Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências

Postpartum depression: treatment based on evidences

Flávio Lúcio Pontes Ibiapina[1]
Julio Augusto Gurgel Alves[2]
Rosana Pereira Sá Busgaib[3]
Fabricio Silva Costa[4]

Palavras-chave
Depressão pós-parto
Terapia
Medicina baseada em evidências

Key words
Depression, Postpartum
Therapy
Evidence-based Medicine

Resumo A depressão pós-parto é uma condição clínica séria no puerpério, atingindo aproximadamente 10 a 20% das mulheres nos seis primeiros meses após o parto, sendo muitas vezes não-investigada nem diagnosticada, com impacto negativo para a mãe e a criança. Fatores de risco biológicos e psicossociais têm sido descritos na literatura, relacionados com a depressão pós-parto, porém, seu mecanismo fisiopatológico ainda não é totalmente esclarecido. Objetivou-se com este trabalho avaliar criticamente a literatura científica quanto ao tratamento da depressão pós-parto, com base na literatura disponível. Há evidência de eficácia de algumas intervenções terapêuticas como psicoterapia, antidepressivos e exercício físico no tratamento entre 1 e 12 semanas de duração. Dificuldades para a adesão e continuidade da terapia envolvem o temor de efeitos indesejáveis das medicações sobre os lactentes no início do uso destas e sobre as crianças no longo prazo, além da dificuldade de acesso ao acompanhamento psicológico.

Abstract Postpartum depression is a serious clinical condition during the postnatal period, affecting from 10 to 20% of women during the first six months after delivery, being most of the time underscored and undiagnosed, with negative impact on the mother and the infant. Biological and psychosocial risk factors have been described in the literature, but its physiopathology is still unclear. The objective of this article was to critically appraise the literature in regards to the treatment of postpartum depression, based on evidence. There is evidence of some therapeutic interventions efficacy such as psychotherapy, antidepressant medications and physical activity between 1 and 12 weeks of treatment. Barriers to the treatment include fear of adverse effects on the infants at the beginning of the treatment and in the long term and low access to psychotherapy.

[1] Professor do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (Unifor) – Fortaleza (CE), Brasil; Pós-Graduando do Doutorado em Saúde Coletiva em Associação da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil
[2] Pós-Graduando do Doutorado em Saúde Coletiva em Associação da UECE e UFC – Fortaleza (CE), Brasil
[3] Pós-Graduanda do Mestrado em Saúde Pública da UECE – Fortaleza (CE), Brasil
[4] Professor Adjunto da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia do Curso de Medicina da UECE – Fortaleza (CE), Brasil; Postdoctoral Clinical Research Fellow at the Pregnancy Research Centre, Department of Perinatal Medicine, Royal Women's Hospital, Melbourne – Victoria, Austrália
Endereço para correspondência: Flávio Lúcio Pontes Ibiapina – Rua Rangel Pestana, 950 – casa 27 – Edson Queiroz – Fortaleza (CE), Brasil – CEP 60834-250 – E-mail: flpi2007@gmail.com

Introdução

A depressão pós-parto é um sério problema de saúde no ciclo gravídico-puerperal, atingindo aproximadamente 10 a 20% das mulheres nos seis primeiros meses após o parto,[1] afetando a mãe, a criança, o parceiro e a família. Estima-se uma variação da prevalência nos países ocidentais entre 0,5 a 60%.[2]

O diagnóstico da depressão pós-parto não é fácil, uma vez que muitos sintomas como alterações do sono, no apetite e fadiga são comuns no puerpério.[3] Os sintomas da depressão pós-parto são similares àqueles da depressão que ocorre em período não-puerperal, com início típico nas seis primeiras semanas do puerpério, podendo incidir até seis meses após o parto,[4] devendo o humor depressivo e a perda de interesse nas atividades estar presentes por no mínimo duas semanas.[5] Outros sintomas como alterações do sono, adinamia, sentimentos de culpa ou desânimo, perda de concentração ou pensamentos suicidas também podem estar presentes.[6]

Um instrumento amplamente utilizado e validado para o rastreio da depressão pós-parto é o Escore de Edimburgo (Quadro 1), no qual uma pontuação maior ou igual a 12 é indicativa de depressão pós-parto,[7] (B) devendo o diagnóstico ser confirmado por profissional qualificado para tal. O período ideal para o rastreio é entre duas semanas e seis meses após o parto.[3]

Quadro 1 - Escore de Edimburgo.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)
Nome_____ Endereço: _____
Data de nascimento (mãe): _____
Data de nascimento (bebê): _____

Como você teve recentemente um bebê, gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor marque a resposta que mais se aproxima de como você tem se sentido nos últimos 7 dias, não apenas hoje.
Aqui está um exemplo.
Eu tenho me sentido feliz:
( ) Sim, o tempo todo
(X) Sim a maior parte do tempo
( ) Não, não muito frequentemente
( ) Não, de maneira alguma

Isto significaria: "Eu me senti feliz a maior parte do tempo durante a última semana". Complete o restante do questionário da mesma forma.
Nos últimos 7 dias:
1. Eu tenho rido e visto o lado engraçado das coisas:
- Tanto quanto eu sempre fiz
- Não tanto quanto antes
- Sem dúvida, menos que antes
- De jeito nenhum

2. Eu tenho encarado o futuro com alegria
- Tanto quanto sempre fiz
- Menos do que o de costume
- Muito menos do que o de costume
- Praticamente não

3. Eu tenho me culpado quando as coisas dão errado
- Sim, a maior parte do tempo
- Sim, parte do tempo
- Não muito frequentemente
- Não, nunca
-

4. Eu tenho estado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão
- De jeito nenhum
- Raramente
- Sim, algumas vezes
- Sim, frequentmente

5. Tenho tido medo ou pânico sem uma boa razão
- Sim, muito
- Sim, algumas vezes
- Não, não muito
- Não, de jeito algum

6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia
- Sim, na maioria das vezes eu não consigo controlar a situação
- Sim, algumas vezes eu não consigo controlar a situação
- Não, na maioria das vezes eu controlo bem a situação
- Não, sempre eu tenho controlado a situação

7. Tenho estado tão triste que tenho dificuldade para dormir
- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muito frequentemenete
- Não, nunca

8. Eu tenho estado triste ou arrasada
- Sim, na maioria das vezes
- Sim, frequentemente
- Não muito frequente
- Não, de jeito algum

9. Tenho estado tão triste que choro
- Sim, na maior parte do tempo
- Sim, frequentemente
- Ocasionalmente, apenas
- Nunca

10. Tenho pensado em me machucar (ferir)
- Sim, frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

QUESTÕES 1, 2, e 4: Pontuação de 0 a 3, de cima para baixo
QUESTÕES 3, 5 a 10: Pontuação de 0 a 3, de baixo para cima
Pontuação máxima: 30
Possível depressão: 10 ou mais
Sempre ficar atento ao item 10 (pensamentos suicidas)

Os fatores de risco relatados para a depressão pós-parto incluem a depressão durante a gestação, depressão prévia (fora do puerpério), disforia pré-menstrual prévia, eventos estressantes durante a gestação, condição socioeconômica desfavorável, violência doméstica e baixa idade materna (A).[8,9]

O mecanismo fisiopatológico desta condição não está totalmente esclarecido. Sensibilidade a flutuações nos níveis de estrógeno e progesterona, níveis de esteroides no período pós-parto, alterações no eixo hipotálamo-hipófise-ovários, ácidos graxos, ocitocina, arginina e serotonina têm sido citados na gênese da depressão pós-parto (C).[10]

Vários estudos longitudinais descrevem efeitos negativos da depressão pós-parto na relação da mãe com o seu bebê e no desenvolvimento socioemocional da criança, evidenciados pela insegurança, pela baixa sociabilidade, por transtornos de atenção, linguagem e aprendizado e distúrbios comportamentais (C). [11] Mulheres com depressão pós-parto têm maior dificuldade de iniciar a lactação e de fazê-la de maneira exclusiva, com menor duração e maior interrupção (A).[12] Adolescentes filhos de mães com depressão não-tratada têm mais comportamentos violentos, desvios de conduta e maior probabilidade de desordens médicas e psiquiátricas (C).[13]

O objetivo desta revisão é avaliar criticamente a literatura relativa ao tratamento da depressão pós-parto, indicando os níveis de evidência para as diversas opções de intervenções terapêuticas desta condição.

Metodologia

Os termos: (*postpartum*) AND (*depression*) AND (*treatment*) foram utilizados para busca de artigos no *Medline*. Após a busca inicial, que resultou em 1.664 trabalhos, a pesquisa foi limitada a artigos publicados nos últimos cinco anos, em inglês, português ou espanhol, restringindo-se ainda a artigos de revisão, revisão sistemática, ensaios clínicos randomizados, meta-análises ou diretrizes clínicas, resultando em 195 artigos. Os resumos foram lidos, selecionando-se os que abordavam o tratamento da depressão pós-parto baseado em evidências. Referências primárias citadas nas revisões também foram consultadas e selecionadas. Também foi consultada a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

A busca foi realizada entre os dias 30 de junho e 17 de julho de 2009, utilizando-se o recurso de alertas de novos artigos por e-mail, para atualização da pesquisa durante este período. Os seguintes sites também foram acessados em busca de diretrizes baseadas em evidências: http://www.guideline.gov.br; http://www.rcog.uk.org.uk; http://www.nice.org.uk e http://www.sogc.org.

Psicoterapia

Ensaio clínico randomizado, que comparou psicoterapia com Grupo Controle, no qual as pacientes aguardavam em lista de espera para iniciar o tratamento, considerou que a quantidade de 12 sessões de terapia individual foi superior, reduzindo a depressão e melhorando a sociabilização (A).[14] Outro ensaio clínico randomizado indicou o mesmo resultado (A).[15] A terapia de grupo mostrou-se igualmente eficaz, também em ensaios clínicos randomizados (A).[16,17]

Revisões sistemáticas sugerem que psicoterapia individual e a terapia cognitivo-comportamental são efetivas,[18] (A) mas com efeito menor do que quando se utilizam medicações antidepressivas (A).[19,20]

Uma vantagem da psicoterapia no tratamento da depressão pós-parto é a ausência de contraindicações e uma segurança provavelmente maior do que medicações antidepressivas para mulheres que estão amamentando.

Tratamento antidepressivo

Vários ensaios clínicos randomizados avaliaram o tratamento medicamentoso para depressão pós-parto. Um estudo comparou paroxetina com Grupo Controle (placebo) em 70 mulheres, evidenciando a superioridade da paroxetina na remissão da depressão, embora tenha havido melhora em ambos os grupos (A).[21]

Quando utilizou-se fluoxetina, comparando o esquema de 20 mg/dia mais seis sessões de terapia, fluoxetina (20 mg/dia) mais uma sessão de terapia, placebo mais seis sessões de terapia ou placebo mais um sessão de terapia, por 12 semanas (n=87), demonstrou-se que a redução dos sintomas de depressão foi maior com o uso de fluoxetina (A).[22]

Estudo comparando sertarlina e nortriptilina em 109 mulheres, durante oito semanas, considerou efetiva a remissão dos sintomas em ambos os grupos, sem efeitos adversos nos recém-nascidos (A).[23] Quando comparou-se paroxetina (12 semanas) com paroxetina mais terapia cognitivo-comportamental (12 sessões), ambas abordagens foram eficazes, sem diferenças significativas entre os tratamentos (A).[24]

Quando foi estudada a utilização de citalopram, este mostrou ser mais eficaz quando esteve associado à psicoterapia do que sozinho (A).[25]

Uma preocupação evidente quanto aos antidepressivos é a possibilidade de efeitos indesejáveis sobre os recém-nascidos. Os possíveis efeitos destas medicações sobre os lactentes (irritabilidade, sedação, baixo ganho de peso, desmame[26]) *versus* os desfechos negativos sobre o desenvolvimento das crianças de mães não-tratadas para a depressão pós-parto devem ser levados em consideração. Além disso, avaliar a menor dose necessária

para o controle da sintomatologia, bem como o ajuste gradual, sempre monitorando os efeitos adversos nos lactentes.

Uma análise dos níveis dos antidepressivos nas mães e lactentes mostrou que sertralina, paroxetina e nortriptilina não foram relacionadas a níveis séricos elevados, os quais estiveram mais relacionados com fluoxetina e citalopram (A).[27]

Consequências sobre o desenvolvimento cognitivo, motor, neurológico e comportamental de crianças expostas a antidepressivos durante a lactação não estão ainda bem determinadas.

Terapia hormonal

Uma revisão sobe o papel da terapia estrogênica na depressão pós-parto considerou sérias falhas metodológicas nos estudos conduzidos sobre esta intervenção, não permitindo atualmente nenhuma conclusão sobre o tópico (A).[28] Ao se fazer a opção por esta modalidade terapêutica, riscos relacionados à terapia estrogênica, como hiperplasia endometrial, fenômenos tromboembólicos e diminuição da lactação, devem ser considerados.

Atividade física

Uma revisão da literatura[29] (A), que avaliou dois pequenos ensaios clínicos randomizados conduzidos na Austrália, avaliou como benéfica a prática de atividade física na depressão pós-parto, especificamente a caminhada, pelo menos 30 minutos de duas a três vezes por semana, podendo ser uma opção a ser trabalhada, seja acrescentada a outras intervenções, seja como uma alternativa, especialmente para as mulheres que não desejam utilizar medicações ou que não tenham acesso a acompanhamento psicológico.

Outras intervenções

A suplementação de ômega-3 não provou ser eficaz na redução da sintomatologia (A).[5] Estudos sugerem que outras intervenções como massagem, deprivação do sono e eletroconvulsoterapia podem ser de algum benefício (B).[5]

Considerações Finais

Faz-se importante que os obstetras estejam atentos à possibilidade de quadro depressivo no puerpério, não fazendo uma avaliação oportuna e integrada com outros profissionais (psiquiatras, psicólogos etc), a fim de confirmar a suspeita inicial e estabelecer tratamento adequado, com melhora da sintomatologia e dando o suporte necessário a esta fase tão importante da maternidade.

A utilização do Escore de Edimburgo como instrumento de rastreio inicial tem mostrado boa sensibilidade e especificidade para esta condição, sendo de aplicação relativamente fácil na prática clínica.

Atualmente não há evidência quanto aos benefícios permanentes ou segurança para o tratamento de longa duração das medicações antidepressivas na terapia da depressão pós-parto, havendo melhora e remissão dos sintomas em ciclos de tratamento com duração até 12 semanas.

As medicações antidepressivas são eficazes na redução dos sintomas no curto prazo, considerando-se a sertralina como primeira escolha em mulheres que estão amamentando, por ser a medicação com menor número de efeitos adversos relatados, sendo a paroxetina e a nortriptilina outras opções.

A psicoterapia é uma opção viável de tratamento para a depressão pós-parto, com maior evidência quanto à terapia individual, além de ser segura e com provável maior adesão por parte das mulheres, havendo necessidade de melhorar o acesso a profissionais capacitados para esta intervenção.

Atividades físicas, como a caminhada, têm se mostrado benéfica na redução dos sintomas, tendo como vantagens a falta de efeitos adversos e a segurança.

Uma abordagem individualizada, levando em consideração fatores psicossociais, desejos e expectativas da mulher com esta condição, favorecerá a adesão ao tratamento e facilitará sua recuperação.

Leituras suplementares

1. Miller L. Postpartum depression. JAMA. 2002;287:762-5.
2. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. J Affect Disord. 2006;91(2-3):97-111.
3. Boyd RC, Le HN, Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression. Arch Womens Ment Health. 2005;8:141-53.
4. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. Am J Obstet Gynecol. 1995;173(2):639-45.
5. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. Am J Obstet Gynecol. 2009;200(4):357-64.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
7. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782-6.
8. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiatry. 2004;26(4):289-95.
9. Mattar R, Silva EYK, Camano L, Abrahão AR, Colás OR, Andalaft Neto J, et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(9):470-7.
10. Corwin EJ, Pajer K. The psychoneuroimmunology of postpartum depression. J Womens Health (Larchmt). 2008;17(9):1529-34.

11. Chabrol H, Callahan S. Prevention and treatment of postnatal depression. Expert Rev Neurother. 2007;7(5):557-76.
12. Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. Pediatrics. 2009;123(4):e736-51.
13. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdeli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. Am J Psychiatry. 2006;163(6):1001-8.
14. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. Arch Gen Psychiatry. 2000;57(11):1039-45.
15. Clark R, Tluczek A, Wenzel A. Psychotherapy for postpartum depression: a preliminary report. Am J Orthopsychiatry 2003;73(4):441-54.
16. Klier CM, Muzik M, Rosenblum KL, Lenz G. Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression. J Psychother Pract Res. 2001;10(2):124-31.
17. Reay R, Fisher Y, Robertson M, Adams E, Owen C, Kumar R. Group interpersonal psychotherapy for postnatal depression: a pilot study. Arch Womens Ment Health. 2006;9(1):31-9.
18. Dennis CL, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. Cochrane Database Syst Rev. 2007;17(4):CD006116.
19. Cuijpers P, Brännmark JG, van Straten A. Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. J Clin Psychol. 2008;64(1):103-18.
20. Bledsoe SE, Grote NK. Treating depression during pregnancy and the postpartum: a preliminary meta-analysis. Res Soc Work Pract. 2006;16:109-20.
21. Yonkers KA, Lin H, Howell HB, Heath AC, Cohen LS. Pharmacologic treatment of postpartum women with new-onset major depressive disorder: a randomized controlled trial with paroxetine. J Clin Psychiatry. 2008;69(4):659-65.
22. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. BMJ. 1997;314(7085):932-6.
23. Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM, Peindl KS, Piontek CM, Sit DK, et al. Postpartum depression: a randomized trial of sertraline versus nortriptyline. J Clin Psychopharmacol. 2006;26(4):353-60.
24. Misri S, Reebye P, Corral M, Millis L. The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. J Clin Psychiatry. 2004;65(9):1236-41.
25. Chun-Liu Q, Bo X, Wen-Jiao Q. A controlled clinical trial of citalopram and citalopram combined with psychotherapy in the treatment of postpartum depression. Chin Ment Health Journal. 2005;19(12):847-8.
26. Hallberg P, Sjöblom V. The use of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and breast-feeding: a review and clinical aspects. J Clin Psychopharmacol. 2005;25(1):59-73.
27. Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, Bentler S, Donohue M, Ellingrod VL, et al. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. Am J Psychiatry. 2004;161(6):1066-78.
28. Gentile S. The role of estrogen therapy in postpartum psychiatric disorders: an update. CNS Spectr. 2005;10(12):944-52.
29. Daley AJ, Macarthur C, Winter H. The role of exercise in treating postpartum depression: a review of the literature. J Midwifery Womens Health. 2007;52(1): 56-62.