UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE da FAMÍLIA

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo

# CASO COMPLEXO 1
# Danrley

# Fundamentação Teórica: Depressão no Puerpério

**Depressão no Puerpério**
*José Cássio do N. Pitta*

A depressão pós-parto (DPP) é um importante problema de saúde pública; é a mais comum complicação médica relacionada ao parto, afetando tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento de seu filho. A manifestação desse quadro ocorre, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses. Os sintomas mais comuns são desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, queda do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas.

A prevalência da DPP está entre 10 e 20%, de acordo com a maioria dos estudos. As variações entre os índices de prevalência devem-se, provavelmente, ao uso de critérios diagnósticos e métodos diversos, bem como a diferenças econômicas e culturais entre os grupos estudados. No Brasil, os estudos observaram prevalências que variam de 12 a 19,1%. Foram utilizados tanto instrumentos específicos e validados para o português quanto a Pospartum Depression Screening Scale (PDSS) e a Edimbgurg Post-Natal Depression Scale (EPDS), bem como a escala de Depressão de Hamilton (HAM-D). As variações entre os índices de prevalência devem-se, provavelmente, ao uso de critérios diagnósticos e métodos diversos, e também a diferenças econômicas e culturais entre os grupos estudados.

Menor escolaridade e baixo nível socioeconômico são os fatores mais comumente associados com DPP. Entre os fatores psicossociais que mais apresentam associação aparecem o baixo suporte social, história de doença psiquiátrica, tristeza pós-parto ("baby blues"), depressão pré-natal, baixa autoestima, sintomas ansiosos no pré-natal, fatores estressores significativos ao longo da vida, gravidez não planejada, tentativa de interromper a gravidez, transtorno disfórico pré-menstrual e sentimentos negativos em relação à criança. Outros fatores incluem partos de prematuros e mães adolescentes. Episódios depressivos pós-parto prolongados podem resultar em problemas de desempenho social mesmo após a recuperação. Além disso, a depressão pós-parto está associada ao aumento de doenças clínicas crônicas, do risco de tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas.

**Diagnóstico**

De acordo com os critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders da American Psychiatric Association (DSM-IV – APA), geralmente a sintomatologia da DPP não difere da sintomatologia dos episódios de alteração do humor que ocorrem além do puerpério. O início nas quatro primeiras semanas do pós-parto é apenas especificador, podendo ser aplicado aos vários transtornos do humor. Um episódio depressivo maior no período pós-parto é definido pela persistência de determinados sintomas no período mínimo de duas semanas, sendo obrigatória a presença de humor depressivo ou anedonia (diminuição ou perda do interesse nas atividades anteriormente agradáveis), associado a quatro entre os demais sintomas: alteração do apetite, com ganho ou perda de peso, alteração do sono, com insônia ou sonolência quase todos os dias, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa inapropriada, capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias e ideias de morte ou suicídio.

O quadro clínico da depressão pós-parto pode variar, mas tipicamente as puérperas descrevem uma diminuição do prazer e relacionamento com pessoas que anteriormente eram agradáveis, assim como sentimentos de baixa eficiência em suas atividades, muitas vezes preferencialmente ao humor depressivo. Os sintomas mais graves podem incluir dificuldade em tomar simples decisões, ansiedade, agitação psicomotora, prejuízo nos cuidados pessoais, intensa desesperança, planos ou ideação suicida.

Os fatores preditivos para depressão pós-parto podem ser explorados no período anterior ou logo após o parto. Dessa forma, pode-se analisar a probabilidade para depressão, incluindo fatores tais como episódios depressivos anteriores, episódio depressivo na gravidez, história familiar de transtornos depressivos, emigração recente, fatores estressores ao longo da vida, abuso sexual na infância e decisão de interromper as medicações antidepressivas durante a gravidez.

**Diagnóstico diferencial**

A depressão pós-parto se diferencia dos sintomas transitórios do "baby blues", caracterizados por crises de choro, irritabilidade, nervosismo, insônia e reações emocionais desproporcionais. O "baby blues" afeta 75% das puérperas, tendo início entre um ou dois dias e remite no máximo em dez dias após o parto. Outras características que diferem a depressão pós-parto do "baby blues" estão incluídas na tabela a seguir.

**Comparação entre "baby blues" e depressão pós-parto**

| Característica | *"Baby blues"* | Depressão pós-parto |
|---|---|---|
| Prevalência | 50% | 10-20% |
| Início | Até cinco dias após o parto | Quatro primeiras semanas |
| Duração | Até duas semanas | Meses a um ano, se não for tratada |
| Estressores associados | Não | Forte associação |
| Influência sociocultural | Presente em todas as culturas e classes econômicas | Forte associação |
| História de transtorno do humor | Nenhuma associação | Forte associação |
| História familiar de transtorno do humor | Nenhuma associação | Alguma associação |
| Tendência ao choro | Sim | Sim |
| Labilidade do humor | Sim | Presente frequentemente, mas às vezes o humor é constantemente deprimido |
| Anedonia | Não | Frequentemente |
| Transtorno do sono | Às vezes | Frequentemente |
| Pensamentos suicidas | Não | Às vezes |
| Pensamentos de agredir o bebê | Raros | Frequentes |
| Sentimentos de culpa e inadequação | Ausentes | Frequentes |

Fonte: KAPLAN; SADOCK. Manual Conciso de Psiquiatria Clínica. 2. ed.

Adaptado: MILLER, L. J. How "baby blues" and pos-partum depression differ. Women's Psychiatric Health, 1995, p. 13.

Mulheres puérperas com início rápido de significativo transtorno de humor, incluindo confusão mental, ideação delirante ou ideias incomuns, alucinações e comportamento desorganizado, apresentam sintomas que indicam psicose puerperal, que é a forma mais comum do transtorno bipolar no período pós-parto. Durante o primeiro mês após o parto, mulheres com transtorno bipolar têm alto risco de um episódio, em comparação a outros períodos do ciclo da vida. O transtorno bipolar é caracterizado por episódios recorrentes de depressão maior, que se alternam com episódios de mania e hipomania. O quadro clínico de mania ou hipomania apresenta humor eufórico ou irritável, autoestima elevada, atividade ou planejamentos aumentados com diminuição da concentração. Esses episódios estão associados ao prejuízo de julgamento e desempenho e ao rompimento de relacionamentos. Os episódios de hipomania são marcados por criatividade e produtividade aumentadas sem causar intensos prejuízos.

A depressão bipolar deve ser considerada em puérperas que manifestam sentimentos ambivalentes ou "confusos", piora com o uso de antidepressivos, hipomania, irritabilidade ou hostilidade, lentidão ou agitação psicomotora, história familiar de transtorno bipolar, depressão, abuso de álcool, início ou remissão abrupta do episódio depressivo, episódios depressivos com hipersônia ou hiperfagia, idade precoce do primeiro episódio depressivo, ideias delirantes ou alucinações caracterizando depressão com sintomas psicóticos.

Outros transtornos mentais que podem ocorrer relacionados ao puerpério são transtornos de ansiedade, tais como o transtorno de pânico ou transtorno obsessivo-compulsivo, esquizofrenia ou condições clínicas (hipotireodismo e hipertireoidismo).

Os primeiros meses após o parto aumentam o risco de início dos transtornos de ansiedade. Essas mulheres que manifestam ataques de pânico apresentam episódios de medo ou desconforto que duram de cinco a quinze minutos com palpitações, sudorese, dispneia, tremores, náuseas, parestesias, desconforto abdominal, calafrios, ondas de calor e medo de perder o controle. Essas pacientes manifestam ataques de pânico recorrentes associados ao medo de futuros ataques; em casos mais graves, podem apresentar prejuízos das atividades habituais por evitar circunstâncias em que a ajuda, de alguma forma, não seja disponível (agorafobia).

O transtorno obsessivo-compulsivo é caracterizado por pensamentos intrusivos e comportamentos compulsivos para aliviar os pensamentos intrusivos. Os sintomas, que têm duração superior a uma hora, podem causar prejuízo no desempenho habitual. Pai ou mãe com transtorno obsessivo-compulsivo, no período puerperal, podem checar as condições de saúde do bebê, principalmente durante a noite, a cada aproximadamente dez minutos, se ele permanece respirando. Outros pensamentos intrusivos comuns são relacionados à contaminação, sobre imagens ofensivas, preocupações religiosas, simetria ou de impulsos agressivos. As compulsões são atos relacionados a limpar, lavar, checar, repetir, reordenar, acumular ou atos mentais de contar ou rezar.

As mulheres que apresentam sintomas compatíveis, com transtorno de pânico ou transtorno obsessivo-compulsivo, não apresentam humor depressivo de forma significativa, exceto nos casos de comorbidade com o transtorno depressivo.

**Tratamento**

A depressão pós-parto é subdiagnosticada em todo o mundo, sendo 50 a 90% dos casos não diagnosticados, portanto não tratados. Esse transtorno geralmente responde bem ao tratamento. A depressão leve pode ser tratada com intervenções psicológicas e sociais. Os quadros mais graves estão indicados à associação dessas intervenções com antidepressivos. Muitas evidências apontam a hipótese de que os exercícios físicos auxiliam no tratamento dos transtornos depressivos, portanto mulheres com depressão no puerpério podem se beneficiar com essa orientação, com maior relevância para as puérperas que resistem ao tratamento farmacológico, ou com menor acesso às intervenções psicoterápicas, embora não seja uma alternativa aos casos graves. A psicoterapia cognitiva e a interpessoal têm se mostrado abordagens eficazes. Essas psicoterapias podem facilmente ser integradas ao contexto dos serviços de Atenção Primária, já que são abordagens pragmáticas e focadas em circunstâncias específicas.

Nos casos mais graves que necessitam da intervenção farmacológica, várias questões devem ser abordadas, principalmente o risco e o benefício de se manter a amamentação natural. Se houver a necessidade da prescrição de medicamentos durante a amamentação, é imprescindível o conhecimento dos fatores que determinam a segurança para o uso nesse período. Tais fatores podem estar relacionados com os aspectos metabólicos e fisiológicos do leite humano, com a mulher, com o lactente ou com o fármaco. A composição do leite materno varia conforme a fase da lactação ou até mesmo durante uma mamada. Tais alterações influenciam na extensão da transferência de fármacos do plasma para o leite, causando variações nas concentrações destes no leite materno. Os fármacos transferem-se mais facilmente para o leite materno durante os primeiros dias de lactação. A partir da segunda semana pós-parto, há redução dos níveis de progesterona seguida de crescimento das células alveolares e estreitamento dos espaços intercelulares, ocorrendo uma redução da transferência de fármacos para o leite materno. Fatores que reduzem a capacidade da mãe de metabolizar ou excretar o fármaco podem aumentar a exposição do lactente a ele. Assim, cuidado especial deve ser tomado ao prescrever medicamentos para nutrizes

com doenças hepáticas ou renais pelos níveis mais elevados e por maior tempo na circulação materna. A idade do lactente tem sido apontada como uma das mais importantes variáveis a serem consideradas no momento de determinar a segurança do fármaco para uso durante a lactação.

Segundo Hale (2004), os medicamentos são classificados em categorias de risco para o uso na lactação. Os de nível 1 (L1) são os mais seguros, enquanto os de níveis 5 (L5) são contraindicados. Os de nível 2 (L2), 3 (L3) e 4 (L4) são considerados, respectivamente, seguros, moderadamente seguros e possivelmente perigosos. O quadro abaixo resume uma orientação acerca do uso de medicamentos utilizados no tratamento da depressão pós-parto e sua relação com a segurança para o uso durante a lactação.

Classificação dos fármacos utilizados em psiquiatria de acordo com a segurança durante a lactação (CHAVES; LAMOUNIER; CESAR, 2007)

| |
|---|
| **L1 e L2** |
| **Hipnóticos e ansiolíticos**: nitrazepam e zopiclone |
| **Neurolépticos**: haloperidol, quetiapina e sulpirida |
| **Antidepressivos**: amitriptilina, citalopram, clomipramina, fluoxetina, fluvoxamina, imipramina, mirtazapina, paroxetina, nortriptilina, sertralina e trazodone |
| **Anticonvulsivantes:** ácido valpróico, carbamazepina |
| **Ervas**: erva-de-são-joão (*Hypercurium perforatum*) |
| **L3** |
| **Hipnóticos e ansiolíticos**: alprazolam, buspirona, diazepam, droperidol, estazolam, flunitrazepam, flurazepam, hidrato de cloral, lorazepam, meprobamato, midazolam, oxazepam, pentobarbital,secobarbital, temazepam e zolpidem |
| **Neurolépticos:** aripiprazol, flufenazina, perfenazina e risperidona |
| **Antidepressivos:** bupropiona, duloxetina, fluoxetina, maproptilina, mirtazapina, moclobemida e venlafaxina |
| **Anticonvulsivantes:** fenobarbital, gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina, primidona, tiagabina, topiramato, vigabatrina e zolmitriptam |
| **Ervas e fitoterápicos:** alho, calêndula, camomila germânica, equinácea, feno-grego, *Ginkgo biloba*, ginseng e *Valeriana officinalis* |
| **L4** |
| **Neurolépticos:** pimozida, ziprazidona e tioridazida |
| **Antidepressivos:** sal de lítio e nefazodona |
| **Relaxantes musculares:** dantrolene |
| **Antiparkinsonianos:** levodopa |
| **L5** |
| **Hipnóticos:** brometos |
| **Antiparkinsonianos:** bromocriptina |
| **Antidepressivos:** doxepina |
| **Anticonvulsivantes:** zonisamida |
| **Ervas:** confrei, *kava-kava* |
| **Outros:** dissulfiram e isotretinoína |

## Conclusões

A depressão pós-parto pode ser prevenida ou ser iniciada a intervenção terapêutica de forma precoce, o que possibilitará uma evolução mais favorável, diminuindo sintomas depressivos residuais, melhorando

o desempenho social e, principalmente, melhorando o relacionamento mãe-bebê, o que facilitará seu desenvolvimento. Algumas questões são de grande relevância para identificar as mulheres com maior risco para desenvolver depressão no período puerperal, tais como: episódios depressivos anteriores ou durante a gravidez, história familiar de transtorno do humor, fatores estressores ao longo da vida, abuso sexual na infância, uso nocivo de bebidas alcoólicas ou outras substâncias psicoativas, apoio familiar prejudicado, principalmente do cônjuge, e decisão de interromper as medicações antidepressivas durante a gravidez. Portanto, visitas domiciliares ou as consultas de pré-natal são de extrema importância para avaliar esses fatores. As alterações psíquicas mais frequentes no puerpério são crises de choro, nervosismo e tristeza. Muitas vezes acompanhados de alteração do sono, esses sintomas podem configurar um quadro compatível com "baby blues" ou ser o início da depressão pós-parto. O acompanhamento e o diagnóstico diferencial permitirão a intervenção mais apropriada.

**Leituras recomendadas**

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A.; CÉSAR, C. C. Medicamentos e amamentação: atualização e revisão aplicadas à clínica materno-infantil. Revista Paulista de Pediatria, v. 25, n 3, p. 276-288, 2007.

CRAIG, M.; HOWARD, L. Postnatal depression. Clinical Evidence, v. 1, n. 1.407, 2009.

HALE, T. W. Maternal medications during breastfeeding. Clin Obstet Gynecol.

Philadelphia, v. 47, n. 3, p. 696-711, Sep. 2004.

LACERDA, A. L. T. et al. Depressão: do neurônio ao funcionamento social. Cap. 5: Depressão Durante a Gravidez e a Lactação, p. 75. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SIT, D. K.; WISNER, K. L. The identification of Postpartum Depression. Clin Obstet Gynecol, v. 52, n. 3, p. 456-468, Sep. 2009.