

Depressão pós-parto - uma revisão abrangente sobre a etiologia, epidemiologia, fatores predisponentes, diagnóstico e tratamento

Postpartum depression - a comprehensive review of the etiology, epidemiology, predisposing factors, diagnosis and treatment

Depresión posparto: revisión exhaustiva de la etiología, epidemiología, factores predisponentes, diagnóstico y tratamiento

DOI:10.34119/bjhrv7n2-189

Originals received: 02/23/2024

Acceptance for publication: 03/15/2024

Marina Prates Brandão

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)

Endereço: Av. Professor Mário Werneck, 1685, Buritis, Belo Horizonte - Minas Gerais,
CEP: 30575-180

E-mail: marinaprates83@gmail.com

Ana Laura Cruzeiro de Moraes

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 275, Centro, Belo Horizonte - Minas Gerais,
CEP: 30130-110

E-mail: moraesanalaura988@gmail.com

Ana Luiza Ferraz Figueiredo

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)

Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 275, Centro, Belo Horizonte - Minas Gerais,
CEP: 30130-110

E-mail: analuizaferrazf@gmail.com

Mariane Almeida Pereira Figueiredo

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)

Endereço: Av. Professor Mário Werneck, 1685, Buritis, Belo Horizonte - Minas Gerais,
CEP: 30575-180

E-mail: marianepereiramed@gmail.com

Renata Sousa de Castro

Especialista em Cirurgia Geral

Instituição: Hospital Público Regional de Betim

Endereço: Av. Edméia Matos Lazzarotti, 3800, Jardim Brasília, Betim - Minas Gerais,
CEP: 32671-602

E-mail: rsconsultorio@gmail.com

RESUMO

A depressão pós-parto (DPP) é uma condição psiquiátrica que afeta mulheres após o parto, caracterizada por sintomas depressivos que podem interferir significativamente na capacidade de cuidar do bebê e funcionar no dia a dia. Sua etiologia é multifatorial, envolvendo uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Em termos de epidemiologia, a DPP é um problema de saúde pública, afetando aproximadamente 10 a 15% das mulheres após o parto. No entanto, a prevalência pode variar dependendo de fatores culturais, socioeconômicos e de acesso aos cuidados de saúde. Mulheres com história pessoal ou familiar de depressão, assim como aquelas que enfrentam dificuldades financeiras, relacionais ou de suporte social, estão em maior risco. Os fatores predisponentes para a DPP incluem uma combinação de vulnerabilidades individuais e circunstâncias externas. Além dos fatores de risco mencionados, outros aspectos como complicações durante o parto, experiências traumáticas, conflitos conjugais e problemas de autoestima podem desempenhar um papel importante. Reconhecer esses fatores é essencial para identificar mulheres em risco e intervir precocemente. O diagnóstico da DPP é clínico e baseado na avaliação dos sintomas depressivos, que podem incluir tristeza persistente, irritabilidade, alterações de humor, dificuldade de concentração, alterações no sono e no apetite, sentimentos de culpa ou inutilidade e pensamentos suicidas. Quanto ao tratamento, uma abordagem multidisciplinar é recomendada, que pode incluir psicoterapia, suporte social, mudanças no estilo de vida e, em casos mais graves, o uso de medicamentos antidepressivos. A terapia cognitivo-comportamental tem se mostrado eficaz no manejo da DPP, ajudando as mulheres a desenvolver estratégias para lidar com seus pensamentos negativos e comportamentos disfuncionais. Por fim, compreender seus fatores de risco, sintomas e opções de tratamento é fundamental para garantir uma intervenção precoce e eficaz, promovendo o bem-estar materno e o desenvolvimento saudável do bebê.

Palavras-chave: depressão pós-parto, diagnóstico, epidemiologia, etiologia, tratamento.

ABSTRACT

Postpartum depression (PPD) is a psychiatric condition affecting women after giving birth, characterized by depressive symptoms that can significantly interfere with the ability to care for the baby and function in everyday life. Its etiology is multifactorial, involving a complex interaction between biological, psychological and social factors. In terms of epidemiology, PPD is a public health problem, affecting approximately 10 to 15% of women after childbirth. However, prevalence may vary depending on cultural, socioeconomic factors and access to healthcare. Women with a personal or family history of depression, as well as those who face financial, relational or social support difficulties, are at greater risk. Predisposing factors for postpartum depression include a combination of individual vulnerabilities and external circumstances. In addition to the risk factors mentioned, other aspects such as complications during childbirth, traumatic experiences, marital conflicts and self-esteem problems can play an important role. Recognizing these factors is essential to identifying women at risk and intervening early. The diagnosis of PPD is clinical and based on the assessment of depressive symptoms, which may include persistent sadness, irritability, mood changes, difficulty concentrating, changes in sleep and appetite, feelings of guilt or worthlessness and suicidal thoughts. As for treatment, a multidisciplinary approach is recommended, which may include psychotherapy, social support, lifestyle changes and, in more severe cases, the use of antidepressant medications. Cognitive behavioral therapy has been shown to be effective in managing PPD, helping women develop strategies to deal with their negative thoughts and dysfunctional behaviors. Finally, understanding your risk factors, symptoms and treatment options is essential to ensure early and effective intervention, promoting maternal well-being and the healthy development of the baby.

Keywords: postpartum depression, diagnosis, epidemiology, etiology, treatment.

RESUMEN

La depresión posparto (DPP) es un trastorno psiquiátrico que afecta a las mujeres después del parto, caracterizado por síntomas depresivos que pueden interferir significativamente en la capacidad para cuidar al bebé y desenvolverse en la vida diaria. Su etiología es multifactorial e implica una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde el punto de vista epidemiológico, la DPP es un problema de salud pública que afecta aproximadamente al 10-15% de las mujeres después del parto. Sin embargo, la prevalencia puede variar en función de factores culturales y socioeconómicos y del acceso a la asistencia sanitaria. Las mujeres con antecedentes personales o familiares de depresión, así como las que se enfrentan a dificultades económicas, relacionales o de apoyo social, corren un mayor riesgo. Los factores que predisponen a la DPP incluyen una combinación de vulnerabilidades individuales y circunstancias externas. Además de los factores de riesgo mencionados, otros aspectos como las complicaciones durante el parto, las experiencias traumáticas, los conflictos conyugales y los problemas de autoestima pueden desempeñar un papel importante. Reconocer estos factores es esencial para identificar a las mujeres en situación de riesgo e intervenir precozmente. El diagnóstico de la DPP es clínico y se basa en una evaluación de los síntomas depresivos, que pueden incluir tristeza persistente, irritabilidad, cambios de humor, dificultad para concentrarse, cambios en el sueño y el apetito, sentimientos de culpa o inutilidad y pensamientos suicidas. En cuanto al tratamiento, se recomienda un enfoque multidisciplinar, que puede incluir psicoterapia, apoyo social, cambios en el estilo de vida y, en los casos más graves, el uso de medicación antidepressiva. La terapia cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la DPP, ayudando a las mujeres a desarrollar estrategias para hacer frente a sus pensamientos negativos y comportamientos disfuncionales. Por último, la comprensión de sus factores de riesgo, síntomas y opciones de tratamiento es clave para garantizar una intervención precoz y eficaz, promoviendo el bienestar materno y el desarrollo saludable del bebé.

Palabras clave: depresión posparto, diagnóstico, epidemiología, etiología, tratamiento.

1 INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) é uma condição de saúde mental que afeta significativamente o bem-estar de muitas mulheres após o parto, representando um desafio significativo tanto para as mães quanto para suas famílias. A compreensão da etiologia e epidemiologia da DPP é fundamental para melhorar a identificação precoce e a intervenção eficaz. Ao examinar os fatores que contribuem para o desenvolvimento dessa condição, é possível lançar luz sobre as complexidades subjacentes e as possíveis estratégias preventivas. A análise das estatísticas epidemiológicas destaca a magnitude do problema e a necessidade de abordagens abrangentes na saúde materna (CLARK; WISNER, 2018, PARISE et al., 2021, SANDRA NAKIĆ RADOŠ et al., 2024, SO HYUN SHIM et al., 2024).

Além disso, é imperativo considerar os fatores predisponentes que podem aumentar a vulnerabilidade das mulheres à DPP. Aspectos como história pessoal ou familiar de doença

mental, eventos estressantes durante a gravidez e dificuldades socioeconômicas desempenham um papel significativo nesse contexto. Explorar esses elementos oferece insights valiosos para a identificação de mulheres em risco e o desenvolvimento de intervenções direcionadas. O diagnóstico preciso da DPP é essencial para garantir o acesso adequado ao tratamento adequado. No entanto, os desafios associados à distinção entre os sintomas normais do pós-parto e a depressão clinicamente significativa frequentemente complicam essa avaliação. Portanto, é crucial examinar as ferramentas de triagem e os critérios diagnósticos atualmente disponíveis, bem como explorar estratégias inovadoras para aprimorar a detecção precoce (GHAEDRAHMATI et al., 2017, CLARK; WISNER, 2018, SLOMIAN et al., 2019, PARISE et al., 2021).

Assim, uma revisão abrangente das diferentes modalidades de tratamento disponíveis para a DPP oferece uma visão sobre as opções terapêuticas atualmente utilizadas. Desde intervenções psicossociais até abordagens farmacológicas, é fundamental avaliar a eficácia, segurança e acessibilidade de cada opção, garantindo que as mulheres recebam o suporte necessário para sua recuperação. Por fim, conhecer a sua etiologia, fatores predisponentes, diagnóstico e opções de tratamento, é essencial para a melhoria dos cuidados de saúde mental materna e o bem-estar global das mulheres pós-parto (CLARK; WISNER, 2018, SLOMIAN et al., 2019, SAYRES; PAYNE, 2020, SANDRA NAKIĆ RADOŠ et al., 2024, SO HYUN SHIM et al., 2024).

2 OBJETIVO

O objetivo deste artigo é reunir informações, mediante análise de estudos recentes, acerca dos aspectos inerentes à depressão pós-parto, sobretudo a etiologia, epidemiologia, fatores predisponentes, diagnóstico e tratamento.

3 METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa de artigos científicos indexados nas bases de dados Latindex e MEDLINE/PubMed entre os anos de 2014 e 2024. Os descritores utilizados, segundo o “MeSH Terms”, foram: *postpartum depression, etiology, diagnosis e management*. Foram encontrados 968 artigos, segundo os critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 10 anos, textos completos, gratuitos e tipo de estudo. Papers pagos e com data de publicação em período superior aos últimos 10 anos foram excluídos da análise, selecionando-se 14 artigos pertinentes à discussão.

4 ETIOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA

Os fatores associados à DPP podem ser classificados em cinco domínios: fatores de risco psiquiátricos, obstétricos, biológicos e hormonais, sociais e de estilo de vida. Nenhuma raça ou grupo socioeconômico é poupado. Fatores biológicos e sociais criam laços entrelaçados que tornam as mulheres propensas à DPP, afetando-se mutuamente. Muitos fatores biológicos e ambientais, como aqueles relacionados ao estilo de vida, estão envolvidos na incidência ou prevenção da DPP, através de impactos diretos e indiretos no nível de serotonina no cérebro e em sua função. Além disso, vários fatores ambientais, como os socioeconômicos, podem levar a condições de crise e DPP, influenciando a saúde mental durante a gravidez (GHAEDRAHMATI et al., 2017, SAYRES; PAYNE, 2020).

A heterogeneidade da população de pacientes, incluindo o momento do início dos sintomas e a história de eventos adversos na vida, sugere que esses mecanismos podem desempenhar um papel em alguns indivíduos, mas não necessariamente em outros. Além disso, esses potenciais mecanismos não funcionam isoladamente, mas estão altamente interligados, e é provável que vários fatores contribuam coletivamente para a DPP. Um dos fatores de risco predominantes para o desenvolvimento da DPP é o estresse e eventos adversos anteriores na vida. O estresse e os eventos adversos na vida estão associados a alterações neuroendócrinas encontradas na DPP, incluindo a reprogramação do eixo HPA (hipotálamo-hipófise-adrenal) e alterações epigenéticas, que também podem influenciar a função HPA (PAYNE; MAGUIRE, 2019)

O período perinatal é um momento vulnerável para o início agudo e recorrência de doenças psiquiátricas. Aproximadamente 1 em cada 13 mulheres experimenta um novo episódio de depressão maior durante a gravidez, e 1 em cada 7 experimenta um episódio pós-parto. A DPP é um transtorno mental debilitante, com prevalência entre 5% e 60,8% em todo o mundo. A doença se manifesta como distúrbios do sono, alterações de humor, alterações no apetite, medo de se machucar, sérias preocupações com o bebê, muita tristeza e choro, sensação de dúvida, dificuldade de concentração, falta de interesse nas atividades diárias, pensamentos de morte e suicídio. A DPP, a complicação mais comum do parto, afeta negativamente a mãe, sendo o suicídio responsável por aproximadamente 20% das mortes pós-parto. A incidência de transtorno depressivo perinatal é surpreendentemente alta nos Estados Unidos. Uma em cada 7 a 10 mulheres grávidas e 1 em cada 5 a 8 mulheres no pós-parto desenvolvem um transtorno depressivo, o que representa mais de meio milhão de mulheres a cada ano. A taxa média de depressão durante o período perinatal é de 11,5% (GHAEDRAHMATI et al., 2017,

RODRIGUEZ-CABEZAS; CLARK, 2018, PAYNE; MAGUIRE, 2019, SAYRES; PAYNE, 2020).

5 FATORES PREDISPOONENTES

Os fatores de risco para a DPP abrangem cinco domínios distintos: psiquiátrico, obstétrico, biológico e hormonal, social e estilo de vida. A DPP está diretamente ligada ao aumento das taxas de recorrência, tanto no período periparto futuro quanto no não periparto (FRIEDER et al., 2019). O maior risco no desenvolvimento da DPP está associado à história prévia de depressão e ansiedade, sendo os transtornos de saúde mental fatores significativos na predição da DPP. Evidências indicam que mulheres com histórico de depressão são mais suscetíveis a alterações hormonais. Além disso, um histórico de síndrome pré-menstrual (TPM) moderada a grave pode desencadear a DPP, com o aumento do polimorfismo de serotonina acarretando a depleção de triptofano e a indução de uma DPP mais intensa. Atitudes negativas em relação à gravidez, histórico de abuso sexual, relutância quanto ao sexo do bebê e baixa autoestima com impacto no estresse parental também contribuem para o seu desenvolvimento (GHAEDRAHMATI et al., 2017, GUINTIVANO; TRACY ANN MANUCK; MELTZER-BRODY, 2018).

Em avaliações comparativas entre o número de partos e a DPP, os resultados evidenciaram que o número de partos por si só não é um fator independente para o desenvolvimento da DPP. O fator obstétrico, como gravidez de risco, levando à realização de cesariana de emergência ou hospitalização durante a gravidez, também desempenha um papel crucial. As expectativas da mãe e os eventos durante a gravidez podem influenciar o desenvolvimento da depressão (GHAEDRAHMATI et al., 2017). Níveis elevados de depressão foram identificados em mães jovens, especialmente entre 13 e 19 anos. Distúrbios no metabolismo da glicose durante a gestação, a rede de citocinas, resposta inflamatória e altos níveis de ocitocina no meio da gravidez são fatores adicionais que podem desencadear a DPP. A serotonina e o triptofano no sangue são eficazes na depressão. Estudos sobre o papel do estrogênio e do hormônio liberador de corticotropina constataram que a redução desses dois fatores está associada à depressão (GUINTIVANO; TRACY ANN MANUCK; MELTZER-BRODY, 2018, THUL et al., 2020).

A diminuição do apoio emocional, financeiro, intelectual e das relações de empatia são fatores de grande importância para o surgimento de ansiedade e depressão, interpretando-se a violência doméstica durante a gravidez como um contribuinte significativo para o aumento da incidência de DPP. Em relação ao estilo de vida, fatores como alimentação, qualidade do sono

e prática de exercício físico estão diretamente relacionados à DPP. O consumo de verduras, frutas, leguminosas, frutos do mar, leite e derivados, azeite de oliva e uma variedade de alimentos nutritivos pode reduzir a DPP. No entanto, a privação de sono é um fator desencadeante da DPP, afetando o metabolismo da glicose, processos inflamatórios, comunicações sociais, saúde mental e qualidade de vida. Por outro lado, a prática de atividade física tem demonstrado reduzir os sintomas de depressão, aumentando os opioides endógenos e endorfinas, melhorando a saúde mental (GHAEDRAHMATI et al., 2017).

6 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da DPP apresenta dificuldades em ser reconhecido e concluído. Isso ocorre devido à tendência das mães em cuidar de seus filhos sem demonstrar nenhum desconforto ou déficits mentais decorrentes desse cuidado. A triagem e a intervenção terapêutica são fundamentais para manter a saúde física e mental das crianças, uma vez que a DPP não tratada pode prejudicar a relação mãe-bebê, levar ao desmame precoce e aumentar o risco de abuso e negligência infantil. Diante dessa realidade, é essencial associar a autoavaliação da DPP com avaliações de terceiros de forma objetiva (SANDRA NAKIĆ RADOŠ et al., 2024, SO HYUN SHIM et al., 2024).

Existem métodos de rastreamento da DPP, como escalas como a Escala de Monitoramento da Maternidade pelos Pais (MMSP) e a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS), que avaliam sintomas depressivos e necessidades, além do enograma, utilizado para medir o estado do ego e da personalidade. A EPDS é considerada o padrão-ouro para a triagem da DPP, sendo descrita em uma versão japonesa com sensibilidade e especificidade estimadas em 75% e 93%, respectivamente, onde uma pontuação de 8/9 indica alto risco para DPP. A sugestão é o uso conjunto do egograma com a EPDS. O MMSP é uma escala de monitoramento de terceiros, no qual determina a medida de humor depressivo pós-parto. O emprego do egograma determina padrões como crianças adaptada (AC) é criança livre (FC), no relaciona conceitos como liberdade, criatividade, intuição, prazer, curiosidade, expressividade, vitalidade, cooperação, perseverança, honestidade, educação, entre outros, para verificar e realizar com seu ego e personalidade (GHAEDRAHMATI et al., 2017, SAYRES; PAYNE, 2020, SANDRA NAKIĆ RADOŠ et al., 2024).

O DSM-5 e a CID-11 não definem explicitamente a DPP materna, classificando-a como um início periparto de transtorno depressivo maior (TDM), podendo ocorrer durante a gravidez ou nas quatro semanas após o parto, com descrições variadas nos estudos. Enquanto alguns pesquisadores consideram a DPP como um tipo de TDM, outros defendem a diferenciação entre

os quadros clínicos. De qualquer forma, é confirmado que a DPP apresenta diferentes subtipos relacionados a fatores biológicos, hormonais, psicológicos e sociais, incluindo ansiedade, tristeza, tendências suicidas, culpa em relação à maternidade, obsessões, pensamentos agressivos e redução do interesse (GHAEDRAHMATI et al., 2017, SAYRES; PAYNE, 2020, SO HYUN SHIM et al., 2024).

Perante o não estabelecimento entre o diagnósticos e a presença de distintos aspectos clínicos investigados, será descrito a a diferenças e semelhanças entre DPP e TDM (SANDRA NAKIĆ RADOŠ et al., 2024):

Tabela 1. Resumo da comparação das características diagnósticas da depressão periparto (DPP) e do transtorno de depressão maior (TDM) (GHAEDRAHMATI et al., 2017, SANDRA NAKIĆ RADOŠ et al., 2024, SO HYUN SHIM et al., 2024).

Recursos de diagnósticos	Semelhanças	Diferenças
	<i>Achados que não indicam que não há especificidade do DPP em comparação ao TDM</i>	<i>Achados que indicam que o DPP tem alguma especificidade em comparação ao TDM</i>
Critérios/sintomas diagnósticos	O DSM-5 e a CID-11 não fornecem critérios de sintomas específicos para DPP e TDM	PPD apresenta humor menos triste, mas ansiedade, irritabilidade, pensamentos obsessivos, sintomas psicomotores, concentração/tomada de decisão prejudicadas e culpa específica por não ser uma boa mãe são mais proeminentes.
Prevalência	TDM e DPP apresentam prevalência semelhante	O DPP tem uma variedade intercultural mais ampla do que o TDM
Desenvolvimento e curso	Existem resultados inconclusivos sobre a gravidade	A DPP pode ter início durante a gravidez e durante todo o ano pós-parto. Existem diferentes subtipos de DPP com base no início, durante e gravidade.
Fatores de risco	A maioria dos fatores de risco é semelhante para TDM e DPP, exceto fatores obstétricos/relacionados à gravidez	Fatores de risco e mecanismos distintos envolvidos na DPP em comparação com o TDM referem-se a expressão distinta do tecido ovariano, síndrome pré-menstrual, gravidez indesejada e dificuldades obstétricas. Além disso, existem fatores de risco ligeiramente diferentes para depressão durante a gravidez e o pós-parto.
Questões de diagnóstico relacionadas à cultura	Não há comparação entre TDM e DPP disponível na literatura	Existe uma variedade transcultural mais ampla na prevalência de DPP
Risco de suicídio	Existem estudos sobre comparação entre TDM e DPP, mas nenhum achado indicou semelhanças entre TDM e DPP	O risco de suicídio é menor na DPP do que no TDM. Os fatores de risco são diferentes para tentativas de suicídio durante a gravidez (uso de álcool e tabagismo durante a gravidez, história de aborto espontâneo) versus pós-parto (TDM, depressão

		recorrente, idade mais jovem).
Comorbidade psiquiátrica	Faltam pesquisas, mas tanto o TDM quanto o DPP apresentam transtornos comórbidos	Não há achados que indiquem especificidade do PPD em comparação ao TDM.
Comorbidade somática	Faltam pesquisas sobre a comparação entre MDD e PPD.	Os sintomas somáticos podem desempenhar um papel específico na etiologia da DPP, e a avaliação dos sintomas somáticos é crítica para a detecção precoce da DPP.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Estudos que investigam os fatores de risco da DPP relacionam os principais critérios diagnósticos para Depressão Maior e DPP. A perda de interesse e apetite, problemas de sono, ansiedade, irritabilidade, fadiga, humor deprimido, dificuldade de concentração, sensação de sobrecarga, sentimento de culpa e sintomas psicomotores e pensamentos suicidas. Observa-se que mulheres com DPP relatam preocupações obsessivas com a saúde do bebê, receio de causar danos ao bebê, pensamentos suicidas e isso pode impactar negativamente o desenvolvimento emocional e comportamental da criança durante a primeira infância. Também conclui-se que, sentimento depressivo, estresse pós-parto, medo, tristeza, relacionamento com os filhos, baixa qualidade de vida e baixa satisfação conjugal são fatores de risco que aumentam o diagnóstico de DPP (GHAEDRAHMATI et al., 2017, SAYRES; PAYNE, 2020, SANDRA NAKIĆ RADOŠ et al., 2024, SO HYUN SHIM et al., 2024).

7 TRATAMENTO

A DPP pode causar tristeza e ansiedade tão intensas na mãe a ponto de representar um risco iminente tanto para ela mesma quanto para o bebê. Nesse contexto, o papel do obstetra é crucial na identificação e no acompanhamento da DPP, visando encaminhar a mulher para uma equipe multiprofissional e iniciar o tratamento antes que os sintomas se agravem (RODRIGUEZ-CABEZAS; CLARK, 2018). Se não tratada, essa condição materna pode resultar em danos ao recém-nascido, como baixo peso ao nascer e problemas no desenvolvimento. O tratamento envolve uma abordagem multidisciplinar, destacando-se a psicoterapia em conjunto com o uso de fármacos psicotrópicos e apoio emocional (SAYRES; PAYNE, 2020). Outras opções terapêuticas incluem terapia cognitivo-comportamental (TCC), outras formas de psicoterapia, medicina complementar e alternativa (como exercícios, ioga, massagem e acupuntura), fototerapia, estimulação cerebral, psicofármacos, neuromodulação e terapia hormonal (NILLNI et al., 2018, FRIEDER et al., 2019).

Atualmente, as evidências sobre o tratamento da DPP são limitadas devido à escassez de Ensaios Clínicos Controlados Aleatorizados (ECA), deficiências metodológicas nos estudos existentes e desafios no acompanhamento a longo prazo (FRIEDER et al., 2019). Os estudos mais robustos sobre abordagens não farmacológicas sugerem que tanto a TCC quanto a psicoterapia, seja individual ou em grupo, oferecem benefícios independentemente da modalidade (online, presencial ou por telefone) ou da duração (6-12 sessões). No entanto, outras terapias não farmacológicas, como medicina complementar e alternativa, fototerapia e estimulação cerebral, apresentam resultados inconsistentes e conflitantes, tornando os estudos sobre essas abordagens inconclusivos e exigindo mais investigações (NILLNI et al., 2018). A eletroconvulsoterapia é a escolha de neuromodulação em casos graves e refratários de DPP, com diretrizes publicadas para seu uso na gravidez, embora não haja dados de ECA para seu uso no tratamento da DPP (CLARK; WISNER, 2018, FRIEDER et al., 2019).

Quanto à terapia medicamentosa, os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) são a primeira linha de tratamento agudo da DPP, com a Sertralina sendo o ISRS com mais evidências (FRIEDER et al., 2019). Estudos indicam que ISRS como Sertralina e Paroxetina demonstraram eficácia na remissão da depressão em comparação com o placebo; no entanto, não são superiores às terapias de tratamento ativo, como a TCC (NILLNI et al., 2018). Não há evidências de ECA sobre o uso de Inibidores da Recaptação de Serotonina e Norepinefrina (IRSN) e Inibidores da Monoamina oxidase (IMAO) no tratamento da DPP. Uma revisão sistemática sugere que a Nortriptilina, o único medicamento estudado da classe dos Antidepressivos Tricíclicos (ADT), é eficaz no tratamento da DPP (CLARK; WISNER, 2018, FRIEDER et al., 2019).

Outra abordagem farmacológica baseia-se na evidência de que esteróides neuroativos e GABA estão envolvidos na fisiopatologia da DPP. Assim, são utilizados esteróides neuroativos sintéticos e seus análogos, como a Brexanolona (alopregnanolona sintética), no tratamento dessa condição. A Brexanolona demonstrou rápida redução dos sintomas depressivos, incluindo a diminuição da ideação suicida aguda, e foi aprovada pelo Food and Drug Administration em 2019 para uso endovenoso no tratamento da DPP. Análogos da alopregnanolona administrados por via oral também estão sendo estudados, com resultados promissores (FRIEDER et al., 2019; SAYRES; PAYNE, 2020). Além disso, estudos investigaram o papel de intervenções com estradiol e progestágeno no tratamento da DPP, mas são necessárias mais pesquisas para conclusões definitivas (FRIEDER et al., 2019).

O tratamento recomendado para a DPP é multidisciplinar, embora nem sempre seja possível o acesso à TCC ou psicoterapia devido à falta de profissionais. Nessas situações, o

tratamento farmacológico como monoterapia pode ser utilizado. Há evidências que sugerem que os medicamentos psiquiátricos apresentam baixo risco durante a gravidez e a lactação, e seu uso pode ser benéfico para a saúde de algumas mulheres e para o desenvolvimento de seus filhos (SAYRES; PAYNE, 2020). Além disso, estratégias de autocuidado, como a prática de exercícios físicos, garantir um sono adequado e manter uma alimentação saudável, são facilmente aplicáveis e trazem benefícios para a mãe, complementando o tratamento formal. Alguns estudos sugerem que a atividade física recreativa durante a gravidez desempenha um papel importante na prevenção da DPP (CAROLINA et al., 2019). Outra estratégia comprovadamente eficaz na prevenção da DPP é o aconselhamento em TCC e terapia interpessoal em mulheres grávidas ou no pós-parto (SAYRES; PAYNE, 2020).

8 CONCLUSÃO

A DPP é um transtorno que transcende o simples período pós-natal, abrangendo uma série de fatores que vão desde desequilíbrios hormonais até contextos psicossociais complexos. A interação entre esses elementos torna a compreensão da etiologia da DPP uma tarefa desafiadora, envolvendo não apenas as mudanças neurobiológicas que acompanham o parto, mas também os aspectos psicológicos e ambientais que moldam a experiência materna. Do ponto de vista epidemiológico, a prevalência da DPP varia significativamente em diferentes regiões do mundo, refletindo diferenças culturais, acesso a cuidados de saúde e apoio social. No entanto, estima-se que entre 10% e 20% das mulheres enfrentam essa condição após o parto. Nesse contexto, a identificação de fatores predisponentes assume um papel crucial, destacando a importância de avaliar o histórico pessoal e familiar de transtornos mentais, o suporte social disponível e os estressores específicos que podem desencadear ou exacerbar a DPP. O diagnóstico é frequentemente desafiador devido à sobreposição de sintomas comuns pós-parto, como alterações de humor, fadiga e dificuldades de sono. No entanto, ferramentas clínicas específicas, como questionários de triagem e avaliações psicológicas, podem auxiliar os profissionais de saúde na identificação precoce e no monitoramento do transtorno. Uma abordagem empática e centrada na paciente é fundamental nesse processo, reconhecendo a complexidade das experiências individuais e garantindo que as mulheres se sintam compreendidas e apoiadas em sua jornada rumo à recuperação. No que diz respeito ao tratamento da DPP, uma abordagem multidisciplinar é essencial. Isso pode incluir psicoterapia individual ou em grupo, intervenções farmacológicas quando indicadas e suporte emocional contínuo. Além disso, estratégias de autocuidado e mudanças no estilo de vida, como exercícios físicos regulares e cuidados com a alimentação, podem complementar o tratamento formal e

promover o bem-estar geral da mãe. Por fim, a conscientização sobre a DPP e o acesso a recursos adequados são fundamentais para garantir que as mulheres recebam o suporte necessário durante esse período delicado. Reduzir o estigma em torno da saúde mental materna, promover a educação pública e fortalecer os sistemas de saúde são passos essenciais para melhorar a detecção precoce, o tratamento eficaz e o bem-estar a longo prazo das mães e de suas famílias. Por meio de uma abordagem integrada e compassiva, podemos enfrentar os desafios da DPP e ajudar as mulheres a navegarem pela transição para a maternidade com resiliência e esperança.

REFERÊNCIAS

- CAROLINA et al. **Efficacy of Regular Exercise During Pregnancy on the Prevention of Postpartum Depression.** JAMA network open, v. 2, n. 1, p. e186861–e186861, 4 jan. 2019.
- CLARK, C. T.; WISNER, K. L. **Treatment of Peripartum Bipolar Disorder.** Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, v. 45, n. 3, p. 403–417, 1 set. 2018.
- FRIEDER, A. et al. **Pharmacotherapy of Postpartum Depression: Current Approaches and Novel Drug Development.** CNS Drugs, v. 33, n. 3, p. 265–282, 21 fev. 2019.
- GHAEDRAHMATI, M. et al. **Postpartum depression risk factors: A narrative review.** PubMed, v. 6, p. 60–60, 1 jan. 2017.
- GUINTIVANO, J.; TRACY ANN MANUCK; MELTZER-BRODY, S. E. **Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence.** Clinical Obstetrics and Gynecology, v. 61, n. 3, p. 591–603, 1 set. 2018.
- NILLNI, Y. I. et al. **Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review.** Clinical Psychology Review, v. 66, p. 136–148, 1 dez. 2018.
- PARISE, D. C. et al. **Childbirth Pain and Post-Partum Depression: Does Labor Epidural Analgesia Decrease This Risk?** Journal of Pain Research, v. Volume 14, p. 1925–1933, 1 jun. 2021.
- PAYNE, J. L.; MAGUIRE, J. **Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression.** Frontiers in Neuroendocrinology, v. 52, p. 165–180, 1 jan. 2019.
- RODRIGUEZ-CABEZAS, L.; CLARK, C. **Psychiatric Emergencies in Pregnancy and Postpartum.** Clinical Obstetrics and Gynecology, v. 61, n. 3, p. 615–627, 1 set. 2018.
- SANDRA NAKIĆ RADOŠ et al. **Diagnosis of peripartum depression disorder: A state-of-the-art approach from the COST Action Riseup-PPD.** Comprehensive Psychiatry, v. 130, p. 152456–152456, 1 abr. 2024.
- SAYRES, M.; PAYNE, J. L. **Perinatal depression: A review.** Cleveland Clinic Journal of Medicine, v. 87, n. 5, p. 273–277, 1 maio 2020.
- SLOMIAN, J. et al. **Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes.** Women’s Health, v. 15, p. 174550651984404-174550651984404, 1 jan. 2019.
- SO HYUN SHIM et al. **Risk Factors of Postpartum Depression Among Korean Women: An Analysis Based on the Korean Pregnancy Outcome Study (KPOS).** Journal of Korean Medical Science, v. 39, 1 jan. 2024.
- THUL, T. A. et al. **Oxytocin and postpartum depression: A systematic review.** Psychoneuroendocrinology, v. 120, p. 104793–104793, 1 out. 2020.