

Depressão no ciclo gravídico-puerperal

depression in the gravidic-puerperal cycle

Giselle Maria Araujo Felix¹
Ana Paula Ribeiro Gomes¹
Paulo Sérgio França²

RESUMO

Introdução: O desenvolvimento de transtornos psiquiátricos é evento comum em mulheres no período reprodutivo. A depressão no ciclo gravídico-puerperal é uma condição frequente cujo manejo clínico é complexo. Os limites entre o fisiológico e o patológico são estreitos. Tal fato ocasiona dúvidas em obstetras, clínicos ou psiquiatras quanto ao diagnóstico e ao tratamento. O propósito deste estudo é estabelecer um consenso em relação ao conceito, e às abordagens diagnósticas e terapêuticas, conforme literatura atual.

Metodologia: Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema, utilizando artigos publicados de 2003 a 2007 em periódicos indexados nas bases de dados SCIELO, EBSCO HOST, ProQuest, PubMed, Medline. Foram incluídos livros de referência em Psiquiatria, Ginecologia e Obstetrícia. Na ausência de protocolos brasileiros oficiais sobre o tema, foi referenciado o Manual de Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância do Ministério da Saúde de Portugal, que apresenta um modelo de atenção primária aos transtornos mentais nesse período.

Discussão: A abordagem da depressão no ciclo gravídico-puerperal deve centrar-se na identificação de mulheres com fatores de risco, pela utilização de escalas validadas para essa finalidade. Além disso, deve-se realizar avaliação clínica e complementar para excluir causas orgânicas. A atenção à saúde mental é parte integrante do pré-natal e das consultas de revisão do parto. O tratamento da depressão neste período une psicoterapia e farmacoterapia, além da postura conciliadora do profissional de saúde.

Palavras-chave: Depressão pós-parto; Gestação; Puerpério

ABSTRACT

Context: The development of psychiatric disorders is a common occurrence in women during the reproductive period. Depression in the

¹Escola Superior de Ciências da Saúde-ESCS, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília-DF, Brasil.

²Hospital Regional da Asa Sul-HRAS, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília-DF, Brasil.

Correspondência

Giselle Maria Araujo Felix
HIGS 704, bloco E, casa 67, Asa Sul,
Brasília-DF 70331-755, Brasil
gisellemaf@yahoo.com.br

Recebido em 01/novembro/2007
Aprovado em 07/março/2008

gravidic-puerperal cycle is a frequent condition, the clinical handling of which is complex. The limits between physiology and pathology are narrow. Such fact raises doubts in obstetricians, clinicians or psychiatrists about diagnosis and treatment. The purpose of this study is to establish a consensus in relation to the concept, diagnostic and therapeutic approaches based on current literature.

Methods: A bibliographical revision was accomplished on the theme, using Published papers from 2003 to 2007 indexed in the SCIELO, EBSCO HOST, ProQuest, PubMed and Medline databases. Reference books in Psychiatry, Gynecology and Obstetrics were included. In the absence of official Brazilian protocols on the issue, reference is made to the “Manual for the Promotion of Mental Health during Pregnancy and Early Childhood”, published by the Ministry of Health of Portugal, which presents a model of primary care of mental disorders in that period.

Discussion: The approach to depression in the gravidic-puerperal cycle should focus on the identification of risk factors in women by using validated scales for that purpose. In addition, clinical and complementary evaluations should be performed to rule out organic causes. Attention to mental health is an integral part of prenatal and post-partum visits. Treatment of depression in that period combines psychotherapy and drug therapy, as well as a conciliatory posture by health professionals.

Key words: Postpartum depression; Pregnancy; Postpartum period

INTRODUÇÃO

A palavra depressão, em seu uso habitual, pode significar tanto um estado afetivo normal, quanto um sintoma, uma síndrome ou uma doença. Pode ser associada a reações normais diante de determinados sofrimentos e sentimentos de perda. Como síndrome ou doença inclui alterações do humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas¹.

É estimado que aproximadamente 20% das mulheres apresentarão depressão em alguma fase de suas vidas, fato que torna este agravo significativo problema de saúde pública, com impactos não apenas na vida da mulher, mas de toda a sua família². A literatura indica que o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial³.

Stowe (2005) aponta uma prevalência de sintomas depressivos na gestação de 11,5%, contra 66,5%

no pós-parto precoce, até seis semanas, e 22% no pós-parto tardio, mais de seis semanas, concluindo pela necessidade de uma maior atenção pré-natal aos sintomas depressivos, tendo em vista uma intervenção precoce⁴.

A depressão pós-parto (DPP) é um agravo de elevada prevalência, ocorrendo em 10 a 20% dos casos. Está associada a importantes repercussões negativas para o binômio mãe-filho^{5,6,7}. Além disso, também predispõe a outros agravos como o retorno do tabagismo no puerpério que já havia sido eliminado durante a gestação⁸.

A presença de estresse emocional, ainda durante a gestação, é cada vez mais associada à ocorrência de repercussões negativas sobre o feto. Isso ocorre, em parte, pela modificação do ambiente hormonal materno, de modo a permitir a passagem transplacentária de hormônios, como os corticosteróides, capazes de afetar o sistema cardiovascular do feto e mesmo influenciar o seu neurodesenvolvimento.

Esse fato pode contribuir para a maior prevalência, em mães ansiosas, de filhos hiperativos, irritáveis, com transtornos do sono, baixo peso ao nascer e que se alimentam mal⁶.

Além disso, no período pós-natal, a depressão pode determinar negligência e mesmo maus-tratos ao recém-nascido, considerando seu completo estado de dependência quanto às necessidades nutricionais, afetivas e de cuidados gerais. O comprometimento do vínculo materno nesse período tem sido associado a repercussões a longo prazo na criança, incluindo insegurança, comprometimento do desenvolvimento emocional, da linguagem, atenção e de outras habilidades cognitivas⁹.

Existem evidências de que a depressão materna é um fator de risco para a ocorrência de transtornos mentais em crianças, incluindo a depressão. Nessas crianças, não apenas a depressão é mais freqüente, mas também costuma incidir em idades mais precoces, ter maior duração e trazer maior prejuízo funcional, com alta probabilidade de recorrência. A depressão materna também é associada à ocorrência nos filhos de transtornos de ansiedade, transtornos extrovertidos e maior agressividade nos relacionamentos interpessoais, dentre outras alterações comportamentais¹⁰.

Com a identificação de fatores de risco para a depressão no ciclo gravídico-puerperal e um aumento do conhecimento sobre a vulnerabilidade biológica para os transtornos de humor no puerpério, um número crescente de estudos tem explorado meios de prevenir a depressão neste período, utilizando estratégias psicossociais, psicofarmacológicas e hormonais¹¹.

Etiologia

Apesar de a maioria dos estudos dedicarem-se à pesquisa de fatores de risco para a depressão pós-parto, é possível que os mesmos fatores também favoreçam o aparecimento da depressão na gestação.

Estudos recentes ainda não demonstraram uma etiologia diferenciada para a depressão pós-parto, quando comparada às demais formas de depressão conhecidas. Apesar dos esforços para a identificação de determinantes hormonais em sua etiologia, os fatores de risco de maior significância resumem-se à predisposição individual, representada por uma história prévia de depressão, incluindo aquela que aparece durante a gestação^{5,12}.

Mulheres com história prévia de depressão apresentam um risco 30% maior de DPP. Mulheres com história prévia de DPP têm um risco 70% maior de desenvolverem outro episódio. Em casos de DPP prévia e melancolia da maternidade, “*baby blue*”, esse risco aumenta para 85%¹³.

Apesar disso, uma combinação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos são apontados na determinação da depressão pós-parto. Neste contexto, é possível que exista uma associação entre a ocorrência da depressão pós-parto e o pouco suporte oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento; o não-planejamento da gestação; o nascimento prematuro e a morte do neonato; a dificuldade em amamentar e as dificuldades no parto. Alguns estudos também mostram uma associação entre a depressão da mãe e eventos de vida estressantes, como: problemas de saúde da criança; dificuldades relacionadas ao retorno ao trabalho e as adversidades socioeconômicas¹⁴.

Schwengber (2003) avaliou a contribuição de fatores sociais e demográficos para a ocorrência de depressão pós-parto entre adolescentes e encontrou associação entre a depressão materna e a pouca idade, raça negra, estado civil de solteira, baixo nível educacional e o suporte social inadequado¹⁴. Não obstante, outros trabalhos semelhantes não confirmaram estes achados¹².

Manifestação clínica

As alterações cognitivas e emocionais do ciclo gravídico-puerperal apresentam um amplo espectro de sintomas, indo desde um sentimento de tristeza até, em raros casos, à depressão grave com proporções psicóticas⁶.

Felizmente, a maioria dos casos caracteriza-se por um desequilíbrio emocional normal no pós-parto, estando associada à rápida alteração dos níveis hormonais no puerpério, ao estresse do parto e ao significado social da maternidade, com suas responsabilidades intrínsecas⁶.

Classificação

Além da depressão que pode incidir durante a gestação, é possível uma classificação didática dos transtornos de humor no puerpério em três categorias, que incluem, além da depressão pós-parto, *baby blues* e as psicoses puerperais¹⁴.

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV) caracteriza a depressão pós-parto como a ocorrência de sintomas de depressão/ma-

nia dentro das primeiras 4 semanas do puerpério, por pelo menos 2 semanas. Entretanto sabe-se que o desencadeamento de sintomas depressivos pode ocorrer a qualquer momento dentro do primeiro ano após o parto⁹, sendo mais freqüente entre a quarta e a oitava semana. A DPP apresenta uma prevalência de 10 a 20%. Caracteriza-se por disforia, choro freqüente, dependência aumentada, irritabilidade, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e de motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, sensação de incapacidade em lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas¹⁴.

O *baby blues* caracteriza-se por uma depressão do humor mais branda, labilidade emocional e choro fácil, atingindo cerca de 60% das novas mães entre o terceiro e o quinto dia após o parto¹⁴. Costuma remitir espontaneamente em cerca de 10 dias². Em virtude de sua elevada prevalência, é importante que a gestante receba todas as informações sobre a possibilidade desta alteração do humor, seus sintomas e caráter transitório, sendo orientada a procurar atendimento médico em caso de sua persistência por mais de duas semanas².

Já as psicoses puerperais, que ocorrem em uma proporção de 1 a 2 casos por 1.000 mulheres, apresentam sintomas acentuados, por vezes de natureza bipolar (mania freqüente), com delírios, alucinações, transtornos cognitivos, hiperatividade, humor deprimido, ideação suicida e/ou infanticida, dentre outras alterações. Os sintomas freqüentemente requerem tratamento intensivo e, por vezes, hospitalização, ocorrendo nas duas primeiras semanas após o parto^{6,14}. É importante sempre considerar a possibilidade de transtorno bipolar como morbidade subjacente, sobretudo em pacientes com história familiar ou pessoal positiva, visto que nesses casos é freqüente o desencadeamento de episódios de mania após o uso de antidepressivos⁹.

O pós-parto é um período de extrema vulnerabilidade para os transtornos psicóticos, associado por alguns estudos a um risco 21 vezes maior para estes agravos. A psicose puerperal, por ser considerada uma emergência psiquiátrica, requer tratamento especializado, o qual pode incluir neurolépticos, estabilizadores do humor e mesmo eletroconvulsoterapia².

Avaliação

Os critérios comumente utilizados na determinação da Depressão Maior são inadequados para a avaliação de mulheres que se encontram no ciclo

gravídico-puerperal. Isso ocorre porque, segundo o DSM IV, alguns critérios diagnósticos consistem em alterações fisiológicas esperadas em puérperas, como a alteração ponderal, as perturbações do sono e a sensação de fadiga ou perda de energia, não podendo ser considerados na avaliação destas pacientes².

Outro problema das escalas convencionais é a exclusão de outros sintomas importantes para o diagnóstico da depressão pós-parto, como sentimentos ambivalentes em relação à criança e de opressão pela responsabilidade do cuidar, dificuldade em revelar seus sintomas por receio de estigmatização, dentre outros¹⁵.

Instrumentos próprios para a detecção de depressão na gestação são escassos e ainda carecem de validação, de modo que por vezes são utilizadas escalas padronizadas para o diagnóstico da depressão no pós-parto ou mesmo fora do ciclo gravídico-puerperal¹⁶.

No caso da depressão pós-parto e considerando as dificuldades diagnósticas supracitadas, escalas apropriadas estão disponíveis no Brasil, validadas e específicas, a exemplo da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e da *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS)¹⁷.

A EPDS é a mais estudada, tendo sido, inclusive, utilizada em alguns protocolos internacionais, como o manual do Ministério da Saúde de Portugal. Essa escala foi desenvolvida em 1987, como um instrumento específico para identificar a depressão no período pós-natal¹⁷. No Brasil, a EPDS foi traduzida para o português e validada por Santos (2000). Sessenta e nove puérperas foram selecionadas de uma amostra maior para preencherem o instrumento e serem entrevistadas. Usando o ponto de corte recomendado de 11/12, obteve-se sensibilidade de 72%, especificidade de 88% e valor preditivo positivo de 78%¹⁶.

É um instrumento de auto-registro, de fácil utilização por profissionais sem especialização em saúde mental e mesmo não médicos. Tal fato viabiliza sua utilização em serviços de atenção primária à saúde¹⁶.

Dentre 10 questões de sintomas comuns de depressão, a paciente escolhe as respostas que melhor descrevem o modo como tem se sentido na última semana (Tabela 1)¹⁶. As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cota-

das inversamente (3, 2, 1, 0). Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total. Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade¹⁷.

Além da aplicação da escala EPDS, para a identificação de mulheres com provável depressão pós-parto, faz-se necessária a avaliação clínica e o diagnóstico diferencial com outras situações também motivadoras de quadros depressivos. Assim devem-se excluir o luto, os distúrbios endócrinos (sobretudo o hipotireoidismo e a doença de Cushing), as neoplasias (como o tumor de cabeça de pâncreas), colagenoses, doenças do sistema nervoso central (de natureza vascular, tumoral, epilépticas) e o uso de certos fármacos (betabloqueadores, benzodiazepínicos, metildopa)¹⁸.

Terapia farmacológica

Diante de uma história clínica, a mais completa possível, as opções de tratamento são oferecidas, dentre as quais estão os tratamentos biológicos. Os possíveis riscos envolvem toxicidade fetal, considerando-se a morte intra-uterina, malformações físicas, prejuízo de crescimento e toxicidade neonatal¹⁶.

A tendência atual é ajustar o tratamento convencional da depressão às peculiaridades do ciclo gravídico-puerperal, levando-se em consideração suas repercussões para o feto e lactente, sobretudo quando se considera o uso de antidepressivos tricíclicos (ADTs) ou inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS). No tratamento farmacológico da DPP, existe uma preferência pelo uso dos ISRS, em detrimento dos ADTs, devido a sua maior eficácia e tolerabilidade em mulheres jovens com depressão⁵.

Todas as medicações psicotrópicas são excretadas no leite materno em graus variados². Quanto às repercussões do uso destas medicações em lactentes, a literatura atual é inconclusiva. É possível, com base em estudos preliminares, a ocorrência de efeitos colaterais, comprometimento do ganho ponderal e alterações no neurodesenvolvimento⁵. Mesmo assim, a amamentação não deve ser contra-indicada, devendo-se informar o pediatra do tratamento materno e observar o aparecimento de efeitos colaterais no lactente¹⁸.

Clinicamente, uma sugestão é utilizar apenas antidepressivos que tenham menor probabilidade de acumulação no leite materno, como a sertralina e a paroxetina⁵.

Não há publicações do Ministério da Saúde do Brasil sobre o tema. Existe um manual do Ministério da Saúde de Portugal, publicado em 2006, no qual há um modelo de protocolo de fácil aplicação em nível primário de atenção à saúde. Segundo esse manual, a paroxetina é recomendada como a melhor opção farmacoterápica no puerpério (Tabela 2)¹⁵. Entre os antidepressivos tricíclicos, a nortriptilina seria uma alternativa. No entanto, inexistem ensaios clínicos randomizados que avaliem o uso de qualquer tricíclico no pós-parto⁵.

Para uso na gestação, têm-se como opções a amitriptilina, fluoxetina, sertralina e o citalopram, classificados como risco B pela *Food and Drug Administration* (FDA), ou seja, estudos de reprodução animal não demonstram risco fetal ou, se o fazem, esses não são confirmados em estudos controlados no ser humano. O uso dessas drogas deve sempre considerar a relação custo-benefício para o tratamento¹⁶.

A remissão completa do quadro depressivo, após a instituição da farmacoterapia, é esperada em seis a oito semanas, devendo-se rever a conduta em caso de ausência de resposta. Cerca da metade das pacientes apresentará recaída ou recorrência do quadro depressivo, recomendando-se a manutenção das medicações por até seis meses após o desaparecimento dos sintomas¹⁸.

Uma dificuldade comum é a impressão negativa frequentemente apresentada pelas puérperas quanto ao uso de antidepressivos, motivada, em parte, pelos efeitos destas medicações nos lactentes, quando da amamentação. Deste modo, impõe-se a informação adequada, a correta orientação e o acompanhamento regular, favorecendo, assim, a adesão ao tratamento. Magalhães (2006) coloca o tratamento da DPP como uma prioridade, tendo em vista os perigos da depressão sobre a mãe e o filho⁵.

Apesar de não haver contra-indicação absoluta ao uso dessas medicações na lactação, é importante informar à gestante ou puérpera de suas possíveis repercussões no recém-nascido a curto e longo prazo, de modo que a paciente se torne participante ativa de seu tratamento e possa decidir sobre a amamentação, considerando seus riscos e benefícios⁹.

Alguns estudos têm demonstrado efeitos terapêuticos benéficos da suplementação estrogênica na depressão pós-parto, no entanto apresenta limitações quanto ao tamanho da amostra e formação

do grupo controle. Na prática clínica, o estado de hipercoagulabilidade da gestante pode significar motivo de receio para a terapia estrogênica no pós-parto imediato. Estudos controlados sobre o uso da progesterona na DPP são escassos, assim como, aqueles sobre a profilaxia da DPP com hormônios e antidepressivos². Alguns estudos mais recentes apontam benefícios no uso de ácidos graxos ômega-3¹⁹.

Psicoterapia

Ao lado da terapia farmacológica, a psicoterapia é indicada como tratamento coadjuvante, sendo de fundamental importância na refratariedade a farmacoterapia. Pode ser considerada isoladamente em casos leves. Três tipos de psicoterapia são reconhecidamente eficazes, incluindo a terapia comportamental (propõe modificação de comportamentos disfuncionais), cognitiva (propõe a modificação de concepções do paciente em relação à depressão) e a terapia interpessoal (ênfata as dificuldades nas relações interpessoais). Em geral os efeitos da psicoterapia aparecem entre 1 a 2 meses após o início da terapia¹⁸.

Propõe-se uma intervenção humanizada e harmônica entre os profissionais e as pacientes, de modo a propiciar à família, um assistir voltado para os sentimentos, percepções e vivências que inconscientemente interferem na saúde mental materna³. O atendimento que deve ser realizado por equipe multiprofissional, revela-se uma excelente oportunidade para prevenir, detectar e tratar transtornos afetivos em gestantes e, conseqüentemente, em seus filhos³.

Os ginecologistas/obstetras e pediatras, bem como os demais médicos que lidam com pacientes de risco para a depressão, devem ficar atentos à possibilidade deste agravo e adotar uma postura que facilite a resolução de conflitos psicossociais inerentes ao ciclo gravídico-puerperal. Sendo assim, recomenda-se uma atuação baseada na prática da escuta, pontuação e interpretação. A escuta permite o suporte emocional; a pontuação facilita um melhor entendimento pela paciente de sua realidade e possibilidades; a interpretação favorece o entendimento dos conflitos apresentados¹⁸.

Outras formas de abordagem incluem a solicitação da presença do esposo ou companheiro nas consultas, atenção ao estado emocional da grávida, detecção de condições psicossociais desfavoráveis, programação de visita domiciliar às gestantes de risco e a organização de grupos de preparação

para o parto incentivando a presença do companheiro¹⁷.

É importante a atenção a situações que indiquem a necessidade de encaminhamento ao especialista psiquiatra, as quais incluem: ideação suicida, idéias agressivas em relação ao filho, sintomas de euforia ou psicóticos (delírios e/ou alucinações), ausência de melhora importante dos sintomas após seis semanas de tratamento medicamentoso, persistência de sintomas residuais, sintomas complexos que levantam dúvidas quanto a outras morbidades psiquiátricas, problemas psicossociais de relevância¹⁸.

Estudo randomizado realizado em mulheres com baixas condições socioeconômicas de Santiago, Chile, procurou identificar a importância da intervenção multidisciplinar e interdisciplinar na depressão materna. A intervenção com múltiplos componentes incluía o treinamento de médicos da atenção primária, consultas semanais com psiquiatras, grupos de mães para apoio psicológico e educacional, farmacoterapia quando necessária e suporte para incentivar a aderência ao tratamento. O ensaio contou com a participação de 230 mulheres, sendo 114 alocadas no grupo que recebeu múltiplas intervenções. A importância desta intervenção foi evidente após três meses de acompanhamento, no que se refere à redução e controle da depressão materna, fato que ratifica a determinação multifatorial da DPP²⁰.

DISCUSSÃO

Na abordagem da depressão no ciclo gravídico-puerperal é necessária a identificação de mulheres com fatores de risco. Deve-se realizar atento acompanhamento ainda durante o pré-natal, sendo-lhes dada a oportunidade de uma relação médico-paciente favorecedora da resolução de eventuais conflitos quanto à maternidade e situações psicossociais desfavoráveis. Assim, o médico tem a oportunidade de atuar não apenas no diagnóstico, mas também em uma perspectiva de prevenção e promoção da saúde, revestindo sua conduta de potencial para modificar a elevada prevalência e impacto social desse transtorno.

A atenção aos sintomas depressivos deve ser redobrada no pós-parto. A identificação do *baby blues* pressupõe a informação oportuna à puérpera, tranquilizando-a sobre a transitoriedade dos sintomas e acompanhando sua resolução, que deve

ocorrer em até duas semanas. Nesse caso, o uso de terapia farmacológica não é necessário.

Para a identificação da depressão pós-parto, o método recomendado é a escala EPDS. Uma pontuação ≥ 12 aponta para o diagnóstico, sendo necessária uma avaliação clínica acurada, para a exclusão de outros diagnósticos diferenciais ou causas orgânicas subjacentes que possam estar desencadeando a depressão.

Uma questão controversa é se a EPDS deve ser aplicada a todas as puérperas ou apenas àquelas que apresentam fatores de risco para a depressão. Como não há consenso, sugerimos a sua utilização como instrumento de confirmação diagnóstica, sendo aplicada apenas às puérperas com fatores de risco para DPP.

Outro aspecto importante é que, apesar de essa escala ser de fácil entendimento e auto-aplicável, podem ocorrer dificuldades operacionais em pacientes analfabetas. Por isso, recomendamos que o médico aplique a EPDS durante a consulta. Além disso, para a sua utilização em unidades de saúde, há a necessidade da elaboração de impressos, o que implica gastos adicionais. Portanto, apenas uma escala deve ser colocada em cada consultório e a sua pontuação deve ser anotada no prontuário. Dessa forma, reduzem-se os custos e aumenta-se a praticidade.

Não nos parece adequada a aplicação da EPDS na primeira semana após o parto, dada a fadigabilidade fisiológica desse período. Por isso, uma boa oportunidade para se aplicar a EPDS em termos práticos é na revisão de parto. Outra opção mais precoce é a aplicação desta escala na primeira consulta do recém-nascido, após uma semana de vida. Os pediatras, ao verificarem fatores de risco, podem aplicar a EPDS e encaminhar a paciente ao ginecologista para avaliação complementar e, se necessário, tratamento. Esta abordagem é muito importante, já que esses médicos encontram com as mães de quatro a seis vezes durante o primeiro ano de vida.

Mesmo que o resultado do escore não indique o transtorno, a puérpera deve ser informada da possibilidade da DPP e de seus sintomas. É importante o envolvimento do cônjuge, família ou outra pessoa em quem a paciente confie nesse processo. Portanto, os médicos devem sempre estimular a presença dessas pessoas na consulta. Essa conduta fortalece os laços familiares e de apoio social,

dos quais depende o sucesso tanto da prevenção, quanto do tratamento dos transtornos mentais.

Para aquelas puérperas que necessitem permanecer internadas após sete dias do parto o instrumento deve ser aplicado ainda durante a internação. A internação prolongada é um fator de risco para a depressão, de modo que a escala deve ser aplicada a todas as puérperas nessa situação.

Uma vez diagnosticada a depressão maior, os graves prejuízos desse transtorno no binômio mãe-filho contrastam com as adversidades do tratamento farmacológico, sua possível teratogenicidade e influência no neurodesenvolvimento da criança. Por outro lado, as diversas formas de abordagem psicológica devem atuar como terapias adjuvantes e, como monoterapia, apenas em casos leves.

Na tentativa de otimizar os resultados é proposto a associação entre farmacoterapia e psicoterapia. A paciente deve ser informada dos riscos e benefícios do uso dos psicoterápicos, devendo-lhe ser dada a oportunidade de decidir, em conjunto com o médico, o seu tratamento e a conveniência da amamentação. A gestante deve sentir-se apoiada e ter confiança na abordagem escolhida. Sua participação ativa nas decisões minimiza as chances de abandono ou negligência na adoção do tratamento.

Na gestação, a droga de escolha é a fluoxetina, enquanto que na lactação, a preferência é para a paroxetina. As medicações devem ser suspensas em torno de seis meses após a resolução do quadro.

Sempre que possível um psiquiatra deve acompanhar o caso, sobretudo na presença de ideação suicida, infanticida, euforia, psicose, ausência de melhora após seis semanas de farmacoterapia, sintomas residuais, suspeita de comorbidades psiquiátricas e gravidade significativa do quadro. O pediatra deve sempre ser informado do tratamento materno. Eventuais efeitos colaterais das medicações nos lactentes devem ser vigiados. Esses incluem sedação, irritabilidade e constipação, devendo a mãe ser informada da sua possibilidade.

CONCLUSÃO

Diversas questões ainda devem ser esclarecidas no que se refere a um tema tão amplo e importante quanto à saúde mental das mulheres em período de gestação e puerpério. Devido à alta prevalência e impacto negativo no binômio mãe-filho e,

por conseguinte em toda a família, é de extrema relevância o conhecimento da depressão no ciclo gravídico-puerperal por todos os prestadores de cuidados específicos neste período.

Há lacunas de conhecimento ainda presentes na literatura atual como a escassez de estudos sobre a depressão na gestação e a ausência de validação de instrumentos específicos para uso nesse período,

lembrando que a EPDS foi validada para uso no puerpério. Nesse sentido, estudos sobre a depressão no ciclo gravídico-puerperal devem ser incentivados, visando à padronização de condutas.

Profissionais de saúde devem ser sensibilizados quanto a esse importante agravo de saúde pública. O Ministério da Saúde deve posicionar-se a respeito do tema orientando o diagnóstico e a conduta principalmente nas unidades básicas de saúde.

Tabela 1

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS).

| Nos últimos 7 dias: | |
|---|--|
| 1. Tenho sido capaz de rir e ver o lado divertido das coisas. | 6. Tenho sentido que são coisas demais para mim. |
| 0. Tanto quanto antes; 1. Menos do que antes; 2. Muito menos do que antes; 3. Nunca. | 3. Sim, na maioria das vezes não consigo resolvê-las; 2. Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes; 1. Não, na maioria das vezes resolvo-as facilmente; 0. Não, resolvo-as tão bem como antes. |
| 2. Tenho tido esperança no futuro. | 7. Tenho me sentido tão infeliz que durmo mal. |
| 0. Como sempre tive; 1. Menos do que costumava ter; 2. Muito menos do que costumava ter; 3. Quase nenhuma. | 3. Sim, quase sempre; 2. Sim, por vezes; 1. Raramente; 0. Não, nunca. |
| 3. Tenho me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal. | 8. Tenho me sentido triste ou muito infeliz. |
| 3. Sim, na maioria das vezes; 2. Sim, algumas vezes; 1. Raramente; 0. Não, nunca. | 3. Sim, quase sempre; 2. Sim, muitas vezes; 1. Raramente; 0. Não, nunca. |
| 4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo. | 9. Tenho me sentido tão infeliz que choro. |
| 0. Não, nunca 1. Quase nunca 2. Sim, por vezes 3. Sim, muitas vezes | 3. Sim, quase sempre; 2. Sim, muitas vezes; 1. Só às vezes; 0. Não, nunca. |
| 5. Tenho me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo. | 10. Tive idéias de fazer mal a mim mesma. |
| 0. Sim, muitas vezes; 1. Sim, por vezes; 2. Não, raramente; 3. Não, nunca. | 3. Sim, muitas vezes; 2. Por vezes; 1. Muito raramente; 0. Nunca. |

Adaptado do Manual de orientação para profissionais de saúde sobre promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância. Ministério da Saúde. Portugal, 2006.¹⁴

Tabela 2

| Depressão materna. | | |
|-------------------------|--|--|
| Prevalência | Na gravidez 8-10% | No pós-parto 10-20% |
| Início | Sobretudo nos dois primeiros trimestres | Durante o primeiro ano após o parto, sobretudo a partir de 4 a 6 semanas (2.º mês) |
| Evolução | Sem tratamento é mais prolongada. | |
| Fatores de Risco | <ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes psiquiátricos pessoais/familiares, principalmente a depressão; ■ Fatores biológicos, como alterações hormonais; ■ História obstétrica atual e pregressa desfavorável; ■ Fatores psicossociais, incluindo gravidez não desejada, pouco suporte social e familiar, mãe solteira, mãe adolescente, dificuldades laborais e socioeconômicas. ■ Fatores da criança: prematuridade, morte do neonato, patologia somática, deficiência, temperamento difícil, dentre outros. | |
| Quadro Clínico | <p>Sintomas de alerta</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Crises de choro/ choro freqüente ■ Ideação suicida ■ Tristeza invasiva ■ Desespero ■ Sintomas psicossomáticos <p>Sintomas de confusão com o ciclo gravídico-puerperal normal</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Irritabilidade ■ Perturbações alimentares ■ Perturbações do sono ■ Fadiga, desânimo ■ Falta de motivação ■ Desinteresse sexual | |
| Diagnóstico Diferencial | <ul style="list-style-type: none"> ■ Baby Blues Atinge 60% das puérperas entre o 3.º e 5.º dia pós-parto. Tende à remissão espontânea, com sintomas de duração mais curta. ■ Psicose pós-parto Surge nas primeiras 2 semanas após o parto, sendo caracterizada por sintomas graves (alucinações e delírios, angústias paranóides). É necessário tratamento intensivo e por vezes internação. | |
| Intervenção | <ul style="list-style-type: none"> ■ Intervenção preventiva. Apoio à grávida/puérpera em situação de risco. Articulação entre serviços. ■ Avaliação e diagnóstico precoces. Possibilidade de utilização de escalas diagnósticas padronizadas (EPDS). ■ Psicofarmacologia: o antidepressivo recomendado é a paroxetina, que pode ser utilizada em mães que amamentam. | |

Adaptado do Manual de orientação para profissionais de saúde sobre promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância. Ministério da Saúde. Portugal, 2006¹⁴.

REFERÊNCIAS

1. Motta MG, Lucion AB, Manfro GG. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul. 2005;27(2): 165-176.
2. Seyfried LS, Marcus SM. Postpartum mood disorders. International Review of Psychiatry. 2003 Aug;15: 231-42.
3. Falcone VM, Mader CVN, Nascimento CFL et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. Rev. Saúde Pública. 2005 Ago;39(4): 612-18.
4. Stowe ZN, Hostetter AL, Newport DJ. The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. Am J Obstet Gynecol. 2005 Feb;192(2): 522-6.
5. Magalhães, PVS, Pinheiro RT, Faria AD, Osório CM, Silva RA. Questões críticas para o tratamento far-

- macológico da depressão pós-parto. *Rev. Psiq. Clín.* 2006; 33(5): 245-248.
6. Kaplan HI; Sadock BJ; Grebb JA. O desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital. In: *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 1997. p. 31-94.
7. Munk-Oslen T, Lursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: A population-based register study. *JAMA*. 2006 Dec; 296(21): 2582-2589.
8. Levitt C, Shaw E, Wong S, Kaczorowski J. Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Effectiveness of Interventions for Smoking Relapse Prevention, Cessation, and Reduction in Postpartum Women. *BIRTH*. 2007 Dec 34(4): 341-937.
9. Payne JL. Antidepressant Use in the Postpartum Period: Practical Considerations. *Am J Psychiatry*. 2007 Sep;164(9): 1329-1332.
10. Goodman SH. Depression in Mothers. *Annu.Rev. Clin.Psychol.* 2007;3: 107-35.
11. Zinga D, Phillips SD, Born L. Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented? *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2005;27(supl 12): S56-S64.
12. Morris-Rush JK, Freda MC, Bernstein PS. Screening for postpartum depression in an inner-city population. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188: 1217-9.
13. Cunningham FG, Williams et al. *Williams Obstetrics*. 21 ed. New York: McGraw-Hill; 2001.
14. Schwengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud. psicol. (Natal)*. 2003;8(3): 403-411.
15. Barbosa EMS et al. Depressão pós-parto na adolescência: um problema relevante? *Rev. Saúde Pública*. 2006;40(5): 935-937.
16. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, Jr Rennó J. *Rev. Psiq. Clín.* 2006;33(2): 92-102.
17. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: DGS, 2006. 46 p.
18. Filho Vieira AHG, Cury AF. Depressão pós-parto. In: Zugaib M, Bittar RE. *Protocolos Assistenciais: Clínica Obstétrica da Faculdade de medicina da USP*. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 437-442.
19. Shaw E, Kaczorowski J. Postpartum care - what's new? *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007 Dec;19(6): 561-7.
20. Small R, Lumley J. Reduction of maternal depression: much remains to be done. *The Lancet*. London. 2007 Nov;370: 1593-1595.
-