



DEPRESSÃO PÓS-PARTO: INCIDÊNCIA NO AMBULATÓRIO DE PUERPÉRIO DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VALENÇA BASEADA NA ESCALA DE EDIMBURGO

João Alfredo Seixas¹, Filomena Aste Silveira², Rafael Aste da Silveira³, Camila Barbosa Ribeiro⁴ e Letícia Fernandes Zile⁵

RESUMO

Introdução: A depressão pós-parto é um transtorno do humor que se inicia, normalmente, nas primeiras quatro semanas após o parto e que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Os sintomas mais comuns são desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, idéias suicidas, diminuição do apetite e da libido, queda do nível de funcionamento mental e presença de idéias obsessivas ou supervalorizadas. **Objetivo:** Realizar o diagnóstico de alteração psíquica leve e transitória e de depressão pós-parto nas pacientes atendidas no ambulatório do Hospital Escola do Centro Universitário de Valença. **Material e Métodos:** Foi utilizada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, para classificação das pacientes atendidas no ambulatório de puerpério do Centro Universitário de Valença. **Resultados:** Foram encontrados 13,54% de caso prováveis de depressão pós-parto, em um total de 96 questionários aplicados. **Conclusão:** O diagnóstico de alteração psíquica leve e transitória e de depressão pós-parto, se faz importante para que se possa promover um tratamento específico, o qual deve apresentar uma abordagem multidisciplinar. Com o tratamento espera-se dar uma melhor condição para essa mãe cuidar do recém-nascido.

Palavras-chave: Depressão pós-parto, transtornos puerperais, depressão, saúde mental.

¹Professor de Ginecologia e Obstetrícia do UNIFAA

²Professora Titular de Ginecologia e Obstetrícia do UNIFAA

³Professor de Psiquiatria do UNIFAA

⁴Medica de Ginecologia e Obstetrícia do UNIFAA

⁵ Graduanda do UNIFAA

POSTPARTUM DEPRESSION: INCIDENCE AT THE UNIVERSITY CENTER OF VALENÇA POSTPARTUM OUTPATIENT CLINIC BASED ON THE EDINBURGH SCALE

ABSTRACT

Introduction: The postpartum depression is a mood disorder that begins, usually, in the first four weeks after child-birth and causes emotional, cognitive, behavioral and physical changes. The most common symptoms are persistent discouragement, feeling of guilt, sleep disturbance, suicidal thoughts, decrease of appetite and libido, drop of the levels of mental functioning and presence of obsessive or overvalued ideas. **Objective:** To diagnose mild and transient psychiatric disorders and postpartum depression in patients treated at the outpatient clinic of the Hospital in University Center of Valença. **Material and Methods:** It was performed the Edinburgh Postpartum Depression Scale, in the patients seen at the puerperal ambulatory of the University Center of Valença. **Results:** It was found 13,54% probable cases of postpartum depression, of 96 questionnaires filled. **Conclusion:** Making the light and transient psychic change and the postpartum depression diagnosis is important in order to promote a specific treatment, that must present a multidisciplinary approach. With the treatment, we hope to give a netter condition for this mother to look after the new-born child.

Keywords: Depression postpartum, puerperal disorders, depression, mental health.

INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) não é um fenômeno novo, a primeira descrição foi realizada no século V a.C., por Hipócrates, que em uma de suas obras descreve o caso de uma mulher com perturbações psiquiátricas após o parto. Ele sugeria que fluidos do útero podiam subir para a cabeça e provocar delírios após o parto. Nos últimos dois séculos ocorreu um aumento no interesse e estudo dessa doença, como a criação da Marcé Society for Perinatal Mental Health (Paris) em 1980, sendo a primeira associação internacional dedicada ao estudo multidisciplinar desta área.

Durante o período puerperal pode ocorrer algum grau de sofrimento mental na mãe, podendo variar entre formas brandas ou mais graves. Uma forma branda é conhecida como tristeza puerperal (*Baby blues*), uma alteração psíquica leve e transitória que acontece entre 50 a 80% das mulheres, tendo início no terceiro ou quarto dia após o parto, podendo ter uma remissão espontânea em até dez dias.

A DPP é considerada um transtorno psíquico moderado à severo, com início na segunda ou terceira semana do puerpério e deve ser precocemente diagnosticada

para o melhor prognóstico. As mulheres podem esperar que esses sintomas desapareçam sem tratamento, e esse geralmente é o caso do *Baby Blues*. A DPP é uma condição clínica que dura pelo menos duas semanas, cria prejuízo significativo no funcionamento, e normalmente requer tratamento profissional (YIM, 2015)

A DPP é uma condição séria de saúde mental que afeta cerca de 13% a 19% das mulheres que deram à luz recentemente e representa um grande desafio global para a saúde pública, pois é a complicação mais comum associada ao parto. É uma doença mental devastadora que pode prejudicar o comportamento materno e afetar adversamente o desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental das crianças e exercendo efeitos prejudiciais. Os problemas de saúde mental materno representam grandes desafios para as sociedades em todo o mundo. Por exemplo, a doença psiquiátrica (geralmente associada à tendência suicida) é uma das principais causas de morte materna no Reino Unido, bem como uma das principais causas de morte de mulheres em idade fértil na Índia e na China (HAHN-HOLBROOK et al., 2017).

Existem duas literaturas distintas sobre DPP - uma biológica e uma psicossocial. É importante, entender como os fatores psicossociais interagem com as causas biológicas da DPP em contextos socioculturais (YIM et al., 2015).

A etiologia da DPP não está completamente definida, porém acredita-se que seja multifatorial, tendo como fatores de risco aspectos socioeconômicos, histórico de transtornos psiquiátricos e até genética. Entre os fatores psicossociais, os preditores mais fortes são eventos graves da vida, podendo estar relacionada ainda a perdas, estresse, gravidez não planejada, conflitos na relação conjugal e dificuldade para cuidar do bebê (SOARES et al., 2015), algumas formas de tensão crônica, qualidade do relacionamento e apoio do parceiro e da mãe (YIM et al., 2015). O nível de educação - mais do que raça e etnia - tem um impacto significativo nos perfis de sintomas e no constructo subjacente de depressão entre as novas mães (FLORIO et al., 2017).

Atualmente, acredita-se que a etiologia da DPP diz respeito ao fato de que os hormônios reprodutivos e hormônios do estresse aumentam dramaticamente antes do parto, para em seguida, cair de repente no parto, que é a hipótese de desencadear desregulação do sistema e sintomas depressivos em um subconjunto de mulheres vulneráveis. O apoio a essas teorias vem de observações de um subtipo reprodutivo

de depressão relacionado a flutuações hormonais durante o ciclo menstrual, puberdade, gravidez, período pós-parto e menopausa (YIM et al., 2015)

Embora a depressão pós-parto possa ser breve e remeter inesperadamente, aproximadamente 30% das mulheres em amostras comunitárias que sofrem depressão pós-parto continuam deprimidas até dois anos após o parto e 50% continuam com depressão grave, em alguns casos, além do primeiro ano pós-parto. O curso da doença pode variar e a depressão crônica para essas mulheres pode consistir em depressão leve estável, depressão maior estável ou episódios recorrentes de depressão maior, sem remissão completa entre os episódios (POPE; MAZMANIAN, 2016)

A DPP pode levar a danos maternos, que incluem: a síndrome serotoninérgica, efeitos cardíacos, convulsões, sangramento, efeitos cardiometabólicos, aborto espontâneo e pré-eclâmpsia (COX et al., 1987). Considera-se que esse transtorno ocasiona danos e riscos não apenas para a mãe, mas também para a família e a criança. Uma das consequências se refere à interação mãe-filho ineficaz, o que pode acarretar dificuldade de desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança nas primeiras fases de vida. Consequências negativas a longo prazo para o desenvolvimento social, emocional, cognitivo e físico do bebê foram relatadas. Além disso, a depressão pós-parto está associada à perturbação nas interações e vínculo entre mãe e bebê, bem como práticas parentais deficientes e de segurança dos pais (POPE; MAZMANIAN, 2016). Os danos infantis incluem a morte neonatal, malformações maiores, pequeno para a idade gestacional e baixo peso ao nascer, convulsões, síndrome de abstinência de serotonina, desconforto respiratório neonatal, efeitos cardiopulmonares e outros eventos graves que requerem atenção médica (O'CONNOR et al., 2015).

A DPP está intimamente ligada a manifestações de comportamentos agressivos, podendo ocorrer tentativas de suicídio e infanticídio (SOARES; GONÇALVES; CARVALHO, 2015)

A triagem universal é recomendada em muitos países do mundo, e foi recentemente sugerida pela US Preventive Services Task Force (Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA). Algumas evidências indiretas, demonstram que os instrumentos de rastreamento podem identificar gestantes e puérperas que precisam de avaliação adicional e podem necessitar de tratamento. A Escala de Depressão

Pós-Parto de Edimburgo (EDPPE) é a ferramenta de triagem mais utilizada para depressão pós-parto no mundo (O'CONNOR et al., 2015)

Embora centenas de estudos de DPP tenham sido publicados, precisamos de estimativas precisas da incidência no nosso município, pois ocorre uma variação drástica da doença dependendo da localidade. Por exemplo, os países de baixa renda são mais propensos do que os países de alta renda a confiar em medidas de auto-relato de DPP (ao invés de entrevistas) nas primeiras semanas após o nascimento, e sabemos que as medidas de DPP autorreferidas tomadas no pós-parto tendem a produzir maior prevalência de DPP do que as entrevistas dadas posteriormente (HAHN-HOLBROOK et al., 2017). Neste sentido, uma pesquisa fez-se necessária e relevante por evidenciar a incidência de mulheres com DPP no município de Valença-RJ.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal, de caráter quantitativo, com pacientes atendidas no ambulatório de puerpério do Hospital Escola do Centro Universitário de Valença, UNIFAA, em Valença-RJ.

O padrão ouro para o diagnóstico de DPP é uma entrevista clínica, a mais conhecida das quais é a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV. Um instrumento de rastreio mais curtos, mais proeminentemente, é a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPPE), que é comumente utilizado em pesquisa porque é confiável, bem validado e frequentemente mais prático e custo-efetivo na ampla triagem do risco de DPP. Em particular, a EDPPE demonstrou uma sensibilidade de 95% e especificidade de 93% em comparação com os critérios do DSM-III (YIM et al., 2015).

Foi aplicado o questionário de Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPPE). A EDPPE foi escolhida para este estudo devido a sua percepção dos sintomas, pela especificidade e por ser de fácil aplicação. O instrumento é composto por dez itens, que recebem uma pontuação de zero a três, dependendo da intensidade do sintoma depressivo, sendo considerada a sintomatologia depressiva, valor superior ou igual a 12. Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade (COX et al., 1987). Quando a pontuação fica entre 10 e 11 indica uma possibilidade de DPP.

RESULTADOS

Foram aplicados 96 questionários em um período de seis meses, entre julho a dezembro de 2018, sendo que em 13 deles (13,54%) a pontuação foi igual ou maior que 12 pontos, que representam casos prováveis. Seis pacientes (6.2%) apresentaram pontuação entre 10 e 11 pontos, sendo consideradas casos possíveis para DPP.

As pacientes foram referenciadas ao ambulatório de psiquiatria do Hospital Escola de Valença, para um acompanhamento mais rigoroso, nos casos de pontuação de 12 ou mais. Os casos que pontuaram entre 10 e 11 pontos foram reavaliados.

DISCUSSÃO

Uma grande metanálise de DPP apresentou prevalência global de aproximadamente 17,7% (1B), semelhante à prevalência de 19% para DPP derivada de estudos anteriores em países subdesenvolvidos (FISHER et al., 2012). O ajuste para os pontos de corte recomendados fornecidos pela EPDS para possível depressão (≥ 10) e provável depressão (≥ 13) resultou em estimativas de prevalência de 21,3 e 16,7%, respectivamente. Essas estimativas são significativamente mais altas do que a prevalência amplamente citada na literatura de 13%, que derivada de uma metanálise de estudos de países desenvolvidos (O'HARA; SWAIN, 1996). Nossa estimativa é mais semelhante aos estudos de países de renda média e baixa, com prevalência de 19% (HAHN-HOLBROOK et al., 2017).

Embora o perfil clínico da depressão pós-parto seja semelhante à depressão ocorrida em outros momentos da vida da mulher, ela pode diferir em alguns aspectos devido às profundas mudanças fisiológicas que ocorrem durante a gravidez e no período pós-parto. De fato, estima-se que até 80% das mulheres no pós-parto apresentam sintomas de perturbação do humor nos primeiros dias após o parto. Além disso, muitas puérperas apresentam sintomas após a gravidez, características da depressão, como distúrbios no apetite, energia e sono. Esses fatores tornam difícil diferenciar o início de um transtorno depressivo clinicamente significativo dos sintomas comuns experimentados como resultado do parto e do cuidado de um novo bebê (POPE; MAZMANIAN, 2016)

Inicialmente, a relação entre amamentação e depressão pós-parto foi conceituada como unidirecional, com DPP resultando em taxas mais baixas de início da amamentação e cessação precoce. Mais recentemente, no entanto, os relatórios indicam que a relação pode ser bidirecional na natureza, sugerindo que, embora a depressão pós-parto possa reduzir as taxas de amamentação, não se envolver na amamentação pode aumentar o risco de DPP. Além disso, há algumas evidências de que a amamentação pode proteger contra a DPP ou ajudar na recuperação mais rápida dos sintomas. A DPP está associada com taxas mais baixas de iniciação da amamentação e menor duração da amamentação, prejudicou a ligação mãe-filho e transtornos do desenvolvimento em lactentes (POPE; MAZMANIAN, 2016).

Estudos de comorbidade sugerem que a DPP provavelmente co-ocorre com outros transtornos psiquiátricos que afetam as mulheres após o nascimento, mais comumente transtornos de ansiedade (YIM et al., 2015).

O suicídio ligado à doença mental é uma das principais causas de mortalidade materna em muitos países. No entanto, a mortalidade materna também é uma proxy confiável de acesso deficiente a assistência médica, consistente com nossa constatação de que taxas mais altas de mortalidade infantil e baixo peso ao nascer também previam uma maior prevalência nacional de DPP. A relação entre a mortalidade materna e o DPP é provavelmente bidirecional, com o DPP impulsionando as taxas de mortalidade materna e a falta de assistência médica, tanto na mortalidade materna quanto no risco de DPP. Portanto, os esforços para melhorar esses resultados provavelmente evidenciarão os benefícios indiretos que melhoram o outro. De forma semelhante, taxas de fertilidade total elevadas previram uma prevalência elevada de DPP, sugerindo que um melhor acesso à contracepção associado aos serviços de saúde também pode reduzir a prevalência nacional de DPP. A criação de melhorias significativas nessas áreas apresenta enormes desafios sociais, mas os benefícios potenciais da redução da DPP para mães, famílias e bebês são igualmente grandes (HAHN-HOLBROOK et al., 2017).

O tratamento (psicoterapia, antidepressivos ou cuidados colaborativos) resulta em melhores resultados de saúde (diminuição da sintomatologia depressiva, diminuição de mortes por suicídio, tentativas ou ideação, melhoria da funcionalidade, melhoria da qualidade de vida ou melhoria do estado de saúde) em gestantes e mulheres no pós-parto com triagem positiva para depressão na atenção primária.

Estudos relatam que não houve efeitos adversos da triagem de depressão em mulheres no pós-parto (O'CONNOR et al., 2015).

No final de 2018 A US Food and Drug Administration (FDA Advisory Panel) votou a favor para a aprovação do Brexanolone como o primeiro medicamento indicado para o tratamento de DPP moderada a grave. O mecanismo de ação do Brexanolone é diferente do dos antidepressivos atualmente disponíveis. É quimicamente idêntico ao allopregnanolone endógeno, um hormônio que cai após o parto. A Brexanolona atua como um modulador alostérico positivo dos receptores gama-aminobutírico-A ($GABA_A$), que se tornam desregulados no período pós-parto. A administração endovenosa de Brexanolona, resultou em reduções significativas e clinicamente significativas em comparação ao placebo, com rápido início de ação e resposta durável ao tratamento durante o período do estudo. Os resultados sugerem que a injeção de Brexanolona, como um novo fármaco terapêutico para depressão pós-parto, tem o potencial de melhorar as opções de tratamento para mulheres com esse transtorno (MELTZER-BRODY et al., 2018).

Em comparação com a depressão que ocorre em outros momentos da vida de uma mulher, há algumas evidências que sugerem que as mulheres que sofrem de depressão pós-parto apresentam maior risco de transtorno obsessivo-compulsivo e ansiedade. Ideias suicidas e pensamentos de auto-agressão ou pensamentos de prejudicar o bebê também são relatados como mais comuns em mulheres com DPP (POPE; MAZMANIAN, 2016).

CONCLUSÃO

Nossos resultados não diferem da literatura mais recente. Também são semelhantes aos da literatura quando olhamos para os casos possíveis e prováveis de depressão.

Como a DPP afeta não apenas a mãe, mas também o desenvolvimento cognitivo, comportamental e emocional do recém-nascido, com efeitos potencialmente duradouros na adolescência, nosso trabalho possibilitou um aumento no diagnóstico de alteração psíquica leve e transitória e de depressão pós-parto, nas pacientes atendidas no ambulatório do Hospital Escola do Centro Universitário de Valença. Desta forma é possível o encaminhamento da paciente para o acompanhamento e o tratamento específico. Esperamos assim uma melhora no bem-estar da paciente, para

que ela tenha melhores condições para cuidar do recém-nascido e um melhor convívio com o seu filho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Br J Psychiatry.**, v. 150, p. 782-6, 1987.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR)**, 2000.

FISHER, J. et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. **Bull WHO**, v.90, n. 2, p. 139–49, 2012.

FLORIO, A. D. et al. The impact of education, country, race and ethnicity on the self-report of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Psychol Med.**, v. 47, n. 5, p. 787-799, 2017.

HAHN-HOLBROOK, J.; CORNWELL-HINRICHS, T.; ANAYA, I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. **Front Psychiatry**, v. 8, p. 248, 2018.

MELTZER-BRODY, S. et al. Brexanolone injection in post-partum depression: two multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trials. **The Lancet.**, v. 392, p. 1058-1070, 2018.

O'HARA, M. W.; SWAIN, A. M. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. **Int Rev Psychiatry**, v. 8, n. 1, p. 37–54, 1996.

O'CONNOR, E. et al. Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. **JAMA**, v. 315, n. 4, p. 388-406, 2016

POPE, C. J.; MAZMANIAN, D. Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research. **Depress Res Treat.** 2016. Disponível em: <<https://new.hindawi.com/journals/drt/2016/4765310/>>

SOARES, Y. K. C.; GONÇALVES, N. P. C.; CARVALHO, C. M. S. Avaliação da depressão pós-parto: prevalência e fatores associados. **R. Interd.** v. 8, n. 4, p. 40-46, 2015

YIM, I. S. et al. Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration. **Annu Rev Clin Psychol.**, v. 11, p. 99–137, 2015.