

Como lidar com a depressão pós-parto

Sobre os autores

Táki Athanássios Cordás

Coordenador da Assistência Clínica do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Coordenador do Programa de Transtornos Alimentares (Ambulim) do Instituto de Psiquiatria HCFMUSP. Professor dos programas de pós-graduação do Departamento de Psiquiatria da USP e do Programa de Neurociências e Comportamento do Instituto de Psicologia da USP e do Programa de Fisiopatologia Experimental da FMUSP.

César Eduardo Fernandes

Professor titular de Ginecologia da Faculdade de Medicina do ABC. Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB). Atual diretor científico da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

Táki Athanássios Cordás
César Eduardo Fernandes

Como lidar com a depressão pós-parto

Guia prático para pacientes e
profissionais da saúde

Com a colaboração das doutoras:

Michele de Oliveira Gonzalez

Médica psiquiatra e colaboradora do Programa de Transtornos
Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas
da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Talita Nishikawa

Médica especialista em Ginecologia e Obstetrícia e
professora da Faculdade de Medicina do ABC



Copyright: © 2023 Editora Hogrefe CETEPP, São Paulo

Editora: Cristiana Negrão

Capa e diagramação: Claudio Braghini Junior

Preparação: Joana Figueiredo

Revisão: Eugênia Pessotti

**CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO SINDICATO
NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ**

C816c

Cordás, Táki Athanássios

Como lidar com a depressão pós-parto: guia prático para pacientes e profissionais da saúde /
Táki Athanássios Cordás, César Eduardo Fernandes; colaboração Michele de Oliveira
Gonzalez. - 1. ed. - São Paulo: Hogrefe, 2023.

96 p.

Inclui índice

ISBN 978-65-89092-76-6

I. Depressão pós-parto. 2. Gravidez - Aspectos psicológicos. 3. Depressão mental. 5. Cuidado
pós-natal. I. Fernandes, César Eduardo. II. Gonzalez, Michele de Oliveira. III. Título.

23-84941

CDD: 618.76

CDU: 618.6:616.89-008.454

Este livro segue as regras da Nova Ortografia da Língua Portuguesa.

Todos os direitos desta edição reservados à

Editora Hogrefe CETEPP

Rua Barão do Triunfo, 73 – 7º andar

Brooklin, São Paulo – SP – Brasil

CEP: 04602-000

Tel.: +55 11 3900-1670

www.hogrefe.com.br

Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer forma ou quaisquer meios (eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias e gravação) ou arquivada em qualquer sistema ou banco de dados sem permissão por escrito.

ISBN: 978-65-89092-76-6

Impresso no Brasil

Sumário

Apresentação	7
1 O diagnóstico da gravidez	11
1.1 Mecanismo da concepção e da manutenção da gravidez.....	11
1.2 Diagnóstico da gravidez	15
2 Alterações adaptativas maternas no processo gestacional	19
2.1 Sistema reprodutor	19
2.2 Sistema cardiovascular.....	20
2.3 Sistema respiratório	23
2.4 Sistema hematológico.....	24
2.5 Sistema endócrino.....	26
2.5.1 Tireoide	26
2.5.2 Hipófise.....	26
2.6 Alterações ponderais e metabólicas	27
2.6.1 Sistema gastrointestinal.....	29
2.6.2 Sistema musculoesquelético	30
2.7 Alterações dermatológicas	30
3 Puerpério	33
3.1 Útero.....	33
3.2 Mamas	34
3.3 Ovários	35
3.4 Aspectos relevantes de alterações gravídicas e puerperais....	36
4 Transtornos psiquiátricos no período perinatal	39
4.1 Introdução	39
4.2 Período perinatal e transtorno mental	39
4.3 Um pouco da história	40
4.4 Transtornos alimentares	43
4.5 Transtorno obsessivo-compulsivo	46

4.6	Transtornos ansiosos	47
4.7	Drogas e álcool na gravidez	51
4.7.1	Maconha (<i>Cannabis</i>)	53
4.7.2	Álcool.....	54
4.7.3	Cigarro.....	55
4.8	<i>Baby blues</i> ou disforia puerperal	57
4.9	Depressão durante a gravidez e no pós-parto	59
4.10	Psicose pós-parto ou psicose puerperal	64
4.11	Aborto	67
5	Pós-parto: depressão e ansiedade em pais	71
6	Prevenção e tratamento dos problemas psiquiátricos na gravidez e puerpério.....	77
6.1	Lactação	81
6.2	Antidepressivos inibidores seletivos da recaptura de serotonina (ISRS): Fluoxetina, Sertralina, Citalopram, Escitalopram, Paroxetina	82
6.3	Antidepressivos inibidores seletivos da recaptura de serotonina e noradrenalina (ISRSN): Venlafaxina, Desvenlafaxina, Duloxetina, Mirtazapina	83
6.3.1	Teratogenicidade.....	83
6.3.2	Complicações na gravidez.....	83
6.3.3	Complicações do recém-nascido no pós-parto	84
6.4	Antidepressivos tricíclicos: Imipramina, Clomipramina, Amitriptilina, Nortriptilina.....	84
6.5	Benzodiazepínicos: Lorazepam, Clonazepam, Bromazepam, Diazepam e outros.....	84
6.6	Antipsicóticos: Haloperidol, Olanzapina, Risperidona, Quetiapina, Aripiprazol.....	85
6.7	Carbonato de lítio.....	85
6.8	Prevenção	86
	Referências.....	89

Apresentação

“Multiplicarei grandemente a dor da tua concepção;
em dor darás à luz filhos; e o teu desejo será para
o teu marido, e ele te dominará.”

(Gênesis 3:16)

O estabelecimento do conhecimento científico cada vez maior a partir do século XIX e a solidificação da obstetrícia e da ginecologia como especialidades médicas a partir da primeira metade do século XX garantem cada vez mais que a punição dada à Eva seja apenas, e cada vez mais, uma peça literária.

No entanto, existe uma percepção popular de que a gravidez é um momento mandatário de festa, de alegria, de emoção e bem-estar emocional.

Muito longe da maldição de Eva e da serpente, porém, é um mito acreditar que não ocorram situação de importância e gravidade na saúde mental da mulher na gravidez e no puerpério.

Essa obrigação de ser feliz, nesse momento em particular, e o já estabelecido preconceito contra os transtornos mentais levam muitas vezes as grávidas, as puérperas e os familiares a não discutirem a saúde mental com seus profissionais de saúde.

Uma gestação, na sua inteireza, engloba o período pré-concepcional, que pode ser, para algumas mulheres, relativamente longo, a gestação propriamente dita com as suas 40 semanas de duração e o puerpério, época em que o organismo da mulher paulatinamente volta à sua condição pré-gravídica. Além disso, há o período da amamentação cuja duração varia entre as lactantes. Nessas diferentes etapas, as mulheres estão sujeitas ao agravamento de transtornos mentais prévios

ou mesmo, com muita frequência, ao surgimento de diferentes tipos de transtornos mentais.

Diferentes trabalhos científicos recentes mostram altas taxas de problemas psiquiátricos e psicológicos gestacionais no mundo: em países de alta renda, as taxas de prevalência são estimadas entre 10%-15%, enquanto em países de baixa e média renda, as taxas são estimadas entre 10%-41%. No Brasil, estudos mostram prevalências alarmantes de transtornos mentais durante a gravidez (63%) e sintomas depressivos pós-parto (26%).

Buscamos em uma linguagem simples, sem ser simplista, oferecer informações atualizadas sobre o assunto, mas que, obviamente, pelo escopo do livro, não o esgotam.

Os três primeiros capítulos apresentam os aspectos ginecológicos e obstétricos do período gestacional: a concepção, o diagnóstico da gravidez, a gestação, o parto e o puerpério.

Durante essas etapas do ciclo gravídico-puerperal são abordadas as complexas transformações hormonais e fisiológicas adaptativas da mãe para fornecer as condições necessárias para o desenvolvimento embrionário.

Os três capítulos posteriores dedicam-se a aspectos psiquiátricos relevantes. Embora nossa intenção principal seja ressaltar os quadros de depressão, dada a maior importância epidemiológica, uma breve apresentação de outros transtornos psiquiátricos que podem surgir ou se agravar no período gestacional são brevemente abordados.

Dedicamos um capítulo a uma questão importante e pouco citada que é a depressão em pais e, por fim, oferecemos alguns esclarecimentos sobre o uso de psicofármacos na gestação e puerpério, aspecto sempre muito debatido e, por vezes, até temido.

Esperamos que nosso pequeno livro cumpra uma dupla função. Primeiro, combater o preconceito e o estigma ligados aos transtornos psiquiátricos tão presentes em nossa sociedade. Segundo, estimular cada vez mais a integração entre o ginecologista, o obstetra e o profissional de saúde mental para que se comuniquem de maneira rápida e eficiente para melhor proteger a mulher e sua família nesse momento tão especial.

Táki Athanássios Cordás

César Eduardo Fernandes

1 O diagnóstico da gravidez

A gestação é um dos marcos mais intensos e profundos na vida da mulher. Atualmente, considera-se apropriado o entendimento de que esse período gestacional deve ser considerado também o período da concepção, incluindo a gestação, o parto e o puerpério. Durante essas etapas do ciclo gravídico-puerperal, o organismo feminino passa por complexas transformações hormonais e fisiológicas para fornecer as condições necessárias para o desenvolvimento embrionário. Tais mecanismos adaptativos geram vulnerabilidade não apenas física, mas também psíquica e emocional, podendo descompensar comorbidades preexistentes ou mesmo desencadear processos mórbidos, próprios da gestação.

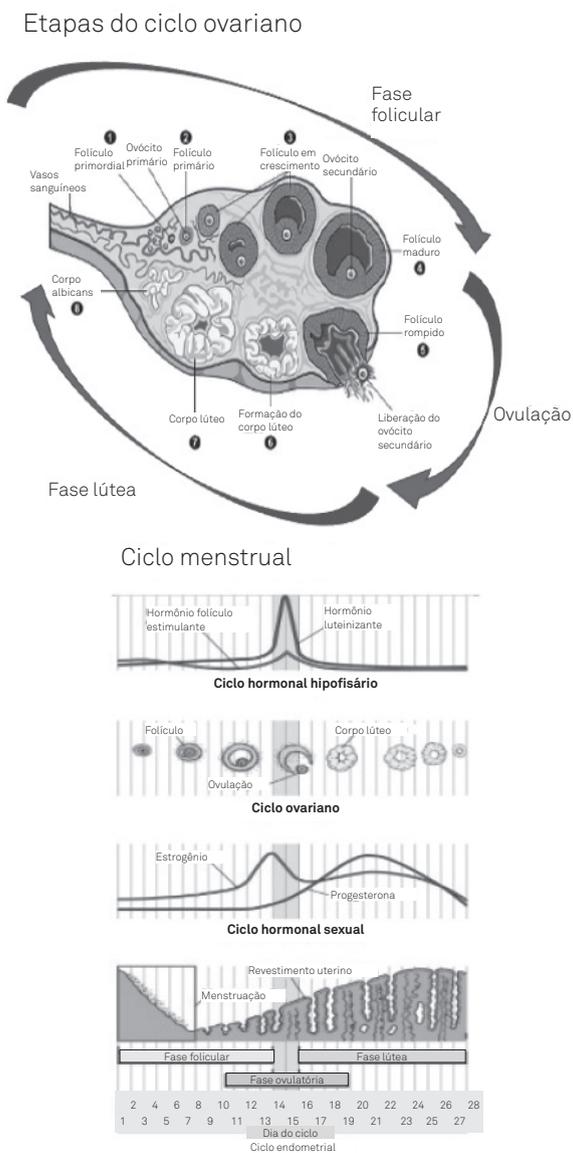
Ter noções sobre as mudanças maternas, que são normalmente esperadas, é essencial para permitir a implementação de uma assistência de pré-natal adequada e reduzir os riscos de complicações.

1.1 Mecanismo da concepção e da manutenção da gravidez

O ciclo sexual feminino começa no primeiro dia da menstruação e dura em média 28 dias, sendo considerada normal a duração de 26 a 35 dias. A primeira fase do ciclo é chamada de fase folicular, quando ocorre o recrutamento dos folículos no ovário, que, em verdade, são unidades funcionais onde se encontram os óvulos que, quando maturados, serão fecundados (Figura 1). A ovulação, por sua vez, costuma acontecer por volta do 14º dia do ciclo menstrual.

Nesse momento, o óvulo é liberado e a estrutura remanescente do folículo se transforma no corpo lúteo, responsável pela secreção de progesterona, um dos hormônios responsáveis pela manutenção da camada endometrial, local de implantação do embrião.

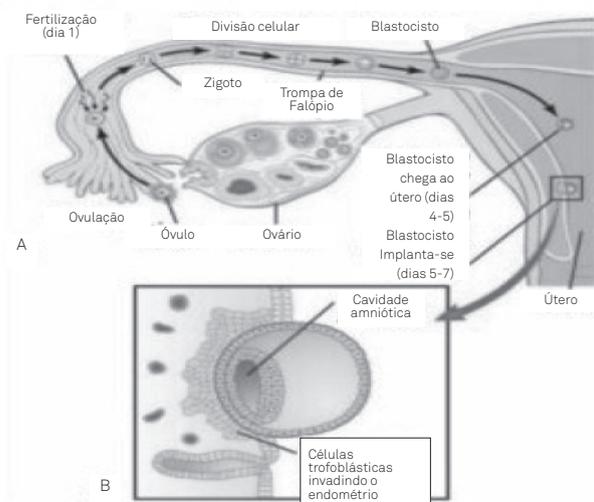
Figura 1. Etapas do ciclo ovariano mostrando a maturação dos folículos e do ciclo menstrual contemplando as ocorrências nas fases folicular e lútea



A concepção ou fertilização ocorre quando há o encontro do espermatozoide com o óvulo na tuba uterina, também conhecida como trompa de Falópio. Oitenta por cento das concepções ocorrem no período fértil, que engloba cinco dias antes até horas após a ovulação, com maior probabilidade de um a dois dias antes e no dia da ovulação. A ovulação, conforme referido, ocorre em geral 14 dias antes da data prevista da menstruação. No entanto, determinar o período fértil nem sempre é tarefa fácil, visto que os métodos de calendário e de temperatura corporal basal não são muito confiáveis pela variação normal na duração do ciclo e também pelo aumento da temperatura associado à ovulação ocorrer em fases mais tardias, perdendo a utilidade. Uma alternativa é basear-se na análise do muco vaginal, dosagem do hormônio luteinizante urinário (LH) e/ou estrogênio, nas mudanças na saliva e no uso de sensores para aferição contínua da temperatura axilar e vaginal. Para tanto, existem dispositivos comerciais aprovados e vendidos em farmácias os quais permitem determinar com bastante exatidão o dia da ovulação. São de fácil manejo e também de compreensão pelas usuárias.

Após cinco a oito dias da concepção, o produto conceptual, agora chamado de zigoto, sofre múltiplas divisões celulares e se implanta no endométrio, recebendo então a denominação de blastocisto (Figura 2). Caso a implantação ocorra com sucesso no endométrio, o hormônio gonadotrófico (hCG - gonadotrofina coriônica humana) começa a ser produzido. O hCG, por sua vez, sustenta o corpo lúteo, mantendo a secreção de progesterona e estrogênio, permitindo assim o desenvolvimento inicial da gravidez.

Figura 2. A. O óvulo adentra a tuba uterina e pode ser fertilizado. Neste caso, após sucessivas divisões celulares, forma-se o blastocisto que se implanta na cavidade uterina. B. Implantação do blastocisto no endométrio uterino materno



Nesse processo, parte do blastocisto se diferencia, formando-se a placenta. O objetivo principal dela é sustentar a gravidez e atender às demandas do feto. Em torno da oitava ou nona semana, a placenta é a principal responsável pela produção crescente de hormônios, e a membrana placentária permite a troca de nutrientes e gases entre o feto e o corpo da mãe, agindo como sistema respiratório, gastrointestinal, endócrino, renal, hepático e imunológico fetal.

Ao final da gestação, a presença de mediadores inflamatórios, como as prostaglandinas, bem como a diminuição da progesterona e o alongamento mecânico da parede uterina levam ao desencadeamento do trabalho de parto. Durante o parto, ocorre também a liberação de ocitocina, um dos principais hormônios responsáveis pela contração do músculo uterino.

1.2 Diagnóstico da gravidez

Nas mulheres em idade fértil, sexualmente ativas, principalmente sem uso de método de anticoncepção, deve-se suspeitar de gestação quando houver atraso menstrual de mais de uma semana. Entretanto, gestantes que tenham o ciclo menstrual prévio irregular, como as portadoras da síndrome dos ovários policísticos, a parada da menstruação pode ser um sintoma de difícil avaliação. Além disso, cerca de 9% das mulheres que engravidam podem apresentar sangramentos leves justamente na época em que o período menstrual seria esperado. Quando esse sangramento ocorre em pequena quantidade não significa que haja algum problema, em geral, deve-se à implantação do embrião em formação no interior do endométrio, nesta etapa chamado de blastocisto. Para tanto, ocorre uma pequena erosão no endométrio, o que pode ser observado pela mulher, que ainda não sabe que está grávida, como uma menstruação, ainda que em quantidade bem diminuída.

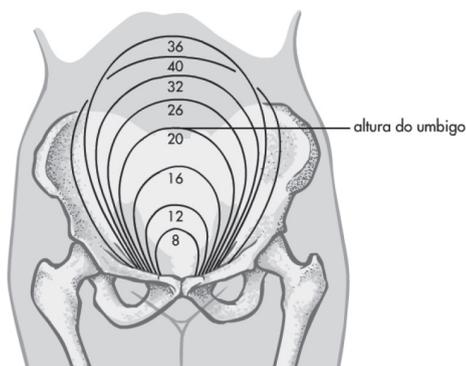
Além da ausência da menstruação, a partir da quinta semana de gestação, 60% das gestantes podem apresentar náuseas, com ou sem vômitos, aumento da sensibilidade mamária, aumento da frequência urinária, sem dor associada, e fadiga, chegando a acometer 90% das gestantes a partir da oitava semana, quando as elevações hormonais se tornam mais pronunciadas.

Outros sinais e sintomas adicionais podem incluir cólicas uterinas leves, inchaço e desconforto abdominal, constipação e azia por causa do aumento da progesterona, que pode retardar o trânsito intestinal e, consequentemente, interferir no ritmo das evacuações. Mudanças de humor, desejos e aversões por comida, tontura, dificuldade para dormir e aumento da pigmentação da pele, principalmente na linha alba (linha média do abdome abaixo do umbigo) e na aréola mamária podem ocorrer.

Ao examinar a mulher grávida, o médico pode notar mudança no tamanho do útero, visto que, a partir da quarta semana de gestação,

ocorre o aumento uterino de cerca de 1 cm por semana e, a partir de 12 semanas, ele se torna grande o suficiente para ser palpado na região abdominal acima da sínfise púbica (Figura 3). A partir da oitava até a 12ª semana de gestação, a vulva, a vagina e o colo uterino podem adquirir um aspecto azulado; e da décima à 12ª semana de gestação, por meio de equipamentos sonoros equipados com Doppler, pode-se auscultar os batimentos cardíacos fetais.

Figura 3. Crescimento uterino ao longo da gestação. Nota-se que a partir de 12 semanas o útero começa a ser palpado na região abdominal e por volta de 20 semanas atinge a altura do umbigo

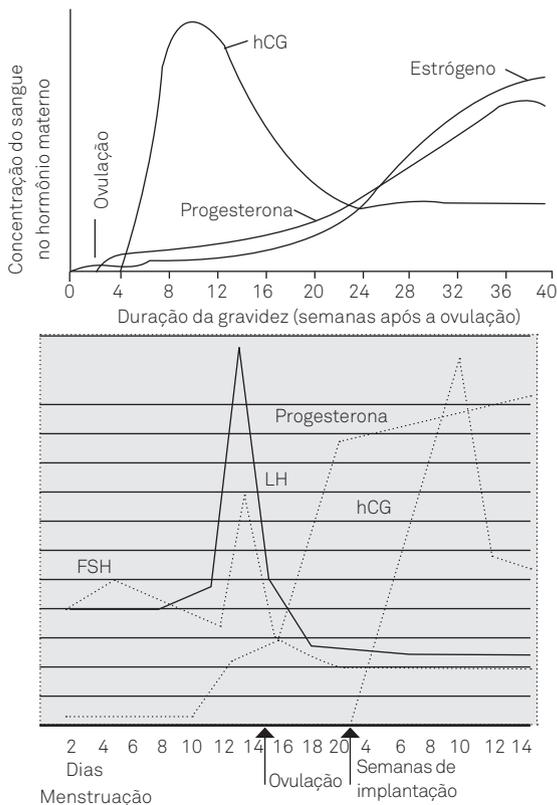


Na presença de sinais e sintomas sugestivos de gestação, os testes confirmatórios são baseados na detecção de hCG no sangue ou urina, identificação de gravidez por exame de ultrassom ou ainda a identificação da atividade cardíaca fetal por meio de exame ultrassonográfico (USG).

A detecção do hCG é a base de todos os testes de gravidez principalmente no início de gestação. Embora o teste de hCG de sangue detecte mais precocemente a gestação, o teste de urina apresenta também uma boa sensibilidade após uma semana de atraso menstrual. O primeiro momento em que o hCG pode ser detectado em um teste feito no exame de sangue é, em geral, de oito a dez dias após a ovulação, quando o hCG é secretado na circulação materna

após a implantação. A concentração de hCG dobra a cada 29 a 53 horas durante os primeiros 30 dias após a implantação de uma gravidez intrauterina viável; um aumento mais lento sugere uma gravidez anormal, por exemplo, uma gestação ectópica (fora da cavidade uterina), como é o caso, por exemplo, de uma gravidez que se deu nas trompas do útero. A concentração de hCG atinge o pico em oito a dez semanas de gestação, e, após esse período, os níveis de hCG diminuem, tornando-se relativamente constantes a partir da 20ª semana até o termo (Figura 4).

Figura 4. Variação das concentrações dos hormônios gonadotrofina coriônica (hCG), estrogênio e progesterona no sangue materno ao longo da gravidez



A confirmação de uma gravidez viável e o monitoramento do desenvolvimento da gestação podem ser feitos por meio de exames de USG. A partir da quinta semana, ou dos níveis de hCG de 1.500 ml a 2.000 mUI/ml, já é possível identificar o saco gestacional, como é chamada a unidade de forma arredondada onde se encontra o embrião em formação. Entre a quinta e sexta semana, surge a vesícula vitelínica, um anexo extraembrionário, ou seja, que não faz parte do embrião, mas é importante para sua formação. Essa estrutura pode ser detectada por meio de exame de USG antes mesmo do aparecimento do embrião e permanece até aproximadamente dez semanas. Por sua vez, o movimento cardíaco fetal é visível na USG transvaginal em seis semanas ou com níveis de hCG de 5.000 ml a 6.000 mUI/ml.