difícil e abrupto, tende a ser favorável. Quando a mãe é diagnosticada com a DPP, a família é fundamental para dar apoio, o que facilita a aceitação da mãe ao tratamento terapêutico e farmacológico para controlar a doença⁶.

O tratamento será de acordo com o quadro da paciente, podendo ser tratado por psicoterapia, podendo em casos mais graves ser necessário o uso de medicação. É sempre bom ressaltar que o

emprego de abordagens diferenciadas, como aconselhamento durante a gestação, pode vir a diminuir o aparecimento de DPP, uma vez que a psicóloga trabalha com temas específicos, auxilia famílias e parentes próximos da mãe, o que torna muito mais fácil a compreensão para planejar estratégias que evitem que a mulher sofra durante o período da gestação e puerpério⁷.

Nesse contexto, este estudo objetiva, por meio de revisão bibliográfica, descrever os fatores que contribuem para o desenvolvimento da DPP.

MATERIAL E MÉTODOS

O desenvolvimento deste estudo foi baseado em revisão da literatura científica acerca do tema depressão pós-parto, através de pesquisa em base de dados como Google Acadêmico, Scielo e PubMed. Os artigos-base utilizados correspondem às áreas de medicina e psicologia, onde foram analisados aqueles mais relevantes ao tema, no período entre 1995 e 2016. Os descritores utilizados para a busca foram: depressão pós-parto; período pós-parto; transtornos psiquiátricos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil das puérperas e a influência na depressão pós-parto

Os estudos analisados demonstram que a maior parte das puérperas apresentava faixa etária entre 16 e 40 anos, com uma média de 24,9 anos. Além disso, foi possível observar, de acordo com os estudos, que a maior parte das puérperas possuem renda familiar que equivale

a um salário-mínimo, sendo fatores agregados a esta situação financeira os baixos níveis de escolaridade (possuíam ensino fundamental incompleto) e o estado civil. Este último foi considerado com um fator determinante em relação ao bem estar psicológico da puérpera, visto que o apoio que a mulher precisa nesse período é maior; apesar de não ser a maioria, existe um número relativo de mães solteiras^{5,6}.

Falta de suporte familiar

A falta de apoio do parceiro ou das demais pessoas que a grávida tem proximidade, pode ser um fator que influencia de forma considerável na etiologia da DPP. Pode-se dizer que a situação conjugal da grávida tem muita influência, sendo que instabilidades no relacionamento, com tendência a conflitos conjugais constantes, pode favorecer o aumento e possível tendência a desenvolver práticas de cuidados ineficazes com o bebê, ou até mesmo contribuir no desenvolvimento de sintomatologia depressiva da mãe^{5,6}.

Além disso, se a puérpera já apresentar histórico familiar ou manifestação prévia de algum transtorno mental, como histórico de abuso infantil, autoestima baixa, suporte social baixo, é recomendada uma intervenção para DPP⁵.

Gravidez na adolescência

A adolescência pode ser caracterizada como um período de vulnerabilidade, tanto física, quanto psicológica e social. Adolescência e gravidez são etapas críticas e de transição para o desenvolvimento da personalidade da mulher. Assim, pode-se perceber o quanto se torna difícil

quando o período dessas duas fases coincide. Quando a adolescente engravida, isso interfere de forma muito significativa na sua rotina, seja na relação com a família, na convivência na escola ou no relacionamento consigo mesma. Diante de todos os fatores, podemos dizer que a depressão nas adolescentes é um risco iminente. Tal condição envolve também a falta de maturidade afetiva, o fato de muitas vezes ter abandono precoce dos estudos (mesmo que por um tempo determinado), separação da rotina com os amigos e até mesmo uma possível frustração amorosa^{5,6}.

Acompanhamento especializado

Uma questão importante é o entendimento sobre a necessidade da mulher, que engloba sua saúde durante o período da gestação. A gravidez requer cuidados tanto durante a gestação quanto após o nascimento do bebê. A saúde da mãe precisa estar em boas condições para que haja maior probabilidade de sucesso neste período. O apoio à gravidez é fundamental para minimizar o aparecimento de fatores que possam desencadear a DPP⁷. Alguns autores também sugerem que se a depressão for diagnosticada e não tratada durante a gestação, há um risco maior de depressão após o parto, ideação e tentativas suicidas⁸. Por isso, o acompanhamento da gravidez com profissionais de saúde capacitados é fundamental. Dennis⁹ aponta evidências de que o estado de humor da mãe imediatamente após o parto pode ser preditivo de DPP.

Manifestações clínicas

Os sintomas da DPP incluem irritabilidade,

maior frequência de choros, sentimentos de solidão, desamparo, desesperança, falta de energia, falta de motivação, desinteresse sexual, alterações na forma de se alimentar, alterações do sono, sensação de não ser capaz de lidar com essa nova situação e queixas psicossomáticas⁶. Cefaleia, dores nas costas, erupções na região vaginal, dor abdominal, e todos os sintomas sem causa orgânica aparente, podem ser relatados por uma mãe com DPP².

No geral, os sintomas depressivos não são diferentes daqueles presentes nos episódios não relacionados ao parto, incluindo em ambos, instabilidade de humor e preocupações, sendo que a intensidade pode variar³.

O transtorno do humor que acomete as mulheres no pós-parto também inclui melancolia da maternidade, a qual é conhecida ou determinada como “baby blues”^{10,11}, ou “tristeza pós-parto”³, além das psicoses puerperais¹⁰. “Baby blues” é caracterizado por um período curto de emoções voláteis, que geralmente ocorrem entre o segundo e o quinto dia pós-parto, tendo geralmente remissão espontânea^{10,11}. As psicoses no período pós-parto se manifestam com sintomas intensos, que incluem ruminções graves, pensamentos delirantes a respeito do bebê, o que aumenta o risco e danos para ambos. O infanticídio está ligado, com uma frequência maior, a episódios psicóticos no pós-parto, com alucinações de comando ou delírios de possessão que envolvem o bebê³; esses episódios requerem tratamento de forma mais intensa sendo necessário, para alguns casos, a hospitalização¹⁰⁻¹².

No quadro clínico da depressão na mulher, particularmente nessa época da vida, são

observadas algumas peculiaridades como a alta probabilidade de comorbidade com sintomas ansiosos e obsessivo-compulsivos, menor incidência de suicídio e resposta terapêutica mais demorada, requerendo o uso de mais de uma medicação. Infelizmente, as mulheres com DPP têm mais chance de apresentar episódios depressivos posteriores e, principalmente, novos episódios de DPP.

A DPP tende a causar uma significativa repercussão na qualidade de vida, no ambiente familiar e na interação da mãe com o bebê. Mães com DPP, quando comparadas com mães não-doentes, gastam um tempo menor olhando, tocando e falando com seus bebês e apresentam mais expressões negativas do que positivas. Além disso, elas se expressam menos com a face e são menos afetivas na interação com o filho. Mães com DPP podem ainda interromper a amamentação de forma mais precoce e lidam com seus bebês de forma indecisa, com pouco afeto e até mesmo confusas pela falta de habilidades na resolução de problemas ou na persistência necessária para estabelecer uma interação mais afetiva com seus filhos. Sem falar que a amamentação é um momento forte de interação e maior intimidade entre a mãe e o bebê. Os bebês são vulneráveis à depressão materna, isso porque dependem muito da qualidade dos cuidados e da responsividade emocional da mãe¹⁰⁻¹³.

Quando a DPP da mãe é muito grave e persistente, há maior chance de prejuízo na relação da mãe com o bebê e grandes repercussões no desenvolvimento da criança. Quando comparado um bebê de mãe deprimida com o de uma mãe não deprimida, pode-se ver

que os primeiros tendem a ter um afeto positivo menor e mais afeto negativo, podem vir a ter menor nível de atividades e menores vocalizações. Também pode ser observado que eles distanciam com mais frequência o olhar e apresentam mais aborrecimentos, além de expressão de tristeza, menor expressão de interesse e, mesmo com poucos meses de idade, tendem a ter uma aparência mais depressiva. Os bebês têm menor aconchego, pouca reciprocidade com a mãe e expressão emocional diminuída, são mais irritados e choram mais, têm mais problemas para se alimentar, o sono é menor e têm mais dificuldade com o desenvolvimento motor¹⁰⁻¹³.

Alguns estudos sugerem que a queda brusca de hormônios, que ocorre no pós-parto, implica em maior exacerbação e precipitação dos transtornos de humor, isso porque o estrogênio e a progesterona estão intimamente associados à regulação de diversos sistemas de neurotransmissão, incluindo o serotoninérgico. Hormônios neuroreguladores também têm sido estudados, como a prolactina, ocitocina, cortisol, hormônios da tireoide, sendo os resultados não conclusivos¹⁰⁻¹³.

Diagnóstico

A DPP é de difícil diagnóstico, isto porque não há um consenso final do próprio diagnóstico, etiologia e tratamento. Para caracterizá-la, esta deve ocorrer nas primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê, segundo os critérios do DSM, e seis semanas conforme a Classificação Internacional de Doenças – 10º edição (CID-10). Com relação à avaliação dos sintomas, há controvérsia sobre a

utilidade das escalas de autoavaliação tais como instrumentos de triagem para casos de doença mental no pós-parto. No Brasil, não é observada uma rotina de inclusão de instrumentos de detecção da depressão pela falta de conhecimento na sua utilização e ao tamanho das escalas que, em geral, são longas. No entanto, a superposição dos sintomas somáticos do pós-parto com os sintomas de depressão pode ser um importante fator de confusão; isso mostra a importância de ações de rastreamento do diagnóstico de depressão por profissionais não especialistas. Equipes como a de enfermagem integram contingente de profissionais que permanecem a maior parte do tempo em contato de forma direta com o paciente, o que viabiliza o uso de instrumentos mais específicos que podem vir a facilitar a identificação dos sintomas de DPP^{5, 6, 10}.

Estudos também relataram variações diagnósticas em uma mesma população, quando foram avaliadas por diferentes profissionais. Isso vem a ocorrer por causa da inexistência de um marcador biológico ou até mesmo outras formas de representações objetivamente mensuráveis para a maior parte dos transtornos psiquiátricos, bem como o diagnóstico realizado através de sintomas e síndromes clínicas.

Todavia, existem várias escalas de rastreamento da depressão de modo geral, que são validadas e publicadas em vários idiomas, como as de autoavaliação, as aplicadas por observadores, as de avaliação global e as mistas. As escalas de autoavaliação apresentam vantagens de uso em pacientes com transtorno de humor, isso porque o próprio paciente é o único que pode fornecer dados sobre seus

sentimentos e seu humor. Mas as desvantagens incluem a dificuldade em analisar a confiabilidade, além do fato que a utilização requer um grau mínimo de escolaridade e cooperação de quem está respondendo. Pacientes com patologias mais graves podem não se concentrar de forma suficiente para responder as questões^{6, 10}.

A avaliação dos sintomas vai depender da categoria que será incluída no instrumento, sendo essa a principal diferença entre as escalas. São exemplos de categorias de sintomas depressivos: o humor (tristeza, crise de choro ou até mesmo de risos), sintomas somáticos (alterações no sono, mudança de peso e apetite), sintomas motores (inibição, agitação), comportamentos sociais (apatia, isolamento), aspectos cognitivos (ideação de culpa e suicídio), ansiedade (psíquica, fóbica e somática) e irritabilidade (com hostilidade, autoagressão). Entretanto, como nem todas as categorias serão abordadas na escala, quando o profissional seleciona a escala a ser usada no estudo, este deve observar quais são os pontos pertinentes e qual é a mais adequada¹⁰.

Quando se trata de estudo sobre a depressão puerperal, tem-se as seguintes escalas: Edimburg Depression Postpartum Scale (EDPS), Pospartum Depression Screening Scale (PDSS), Hopkins Symptom Check List (SCL-25) e Self-Report Questionnaire 20 (SRQ-20), as quais variam quanto ao número de perguntas e categorias de sintomas que serão abordados. Essas escalas de rastreamento dos sintomas da depressão fazem parte da estratégia de busca ativa, sendo sua utilização maior em pesquisas e menos na prática clínica. Isso pode estar

relacionado ao tamanho e o tempo necessário para preenchimento^{5, 6, 10}.

Pode-se dizer que, de modo geral, a DPP apresenta um quadro clínico característico da depressão. O início do curso e seu prognóstico, mesmo sendo de início difícil e muito abrupto, de modo geral tende a ser favorável. A partir do momento que a mãe é diagnosticada com a DPP, o apoio da família é fundamental, pois isso muitas vezes facilita a aceitação da mãe ao tratamento (tanto terapêutico quanto farmacológico) para o melhor controle da doença⁶.

Tratamento

O tratamento da DPP será realizado de acordo com as necessidades da mulher, podendo ser tratada por psicoterapia e, nos casos mais graves, com uso de medicação. Vale ressaltar que o uso de abordagens diferenciadas, principalmente quando se tem um aconselhamento durante o período gestacional pode vir a diminuir o aparecimento da DPP^{6, 10}.

Psicólogos podem ajudar trabalhando com temas específicos, auxiliando também familiares e parentes próximos à mãe, o que pode tornar mais fácil a compreensão e o planejamento de estratégias para evitar o sofrimento durante o período gestacional e após a gestação⁷.

Portanto, pode-se dizer que a abordagem para o tratamento da DPP costuma ser multidisciplinar, envolvendo médico obstetra, pediatra, psiquiatra, psicólogo e outros profissionais. O tratamento será de acordo com a gravidade da doença. Quadros leves a moderados envolverão psicoterapia e tratamentos adjuvantes (prática de exercícios

físicos, suporte social, terapia de família) e, caso necessário, farmacoterapia. Em alguns casos em que a psicoterapia não esteja disponível ou até mesmo não foi bem-sucedida, a medicação pode ser uma alternativa. Nos quadros mais graves devem ser indicados antidepressivos e psicoterapia adjuvante. Quando se tem forte ideação suicida ou até mesmo nos casos em que se acredita haver possível ameaça de infanticídio, a opção recomendada é a eletroconvulsoterapia (ECT) e avaliar internação hospitalar. É sempre importante ressaltar que o medicamento não tem efeito imediato e são necessárias algumas semanas (4 a 8) para avaliar se está tendo eficácia. Quando se tem risco de recorrência, a terapia de manutenção deve ser considerada. Em casos que a paciente já faz ou fez uso de medicação, é sempre preferível a manutenção da medicação, com o cuidado de avaliar se tal medicamento é compatível com a amamentação. Quando se trata de tratamento farmacológico, os medicamentos de primeira escolha são os antidepressivos, como sertralina (50 mg/dia) e a paroxetina (20 mg/dia)^{5, 6, 10, 12}.

CONCLUSÃO

A DPP é mais comum do que se pode imaginar e requer maior atenção para as puérperas e seus bebês. É importante que o pré-natal seja bem realizado e que o pós-parto seja acompanhado, necessitando de um olhar atento do médico para identificar possíveis sintomas para que, uma vez diagnosticada, seja tratada de forma eficaz evitando complicações maiores. O apoio das pessoas próximas da puérpera é fundamental, tanto para ajuda no diagnóstico como para possível tratamento, se necessário. Os

cuidados são primordiais para o bem-estar da mãe e para com o bebê, para que este tenha um desenvolvimento saudável e possa crescer em ambiente que lhe traga conforto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Rennó Jr J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Arch. Clin. Psychiatry.* 2010; 37(6): 288-94.
2. Cooper P, Murray L. The course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry.* 1995; 166: 191-195.
3. APA - American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition (DSM-IV). Text revision. Washington-DC: American Psychiatric Association; 2000.
4. Klaus MH, Kennel JH, Klaus P. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para independência. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
5. Tolentino EC, Maximino DAFM, Souto CGV. Depressão pós-parto: conhecimentos sobre os sinais e sintomas em puérperas. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança.* 2016; 14(1): 59-66.
6. Schardosim JM, Heldt E. Escalas de Rastreamento para Depressão Pós-parto: uma revisão sistemática. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(1): 159-66.
7. Cunha AB, Ricken JX, Lima P, Gil S, Cyrino LAR. A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto. *Saúde e Pesquisa.* 2012; 5(3): 579-586.
8. Bonari L, Bennett H, Einarson A, Koren G. Risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Family Physician.* 2004; 50: 37-39.
9. Dennis CL. Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *J Affect Disord.* 2004; 78(2): 163-169.
10. O'Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry.* 1996; 8: 37-54.
11. Souza CA, Burtet CM, Busnello EA. A gravidez como condição de saúde mental e de doença psiquiátrica. *Revista Científica Maternidade, Infância e Ginecologia.* 1997; 17(1): 38-47.
12. Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom Obstet and Gynaecol.* 2003; 24(4): 257-266.
13. Campos, BC, Rodrigues, OMPR. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. *Psico (Porto Alegre)* [online]. 2015; 46(4): 483-492.