

EXPLORANDO AS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

**Amanda Goulart Torres Bastos¹; Leticia Gripp de Lima Beserra¹; Mauro Rosa Goulart da Cunha¹;
Melissa Vaz Januario¹; Roberto Carlos de Souza¹**

RESUMO

A depressão pós-parto é um desafio a ser enfrentado que traz consequências ao binômio mãe-bebê, trazendo diversos prejuízos emocionais que podem influenciar negativamente no bem-estar da puérpera e de todos ao seu entorno. O artigo consiste numa revisão de literatura que visa entender as causas, consequências e métodos de intervenção em relação ao problema, tendo como base de pesquisa 31 fontes, datadas de 1988 a 2023. Destaca-se a importância da rede de apoio familiar e do sistema de saúde, tendo como prioridade proteger a gestante para que não evolua para tal condição patológica. Portanto, é necessário que seja dada devida atenção para os sintomas e sinais para que a prevenção seja efetiva, evitando as consequências para tal binômio.

Palavras-chave: Depressão pós-parto; repercussões materno-fetais; puerpério; transtornos pós-parto.

¹ Curso de Graduação em Medicina – UNIFESO

1. INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) é considerada a doença de maior ataque vigoroso às puérperas no mundo, e traz diversas consequências quando não recebe intervenções adequadas.¹ Geralmente têm início da quarta à oitava semana após o parto (por vezes mais tarde, mas ainda dentro do primeiro ano) e pode persistir por mais de um ano.² Dados epidemiológicos revelam que 20% das mulheres desenvolvem a DPP ainda durante a gravidez, 38% mais próximas ao parto e 42% no puerpério.³

O período puerperal é de estresse emocional e fisiológico para a mãe, sendo um período de intensas mudanças que por fragilizarem a mulher podem acarretar maior probabilidade de ocorrerem transtornos mentais.⁴ Os transtornos que acometem as mulheres podem ser classificados em três graus.⁵ O primeiro denomina-se baby blues, uma condição mais leve e comum, com duração de até duas semanas, na qual observa-se sensibilidade excessiva, sem rejeição ao bebê.⁶ O segundo grau seria a depressão pós-parto, na qual os sintomas persistem por mais de duas semanas e apresentam maior gravidade, como perturbação do apetite, culpa excessiva e sentimento de inadequação, além da rejeição ao bebê, podendo incluir ideação suicida.⁷ O terceiro grau é ainda mais grave e menos frequente, e é denominado de psicose pós-parto, sendo considerado uma emergência psiquiátrica, podendo acontecer nas entre o nascimento e as 6 semanas que sucedem o evento. Nos estados mais graves desta condição, possui como sintomatologia principal os sintomas psicóticos, como delírios de grandeza ou até mesmo o surgimento de vozes que dizem para fazer mal a sua prole, sendo assim, há grande risco de suicídio e de infanticídio.⁸

Devido a dificuldade das mulheres para reconhecer os sintomas, principalmente pela falta de apoio dos profissionais de saúde, trata-se de uma doença de difícil diagnóstico. Sua sintomatologia consiste em tristeza profunda, falta de interesse por atividades diárias, insônia, cansaço extremo, ansiedade, sentimento de culpa, desamparo, desesperança, falta de conexão com o bebê, desinteresse sexual, sensação de incapacidade para lidar com novas situações, além de, cefaleia, dores nas costas, erupções vaginais e dor abdominal, sem causa orgânica aparente.² Diante deste fato é preconizada a consulta no pós-parto como primordial para detecção precoce de intercorrências preveníveis comuns no período, como a depressão puerperal.⁹

O desenvolvimento da depressão pós-parto decorre do modelo de sociedade atual, na qual a mulher muitas vezes se vê desamparada, precisando lidar com muitas questões que incluem mudanças corporais, psíquicas, hormonais, além de ter uma vida social, trabalho, afazeres domésticos e cuidados com outros filhos.¹⁰ Com tantas funções delegadas a si, desperta na mulher emocionalmente vulnerável alguns sentimentos como angústia e depressão, explicitando a importância da rede de apoio neste período.

2. JUSTIFICATIVAS

O desenvolvimento da depressão pós-parto traz diversos prejuízos ao binômio materno fetal, portanto, é de grande importância analisar tais casos, além de dirigir atenção e cuidado para que se evitem tais consequências malignas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar as repercussões da depressão pós-parto em mãe, diferenciando-a do estado fisiológico puerperal.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar as principais causas do desenvolvimento da depressão pós-parto.
- Entender a importância do diagnóstico precoce.
- Dissertar sobre as consequências na relação mãe-bebê.
- Explicitar métodos de intervenção para melhora na qualidade de vida nestas pacientes.

4. METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi uma revisão bibliográfica descritiva, de natureza qualitativa, sobre o tema em questão. Foram realizadas buscas por pesquisas científicas nas bases de dados Scielo (ScientificElectronicLibrary Online). Utilizando como critério publicações em língua portuguesa, publicadas entre os anos 1988 e 2023, que abrangem o objetivo principal do estudo “Quais são os impactos emocionais da depressão pós-parto para a mãe e o filho no contexto brasileiro?”. Os descritores utilizados na busca foram depressão pós-parto, repercussões materno-fetais, puerpério e transtornos pós-parto. Também foram aplicados critérios de exclusão, como artigos que não apresentavam relação com o tema proposto, artigos com temas similares, duplicados e fora do contexto e do período de tempo proposto.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Identificação das principais causas do desenvolvimento da depressão pós-parto.

Existem 2 linhas principais de pensamento sobre o desenvolvimento da depressão pós-parto sendo elas o fator genético e o fator hormonal:

Ao analisar o histórico familiar e realizar um estudo sobre gêmeos, através de uma pesquisa realizada por Steiner M.¹¹ (2002) foi levantada a hipótese de um componente biológico que teria relação com os transtornos de humor pós-parto.

A população geral apresenta prevalência relativamente menor ao longo da vida de desenvolver transtornos do humor e transtornos relacionados em familiares de primeiro grau do que mulheres com transtornos de humor pós-parto, o que é um forte indício de um aparente componente genético ou familiar relacionado a esses transtornos.

Entre o sistema serotoninérgico e os hormônios gonadais foi estabelecida uma relação íntima baseada em evidências oriundas de estudos de disforia pré-menstrual. Há indicadores preliminares de que ocorre uma predisposição genética à atividade alterada do sistema de transporte da serotonina em mulheres com disforia pré-menstrual grave. Um polimorfismo do promotor ligado ao transportador de serotonina (5-HTTLPR) foi relacionado à depressão maior e, apesar de uma relação recíproca existente entre o sistema serotoninérgico e os hormônios gonadais ainda não ter sido estudada em mulheres grávidas ou em puérperas, é aceitável que a retirada abrupta do estrogênio no parto possa desencadear alterações do humor em mulheres geneticamente vulneráveis.¹¹

Acerca da teoria do fator hormonal segundo Bloch M *et al.*¹² (2000), em um momento oportuno foi realizada uma experiência que consistiu na simulação das taxas suprafisiológicas dos hormônios estradiol e progesterona nas fases avançadas da gravidez e suas subsequentes retiradas em mulheres que apresentavam ou não histórico de depressão pós-parto, experimento tal que serviu como uma forte evidência de uma etiologia hormonal significativa para a patologia em questão. Como resultado, os níveis na escala de depressão foram evidentemente mais altos durante a fase de retirada de hormônios em

mulheres com histórico prévio de DPP, enquanto a amostra sem esse histórico demonstrou alterações mínimas nos escores de humor. Além disso, ocorreu melhora na classificação do humor no primeiro grupo com o restabelecimento da função ovariana.

Ademais, foram demonstradas a existência de interações entre o eixo hipotálamo-pituitária-gonadal (HPG) e o sistema serotoninérgico, ao passo que a redução dos níveis dos esteroides gonadais podem promover uma diminuição da atividade serotoninérgica central levando a uma suscetibilidade maior ao desenvolvimento de sintomas de humor em mulheres vulneráveis. Um raciocínio que pode ser levado em consideração é que o transtorno de humor do pós-parto pode ser modificado pelo “ajuste” dos níveis hormonais ou pela “reversão” da sensibilidade do sistema de neurotransmissores.¹²

5.2 Entendendo a importância do diagnóstico precoce

O diagnóstico da DPP por muitas vezes é negligenciado, tanto pela própria puérpera e sua família, quanto por profissionais da saúde. Considerando que sua etiologia ainda não é bem conhecida, sendo facilmente confundida com sintomas comuns do puerpério, como cansaço e desgaste atribuídos aos cuidados com o bebê.¹³

O estado puerperal é marcado por múltiplas alterações fisiológicas, como elevações dos níveis de cortisol e queda abrupta dos níveis hormonais de progesterona e estrogênio, que afetam diretamente o estado emocional da mãe, tornando este um período de fragilidade. Ademais, a puérpera sofre com cobranças pessoais e familiares baseadas em estigmas socioculturais sobre o desempenho adequado das funções maternas, além de se sentir deixada em segundo plano e até mesmo esquecida, após o nascimento do filho já que grande parte das atenções estão voltadas para o novo membro da família. Essa realidade acaba por intensificar as alterações psicológicas na puérpera, sendo assim o diagnóstico precoce de uma possível DPP, se faz de extrema importância.

Para facilitar o diagnóstico é fundamental conhecer os fatores de risco desse transtorno. Dentre os principais encontram-se: idade abaixo de 16 anos, transtorno psiquiátrico antecedente, eventos estressantes nos últimos 12 meses, estado civil (solteira ou divorciada), desentendimentos conjugais, desemprego e ausência de suporte social. Pôde-se considerar também a personalidade vulnerável (mulheres irresponsáveis e desorganizadas), a espera de um bebê do sexo oposto ao desejado, histórico de relações afetivas insatisfatórias e suporte emocional deficiente.¹⁴

Mães acometidas pela DPP, geralmente buscam ajuda em suas consultas médicas no período de recuperação pós-parto, além de consultas pediátricas voltadas para seu filho. Porém muitas não são reconhecidas como deprimidas da forma adequada, já que a maioria desses encontros são voltados para a recuperação física e do bebê. Visando otimizar esse diagnóstico foram desenvolvidas escalas preditivas de depressão pós-parto, como a escala de Autoavaliação de Edinburgo (EDPS) de 1987.¹⁴ A EDPS é a escala mais utilizada, consiste em um instrumento de auto-registro composto por dez perguntas, cada uma com quatro opções de resposta. Essas respostas são pontuadas de 0 a 3, a partir da presença e intensidade de certos sintomas, como humor deprimido disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, falta de pragmatismo, culpa e ideais de morte e suicídio. São consideradas pertencentes ao grupo de risco as mulheres que atingirem pontuação maior ou igual a 10, sendo recomendado buscar a ajuda de um especialista.¹⁵

5.3 Dissertação sobre as consequências na relação mamãe-bebê

Entre as complicações mais graves dos transtornos puerperais sem tratamento adequado temos o infanticídio e suicídio.¹⁴ Notou-se também que houve um prejuízo na relação mãe-filho. Os filhos que possuíam mães com DPP apresentaram distúrbios do sono, problemas com a alimentação, dificuldades na interação corpo-ambiente e sorriso social diminuído. A queixa de desânimo e cansaço excessivo vindo das mães impactava de forma negativa na relação com seus filhos, e, por conseguinte, em seu desenvolvimento.¹⁶

O estado físico e psicológico da mãe antes e depois do parto é de grande importância, já que as bases do desenvolvimento da criança são lançadas ao mesmo tempo e estão intimamente relacionadas ao funcionamento conjugal.¹⁷ Durante os primeiros meses de vida, o único meio de comunicação entre mãe e bebê é através da expressão emocional e do comportamento de acompanhamento, o que não acontece automaticamente. O vínculo é um processo contínuo que não ocorre da noite para o dia.¹⁸ Isso se dá pela complexidade envolvida no papel da mãe, que traz à tona a ansiedade e o medo de arcar com as responsabilidades que lhe serão atribuídas. As atividades realizadas junto ao filho, como brincar, vestir a criança e amamentá-la quebram a projeção construída pela mãe de que seriam atividades impossíveis, criando o vínculo entre a mãe e a criança. O envolvimento e cuidado com a criança traz a esta o sentimento de confiança, melhorando o convívio com a mãe e todos ao redor.

Além disso, a história de vida dos pais e pelas circunstâncias em que ocorre a gravidez interfere na forma e a qualidade da relação entre os pais e a criança.¹⁹ Isso porque a formação de um vínculo afetivo entre a dupla começa antes da concepção, com o desejo da mulher de se tornar mãe. Segundo Picinniet al.²⁰ (2004), “as expectativas da mãe em relação ao bebê originam-se de seu próprio mundo interno, de suas relações passadas e suas necessidades conscientes e inconscientes relacionadas àquele bebê”.

As expectativas maternas possuem diversas repercussões, tanto positivas, que envolvem, principalmente, a necessidade de que o bebê seja investido de desejos e fantasias por parte da mãe para começar a existir enquanto ser humano, além das negativas, quando a individualidade do bebê é transpassada pelas idealizações maternas. Há também gestantes que possuem projeções pessimistas quanto ao futuro do bebê, expressas por meios verbais e não-verbais, como pensamentos e medos intensos. Tais acontecimentos ameaçam a relação mamãe-bebê.²⁰

5.4 Explicitando os métodos de intervenção para melhora na qualidade de vida nestas pacientes.

O tratamento médico da depressão pós-parto consiste em três tipos de cuidados: ginecológico, psiquiátrico e psicológico.²¹ Portanto, além da ajuda profissional, deve haver ajuda da rede de apoio na intervenção do problema, tendo como objetivo a melhora na qualidade de vida da mãe, do bebê e da própria vida conjugal e familiar, agindo de maneira preventiva ao desenvolvimento da patologia.²²

O primeiro passo para o auxílio é o diagnóstico, que pode ser feito durante as consultas médicas no pós-parto, na qual se identificam os sintomas. Em gestantes ou puérperas com depressão leve a moderada, a primeira linha de tratamento se dá pela psicoterapia com abordagem cognitivo-comportamental, principalmente em grupos de terapia.²³ No âmbito da psiquiatria, é indicado o tratamento com antidepressivos quando há comprometimento da função e do bem-estar da mãe, levando em consideração relação custo-benefício indicando a necessidade da introdução na medicação no período puerperal. Isso se dá pois nem todas as classes de medicamentos são indicadas para gestantes e lactantes.²⁴ A droga de primeira escolha para os casos graves é a sertralina, da classe dos inibidores seletivos da recaptação da

serotonina (ISRSs), justificada pela baixa concentração no leite materno e no soro das crianças, além de apresentar uma eficácia de 67% nas mulheres tratadas.²⁵ Os antidepressivos tricíclicos podem ser utilizados de primeira escolha caso haja história de tratamento prévio sem sucesso e não existam contraindicações para seu uso, como o risco de suicídio.²⁶

O estímulo à lactação demonstrou efeito protetor contra o desenvolvimento da DPP, portanto deve ser estimulada independente do uso da medicação antidepressiva.²⁷ A lactação atenua as respostas neuroendócrinas ligadas ao estresse, principalmente em relação ao cortisol.²⁸ Além disso, os hormônios lactogênicos - ocitocina e prolactina - possuem relação com efeitos antidepressivos e ansiolíticos.²⁹ O auxílio também se dá por trazer à mãe o sentimento de autoeficácia, aumentando a ligação materna com o bebê e sua autoconfiança, sendo esse estado oposto ao da depressão.³⁰

A rede de apoio deve oferecer ajuda suprindo as tarefas que a mãe esteja incapaz de assumir, como cuidar do bebê, garantindo-lhe amor e carinho caso haja rejeição, ajudando em seu desenvolvimento. Além disso, devem transmitir segurança e confiança à puérpera, evitando julgamentos e críticas, tentando compreender o quadro e suprindo outros tipos de atividades atribuídas a ela, como a limpeza da casa, com dedicação e afeto, acolhendo-a em momentos de necessidade como alguém em sofrimento. Através destas ações, é possível que haja regressão no quadro da depressão, até se transformar em carinho pelo bebê e respeito pelo ritmo de seu desenvolvimento e progresso.³¹

6. CONCLUSÕES

A partir dos dados encontrados e relacionados por essa literatura, é possível afirmar a grande importância do diagnóstico e tratamento da depressão pós-parto por suas influências no bem-estar materno, no desenvolvimento do bebê e na relação desse binômio. Portanto, recomenda-se que sejam desenvolvidos mais estudos dissertando sobre o assunto além da elaboração de campanhas visando disseminar o assunto, principalmente no âmbito do pré-natal, onde há maior contato com a mãe e com possibilidade de intervenção mais precoce.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Landim, L., Veloso, F., Azevedo, A. Depressão Pós-Parto: Uma reflexão Teórica. *Revista Saúde em Foco, Teresina*; 2014;1(2):41-59. Disponível em: <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/1169/u2019V16n44e1169>>.
2. Klaus, M. H; Kennel, J. H. & Klaus, P H. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
3. Pinheiro, P. Depressão pós-parto: causas, sintomas e tratamento. *MD saúde online, São Paulo*, 2018. Disponível em: <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/1169/u2019V16n44e1169>. Acesso em: 15/06/2023
4. Almeida, M. S.; Silva, I. A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*; 2008; 42(2):347-354. Disponível em: <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/1169/u2019V16n44e1169>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos de Atenção Básica Mental*. Brasília: Editora MS. 2013; 1(34):176.

6. Bass, P.; Bauer, N. Parental postpartum depression: More than “baby blues”. *Contemporary Pediatrics*; 2018; 35(9):1-8.
7. Sarmiento, R.; Letúbal, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: Aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista de Ciências Médicas*. 2003; 12(3):361-268
8. Pereira A, Cabral C, Gonçalves-Pereira M. Psicose Puerperal. *Acta Médica Portuguesa*. 2012;25(6):409-416. Disponível em: http://www.metis.med.up.pt/index.php/Psicose_Puerperal.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. *Cadernos de Atenção Básica*, n° 32. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2012. p 318, il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
10. Loreto V. Depressão na gravidez: Repercussões no bebê. In: Atem LM, ed. *Cuidados no início da vida: Clínica, instituição, pesquisa e metodologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2017000300001.
11. Steiner M. Postnatal depression: a few simple questions. *FamPract*. 2002;19(5):469-70.
12. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry*. 2000;157(6):924-30.
13. Cruz EBS, Simões GL, Cury AF. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet.*; 2005; 27(4):181-8.
14. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilin A.; Gonsales BK, Braguittoni É, Rennó Júnior J. Trans-tornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psi-quiatr Clín.*; 2006; 33(2):92-102.
15. da Silva, Nayana Freitas, and Daniel Cerdeira de Souza. “O diagnóstico da depressão pós-parto e o uso da hipnoterapia cognitiva no tratamento.” *Amazônica-Revista de Psicopedagogia, Psicologia escolar e Educação*; 2018;21(1):167-190.
16. Righetti Veltema, M.; Conne-Perreard, E.; Bousquet, A.; Manzano, J. - Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord*; 1998; 49(3):167-180.
17. Dickstein J, Maldonado MT, Nahoum JC. *Nós Estamos Grávidos*. 8ª ed. São Paulo: Saraiva; 1996. 139-154 p.
18. Brazelton, T. B. *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
19. Ávila, A. A. *Socorro Doutor! Atrás da Barriga tem gente!* São Paulo: Atheneu; 1999.
20. Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E. & Lopes, S. L. Expectativas e Sentimentos da Gestante em relação ao Seu Bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa (Brasília)*; 2004;20(3):223-232.
21. Nonacs, R., & Cohen, L. S. Postpartum mood disorders: Diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry*; 1998;59(1):34-40.
22. Soares, Y. K. C.; Gonçalves, N. P. C.; Carvalho, C. M. S. Avaliação da depressão pós-parto: prevalência e fatores associados R. *Interd*; 2015;8(4):40-46.
23. Meager, I., & Milgrom J. Group treatment for postpartum depression: A pilot study. *Aust N Z J Psychiatry*; 1996;30:852-860.
24. COSTA, REIS, COELHO, *Uso de psicofármacos na gravidez*. *Acta Obstet. Ginecol. Port.*; 2010;4(2):101-111. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/2010-2_artigo_de_revisao_3.pdf
25. Kim DR, Epperson CN, Weiss AR, Qisner KL. Pharmacotherapy of postpartum depression: an update; *Expert Opin Pharmacother*. 2014;15(9):1223-34. doi: 10.1517/14656566.2014.911842.

26. DiScalea TL, Wisner KL. Pharmacotherapy of postpartum depression. *Expert Opin Pharmacother*; 2009;10(16):2593-607. doi: 10.1517/14656560903277202.
27. Berle JO, Spigset O. Antidepressant Use During Breastfeeding. *Curr Womens Health Rev*; 2011;7:28-34
28. Altemus M, Deuster P, Galliven E, Carter C, Gold P. Suppression of hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to stress in lactating women. *J Clin Endocrinol Metab*; 1995;80:2954-9.
29. Mezzacappa E S, Endicott J. Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum. *Arch Womens Ment Health*; 2007;10:259-66.
30. Ekström A, Nissen E. Mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. *Pediatrics*; 2006; 118:309-14.
31. Souza, I., & Daure, S. Importância da família na prevenção da depressão pós-parto. *Psicologia Clínica*; 1999;11:117-132.