



DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REVISÃO DA LITERATURA

Carlos Michell Tôrres Santos¹
Glessiane de Oliveira Almeida²
Thiago Santos Souza³

RESUMO: O presente estudo busca esclarecer a etiologia, diagnóstico e tratamento da Depressão Pós-parto. Tal patologia corresponde a um transtorno mental, de manejo complexo, que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas, geralmente desencadeado durante o primeiro ano após o parto. Por meio de uma revisão bibliográfica foi possível observar que sua etiologia ainda não foi totalmente esclarecida, estando múltiplos fatores de risco envolvidos, e que seu tratamento deve ser dado de forma multidisciplinar.

Palavras-chave: Depressão Pós-parto; Diagnóstico; Tratamento.

POSTNATAL DEPRESSION: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: The present research review etiology, diagnosis and treatment of Postnatal Depression. This pathology correspond to a mental disorder, with complex management, that promotes emotional, cognitive, behavior and physical alterations, generally presented during first year after birth. By a bibliographic review it was possible to observe that etiology of this illness is obscure, with involvement of multiple risk factors, and the need of a multidisciplinary treatment.

Key-words: Postnatal Depression; Diagnosis; Treatment.

¹ Fisioterapeuta Especialista em Acupuntura. Professor Mestre do Departamento de Psicologia da Associação de Ensino e Cultura “Pio Décimo”. Aracaju – Sergipe. E-mail: michellfisio@hotmail.com

² Acadêmico do curso de Psicologia da Associação de Ensino e Cultura “Pio Décimo”. Aracaju – Sergipe.

³ Acadêmico do curso de Psicologia da Associação de Ensino e Cultura “Pio Décimo”. Aracaju – Sergipe.



INTRODUÇÃO

O fenômeno do nascimento representa uma experiência marcada por sentimentos de ansiedade, expectativa, realizações e projeções, dentre outros. Deste modo, com a chegada de um filho inicia-se uma nova fase na vida da mulher, denominada puerpério. Este momento é marcado por instabilidade emocional e vulnerabilidade feminina em relação às síndromes psiquiátricas no pós-parto (BURKE, 2003). Oito de cada dez mulheres podem apresentar a melancolia da maternidade, um transtorno transitório do humor tipicamente marcado por labilidade emocional, irritabilidade e alterações do sono, que perduram cerca de duas semanas após o parto (BROCKINGTON, 1996). Em alguns casos, os sintomas depressivos não são deliberados e persistem levando à depressão pós-parto (DPP) (HENSHAW et al., 2004).

A palavra depressão, no seu uso habitual, pode significar tanto um estado afetivo normal, quanto um sintoma ou síndrome que inclui alterações de humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas, além de várias doenças relacionadas (CRUZ et al., 2005). A DPP corresponde a um transtorno mental, de manejo complexo, que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas (MAGALHÃES et al., 2006; SILVA; BOTTI, 2005). Este acometimento é geralmente desencadeado durante o primeiro ano do puerpério (ALTSHULER et al., 2001; ROJAS et al., 2006) e possui maior incidência entre a quarta e oitava semana após o parto (CLARK et al., 2003; COOPER; MURRAY, 1995).

Portanto, sendo a saúde mental um componente fundamental do bem-estar, e sua promoção um dever dos profissionais envolvidos no cuidado humano (SILVA; BOTTI, 2005), o presente trabalho tem por objetivo revisar a etiologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento relacionados à DPP.

ETIOLOGIA

A etiologia da DPP parece ser pouco esclarecida, apresentando-se de forma multideterminada, por meio de uma combinação de fatores de caráter psicológico, psicossocial, obstétrico, hormonal e hereditário (CAMACHO et al., 2006; FRIZZO; PICCININI, 2005; LUIS; OLIVEIRA, 1998; MEREDITH; NOLLER, 2003; MULLER et al., 2005; SILVA; BOTTI, 2005).

Os fatores obstétricos envolvidos no aparecimento da DPP são potencialmente apresentáveis durante toda a gestação. A mulher pode passar por situações que oferecem o risco da DPP, tais como prematuridade, intercorrências neonatais e má-formação congênita do bebê (MULLER et al., 2005). Complicações gravídicas que resultam em partos de risco também contemplam estes fatores (SILVA; BOTTI, 2005). As condições do puerpério podem predispor a mulher à depressão puerperal e mulheres que passaram por puerpérios com algum comprometimento clínico podem manifestar um quadro desta patologia (SILVA; BOTTI, 2005). Alguns autores (FURTADO, 2005; O'HARA, 1997) afirmam ainda que tanto a gravidez quanto o parto podem ser fatores estressantes para a mulher, atuando muitas vezes como fatores desencadeantes da DPP.

Após o parto, demonstra-se uma acentuada queda nos hormônios estradiol e progesterona, além da redução do cortisol sérico, relacionada a uma diminuição das atividades secretoras da glândula pituitária. Este fato pode estar envolvido nas alterações do humor que ocorrem durante esta fase (CAMACHO et al., 2006). A evidência mais reforçadora de uma etiologia hormonal significativa foi demonstrada através de um experimento que simulou os níveis



suprafisiológicos do estradiol e progesterona em fases avançadas da gravidez e sua subsequente retirada, em mulheres com ou sem histórico de DPP (BLOCH et al., 2000). Concluiu-se que a queda brusca desses hormônios no pós-parto possivelmente está envolvida na etiologia da depressão puerperal (BLOCH et al., 2003).

Desta forma, em períodos de variações abruptas dos níveis de estrógenos circulantes, ocorreria maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos psíquicos na mulher, particularmente de cognição e humor. A partir de tais estudos, levantou-se a hipótese de que algumas mulheres seriam mais sensíveis a variações hormonais em qualquer momento de suas vidas, incluindo-se o período pré-menstrual, menarca, gestação, puerpério, menopausa e até mesmo durante o uso de anticoncepcionais (BLOCH et al., 2003; BLOCH et al., 2000; CAMACHO et al., 2006). A rápida queda dos níveis de hormônio reprodutivo feminino após o nascimento do bebê pode desregular a integração entre neurtransmissores, hormônios estressores e hormônios reprodutivos, levando a um novo episódio de transtorno psiquiátrico ou à exacerbação de uma desordem de humor pré-existente (BLOCH et al., 2003).

A hereditariedade da depressão também é um fator etiológico reconhecido (SCHWENGBER; PICCININI, 2003). A hipótese foi levantada a partir da análise do histórico familiar e dos estudos envolvendo gêmeos (ZINGA et al., 2005). A prevalência, ao longo da vida, de transtornos do humor e transtornos relacionados é muito maior em familiares de primeiro grau de mulheres portadoras de DPP que na população geral, o que indica um possível componente genético ou familiar relacionado a estes acometimentos (STEINER, 2002). Camacho et al., 2006, demonstram que mulheres provenientes de famílias populosas apresentam riscos mais elevados para depressão. Em uma pesquisa envolvendo adolescentes (SZIGETHY; RUIZ,

2001), foi verificada prevalência entre 16% e 44%, quase duas vezes mais elevada que nas gestantes adultas, levantando a hipótese de que a existência prévia de transtorno mental pessoal e na família pode está incluso dentre os mais importantes fatores associados ao risco do aparecimento da depressão no puerpério (SCHMIEGE; RUSSO, 2005; ZINGA et al., 2005).

QUADRO CLÍNICO

A apresentação clínica da DPP, geralmente, é pouco diferente daquela característica do transtorno depressivo maior não psicótico, que se desenvolve em mulheres em outras épocas da vida (CAMACHO et al., 2006; CRUZ et al., 2005). A manifestação do quadro de depressão puerperal acontece, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses. Estima-se que 25 a 35% das mulheres apresentam sintomas depressivos na gravidez e que até 20% das mulheres podem preencher os critérios para depressão (JOSEFSSON et al., 2001; KITAMURA et al., 1993; KUMAR; ROBSON, 1984).

Uma puérpera acometida por tal patologia pode apresentar sintomas físicos, tais como cefaléia, dores nas costas, erupções vaginais e dor abdominal, sem causa orgânica aparente (SILVA; BOTTI, 2005). Todavia, os sintomas mais comuns são desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, idéias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de idéias obsessivas ou supervalorizadas, sentimentos de tristeza, angústia e desesperança, baixa auto-estima, sentimentos de ruína e desvalia, visões pessimistas do futuro, sendo estas características concomitantes a alterações somáticas (CAMACHO et al., 2006; CRUZ et



al., 2005; FRIZZO; PICCININI, 2005; MULLER et al., 2005; SCHWENGBER; PICCININI, 2005; SILVA; BOTTI, 2005). No outro extremo das perturbações de humor, encontram-se os quadros maníacos, determinados por um afeto expansivo, eufórico e irritável, além de aceleração do pensamento com fuga de idéias, auto-estima inflada e necessidade de sono diminuída, choro freqüente, sentimentos de desamparo, falta de energia e motivação, além da sensação de ser incapaz de lidar com novas situações (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; FRIZZO; PICCININI, 2005). Cabe salientar que, dependendo da gravidade dos episódios, ambos os quadros podem ser acompanhados de sintomatologia psicótica (PICCOLOTO et al., 2000).

Os sintomas desta afecção tendem a ter uma duração razoável de tempo e podem prejudicar as atividades normais da mulher (SILVA; BOTTI, 2005). É importante ressaltar que muitas mulheres com depressão perinatal não revelam seus sintomas (EPPERSON, 1999). Tais mulheres pensam que as expectativas sociais são de que elas estejam satisfeitas e acabam sentindo-se culpadas por estarem experienciando sintomas depressivos num momento que deveria ser de alegria (CAMACHO et al., 2006).

DIAGNÓSTICO

A depressão pós-parto é, inúmeras vezes, o início de um histórico de episódios recorrentes para muitas mulheres. Tal acometimento apresenta a particularidade de que, na maioria dos casos, seus sintomas não são identificados pelos profissionais de saúde como sendo consequência de uma depressão, o que impossibilita o encaminhamento a um tratamento específico e mais adequado (LUIS; OLIVEIRA, 1998). Isso provavelmente ocorre porque os transtornos psiquiátricos

puerperais são também alterações de humor, refletindo assim num quadro clínico com uma amplitude de sintomas, que não são em sua maioria, exclusivamente específicos daquela fase (SILVA; BOTTI, 2005).

A DPP tem sido vinculada à interrupção no funcionamento da díade mãe-bebê, relacionada à diminuição da atenção, comunicação vocal e visual, além de uma menor freqüência de interações que envolvem tocar e sorrir, quando comparadas a díades que incluem mães não deprimidas (FLEMING et al., 1988; RIGHETTI-VELTEMA et al., 2002). É importante a identificação da patologia em virtude de seus efeitos devastadores sobre as crianças. Tal processo diagnóstico pode ser efetivado por meio de diferentes escalas (BOUKOBZA, 2000), dentre elas a “Edinburgh Postnatal Depression Scale” (EPDS) (SCHMIDT et al., 2005).

A EPDS (COX et al., 1987) é um instrumento desenvolvido na Grã-Bretanha, que tem recebido respaldo de diversos estudos epidemiológicos, de encaminhamento diagnóstico e em testes de hipóteses relacionadas à depressão após o parto, além de servir como suporte a intervenções de aconselhamento. Esta escala possui tradução para onze idiomas, dentre eles o português (SANTOS et al., 2000), e foi submetida a estudos de validade em vários países (ALVARADO et al., 1992; BOYCE et al., 1993; JADRESIC et al., 1995; KOK et al., 1994; POP; KOMPROE; VAN SON, 1992; ROY et al., 1993). É constituída por dez questões, sendo um instrumento de auto-registro, cujas opções são pontuadas de zero a três, de acordo com a presença e intensidade do sintoma. Seus itens abrangem sintomas encontrados dentre os proporcionalmente mais freqüentes (humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, idéias de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa) (SOUGEY et al., 1994).



A "Panic Disorder Severity Scale" (PDSS) (BECK; GABLE, 2000), desenvolvida nos Estados Unidos, é uma escala de auto-avaliação do tipo Likert, composta por trinta e cinco enunciados que avaliam sete dimensões: distúrbios do sono/apetite, ansiedade/insegurança, labilidade emocional, prejuízo cognitivo, perda do eu, culpa/vergonha e intenção de causar dano a si. O que diferencia a EPDS da PDSS é a sensibilidade da segunda em abordar outros componentes deste transtorno do humor (CAMACHO et al., 2006). Em um estudo realizado com cento e cinquenta mães no pós-parto (VIEIRA, 1996), as quais preencheram os dois instrumentos e, em seguida, foram submetidas à entrevista com intuito diagnóstico, observou-se que a escala PDSS identificou dezessete das mulheres (94%) diagnosticadas com depressão pós-parto enquanto a EPDS relacionou apenas catorze destas (78%). É importante ressaltar que ambas podem ser utilizadas por qualquer profissional de saúde, sem a necessidade de especialização em saúde mental.

Outro instrumento para detecção da DPP é a escala de Hamilton (HAM-D). Desenvolvida há mais de quarenta anos, esta mantém sua posição de escala administrada pelo pesquisador mais usada mundialmente. A HAM-D enfatiza os sintomas somáticos, o que a torna particularmente sensível a mudanças vivenciadas por pacientes gravemente deprimidos, e contribui para a difusão de seu uso em ensaios clínicos com antidepressivos. Essa escala possui de dezessete a vinte e quatro itens, dependendo da versão, os quais são avaliados de acordo com a intensidade e frequência dos sintomas dentro de um período determinado de tempo. A avaliação é baseada na entrevista e em informações de outras fontes, tais como prontuários, informações da enfermagem e/ou de familiares (MORENO; MORENO, 1998).

Mesmo com os critérios classificatórios das escalas citadas, o

diagnóstico da DPP não é fácil, pois o quadro clínico pode variar demasiadamente na intensidade dos sintomas. Muitas vezes esta doença é negligenciada pela própria puérpera, marido e familiares, atribuindo os sintomas ao "cansaço e desgaste" naturais do puerpério, em outras situações as puéperas acabam por não revelar tais sintomas com receio de possível estigmatização (CAMACHO et al., 2006; VIEIRA, 1996). Um diagnóstico seguro requer o reconhecimento da instalação e desenvolvimento dos sintomas, levando-se em conta o início no primeiro ano após o parto (SILVA; BOTTI, 2005). Todavia, muitas vezes um diagnóstico inadequado leva à limitação de um tratamento a base de fármacos, tais como benzodiazepínicos ou doses insuficientes de antidepressivos, os quais resultam na não resolutividade do problema (LUIS; OLIVEIRA, 1998).

TRATAMENTO

A terapêutica da depressão puerperal baseia-se em métodos semelhantes aos empregados no tratamento de transtornos depressivos em outros períodos da vida, tais como a psicoterapia, farmacologia, acupuntura, massoterapia, eletroconvulsoterapia e internamento em casos especiais (ROCHA, 1999).

ABORDAGEM PSICOTERAPÊUTICA

Um estudo de 1999 (ARMSTRONG et al., 1999) propõe que visitas domiciliares semanais a mães de risco, realizadas por enfermeiras durante as seis primeiras semanas após o parto, atuou como fator preventivo à manifestação da DPP. Contudo, nas dezesseis semanas subsequentes, quando as visitas tornaram-se mensais, observou-se que o benefício não foi mantido. A orientação intensiva demonstra-se, portanto, imprescindível no tratamento de tal patologia (MACARTHUR et al., 2002). Em virtude de



não haver mensuração preditiva aceitável para se identificar com exatidão quais mulheres desenvolverão a DPP, as intervenções pós-natais mostram-se mais benéficas que aquelas dotadas de componentes pré-natais (AUSTIN; LUMLEY, 2003).

A abordagem psicoterapêutica é essencial no tratamento da depressão puerperal, uma vez que o terapeuta juntamente com a puérpera e familiares, construirão novas sinapses cerebrais a partir da realidade experimentada; sendo assim, torna-se possível a compreensão e o planejamento de ações intervencionistas adequadas a esta nova realidade (ZANOTTI et al., 2003). Estudos preliminares que utilizaram intervenções de enfoque psicoterapêutico específico mostraram alguns resultados promissores nos esforços para prevenir a ocorrência da DPP (MEAGER; MILGROM, 1996; ZLOTNICK et al., 2001). A terapia interpessoal, a qual foca seus esforços nos sintomas depressivos do paciente e em seu relacionamento com o mundo, bem como na ruptura da barreira interpessoal (CAMACHO et al., 2006), demonstrou-se eficaz na prevenção da depressão puerperal em uma amostra de mulheres em risco (ZLOTNICK et al., 2001).

A terapia cognitiva-comportamental (TCC) tem por objetivo auxiliar na resolução de comportamentos e cognições disfuncionais, por meio da aprendizagem e da reestruturação cognitiva (CAMACHO et al., 2006). Em 1996, Meager e Milgrom detectaram melhora significativa em gestantes e puérperas submetidas à TCC, em grupos.

ABORDAGEM FARMACOLÓGICA

Atualmente, a maioria dos pesquisadores não acredita em uma etiologia distinta para DPP, sendo seu modelo patogênico similar ao estresse-diátese da depressão (RIECHER-ROSSLER; HOFHECKER, 2003). O tratamento

farmacológico é o meio mais acessível a clínicos que lidam com tais pacientes, havendo indício de que se restabeleça o funcionamento dessas mulheres, potencialmente atingindo toda a família (LOGSDON et al., 2003). O uso de estrógeno e progesterona tem sido desencorajado e, portanto, o foco desta forma terapêutica tornou-se os medicamentos antidepressivos (LAWRIE et al., 2000).

Um estudo realizado com mulheres dotadas de histórico de DPP (WISNER; WHEELER, 1994) demonstrou que a utilização de antidepressivos nas primeiras vinte e quatro horas após o parto se associou a uma marcada redução na recorrência de depressão (uma para cada quinze mulheres). As diretrizes atuais para essa condição se aplicam a mulheres que não estejam amamentando (MAGALHÃES et al., 2006), pois, existe a preocupação de que puérperas tenham maior sensibilidade a efeitos colaterais e que o leite fique comprometido por conta da terapia medicamentosa.

Através da revisão de cinquenta e sete artigos publicados, agregados a dados inéditos (total de duzentos e trinta e oito lactentes expostos a quinze antidepressivos diferentes), observou-se níveis significativos de antidepressivos, bem como a presença de todos os tipos testados destes medicamentos no leite materno. Para mulheres que estão amamentando, a farmacologia da DPP torna-se uma questão ainda mais complexa, uma vez que na literatura atual, estudos prospectivos são escassos e de baixa qualidade em relação a desfechos, seleção e tamanho de amostra (MAGALHÃES et al., 2006). É possível que aqueles que são expostos a níveis significativos sofram efeitos colaterais e ganhem menos peso que os não-expostos, embora a relevância clínica desse achado seja questionável (CHAMBERS et al., 1999). Além disso, há ainda a possibilidade de que a exposição a níveis significativos de



antidepressivo cause alterações no desenvolvimento do sistema serotoninérgico que só venham a ser detectadas a posteriori (OBERLANDER et al., 2005), todavia, a prioridade deve ser em tratar mulheres com DPP, já que é provável que a depressão tenha maior impacto sobre o desenvolvimento da criança do que exposição a antidepressivos através do leite materno (HENDRICK et al., 2003).

Alguns antidepressivos possuem menor probabilidade de acumulação nos lactentes, tais como a sertralina e a paroxetina (MAGALHÃES; PINHEIRO, 2006; WEISSMAN et al., 2004). Em mulheres jovens há preferência ao uso de inibidores seletivos da recaptação da serotonina, devido a questões tanto de eficácia quanto de tolerabilidade (YONKERS; BRAWMAN-MINTZER, 2002). Entre os antidepressivos tricíclicos, a nortriptilina seria uma alternativa; inexistem, contudo, ensaios clínicos randomizados que avaliem o uso de qualquer tricíclico no pós-parto (MAGALHÃES et al., 2006).

A visão negativa que mulheres nesse período em geral fazem de antidepressivos, entretanto, deve alertar o profissional da saúde para a possibilidade de fraca adesão e abandono do tratamento. Com isso, a observação de crenças dos pacientes por parte do clínico e a educação em relação à depressão nesse período se faz em especialmente relevantes. Além disso, mudanças de comportamento, como irritabilidade, dificuldade no sono ou na amamentação, podem estar relacionadas a efeitos do antidepressivo (MAGALHÃES et al., 2006).

TERAPIAS ALTERNATIVAS

A acupuntura também tem sido utilizada como uma forma terapêutica, sendo esta parte de um conjunto de conhecimentos teórico-empíricos, a Medicina Tradicional

Chinesa, que inclui técnicas de massagem (Tui-Na), exercícios respiratórios (Chi-Gung), orientações nutricionais (Shu-Shieh) e a farmacopéia chinesa (medicamentos de origem animal, vegetal e mineral) (ALTMAN, 1997). Esta forma terapêutica alternativa pode estimular um processo autorregulatório corporal (MOFFET, 2006), que geraria um equilíbrio energético, promovendo assim a cura (VECTORE, 2005).

Weier e Beal, em 2004, demonstraram a relevância das abordagens alternativas em quadros de depressão pós-parto. Um estudo realizado por Manber et al., 2003, apresentou a importância da percepção da própria doença depressiva por um grupo de pacientes tratados através da acupuntura como um fator de predição à aderência ao tratamento, às expectativas e às crenças nas terapias alternativas. Tal técnica tem sido uma importante aliada em investigações que objetivam conhecer os aspectos psicológicos dos pacientes, relacionados aos diferentes modos de se lidar com as doenças e dor. Os estudos têm denotado, ainda, a capacidade da acupuntura em modificar neuroquimicamente o sistema límbico (relacionado às emoções), aumentando o nível de serotonina e sendo, desse modo, indicada para o tratamento de depressões e alguns quadros de esquizofrenia, evitando os efeitos colaterais dos antidepressivos tricíclicos (MOFFET, 2006; VECTORE, 2005).

A massoterapia é definida como a utilização de diversas técnicas holísticas de origem oriental e ocidental, exercidas por meio de toques (massagens), proporcionando grandes virtudes terapêuticas, relaxantes, anti-estresse, estéticas, emocionais e desportivas. Tal técnica possibilita maior contato com o próprio físico, valorizando a respiração e desenvolvendo uma melhor percepção corporal, aumentando a consciência e dando a devida importância ao equilíbrio na vida para o dia a dia. Os pacientes portadores de depressão, dores crônicas e distúrbios



hormonais muitas vezes alcançam melhora por meio destes tratamentos alternativos, incluindo os que não conseguiam bons resultados no tratamento médico convencional. Tais terapias norteiam-se através da estimulação de partes do nosso corpo que são responsáveis pela produção dos nossos próprios remédios internos (TSAO, 2007).

A literatura (ESPIRITU et al., 1994; NEUMEISTER et al., 1996; TSAO, 2007) relaciona ainda a baixa exposição à luz como sendo um fator predisponente a estados depressivos, possivelmente em virtude da alteração do ciclo circadiano (ALBERS et al., 1981). Um recente trabalho (WANG et al., 2003) analisou grupos de mulheres submetidos a diferentes níveis de exposição à luz e não observou diferença significativa entre estes quanto ao aparecimento da DPP, todavia, este mesmo estudo não descarta a possibilidade desta associação ou que a terapia através da luz não seja uma opção benéfica ao tratamento.

ELETROCONVULSOTERAPIA

A eletroconvulsoterapia (ECT) é indicada em situações extremas em que a puérpera não responde a terapia medicamentosa anti-depressiva (ROCHA, 1999), ou seja, gestantes severamente deprimidas, com idéias suicidas, quadros de mania, catatonia ou psicose, as quais podem necessitar de internação (CAMACHO et al., 2006). Este procedimento consiste na indução de convulsões generalizadas, com duração de vinte a cento e cinquenta segundos, através da exposição do cérebro a uma corrente elétrica de intensidade pré-estabelecida (FIGIEL et al., 1998).

Pesquisas recentes sugerem que o risco é mínimo durante a gravidez, tanto em relação à própria ECT quanto aos medicamentos utilizados durante o procedimento (CAMACHO et al., 2006).

Atualmente a ECT é um tratamento biológico altamente eficaz e bem estabelecido para uma série de transtornos psiquiátricos, com poucos e relativamente benignos efeitos colaterais (THE UK ECT REVIEW GROUP, 2003), apesar das controvérsias e polêmicas psiquiátricas (PERIZZOLO et al., 2003) As medidas de tratamento ainda estão sendo bastante discutidas, devendo-se levar em consideração a relação risco-benefício (CAMACHO et al., 2006).

CONCLUSÃO

Tendo em vista o exposto anteriormente, denota-se a necessidade de esclarecimento acerca da exata etiologia acerca da gênese desta patologia. Uma vez que múltiplos fatores de risco estão envolvidos, mas a etiologia exata ainda não foi estabelecida, uma boa medida de prevenção é o tratamento adequado dos episódios psiquiátricos precedentes à gestação.

Outro aspecto de extrema relevância percebido é o de sensibilização orgânica, dado em virtude da apresentação prévia de outro episódio depressivos, levando mulheres que apresentaram algum tipo de depressão ao longo de sua vida a serem os principais alvos da DPP. Além disso, a identificação precisa do episódio de DPP faz-se importante para que se possa promover um tratamento específico, o qual deve apresentar uma abordagem multidisciplinar, em virtude de que este quadro patológico pode gerar uma ampla gama de alterações físicas e psíquicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERS, E.H.; GERALD, A.A.; AXELSON, J.F. Effect of reproductive state on circadian periodicity in the rat. *Physiol Behav*, v. 26, p. 21-25, 1981.

ALTMAN, S. Acupuncture therapy in small animal practice. *The Compendium on*



Continuing Education for Practicing Veterinarian, v. 19, p. 1233-1245, 1997.

ALTSHULER, L.L.; COHEN, L.S.; MOLINE, M.L.; KAHN, D.A.; CARPENTER, D.; DOCHERTY, J.P.; ROSS, R.W. Treatment of depression in women. *J Psychiatr Pract*, v. 7, p. 185-208, 2001.

ALVARADO, R.; VERA, A.C.; ROJAS, M.; OLEA, E.; MONARDES, J.; NEVES, E. La Escala de Edimburgo para la Detección de Cuadros Depresivos en el Postparto. *Rev Psiquiatr*, v. 3, p. 1177-1181 1992.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed, Washington: APA, p. 303-373, 1994.

ARMSTRONG, K.L.; FRASER, J.A.; DADDS, M.R.; MORRIS, J. A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *J Paediatr Child Health*, v. 35, p. 237-244, 1999.

AUSTIN, M.; LUMLEY, J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*, v. 107, p. 10-17, 2003.

BECK, C.T.; GABLE, R.K. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nurs Res*, v. 49, p. 272-282, 2000.

BLOCH, M.; ROTEMNBERG, N.; KOREN, D.; KLEIN, E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord*, v. 88, p. 9-18, 2005.

BLOCH, M.; DALY, R.C.; RUBINOW, D.R. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry*, v. 44, p. 234-246, 2003.

BLOCH, M.; SCHMIDT, P.J.; DANACEAU, M.; MURPHY, J.; NIEMAN, L.; RUBINOW, D.R. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry*, v. 157, p. 924-930, 2000.

BOUKOBZA, C. Como um naufrago sobre um rochedo: a depressão materna do pós-parto. *APC*, v. 4, p. 16-27, 2000.

BOYCE, P.; STUBBS, J.; TODD, A. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation for a Australian Sample. *Aust N Z J Psychiatry*, v. 27, p. 472-476, 1993.

BROCKINGTON, I.F. *Puerperal psychosis*. In: *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press, p. 200-284, 1996.

BURKE, L. The impact of maternal depression on familial relationships. *Int Rev Psychiatry*, v. 15, p. 243-255, 2003.

CAMACHO, R.S.; CANTINELLI, F.S.; RIBEIRO, C.S.; CANTILINO, A.; GONSALES, B.K.; BRAGUITTONI, E.; JÚNIOR, J.R. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiq Clin*, v. 33, p. 92-102, 2006.

CHAMBERS, C.D.; ANDERSON, P.O.; THOMAS, R.G.; DICK, L.M.; FELIX, R.J.; JOHNSON, K.A.; JONES, K.L. Weight gain in infants breastfed by mothers who take fluoxetine. *Pediatrics*, v. 104, p. 61, 1999.

CLARK, R.; TLUCZEK, A.; WENZEL, A. Psychotherapy for postpartum depression: A preliminary report. *Am J Orthopsychiatry*, v. 73, p. 441-454, 2003.

COOPER, P.; MURRAY, L. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J of Psychiatry*, v. 166, p. 191-195, 1995.

CORRAL, M.; KUAN, A.; KOSTARAS, D. Bright light therapy's effect on postpartum depression. *Am J Psychiatry*, v. 157, p. 303-304, 2000.

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. 782-786, 1987.



- CRUZ, E.B.S.; SIMÕES, G.L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 27, p. 181-188, 2005.
- EPPERSON, C.N. Postpartum major depression: detection and treatment. *Am Fam Physician*, v. 59, p. 2247-2254, 2259-2260, 1999.
- ESPIRITU, R.C.; KRIPKE, D.F.; ANCOLI-ISRAEL, S.; MOWEN, M.A.; MASON, W.J.; FELL, R.L.; KLAUBER, M.R.; KAPLAN, O.J. Low illumination experienced by San Diego adults: association with atypical depressive symptoms. *Biol Psychiatry*, v. 35, p. 403-407, 1994.
- FIGIEL, G.; MCDONALD, W.; MCCALL, W.; ZORUMPSKI, C. *Textbook of Psychopharmacology*. In: Electroconvulsive therapy. Schatzberg A, Nemeroff CB eds, 2nd ed, Washington: American Psychiatric Press, p. 523-45, 1998.
- FLEMING, A.S.; RUBLE, D.N.; FLETT, G.L.; SHAUL, D. Postpartum adjustment in first-time mothers: Relations between mood, maternal attitudes and mother-infant interactions. *Dev Psychol*, v. 24, p. 71-81, 1988.
- FRIZZO, G.B.; PICCININI, C.A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicol estud*, v. 10, p. 47-55, 2005.
- FURTADO, E.F. Abordagem clínica e terapêutica da depressão puerperal: conceitos atuais. *Rev Eletr Enf*, v. 7, p. 231-238, 2005.
- HENDRICK, V.; SMITH, L.M.; HWANG, S.; ALTSHULER, L.L.; HAYNES, D. Weight gain in breastfed infants of mothers taking antidepressant medications. *J Clin Psychiatry*, v. 64, p. 410-412, 2003.
- HENSHAW, C.; FOREMAN, D.; COX, J. Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, v. 25, p. 267-272, 2004.
- JADRESIC, E.; ARRAYA, R.; JARA, C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean Postpartum Women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, v. 16, p. 187-191, 1995.
- JOSEFSSON, A.; BERG, G.; NORDIN, C.; SYDSJO, G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*, v. 80, p. 251-255, 2001.
- KITAMURA, T.; SHIMA, S.; SUGAWARA, M.; TODA, M.A. Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychol Med*, v. 23, p. 967-975, 1993.
- KOK, L.P.; CHAN, P.S.; RATNAM, S.S. Postnatal Depression in Singapore Women. *Singapore Med J*, v. 35, p. 33-35, 1994.
- KUMAR, R.; ROBSON, K.M. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry*, v. 144, p. 35-47, 1984.
- LAWRIE, T.A.; HERXHEIME, A.; DALTON, K. Oestrogens and progestogens for preventing and treating postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*, v. 2, p. CD001690, 2000.
- LOGSDON, M.C.; WISNER, K.; HANUSA, B.H.; PHILLIPS, A. Role functioning and symptom remission in women with postpartum depression after antidepressant treatment. *Arch Psychiatr Nurs*, v. 17, p. 276-283, 2003.
- LUIS, M.A.V.; OLIVEIRA, E.R. Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério, na região de Ribeirão Preto-SP-Brasil. *Rev Esc Enf USP*, v. 32, p. 314-324, 1998.
- MACARTHUR, C.; WINTER, H.R.; BICK, D.E.; KNOWLES, H.; LILFORD, R.; HENDERSON, C.; et al. Effects of redesigned community postnatal care on women's health



4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*, v. 359, p. 378-385, 2002.

MAGALHÃES, P.V.S.; PINHEIRO, R.T. Pharmacological treatment of postpartum depression. *Acta Psychiatr Scand*, v. 113, p. 105-106, 2006.

MAGALHÃES, P.V.S.; PINHEIRO, R.T.; FARIA, A.D.; OSÓRIO, C.M.; SILVA, R.A. Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, v. 33, p. 245-248, 2006.

MANBER, R.; CHAMBERS, A.S.; HITT, S.K.; MCGAHUEY, C.; DELGADO, P.; ALLEN, J.J.B. Patients' Perception of their Depressive Illness. *J Psychiatr Res*, v. 37, p. 335-343, 2003.

MEAGER, I.; MILGROM, J. Group treatment for postpartum depression: a pilot study. *Aust N Z J Psychiatry*, v. 30, p. 852-860, 1996.

MEREDITH, P.; NOLLER, P. Attachment and infant difficultness in postnatal depression. *J Fam Issues*, v. 24, p. 668-686, 2003.

MOFFET, H.H. How might acupuncture work? A systematic review of physiologic rationates from clinical trials. *BMC Complement Altern Med*, v. 6, p. 25, 2006.

MORENO, A.R.; MORENO, H.D. **Escalas de depressão de Montgomery & Åsberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D).** *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, v. 25: p. 262-272, 1998.

NEUMEISTER, A.; GOESSLER, R.; LUCHT, M.; KAPITANY, T.; BAMAS, C.; KASPER, S. Bright light therapy stabilizes the antidepressant effect of partial sleep deprivation. *Biol Psychiatry*, v. 39, p. 16-21, 1996.

OBERLANDER, T.F.; GRUNAU, R.E.; FITZGERALD, C.; PAPSDROF, M.; RURAK, D.; RIGGS, W. Pain reactivity in 2-month-old infants after prenatal and postnatal

serotonin reuptake inhibitor medication exposure. *Pediatrics*, v. 115, p. 411-425, 2005.

O'HARA, M. *The nature of postpartum depressive disorders.* In: Postpartum depression and child development. Murray, L.; Cooper, P; eds. New York: Guilford, p. 3-31, 1997.

PERIZZOLO, J.; BERLIM, M.T.; SZOBOT, C.M.; LIMA, A.F.B.S.; FLECK, M.P.A. Aspectos da prática da eletroconvulsoterapia: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, v. 25, p. 327-334, 2003.

PICCOLOTO, N.; WAINER, R.; BENVENEGU, L.; JURUENA, M. Curso e prognóstico da depressão. Revisão comparativa entre os transtornos do humor. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, v. 27, p. 93-103, 2000.

PINHEIRO, R.T.; MAGALHÃES, P.V.; HORTA, B.L.; PINHEIRO, K.A.; SILVA, R.A.; PINTO, R.H. Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression? Population-based study in Brazil. *Acta Psychiatr Scand*, v. 113, p. 230-232, 2006.

POP, V.J.; KOMPROE, I.H.; VAN SON, M.J. Characteristics of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the Netherlands. *J Affect Disord*, v. 26, p. 105-110, 1992.

RIECHER-ROSSLER, A.; HOFHECKER, F.M. Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatr Scand*, Suppl (418): p. 51-56, 2003.

RIGHETTI-VELTEMA, M.; CONNEPERREARD, E.; BOUSQUET, A.; MANZANO, J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord*, v. 70, p. 291-306, 2002.

ROCHA, F.L. Depressão puerperal: revisão e atualização. *J Bras Psiquiatr*, v. 48, p. 105-114, 1999.



- ROY, A.; GANG, P.; COLE, K.; RUTSKY, M.; REESE, L.; WEISBORD, J.A. Use of Edinburgh Postnatal Depression Scale in a North American Population. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, v. 17, p. 501-504, 1993.
- SANTOS, M.F.; MARTINS, F.C.; PASQUALI, L. Escala de auto-registro de depressão pós-parto: estudo no Brasil. In: Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. Gorenstein, C.; Andrade, L.H.; Zuardi, A.W. eds. São Paulo: Lemos, p. 97-101, 2000.
- SCHMIDT, E.B.; PICCOLOTO, N.M.; MÜLLER, M.C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico USF*, v. 10, p. 61-68, 2005.
- SCHMIEGE, S.; RUSSO, N.F. Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. *BMJ*, v. 331, p. 1303, 2005.
- SCHWENGBER, D.D.S.; PICCININI, C.A. O impacto da depressão pós-parto para interação mãe-bebê. *Estud Psicol*, v. 8, p. 403-411, 2003.
- SOUGEY, E.B.; CARVALHO, T.F.R.; CAETANO, D. Sintomatologia Depressiva em duas Regiões Brasileiras. *J Bras Psiquiatr*, v. 43, p. 221-223, 1994.
- STEINER, M. Postnatal depression: a few simple questions. *Fam Pract*, v. 19, p. 469-470, 2002.
- SZIGETHY, E.M.; RUIZ, P. Depression among pregnant adolescents: an integrated treatment approach. *Am J Psychiatry*, v. 158, p. 22-27, 2001.
- THE UK ECT REVIEW GROUP. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* v. 361, p. 799-808, 2003.
- TSAO, J.C.I. Effectiveness of massage therapy for chronic, non-malignant pain: A review. *eCAM*, v. 4, p. 165-179, 2007.
- VECTORE, C. Psicologia e acupuntura: primeiras aproximações. *Psicol Cienc Prof*, v. 25, p. 266-285, 2005.
- VIEIRA, A.H.G. *Manual de psiquiatria*. In: Transtornos mentais associados a menstruação, puerpério perimenopausa. Almeida, O.P. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 162-167, 1996.
- WANG, E.J.; KRIPKE, D.F.; STEIN, M.T.; PARRY, B.L. Measurement of illumination exposure in postpartum women. *BMC Psychiatry*, v. 3, p. 5, 2003.
- WEIER, K.M.; BEAL, M.W. Complementary therapies as adjuncts in the treatment of postpartum depression. *J Midwifery Womens Health*, v. 49, p. 96-104, 2004.
- WEISSMAN, A.M.; LEVY, B.T.; HARTZ, A.J.; BENTLER, S.; DONOHUE, M.; ELLINGROD, V.L.; WISNER, K.L. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. *Am J Psychiatry*, v. 161, p. 1066-1078, 2004.
- WISNER, K.L.; WHEELER, S.B. Prevention of recurrent postpartum major depression. *Hosp Community Psychiatry*, v. 45, p. 1191-1196, 1994.
- YONKERS, K.A.; BRAWMAN-MINTZER, O. The pharmacologic treatment of depression: is gender a critical factor? *J Clin Psychiatry*, v. 63, p. 610-615, 2002.
- ZLOTNICK, C.; JOHNSON, S.L.; MILLER, I.W.; PEARLSTEIN, T.; HOWARD, M. Postpartum depression in women receiving public assistance: Pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *Am J Psychiatry*, v. 158, p. 638-640, 2001.
- ZINGA, D.; PHILLIPS, S.D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Rev Bras Psiquiatr*, v. 27 (Supl II), S56-64, 2005.
- ZLOTNICK, C.; JOHNSON, S.L.; MILLER, I.W.; PEARLSTEIN, T.; HOWARD, M.



Postpartum depression in women receiving public assistance: Pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *Am J Psychiatry*, v. 158, p. 638-640, 2001.