

DEPRESSÃO PÓS PARTO E SEUS RISCOS.

POSTPARTUM DEPRESSION AND ITS RISKS.

¹BORGES, Ana Flávia Pedroso; ²ANDRADE, Pâmela Cristina

^{1 e 2}Departamento de Enfermagem – Centro Universitário das Faculdades Integradas de Ourinhos- Unifio/FEMM

RESUMO

O objetivo desta revisão foi a de analisar os riscos e consequências da depressão pos parto para a mulher e prole. A metodologia utilizada foi a revisão de literatura por meio de consultas a materiais já publicados e disponibilizados em bases de dados específicas. A depressão pós-parto é um importante problema de saúde pública internacional que afeta pelo menos 1 em cada 8 mães e seus filhos no ano após o parto em todo o mundo. Tal manifestação pode ser mais comum e pode estar associada a maior morbidade tanto para mães como para crianças em países com poucos recursos e tem sido associada com efeitos negativos significativos não só sobre as próprias mulheres deprimidas, mas sobre o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional de seus filhos. A detecção e intervenção precoce são importantes para mitigar esses riscos.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto; Riscos; Tratamento

ABSTRACT

The objective of this review was to analyze the risks and consequences of postpartum depression for women and children. The methodology used was a literature review through consultations with materials already published and available in specific databases. Post-partum depression is an important international public health problem that affects less than 1 person every 8 more years and every child after birth all over the world. Such manifestation may be more common and may be associated with greater morbidity for both men and children in countries with few resources and has been associated with significant negative effects not only on depressed women themselves, but on the physical, cognitive and emotional development of your children. Early detection and intervention are important to mitigate these risks.

Keywords: Postpartum Depression; Cliffs; Treatment

INTRODUÇÃO

Muitas mulheres experimentam uma vasta gama de emoções durante a gravidez, como antecipação, emoção, felicidade, satisfação, bem como ansiedade, frustração, confusão ou tristeza / culpa durante a gravidez situações estas que são estendidas no período pós-parto. O período pós-parto torna-os altamente vulneráveis a vários distúrbios psiquiátricos. Tradicionalmente distúrbios psiquiátricos pós-parto são classificados como baby blues de maternidade, psicose puerperal e depressão pós-natal. No entanto, o espectro da fenomenologia pós-parto é largo. A fenomenologia pós-parto caracteriza-se por uma série de emoções de labilidade transitória do humor, irritabilidade e choro, a agitação marcada, delírios, confusão e delírio. (RAI, et al, 2015)

A doença mental perinatal é em grande parte sub-diagnosticada e subtratada.

(MARCUS, et al, 2013) Distúrbios psiquiátricos pós-parto não tratados podem ter ramificações significativas para uma família. Às vezes, a depressão pós-parto pode tornar-se tão grave que justifica a hospitalização. Além disso, distúrbios psiquiátricos pós-parto podem afetar adversamente a interação mãe-bebê e a afetividade. Assim, o diagnóstico precoce e o tratamento do transtorno psiquiátrico pós-parto são extremamente cruciais. (CARTER, et al, 2011)

As mães muitas vezes se sentem muito culpadas e se preocupam em não ser capazes de cuidar adequadamente de seu bebê. Muitas mães sentem demasiada vergonha para falar com os outros sobre como eles estão se sentindo. Eles têm medo de não viver de acordo com a idéia de uma "boa mãe" e podem se tornar cada vez mais retiradas. Algumas mulheres dizem que não se reconhecem mais.

Cuidar de um bebê recém-nascido é um verdadeiro desafio. Algumas mulheres não recebem a ajuda emocional e prática de que precisam. Nem sempre é fácil lidar com todas as mudanças que precisam ser feitas para cuidar em tempo integral para um novo bebê. Lidar com o estresse diário e se acostumar com sua nova vida pode ser muito difícil - e às vezes pode até mesmo ser deprimente. (RAI, et al, 2015)

A depressão pós-parto é o transtorno psiquiátrico mais frequente observado após o parto, com uma taxa de prevalência de 10% a 15%, portanto, configura-se como sendo uma complicação comum e vem sendo cada vez mais considerada como um relevante problema de saúde pública, quando não tratada apresenta múltiplos efeitos negativos potenciais sobre afetividade entre mãe e filho, conseqüentemente para o desenvolvimento infantil.

A depressão pós-parto tem sido associada a interrupções nas interações materno-infantil e menor funcionamento cognitivo e problemas comportamentais em crianças. A persistência da depressão materna pode aumentar o risco de as crianças desenvolverem problemas emocionais, incluindo ansiedade, distúrbios perturbadores e distúrbios depressivos, enquanto a remissão da depressão tem um efeito positivo tanto nas mães como nos seus filhos. A depressão materna também pode aumentar o risco de resultados negativos na alimentação infantil e menores taxas de iniciar ou manter a amamentação (RAI, et al, 2015)

A triagem para depressão no período perinatal é viável em vários cuidados primários ou obstétricos e pode ajudar a identificar mães deprimidas mais cedo. No entanto, existem múltiplas barreiras ao tratamento adequado, incluindo preocupações

sobre os efeitos da medicação em lactentes. (FITELSON, et al, 2010).

A depressão pós-parto é um cenário médico sério não só por causa do sofrimento que causa as mulheres, mas porque pode afetar negativamente as crianças emocionalmente, socialmente e mesmo cognitivamente, às vezes bem além do tempo da depressão. Os desfechos adversos mais graves incluem risco aumentado de disfunção conjugal e divórcio, abuso e negligência infantil e até mesmo suicídio ou infanticídio materno. Crianças de mães deprimidas podem experimentar insegurança, baixa auto-estima e até mesmo diminuição das habilidades intelectuais ou do desenvolvimento da linguagem. Diante desta realidade, compreender os fatores associados com este fenômeno é determinante, bem como as consequências desta manifestação. Assim sendo, o objetivo desta revisão é a de analisar os riscos e consequências da depressão pos parto para a mulher e prole.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura com ênfase a consideração de materiais já publicados e disponibilizados nas seguintes bases de dados: Bireme, Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde; Scielo, *Scientific Eletronic Library* on line e PubMed/Medline - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*. Foram considerados artigos publicados em língua portuguesa e inglesa publicados, sendo considerados descritores como: depressão, depressão pós-parto, ansiedade, transtornos psiquiátricos e gestantes, sendo descartados os que não enquadravam-se no período de publicação considerados como parâmetros e que não se referia ao contexto da medicina psiquiátrica.

DESENVOLVIMENTO

Há três espécies de transtornos psiquiátricos relacionados ao pós-parto, a tristeza pós-parto é o fenômeno mais comum, igualmente denominado de blues puerperal, na qual atinge a grande maioria das mulheres e se evidencia a logo nos primeiros dias do pós-parto, cujo período de duração é de até duas semanas, cujos sintomas são alterações de humor, perda de apetite e sensação de solidão. Acresce-se ainda duas manifestações mais fortes, a depressão e a psicose pós-parto, em que os sintomas são mais incisivos e de duração mais longa. (ALIANE, et al, 2017)

Os critérios diagnósticos para um transtorno depressivo maior, tal como definido pelo Manual de Diagnóstico Estatísticos e Transtornos Mentais (DSM-IV), não

diferem no período pós-parto em comparação com outros momentos e incluem pelo menos 2 semanas de humor persistente baixo ou anedonia, bem como pelo menos quatro dos seguintes: aumento ou diminuição do apetite, distúrbios do sono, agitação psicomotora ou retardo, baixa energia, sentimentos de inutilidade, baixa concentração e ideação suicida. (FITELSON, et al, 2011)

Um transtorno depressivo maior – TDM - pode ser classificado como tendo início pós-parto se a os sintomas depressivos começam nas primeiras quatro semanas após o parto. No entanto, estudos sugerem que os episódios depressivos são significativamente mais comuns em mulheres nos primeiros três meses após o parto e uma maior vulnerabilidade à doença psiquiátrica pode persistir por um ano ou mais. (FITELSON, et al, 2011).

A depressão pós-parto – DPP - é o distúrbio psiquiátrico mais comum observado no período pós-parto, geralmente difícil de distinguir da depressão que ocorre em qualquer outro momento na vida de uma mulher. No entanto, os pensamentos negativos estão principalmente relacionados com o recém-nascido. É observado em 10-15% das mulheres pós-parto e, além do especificador de tempo pós-parto, os critérios diagnósticos são difíceis de diferenciar do transtorno depressivo maior caracterizado por humor depressivo generalizado, distúrbios do sono e do apetite, baixa energia, ansiedade e ideação suicida. Além disso, sentimentos de culpa ou inadequação sobre a capacidade para cuidar do bebê, uma preocupação com o bem-estar do bebê ou insegurança obsessiva. (HENSHAW, 2013)

As mulheres com depressão pós-parto podem ter sintomas comórbidos como ataques de pânico, obsessões, compulsões ou características psicóticas. A comorbidade psiquiátrica também pode ocorrer no nível sindrômico na forma de ansiedade ou transtornos de uso de substâncias. Mulheres com depressão pós-parto comumente experiência comorbide obsessiva, pensamentos compulsivos (41% a 57%), que são de natureza ego-distônica, mas há preservação do julgamento racional e testes de realidade. (SHARMA, SHARMA, 2012, p. 436)

Um grande número de estudos observou que a incidência mais elevada de sintomas de ansiedade é observada em depressão pós-parto do que em outras formas de depressão. O início pode variar de poucos dias a poucas semanas após o parto, geralmente nos primeiros 2-3 meses após o parto. História de transtorno depressivo maior aumenta o risco da depressão pós-parto em 25%, e histórico familiar aumenta o risco de recorrência a 50%. (HENSHAW, 2013)

O diagnóstico é desafiador, o momento ideal para a detecção é entre 2 semanas e 6 meses após o parto. Várias medidas de auto-relato disponíveis para realizar triagem da depressão-pós-parto incluem a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo - EDPS, que é um questionário validado e amplamente utilizado de 10 itens. Uma Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo ≥ 12 é indicativo para provável. A Escala de Triagem de Depressão Pós-Parto – ETDP - é outra medida de rastreio auto-relatada que é popular entre os clínicos devido à sua validade de construção e ênfase nos domínios clínicos; entretanto, por causa das altas taxas de falso-positivo foi relatado para ser menos exato do que a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo. (HANUSA, et al, 2008; BECK, et al, 2019)

Muitas mães com depressão pós-parto são hesitantes em tomar antidepressivos devido a preocupações sobre a exposição dos bebês à medicação através do leite materno ou preocupações com possíveis efeitos colaterais e, portanto, preferem tratamentos psicológicos. (DENNIS, et al, 2019) Embora relativamente poucos estudos tenham investigado sistematicamente tratamentos não-farmacológicos para a depressão pós-parto, os existentes apóiam o uso de ambos os tratamentos psicológicos (especificamente terapia interpessoal, terapia cognitivo-comportamental e psicoterapia psicodinâmica), bem como intervenções psicossociais, tais como aconselhamento não direcionado. Uma meta-análise de dez ensaios clínicos randomizados de tratamentos psicossociais e psicológicos para a depressão pós-parto concluiu que as intervenções psicossociais e psicológicas são eficazes na diminuição da depressão e são opções viáveis de tratamento. (DENNIS, HODNETT, 2019)

A terapia interpessoal é baseada na abordagem da conexão entre problemas interpessoais e humor que enquadra a depressão como uma doença médica que ocorre em um contexto social. Nesta terapia, o paciente e o clínico selecionam uma das quatro áreas problemáticas interpessoais (transição de papéis, disputa de papéis, luto ou déficits interpessoais) como foco de tratamento. Ao longo da terapia (tipicamente 12-20 semanas), são desenvolvidas estratégias para auxiliar os pacientes na modificação de abordagens problemáticas aos relacionamentos e na construção de melhores apoios sociais. (STUART, O'HARA, 2007)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão pós-parto é um importante problema de saúde pública internacional que afeta pelo menos 1 em cada 8 mães e seus filhos no ano após o parto em todo o mundo. Tal manifestação pode ser mais comum e pode estar associada a maior morbidade tanto para mães como para crianças em países com poucos recursos e tem sido associada com efeitos negativos significativos não só sobre as próprias mulheres deprimidas, mas sobre o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional de seus filhos. A detecção e intervenção precoce são importantes para mitigar esses riscos.

REFERÊNCIAS

- ALIANE PP. *et al.* Revisão Sistemática sobre Fatores de Risco Associados à Depressão Pós-parto. **Psicol. pesq.** vol.5 no.2 Juiz de Fora dez. 2017.
- BECK CT, *et al.* Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale. **Nurs Res.** N. 60, p. 155-164, 2019.
- CARTER AS, *et al.* Maternal depression and comorbidity: Predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.** n. 40, p.:18–26, 2011.
- DENNIS CL, *et al.* Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high-risk women: multisite randomized controlled trial. **BMJ.** n. 338, p.1-9, 2019.
- DENNIS CL, MCQUEEN K. The Relationship Between Infant-Feeding Outcomes and Postpartum Depression: A Qualitative Systematic Review. **pediatrics.** n. 123, p. 736-775.2019..
- DOBSON KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. **Journal of Consultation and Clinical Psychology.** n. 57, p. 414-419, 2019.
- FIELD T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. **Infant Behavior and Development.** 2020.
- FITELSON E, *et al.* Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. **Int J Womens Health.** n. 3, p. 1-14, 2011.
- GANJEKAR S, *et al.* A comparative study of psychopathology, symptom severity, and short-term outcome of postpartum and nonpostpartum mania. **Bipolar Disorders.** n. 13, p. 713-718, 2013.
- HANUSA BH, *et al.* Screening for depression in the postpartum period: a

comparison of three instruments. **J Womens Health**. n. 17, p. 585-595, 2008.

HENSHAW C. Mood disturbance in the early puerperium: A review. **Arch Womens Ment Health**. n. 6 supl. 2, p. 33-42, 2013.

JENNINGS KD, *et al.* Thoughts of harming infants in depressed and non-depressed mothers. **J Affect Disord**. n. 54, v. 5, p. 21-28, 2019

LOGSDON MC, *et al.* MD. The impact of postpartum depression on mothering. **J Obstetr Gynecol Neonat Nurs**. . 35, p. 652-658, 2020.

LOVEJOY MC, *et al.* Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. **Clinical Psychology Review**. n. 20, p. 561-559, 2010.

MARCUS SM, *et al.* Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. **J Womens Health (Larchmt)** n. 13, p. 373-380, 2013.

MILLER ES, *et al.* The impact of perinatal depression on the evolution of anxiety and obsessive-compulsive symptoms. **Archives of Women's Mental Health**. n. 18, v. 3, p. 454-464, 2014.

O'HARA MW, *et al.* Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. **Arch Gen Psychiatry**. n. 57, p. 1039-1045, 2020.

PEARLSTEIN T. Perinatal depression: treatment options and dilemmas. **J Psychiatry Neurosci**. n. 33, v. 4, p. 302-318, 2018.

RAHMAN A, *et al.* The neglected 'm' in MCH programmes – why mental health of mothers is important for child nutrition. **Trop Med Int Health**. n. 13, v. 4, p. 579-583, 2018.

RAI S, *et al.* Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. **Indian J Psychiatry**. n. 57, supl. 2, p. 216-221, Jul.2015.

ROSS LE, DENNIS CL. The prevalence of postpartum depression among women with substance use, an abuse history, or chronic illness: a systematic review. **J Womens Health**. n. 18, v. 4, p. 475-486, 2019.

RUSSELL EJ, *et al.* Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. **Journal of Clinical Psychiatry**. n. 74, p. 377-385, 2013.

SCHMIDT EB, *et al.* Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2006.

SHARMA V, SHARMA P, Postpartum Depression: Diagnostic and Treatment Issues. **J Obstet Gynaecol.**, v.34, n. 5, p. 436–442.2012.

STUART S, O'HARA MW. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a treatment program. **J Psychother Pract Res.**, n. 4, p. 18-29, 2007.

WEISSMAN MM, et al, for STAR*D-Child Team Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR*D-child report. **JAMA**. n. 295, v. 12, p. 1389-1398, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . Women and health : today's evidence tomorrow's agenda. Geneva: **WHO Press**; 2019.