

Capítulo 25

DEPRESSÃO PÓS PARTO

AMANDA MARÇAL GONÇALVES¹
EDUARDA NAVES GONÇALVES DE ALMEIDA¹
JÚLIA ALVIM AGUIAR¹
SOFIA MOREIRA BOPP¹

1. *Discente - Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.*

Palavras Chave: Saúde Mental; Maternidade; Depressão Pós-Parto.

INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) é uma condição de saúde mental extremamente comum nas mulheres que envolve fatores emocionais, físicos e comportamentais da mãe (STEWART & VIGOD, 2019). Durante a gravidez, a mulher passa por inúmeras mudanças hormonais, psicológicas e físicas, o que pode propiciar, após o parto, a depressão (MUGHAL *et al.*, 2023). Tal transtorno ocorre geralmente de 4 semanas a 12 meses após o parto (STEWART & VIGOD, 2019), constituindo uma depressão que pode causar sintomas, como perda de interesse, diminuição do apetite, cansaço e até mesmo pensamentos suicidas (MUGHAL *et al.*, 2023). Nesse caso, uma a cada sete mulheres experenciam sintomas consistentes com a DPP, o que ressalta a importância de uma abordagem interprofissional para a gestão dessa condição (STEWART & VIGOD, 2019).

A patogênese da DPP não é totalmente conhecida, porém acredita-se que fatores hormonais, genéticos e psicológicos, além do estilo de vida, são importantes para o desenvolvimento da condição. Dessa maneira, a rápida variação dos hormônios estrogênio e progesterona após o parto é um fator de estresse para a mulher, o que pode levar a sintomas depressivos (MUGHAL *et al.*, 2023). Somado a isso, complicações obstétricas durante o parto também contribuem para o surgimento da sintomatologia (GOPALAN *et al.*, 2022).

A DPP é comumente não diagnosticada e não tratada devido ao estigma em torno do início da maternidade, além da falta de divulgação a familiares próximos, o que dificulta o tratamento e suporte clínico (MUGHAL *et al.*, 2023).

Etiologia

A depressão pós-parto (DPP) é um fenômeno complexo e multifatorial, envolvendo uma rede de mecanismos causais que não podem ser esgotados em um único modelo. Sendo assim, é válido ressaltar alguns fatores importantes para a ocorrência do problema, como os fatores psicológicos, riscos obstétricos, biológicos, sociais e o estilo de vida da mulher (LIMA *et al.*, 2023).

Fatores psicológicos

A história prévia de transtornos de depressão e de ansiedade está correlacionada, em muitos estudos, com a DPP. Além disso, a ocorrência de distúrbios de saúde mental, como a depressão durante a gravidez, é outro fator poderoso na previsão da DPP. Diante disso, em algumas pesquisas, há evidências que explicam essas relações sugerindo que mulheres com histórico positivo de depressão são mais suscetíveis a alterações hormonais (GHAEDRAHMATI *et al.*, 2017). Em apoio a esse achado, foi relatado que, em mulheres com TPM grave, o sistema de transporte de serotonina - um potente neurotransmissor que está altamente implicado na regulação do estado emocional e na execução de tarefas cognitivas do indivíduo - mudará, enquanto que a área do polimorfismo do transportador de serotonina está associada à depressão grave. Somado a isso, o polimorfismo elevado desse neurotransmissor pode levar à depleção de triptofano - aminoácido que antecede a formação da serotonina - e à indução de DPP (LÓPEZ-ECHEVERRI *et al.*, 2023). Além disso, outros fatores psicológicos, como a relutância materna em relação ao gênero do bebê e a baixa autoestima com impacto no estresse parental, são fatores que contribuem para o desenvolvimento da DPP (GHAEDRAHMATI *et al.*, 2017).

Fatores de riscos obstétricos

Em estudos de revisão, foi relatado que a DPP é mais prevalente em mulheres multíparas do que em mulheres nulíparas, evidenciando a relação entre o número de partos e a condição. Além disso, uma pesquisa realizada em 2013, com 86 participantes durante 6 semanas após o parto, descobriu-se que mulheres que possuem dois ou mais filhos têm maior probabilidade de estarem associadas à ocorrência de depressão devido a uma maior carga psicológica (MATHISEN *et al.*, 2013). Porém, o desequilíbrio entre os resultados desses estudos sugere que o número de partos por si só não é um fator independente para o desenvolvimento da DPP e o desenvolvimento de condições patológicas para a ocorrência da doença é causado pelas condições psicossociais que a multiplicidade de partos cria para as mães.

Além disso, a gravidez de risco também está associada a um risco aumentado de DPP, já que as complicações pós-parto, como o prolapso do cordão umbilical, as hemorragias obstétricas ou até mesmo a realização de uma cesária de emergência, causa um descompasso entre as expectativas da mãe e os acontecimentos da gravidez. Nesse mesmo sentido, foi relatado que mulheres com forte desejo de ter parto natural durante o período perinatal e sofreram uma cesária de emergência no parto são mais propensas ao risco de DPP do que outras que seguiram o desejo inicial (GHAEDRAHMATI *et al.*, 2017).

Fatores biológicos

Em alguns estudos já realizados entre 2 e 12 semanas após o parto, descobriu-se que o aumento da idade materna e da autoeficácia da mãe estão associados a um risco reduzido de DPP. Nesse caso, o nível mais alto de depressão foi relatado em mulheres com idade entre 13 e

19 anos, enquanto a taxa mais baixa foi observada em mulheres na faixa etária de 31 a 35 anos (GHAEDRAHMATI *et al.*, 2017).

Em outra análise, pesquisas mostram que os distúrbios do metabolismo da glicose durante a gravidez também são fatores predisponentes para a DPP, de modo que foi observado que mulheres com níveis mais elevados de glicose no sangue (média de 120 contra 114 mg/dl) após uma hora da realização do teste de glicose ingerindo 50 g da substância apresentavam maior risco de DPP do que outras (GHAEDRAHMATI *et al.*, 2017).

Outro ponto é que a ocitocina também desempenha um papel fundamental na regulação das emoções, das interações sociais e das respostas emocionais. Níveis mais elevados desse hormônio no meio da gravidez têm sido preditores de DPP em menos de 2 semanas após o parto. Desse modo, evidências recentes sugerem que a ocitocina induz a atividade dos receptores de serotonina e reduz a resposta ao estresse (GHAEDRAHMATI *et al.*, 2017).

Somado a isso, o papel do estrogênio também foi avaliado na incidência de depressão pós-parto. Estudos em modelos animais mostraram que os hormônios esteroides e estrogênios são moduladores da transcrição de neurotransmissores nervosos e ajustam a função dos receptores de serotonina. Por isso, foi observado que as flutuações nesse hormônio ou sua ausência estão associadas à depressão. Outra importante análise a ser feita é em relação ao papel do hormônio liberador de corticotropina na regulação dos hormônios esteroides e na depressão. Além do hipotálamo, esse hormônio também é produzido durante a gravidez na placenta, no útero e nos ovários e regula o eixo hipófise-hipotálamo-adrenal para a produção de hormônios esteroides. Dessa forma, após o parto e a expulsão da placenta, a queda drástica desse hormônio leva à redução da produção de

hormônios esteroides, como o estrogênio, e leva ao aumento da suscetibilidade à depressão nas primeiras 12 semanas após o parto (GHAEDRAHMATI *et al.*, 2017).

Sob novo viés, além da associação de alguns hormônios endógenos com a DPP, observou-se que a rede de citocinas e as respostas inflamatórias também estão envolvidas na fisiopatologia da depressão. Com isso, a administração de citocinas, como interferon-alfa, e indutores de citocinas, como os lipopolissacarídeos e as vacinas contra a febre tifoide, causou alterações comportamentais, como transtornos de humor, anorexia, fadiga, distúrbios do sono e outras alterações de humor temperamentais, que se sobrepõem aos sintomas de depressão. Acrescentando a isso, apesar de ser um mecanismo pouco conhecido, há algumas evidências de alterações nos reguladores das células T imune que foram observadas em mulheres deprimidas antes do parto, constatando que essas células desenvolvem apoptose nessas pacientes. Sendo assim, um dos possíveis mecanismos para explicar a apoptose das células T na depressão é o aumento da atividade do sistema imunológico, especialmente a depleção do triptofano, visto que esse aminoácido é um componente essencial para a proliferação de células T e, em um ambiente livre de triptofano, as células T sofrem processo de apoptose. Assim, nas pacientes deprimidas, com a diminuição das células T disponíveis, ocorre também a redução da capacidade do cérebro de responder aos estímulos imunológicos (GHAEDRAHMATI *et al.*, 2017).

Fatores sociais

A redução do apoio social é o fator ambiental mais importante no aparecimento de transtornos de depressão e ansiedade. Dessa maneira, níveis mais elevados de apoio social estão

relacionados com níveis mais baixos desses transtornos. Com isso, a disponibilidade de apoio emocional e a sensação de amparo com a própria rede de convívio quando necessário parece diminuir a influência de circunstâncias estressantes no desenvolvimento de sintomas psiquiátricos (LANDMAN-PEETERS *et al.*, 2005). Corroborando com essa ideia, a violência sexual conjugal e outras formas de violência doméstica durante a gravidez são vistas como fatores que contribuem para a incidência de DPP (GHAEDRAHMATI *et al.*, 2017).

Ademais, além do relacionamento das mulheres com os familiares e a comunidade, comportamentos como fumar durante o período pré-natal são fatores sociais associados ao aumento da incidência de DPP em 1,7 vezes. Somado a isso, as alterações fisiológicas da gravidez podem parecer um evento estressante para algumas mães e levar ao aparecimento de sintomas de depressão e ao início do tabagismo (GHAEDRAHMATI *et al.*, 2017).

Estilo de vida

Fatores como padrões de ingestão alimentar, estado de sono, exercícios e atividades físicas podem afetar a DPP. Em um estudo, observou-se que o consumo suficiente de vegetais, frutas, legumes, frutos do mar, leite e produtos lácteos, azeite e uma variedade de nutrientes pode reduzir a depressão pós-parto em 50%. Nesse sentido, a vitamina B6 é eficaz na produção de serotonina a partir do triptofano como cofator. Portanto, a redução dessa vitamina pode estar envolvida no processo de DPP. Entre os micronutrientes, a ingestão reduzida de zinco - encontrado em carnes vermelhas, grãos, carnes e peixes - está associada à incidência de DPP, já que esse mineral aplica seu efeito antidepressivo na recaptação da serotonina (GHAEDRAHMATI *et al.*, 2017).

Por outro lado, além do estado nutricional, o estado do sono está entre os fatores que influenciam o risco de depressão. As evidências mostram que existe uma relação eficaz entre a taxa de fadiga e os níveis de depressão nos dias após o parto, sendo que períodos de privação grave de sono foram relatados em mulheres deprimidas nesse estágio. Ademais, episódios agudos de privação de sono afetam o sistema imunológico e aumentam os marcadores inflamatórios, como a interleucina-6 e o fator de necrose tumoral, haja vista que esses fatores inflamatórios têm sido observados mais em mulheres com DPP (GHAEDRAHMATI *et al.*, 2017).

Sob nova perspectiva, há também algumas evidências que sugerem que o exercício e a atividade física apresentam benefícios significativos na redução dos sintomas de depressão durante o início da maternidade, que são comparáveis aos benefícios medicinais. Dessa forma, a atividade física moderada no terceiro trimestre da gravidez reduziu a escala de DPP 6 semanas após o parto. Isso ocorre porque, durante o exercício físico, são aumentados os níveis de opioides endógenos e endorfinas na mulher, promovendo melhora na saúde mental. Além disso, as atividades também aumentam a autoconfiança feminina e eliminam as autoavaliações negativas causadas pela depressão (GHAEDRAHMATI *et al.*, 2017).

Sintomas

A depressão pós-parto possui a mesma sintomatologia da depressão não perinatal, e é formada pela somatória de sintomas que trazem um prejuízo clinicamente significativo à paciente. Essa condição é um transtorno psiquiátrico que gera problemas emocionais, comportamentais e mudanças físicas associadas ao puerpério.

Os sintomas que estão presentes nesse quadro patológico incluem desmotivação intensa e desmedida diante da vida, melancolia constante, indiferença em situações prazerosas, anedonia e ansiedade. Além disso, consequências podem ser perceptíveis em diversas áreas fisiológicas, como alterações no sono, apresentando insônia, sono excessivo ou cansaço extremo. É comum que também ocorram anomalias nos hábitos alimentares, como perda de apetite e alteração brusca de peso. Junta-se também ao quadro, extrema irritabilidade, culpa, obsessões, excesso de preocupações, retardo psicomotor e até dificuldade de concentração. Os pensamentos suicidas são comumente presentes, e aparecem em cerca de 20% das mulheres diagnosticadas com depressão pós parto (STEWART & VIGOD, 2019). Para que os sintomas citados se enquadrem no diagnóstico correto de depressão pós parto, eles não devem ser atribuíveis a uma substância ou condição médica, e não devem apresentar relações com episódios psicóticos anteriores. A importância da observação clínica diante dos diversos sintomas que podem surgir é de extrema relevância para um diagnóstico assertivo. A consolidação de um diagnóstico e o futuro tratamento dependem da presença de ao menos 5 sintomas citados, por pelo menos 2 semanas. (STEWART & VIGOD, 2019). É importante destacar que geralmente há constância dos sintomas na rotina e é por isso que nota-se relevante mudança comportamental. O quadro também é pouco responsivo às circunstâncias ambientais.

Diagnóstico

Levando em consideração a variedade de sintomas presentes, a observação clínica torna-se a ferramenta mais importante nesse tipo de diagnóstico. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, quinta edição (3, p. 186),

elabora a definição de DPP como um episódio depressivo maior com início no periparto que apresenta sintomas durante a gravidez ou até na quarta semana após o parto. Já na prática clínica, percebe-se que pode haver variação da cronologia da patologia referida, sendo investigada até 1 ano após o parto (STEWART & VIGOD, 2019). O diagnóstico da depressão pós parto fica mais evidente quando ao menos 5 dos sintomas depressivos, como os citados anteriormente, se fazem presentes por pelo menos 2 semanas, tendo destaque a desmotivação e a anedonia (MUGHAL *et al.*, 2022). Durante a investigação diagnóstica dessa condição psiquiátrica, a escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS), desenvolvida em 1987 por centros de saúde escoceses, apresenta grande destaque por auxiliar os profissionais. Essa escala consiste em um questionário de triagem que vem sendo amplamente utilizado para avaliação dos sintomas de depressão durante a gravidez e o puerpério. O funcionamento do teste EPDS é simples, rápido e acessível, em que é preenchido pela paciente em poucos minutos. Existem 10 itens na escala, capazes de permitir avaliação dos sintomas relacionados à depressão na última semana. Cada item tem pontuações variáveis de 0 a 3 e o resultado final pode variar de 0 até 30 pontos. No Reino Unido, avaliou-se as propriedades das escalas de Edimburgo, levando em consideração a sensibilidade e a especificidade. As pontuações que estabeleceram maior auxílio no diagnóstico foram de 10 a 12 pontos alcançados. Já no Brasil, é comumente visto que os autores utilizaram a pontuação de 11 e 12 pontos (OLIVEIRA *et al.*, 2022). É de demasiada importância destacar que o médico especialista deve considerar os casos de forma individual, e que instrumentos como o teste de Edimburgo podem apenas auxiliar a trajetória diagnóstica e não determiná-la. Nos casos em

que os sintomas depressivos não entram nos critérios pré-estabelecidos, ainda sim há necessidade de investigação e até de intervenção, levando em consideração o possível impacto negativo na vida da mãe e da criança.

Como já foi abordado, o período gravídico-puerperal é repleto de mudanças psicossociais e alterações hormonais, sendo grande fator de risco para o surgimento de vários transtornos. Dentre os transtornos psicopatológicos, a depressão pós-parto tem destaque devido à alta prevalência. Entretanto, os diagnósticos diferenciais também precisam ser citados e estudados. Inicialmente, disfunções tireoidianas devem ser investigadas, já que níveis alterados de TSH e T4 podem levar a transtornos de humor semelhantes ao de doenças psiquiátricas (MUGHAL *et al.*, 2022). Outro distúrbio de humor que caracteriza o período após o parto é chamado de “*Baby Blues*” ou síndrome da tristeza profunda. A síndrome da tristeza profunda é transitória e extremamente comum, sendo marcado pela proximidade extrema com o parto, cerca de 2 a 5 dias após o evento. Nessa condição, a paciente pode apresentar alterações no humor e no sono, irritabilidade e tristeza, sendo que os sintomas presentes não são capazes de alterar a capacidade de cuidar da criança e de si mesma. Nesses casos há remissão espontânea do quadro, podendo atingir cerca de 60% das puérperas (OLIVATTO *et al.*, 2021). Por último, e com destaque para sua gravidade, existe a Psicose pós-parto. Essa patologia é de início agudo e se desenvolve nas primeiras 3 semanas após o parto. Os sintomas são intensos, incluindo alucinações, agitação, falta de sono por diversas noites e comportamento incomum. A emergência desse tipo de patologia existe devido ao potencial risco de suicídio e infanticídio, demandando tratamento intensivo.

É importante conscientizar a população de puérperas sobre a depressão pós-parto e como ela se manifesta. Essa psicopatologia ainda é subdiagnosticada devido à falta de informação sobre a situação e os sintomas da doença. Para a prevenção, é necessário que a mãe consiga dividir sua jornada com o recém-nascido, além de descansar e evitar isolamento e drogas de abuso.

Tratamento

Após o diagnóstico clínico da depressão pós-parto, a conduta médica deve ser assertiva, para que não haja dano na relação construída entre mãe e filho. A escolha e a abordagem do tratamento devem ocorrer individualmente para cada caso. O tratamento da depressão pós parto pode se basear na psicoterapia e na medicação antidepressiva. A psicoterapia psicossocial e psicológica é fundamental em todos os níveis da depressão periparto, e pode ser a conduta principal escolhida pelo profissional em casos de depressões com sintomatologia leves a moderadas. Em casos de depressão moderada a grave, a opção de tratamento farmacológico também pode ser recomendada para que haja a superação da doença. É válido ressaltar que até nos casos graves, a combinação dos medicamentos com a terapia é essencial para o sucesso

do tratamento. A classe de antidepressivos mais indicada nos casos de DPP são os inibidores seletivos da recaptção da serotonina. Também há opção de inibidores da recaptção de serotonina-noradrenalina e de mirtazapina. Após o alcance da dose ideal o tratamento deve ser seguido de forma correta e linear, evitando recaída dos sintomas depressivos. Muitas vezes, as puérperas apresentam resistência aos medicamentos antidepressivos devido à lactação. Dessa forma, as indicações farmacológicas para mulheres que amamentam precisam ser cautelosas. Deve ser discutido os benefícios e os riscos do uso de antidepressivos, tanto na lactação como na saúde da mulher. Todavia, o risco de amamentar juntamente com o uso de inibidores da recaptção da serotonina é relativamente baixo e pode haver incentivo do uso destes com a amamentação concomitante. A estimulação magnética transcraniana repetitiva também é um tipo de tratamento alternativo ao medicamentoso. Este é um procedimento que se realiza através de magnetismo para estimular células nervosas pouco ativas. Entretanto é um método geralmente utilizado em casos de tratamentos medicamentosos com baixo sucesso, em pacientes refratários (MUGHAL *et al.*, 2022).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GHAEDRAHMATI, M. *et al.* Postpartum depression risk factors: A narrative review. *Journal of Education and Health Promotion*, 2017; 6: 60. doi: 10.4103/jehp.jehp_9_16.

GOPALAN, P. *et al.* Postpartum Depression - Identifying Risk and Access to Intervention. *Curr Psychiatry Rep*, dez. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9702784/>. Acesso em 10 jan. 2024.

LANDMAN-PEETERS, K.M.C. *et al.* Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. *Social science & medicine* (1982), 2005 Jun;60(11):2549-59. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.10.024.

LIMA, R.V.A. *et al.* Transtorno depressivo em mulheres no período pós-parto: análise segundo a raça/cor autorreferida. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 36, p. eAPE03451, 2023. doi: 10.37689/acta-ape/2023AO03451.1

LÓPEZ-ECHEVERRI, Y.P. *et al.* Effects of serotonin transporter and receptor polymorphisms on depression. *Revista Colombiana de Psiquiatria (English ed)*, 2023; 4:S0034-7450(21)00135-9. doi: 10.1016/j.rep.2021.07.006.

MATHISEN, S. *et al.* Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *International journal of women's health*, 2013; Nov 21:5:787-93. doi: 10.2147/IJWH.S51436.

MUGHAL, S. *et al.* Postpartum Depression. *StatPearls*, jan. 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>. Acesso em 10 jan. 2024.

OLIVATTO, P. *et al.* Depressão pós-parto segundo a Escala de Edimburgo. XXIX Congresso de Iniciação Científica da UNICAMP, 2021. Disponível em: <https://www.prp.unicamp.br/inscricao-congresso/resumos/2021P18914A34747O191.pdf>. Acesso em 10 jan. 2024.

OLIVEIRA, T.A. *et al.* Screening of perinatal depression using the Edinburgh postpartum depression scale. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria: Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades de Ginecologia e Obstetria*, 44(05), 452-457. doi:10.1055/s-0042-1743095.

STEWART, D.E & VIGOD, S.N. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annu. Rev. Med*, jan. 2019. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-med-041217-011106>. Acesso em 10 jan. 2024.