

Centro Universitário de Adamantina

Revista Científica OMNIA Saúde

e-ISSN 1806-6763

<https://doi.org/10.29327/ros.v7i1.817>

Jessyane Rodrigues Lobo ¹,
Julya Arésia Gonçalves ¹,
Lucas Paulino Miura Rodrigues¹,
Nildo Redivo Júnior ¹,

¹Departamento de Medicina, Centro Universitário de Adamantina, Adamantina, SP, Brasil

Autor correspondente:

jessyanelobo@gmail.com

Recebido em: 31/07/2024

Aceito em: 01/10/2024

Abstract: Postpartum depression is widely recognized as the most common mood disorder among new mothers, and is characterized as a multifactorial condition that is often underdiagnosed. The clinical picture of this condition is diverse, including physical, cognitive and behavioral symptoms. Its etiology is associated, among other causes, with genetic alterations, altered cholesterol levels, altered sex hormones and altered thyroid hormones. The aim of this study was to carry out an integrative and qualitative review of the literature on the prevalence of postpartum depression in Brazil, in which the articles found should indicate a correlation with the topic addressed in this research. These studies found a variability of between 10% and 20% in the incidence of PPD among puerperal women, influenced by several risk conditions. It was therefore concluded that the prevalence of postpartum depression in Brazil is high and closely related to socioeconomic and cultural risk factors, which are just as relevant as the patient's previous medical history.

Keywords: Postpartum depression; Brazil; Women's health.

INTRODUÇÃO

Do momento em que a mulher descobre sua gravidez até o momento do parto, o corpo e a mente se alteram, sendo este um período complexo para a mulher, tanto pela aceitação com a mudança que o seu corpo sofre, quanto sua posição com a sociedade e todos os “achismos” impostos por esta. Porém,

Resumo: A depressão pós-parto é amplamente reconhecida como o transtorno de humor mais comum entre as mães recentes, sendo caracterizada como uma condição multifatorial frequentemente subdiagnosticada. O quadro clínico desta condição é diversificado, incluindo sintomas físicos, cognitivos e comportamentais. Sua etiologia se associa, entre outras causas, a alterações genéticas, níveis de colesterol alterados, alteração dos hormônios sexuais e alteração dos hormônios da tireoide. Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão integrativa e qualitativa da literatura sobre a prevalência da depressão pós-parto no Brasil, em que os artigos encontrados devem indicar correlação com o tema abordado nesta pesquisa. Nestes estudos, encontrou-se uma variabilidade entre 10% e 20% de incidência da depressão pós-parto entre as puérperas, influenciada por diversas condições de risco. Concluiu-se, então, que a prevalência de depressão pós-parto no Brasil é alta, e intimamente relacionada a fatores de risco socioeconômicos e culturais, sendo eles tão relevantes quanto o histórico médico prévio da paciente.

Palavras-chave: Depressão pós-parto; Brasil; Saúde da Mulher.

essas mudanças psíquicas não se limitam à gravidez e não cessam com o fim do trabalho de parto. O puerpério é um termo utilizado para o período pós-parto, marcado por alegrias pela chegada de um novo integrante da família, mas a mulher também pode se sentir insegura ou deprimida e, esses sentimentos negativos, muitas vezes, são suprimidos e não falados devido à suposição de que a mãe deve estar feliz com o seu bebê, que esse é um momento exclusivo de felicidade e satisfação¹. Porém, nem todas as mulheres que sentem uma “tristeza pós-parto” estão vivenciando uma depressão pós-parto.

Esta condição acomete um grande número de mulheres no mundo todo e é um problema de saúde mental. No Brasil, a incidência da depressão pós-parto é um problema crescente de saúde pública, tendo impacto não somente para a mãe e seu estado mental, mas para o desenvolvimento do bebê. Compreender os fatores que contribuem para essa condição e sua incidência dentro do território brasileiro são fundamentais para criar estratégias eficazes para garantir o bem-estar das novas mães e seus filhos.

Nesta revisão, será abordada e examinada a incidência da depressão pós-parto no Brasil, procurando investigar suas causas, fatores de risco, impactos e tratamentos utilizados para enfrentar este transtorno de humor.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho consiste em uma revisão integrativa a respeito da incidência da depressão pós-parto no Brasil. A pesquisa foi conduzida entre os meses de março e junho de 2024, utilizando textos disponíveis nas plataformas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo), PubMed e Google Acadêmico. A partir dos descritores “Depressão” AND “Pós” AND “Parto” AND “Brasil” AND “Incidência” AND “Depression” AND “Postpartum” AND “Incidence”.

Foram utilizados critérios de exclusão para inclusão dos artigos, sendo eles: (1) cobertura idiomática em inglês e português; (2) artigos disponíveis completos e gratuitos; (3) cobertura geográfica limitada; (4) artigos publicados entre 2014 e 2024. Identificaram-se 271 artigos a partir dos descritores, após aplicar os filtros da plataforma e os critérios de exclusão, 76 artigos foram selecionados. Destes, os títulos foram analisados e foram excluídos artigos que divergiram do objetivo proposto pelo tema do presente trabalho. Após a leitura dos resumos, 11 trabalhos foram selecionados para compor esta pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, é necessário compreender as flutuações hormonais que ocorrem no final da gestação e no período pós-parto e, para isso, é importante entender fisiologicamente o que acontece no corpo feminino antes da fecundação e o que esses hormônios fazem com o corpo e a mente da mulher durante esse período para, enfim entender, o que acontece no pós-parto².

O ciclo menstrual feminino obedece a um eixo hormonal hipotálamo-hipófise-ovário, ou seja, o hipotálamo, a partir da puberdade, estimula a hipófise, através de uma secreção pulsátil de hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) e, ela, por conseguinte, estimula a secreção de hormônio folículo estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH) que agem no ovário, liberando ou inibindo a secreção de estrogênio e progesterona². Esses pulsos de GnRH são modulados pelo sistema supra-hipotalâmico, com influência facilitadora da noradrenalina e inibidora da dopamina³.

Um ciclo feminino tem, em média, 21 a 35 dias e divide-se em duas fases: a primeira fase, folicular, de duração mais variável, e a segunda fase, lútea, menos variável, de 12 a 14 dias, sendo divididas pelo pico de LH. Durante a fase folicular, o hipotálamo secreta GnRH em alta frequência e baixa amplitude, incitando a hipófise a liberar FSH e encorajando o crescimento folicular no ovário. Enquanto na fase lútea, esse pulso hormonal tem uma frequência mais baixa e de alta amplitude, estimulando a liberação de Lh².

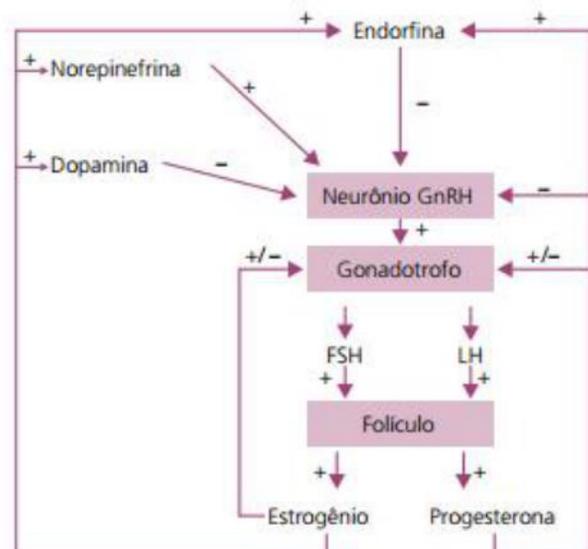


Figura 01. Inter-relações hormonais do eixo hipotálamo-hipófise-ovário durante o ciclo menstrual.

Fonte: PASSOS *et al.* (2023, p. 13)

O aumento do hormônio folículo estimulante amadurece de 8 a 12 folículos. Essa maturação faz com que o folículo produza estrogênio por si só, por meio do mecanismo das duas células, e, esse hormônio ovariano, por meio de um feedback negativo, causa uma queda na secreção de FSH, selecionando apenas um folículo dominante (pré-ovulatório) que vai continuar se desenvolvendo. O estrogênio tem um efeito bimodal na hipófise e, ao mesmo tempo que cessa a secreção de FSH, aumenta a secreção de LH por feedback positivo, levando a um pico de LH e, por consequência, à ovulação, marcando, portanto, o fim da fase folicular. A fase lútea, por sua vez, tem o intuito de formar o corpo lúteo, capaz de produzir progesterona e estrogênio, preparando-o para a fecundação².

A descamação do endométrio é evitada pela secreção de gonadotrofina coriônica humana, secretada pelos tecidos embrionários em desenvolvimento, atingindo seu nível máximo até 10 a 12 semanas de gestação e diminuindo por volta da 16 a 20 semanas. E, o estrogênio e progesterona, antes liberadas em grande quantidade pelo folículo, é liberado pela placenta durante a gestação, inibindo a secreção hipofisária de FSH e LH.

Durante a gravidez, a mulher tem um incremento significativo nos níveis de progesterona e estradiol e, no período expulsivo, ao longo do trabalho de parto, esses valores caem de forma abrupta simultaneamente à saída da placenta⁴.

Esses hormônios não têm relação apenas com as mudanças ovarianas, mas também alteram a psique feminina. Estudos apontam que o estrogênio tem mostrado efeitos ativadores sobre o humor e

memória, acompanhados de sensação de euforia e ansiedade. Enquanto a progesterona atua negativamente no humor e o responsável pela tensão pré-menstrual (TPM) na segunda metade do ciclo menstrual⁵.

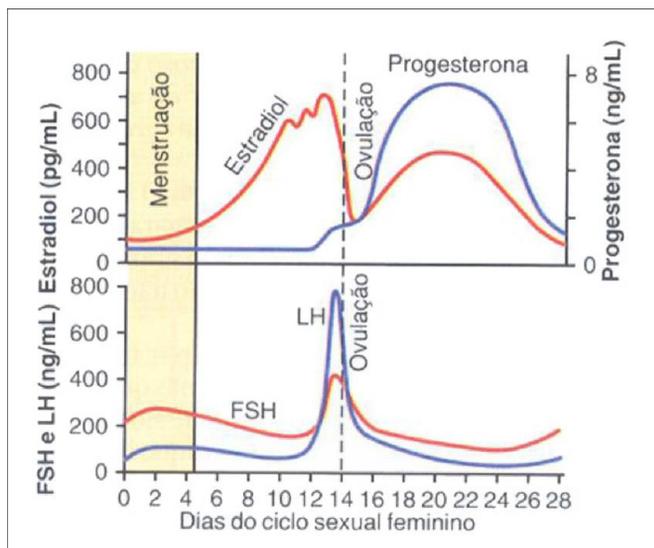


Figura 02. Concentrações plasmáticas aproximadas de gonadotrofinas e hormônios ovarianos durante o ciclo sexual feminino normal.

Fonte: HALL & HALL (2021, p. 1026)

Aliado às alterações hormonais mencionadas, as mulheres passam por um processo de reorganização da sua vida para receber o bebê, adaptando-se à uma nova rotina, compreendendo ao aumento da responsabilidade, reestruturar sua imagem corporal e identidade feminina, além do medo, dúvidas e inseguranças. Com todas essas mudanças, durante essa fase, a mulher se torna mais vulnerável para o surgimento de transtorno mental⁶.

O transtorno mental mais comum que surge nesse período é a depressão pós-parto, definido por ser um episódio depressivo maior, sem psicose que se inicia durante a gravidez ou nos primeiros 12 meses após o parto⁶, tendo manifestação predominante nas primeiras quatro semanas após o parto e tem intensidade máxima nos primeiros seis meses⁷. Estas alterações, de acordo com a Febrasgo, acontecem pela redução dos níveis de hormônios sexuais, assim como as alterações tireóideas citadas acima e alteração do funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, colesterol e ácidos graxos anormais e vulnerabilidade genética⁴.

De acordo com o manual MSD para profissionais de saúde, os sintomas de depressão pós-parto podem incluir melancolia pós-parto, tristeza extrema, oscilações de humor, choro incontrolável, insônia ou aumento do sono, perda de apetite ou comer em

excesso, irritabilidade e raiva, cefaleia e dores no corpo, preocupações irrealistas sobre o lactente ou desinteresse, sensação de incapacidade, medo de machucar o lactente, culpa em relação aos seus sentimentos, ideias suicidas, etc⁸. Associada aos sintomas, a presença de fatores de risco pode estar envolvida com o desenvolvimento da depressão pós-parto, como a falta de rede de apoio, uma gravidez conturbada devido a agentes estressantes, uma gestação não desejada e não planejada, um diagnóstico prévio de ansiedade ou depressão, etc. Além destes fatores citados, estudos indicam que cerca de 60% das mulheres que tiveram o diagnóstico de depressão pós-parto já haviam apresentado depressão gestacional⁹.

Lutz *et al*¹⁰, em seu artigo, procurou relacionar o uso de ácido fólico durante a gravidez com a incidência da depressão pós-parto por meio de uma análise com amostra de 4046 mulheres que tiveram seus filhos entre os dias 1 de janeiro de 2015 e 31 de dezembro do mesmo ano nas maternidades de Pelotas, Rio Grande do Sul. Das mulheres entrevistadas, 2966 relataram o uso de ácido fólico durante a gravidez e, dentre estas, 88,4% utilizaram um suplemente exclusivo da vitamina. 1020 mulheres relataram não ter usado o ácido fólico em nenhum trimestre da gestação e, por meio da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), a prevalência da depressão pós-parto nestas mulheres que não utilizaram a vitamina e tiveram pontuação maior ou igual a 10 no EPDS, foi de 26,8%. E em mães que atingiram pontuação do EPDS maior que 13, constatou-se 15,7%. Enquanto as mulheres que utilizaram o ácido fólico por 2 ou 3 trimestres, as taxas caem bruscamente.

Esta escala consiste em 10 itens em que a mãe responde escolhe entre quatro alternativas que melhor representa como ela se sentiu na última semana. Um escore acima de 12 ou 13 indica um possível diagnóstico de depressão e deve procurar atenção médica especializada¹¹.

Portanto, constatou-se que o uso de ácido fólico está fortemente associado com a diminuição do risco de depressão pós-parto, tanto para mulheres que usaram apenas por 1 trimestre como para aquelas que usaram por 2 ou 3 trimestres¹⁰.

Um outro estudo, também realizado em Pelotas, no Rio Grande do Sul, analisou variantes socioeconômicas, demográficas, obstétricas e psicossociais na entrevista com 430 mães durante os primeiros 30 a 45 dias do parto, sendo maioria das puérperas casadas, com idade entre 20 e 29 anos, com menos de oito anos de escolaridade e classificadas nas classes sociais C e D. Na pesquisa, concluiu-se que

as condições socioeconômicas precárias da puérpera e a não aceitação da gravidez são os fatores que mais influenciaram para a depressão pós-parto. A prevalência de depressão pós-parto na população analisada foi de 15%, comprovando os dados obtidos na maioria dos estudos, em que a doença se apresenta em cerca de 10 a 20% das puérperas⁶ e em 25% dos casos há risco de recorrência na gestação subsequente⁹.

Considerando todas as mudanças já citadas, pode-se dizer que o laço entre mãe e bebê é prejudicado pela depressão pós-parto, influenciando de forma negativa o desenvolvimento psicomotor e da linguagem desta criança e causando, porventura, prejuízos cognitivos e sociais importantes, ou seja, o sofrimento vivido pela mãe durante este período, é experimentado também pela criança, podendo causar riscos futuros durante o período da adolescência e vida adulta de desenvolver doenças psiquiátricas⁹.

CONCLUSÃO

A depressão pós-parto é um transtorno disseminado por todo o território brasileiro, podendo ser considerado uma questão de saúde pública devido à alta taxa de incidência entre as mulheres. Sendo que essa prevalência é associada a diversos fatores de risco, como falta de suporte social, gravidez indesejada, e histórico de transtornos mentais, pode aumentar a probabilidade de desenvolver depressão pós-parto⁸.

Apesar do alto índice, muitas mulheres passam por esse período sem qualquer diagnóstico e, por isso, é importante destacar quanto os fatores de risco influenciam neste alto índice pois, somadas à adaptação uma nova rotina e às responsabilidades que acompanham a chegada de um bebê, podem aumentar a vulnerabilidade da mulher ao desenvolvimento de transtornos mentais, especialmente a depressão pós-parto.

Como relatado no decorrer deste texto, o estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, corroborou os dados já conhecidos sobre a incidência deste distúrbio no Brasil. No estudo, cerca de 15% das mulheres que participaram foram diagnosticadas com depressão pós-parto, comprovando a incidência nacional de 10 a 20% entre as puérperas⁹.

Portanto, para diminuir a taxa de incidência de depressão pós-parto no Brasil, é necessário adotar diversas políticas públicas durante este período de mudança, além de fortalecer a rede de apoio da mãe que apresenta algum fator de risco mencionado, ou seja, não ver apenas a saúde física da mãe e do bebê, mas também oferecer suporte emocional.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus por nos abençoar durante esta caminhada, assim como nossos pais que nos deram suporte e carinho para nunca desistir, mesmo nos momentos mais difíceis desta caminhada. Agradecemos a todos os professores que fizeram parte desta jornada, o ensinamento e as correções recebidas, serão levadas para sempre em nossas vidas profissionais e pessoais. Agradecemos, também, ao nosso ilustre orientador, doutor Nildo Redivo Júnior, que não nos abandonou e nos incentivou a fazer o melhor todos os dias, dando nosso melhor para realizar este artigo de revisão.

REFERÊNCIAS

- [1] Giaretta DG, Fagundez F. Aspectos psicológicos do puerpério: uma revisão. *Psicologia*. 2015. 1(1): 1-8.
- [2] Hall JE, Hall ME. *Guyton & Hall - Tratado de Fisiologia Médica*. 14ª edição. Rio de Janeiro: Grupo GEN; 2021.
- [3] Passos EP, Martins-costa SH, Magalhães JA et al. *Rotinas em Ginecologia (Rotinas)*. 8ª edição. Porto Alegre: Grupo A; 2023.
- [4] Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). *Depressão Pós-parto*. São Paulo: Febrasgo; 2020. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/EdioZWebZAtualizada.pdf>.
- [5] Silva AC, Sá MF. Efeitos dos esteróides sexuais sobre o humor e a cognição. *Rev. Psiq. Clin.* 2006. 33(2): 60-7.
- [6] Santana GW, Maurique LS, Gomes RM, Normando LV, Ferrari IS, Suarez CS, Muniz FW, Sityá PR. Prevalência de fatores de risco da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Debates Psiquiatr.* 2021. 11(1): 1-23.
- [7] Moraes IG, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PL, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2006. 40(1): 65-70.
- [8] Moldenhauer JS. *Depressão pós-parto* [Internet]. New Jersey (EUA): Manual MSD para Profissionais de Saúde; jan 2022. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/cuidados-p%C3%B3s-parto-e-dist%C3%BArbios-associados/depress%C3%A3o-p%C3%B3s-parto>.
- [9] Nardi AE, Silva AG, Quevedo J. *Tratado de psiquiatria da associação brasileira de psiquiatria*. Porto Alegre: Grupo A; 2021.
- [10] Lutz BH, Santos IS, Domingues MR, Murray J, Silveira MF, Miranda VI, Silveira MP, Mengue SS, Pizzol TS, Bertoldi AD. Folic acid supplementation during pregnancy and postpartum depressive symptoms. *Rev. saúde pública*. 2023 out. 57(1): 1-11.
- [11] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 jun. 150: 782-6. Acesso em 03 jun 2024. In: PubMed; PMID 3651732.