

BMJ Best Practice

Depressão pós-parto

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	6
Classificação	6
Prevenção	8
Prevenção primária	8
Rastreamento	8
Diagnóstico	10
Caso clínico	10
Abordagem passo a passo do diagnóstico	10
Fatores de risco	15
Anamnese e exame físico	16
Exames diagnóstico	18
Diagnóstico diferencial	20
Critérios de diagnóstico	22
Tratamento	25
Abordagem passo a passo do tratamento	25
Visão geral do tratamento	28
Opções de tratamento	29
Novidades	35
Acompanhamento	36
Recomendações	36
Complicações	37
Prognóstico	38
Diretrizes	39
Diretrizes de diagnóstico	39
Diretrizes de tratamento	39
Recursos online	41
Referências	42
Aviso legal	49

Resumo

- ◇ Refere-se ao desenvolvimento de uma doença depressiva após o parto e pode ser parte de uma doença unipolar ou, menos frequentemente, bipolar.
- ◇ O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5), não reconhece a depressão pós-parto como um diagnóstico à parte. As pacientes precisam satisfazer os critérios de um episódio depressivo maior e os critérios do especificador de início perinatal. Portanto, a definição de acordo com o DSM-5 é de um episódio depressivo maior com início na gestação ou em até 4 semanas após o parto. Entretanto, não existe consenso estabelecido quanto à duração do período pós-parto, e algumas autoridades definem a depressão pós-parto como ocorrendo nos primeiros 12 meses após o parto.
- ◇ A etiologia não é bem compreendida, mas é provável que envolva uma interação entre fatores psicológicos, sociais e biológicos.
- ◇ As pacientes podem apresentar uma história de humor depressivo, anedonia, alterações de peso, perturbação do sono, problemas psicomotores, baixa energia, culpa excessiva, perda de confiança ou autoestima, baixa concentração ou ideação suicida.
- ◇ A presença de um transtorno bipolar deve ser excluída em todas as pacientes.
- ◇ O tratamento é realizado com psicoterapia e/ou medicamentos. Os antidepressivos são recomendados para episódios mais intensos se a paciente recusar a psicoterapia, se esta for ineficaz ou se não estiver disponível.
- ◇ O encaminhamento psiquiátrico pode ser necessário em pacientes que não respondem ao tratamento. Entretanto, uma avaliação psiquiátrica urgente é necessária se houver risco de a mulher causar danos a si mesma ou à criança ou se houver suspeita de psicose pós-parto ou de episódio maníaco ou misto.
- ◇ Os episódios de depressão pós-parto duram, em média, de 3-6 meses, mas algumas mulheres continuam deprimidas por 1 ano.

Definição

A depressão pós-parto se refere ao desenvolvimento de uma doença depressiva após o parto e pode ser parte de uma doença bipolar ou geralmente, uma doença unipolar.[1] A depressão pós-parto não é reconhecida pelos sistemas de classificação atuais como uma doença em si, mas o início de um episódio depressivo em até 4 semanas do pós-parto pode ser registrado pelo especificador de início perinatal no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5).[2] Há evidências sugerindo que o especificador do DSM-5 é muito limitado.[3] Assim, no sentido geral, episódios depressivos que ocorrem em até 6-12 meses após o parto podem ser considerados depressão pós-parto.

Epidemiologia

A prevalência geral de sintomas depressivos pós-parto clinicamente significativos é estimada entre 7% a 19%, embora as estimativas variem.[10] [11] Uma revisão[12] de 143 estudos em 40 países encontrou uma grande variação na prevalência relatada de depressão pós-parto, variando de 0% a 60%. Uma revisão sistemática da saúde psicológica pós-parto em 8 países africanos[13] relatou uma prevalência média ponderada de 18.3%. Não se sabe se essa grande variação na prevalência relatada está relacionada a diferenças culturais ou a uma heterogeneidade entre estudos ao definir e avaliar a depressão. Dados de um estudo de registro dinamarquês indicam que a taxa de internação em hospital psiquiátrico após o parto para todos os diagnósticos é de 0.7 a cada 1000 partos no primeiro mês pós-parto.[14] Na pesquisa epidemiológica nacional sobre bebidas alcoólicas e condições relacionadas (EUA 2001-2002, National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions),[15] a prevalência de um transtorno depressivo maior nos primeiros 12 meses após o parto foi de 9.3%.

Etiologia

A etiologia não é bem compreendida, mas é provável que envolva uma interação entre fatores psicológicos, sociais e biológicos.[1] Para episódios de depressão maior que não sejam psicóticos, contesta-se uma relação específica com o parto. Existem debates argumentando que a depressão não é mais comum após o parto, que o quadro clínico não é diferente daquele para depressão que ocorre em outros momentos, e que as opções de tratamento são as mesmas.[16]

- Fatores psicossociais
 - Eventos cotidianos: há uma forte associação entre eventos cotidianos recentes e a depressão pós-parto.
 - Apoio social insuficiente: apoios emocionais e instrumentais têm sido negativamente correlacionados com a depressão pós-parto.[10] [17] [18] [19] [20] A percepção de isolamento social foi um forte preditor de depressão no período pós-parto em uma amostra de mulheres negras de baixa renda.[21] Notou-se que problemas matrimoniais durante a gestação e falta de um parceiro solidário foram fatores que contribuíram de forma moderada no aumento do risco de depressão pós-parto.[18]
 - As violências psicológica, sexual e física contra mulheres provocadas por seu parceiro íntimo durante a gravidez estão associadas de forma independente à depressão pós-parto.[22]
 - Baixa renda, dificuldade financeira, desemprego e baixo status social têm um efeito reduzido, mas significativamente preditor, na depressão pós-parto.[18] [21]

- Na presença de adversidade psicossocial clara e depressão pós-parto leve a moderada, o risco de episódios depressivos subsequentes depende da persistência das circunstâncias adversas.[1]
- Doença psiquiátrica
 - A depressão pós-parto apresenta maior probabilidade de ocorrer em pacientes com história de depressão prévia ou ansiedade.[10] [17] [18] [23] [24] [25] A descontinuação de tratamentos psicofarmacológicos aumenta o risco de depressão pós-parto em pacientes com depressão ou transtorno bipolar.[26]
 - As mulheres em depressão pré-natal apresentam um risco cinco vezes maior de evoluir para depressão pós-parto,[25] enquanto aquelas com ansiedade pré-parto têm risco três vezes maior.[25]
 - Dois estudos longitudinais também relatam que sintomas hipomaniacos no dia 3 são preditores de sintomas depressivos em 6 semanas do período pós-parto.[27] [28]
- Transtorno de personalidade
 - Altos escores de neuroticismo[18] [23] [29] e escores de baixa autoestima[17] [29] demonstraram ser preditores fracos a moderados de depressão pós-parto. Entretanto, não há evidências que esses traços ou estilos atribuam um risco específico para o início pós-parto de episódios.[30]
- Fatores genéticos
 - A vulnerabilidade para a depressão pós-parto em até 8 semanas do parto pode ser hereditária.[3] Entretanto, para mulheres sem uma história pessoal de depressão maior, a importância de uma história familiar positiva é menos clara.[10]
 - Um estudo australiano em gêmeas[31] relatou que fatores genéticos são responsáveis por 26% a 49% da variação nos sintomas depressivos pós-parto, enquanto em uma coorte baseada na população da Suécia, com 580,006 irmãs, a hereditariedade da depressão perinatal foi estimada entre 44% e 54%, com 33% da variação genética exclusiva para depressão perinatal (ou seja, não compartilhada com depressão em outras ocasiões).[32]
 - Um estudo sugere que a variação genética nos cromossomos 1q e 9p pode aumentar a susceptibilidade a sintomas de humor pós-parto amplamente definidos em uma amostra de mulheres com transtorno unipolar e transtorno bipolar.[33]
- Privação de sono
 - Foi sugerida uma forte associação entre os padrões de sono do lactente, fadiga materna e sintomas depressivos iniciais no período pós-parto. Existem estudos verificando o efeito de intervenções terapêuticas na redução da privação do sono nas primeiras semanas pós-parto,[34] mas os resultados não são conclusivos.[35]
- Complicações da gestação e do parto
 - Podem ter um efeito pequeno, mas significativo, sobre o início da depressão pós-parto.[10] [17] [18] [36]
- Idade materna jovem

- Um estudo de mães com menos de 16 anos relata que elas estão em risco consideravelmente maior de depressão pós-parto.[23]

Fisiopatologia

A fisiopatologia exata é desconhecida. Uma proporção de mulheres com depressão pós-parto pode estar vulnerável a um fator desencadeante puerperal específico.[37] Nenhuma grande diferença no perfil hormonal das mulheres que desenvolvem depressão pós-parto foi relatada.[38] Entretanto, sugere-se que mulheres em depressão pós-parto podem ter uma sensibilidade anormal às alterações fisiológicas normais do parto.[39] Também foi sugerido que a resposta inflamatória após o trabalho de parto e o parto em si pode ser exagerada em mulheres que desenvolvem depressão pós-parto.[40]

Classificação

Mais comuns

Os transtornos afetivos pós-parto são tipicamente divididos em três categorias.

- Distúrbios secundários do humor
 - A "melancolia pós-parto" ou "baby blues" é uma condição comum, mas transitória, que afeta de 30% a 80% das mulheres após o parto. As mulheres também podem apresentar sintomas de humor hipomaníaco (o humor "elevado") nesse momento.[4]
 - A mãe tipicamente se apresenta com oscilações de humor, que vão desde a euforia até tristeza, insônia, choro frequente, crises de choro, irritabilidade, ansiedade e diminuição da concentração. Os sintomas se desenvolvem dentro de 2 a 3 dias do pós-parto, atingindo a intensidade máxima no quinto dia, e se resolvem em até 2 semanas.
 - Os transtornos de humor secundários não necessitam de tratamento, mas podem indicar um aumento do risco de evoluir para um transtorno de humor clinicamente significativo mais tarde no período pós-parto.
- Depressão pós-parto
 - Os episódios de depressão clínica ocorrem comumente após o parto e podem causar perturbações significativas para a mulher e sua família. Aproximadamente 10% das mães apresentam sintomas depressivos clinicamente significativos durante os primeiros 6 meses após o parto, embora o número de mulheres que recebam tratamento esteja abaixo desse percentual.
 - Em relação aos transtornos de humor secundários, os episódios de depressão pós-parto podem durar meses ou até anos, com prejuízos significativos e consequências graves em longo prazo.
- Psicose pós-parto
 - As formas mais graves de transtornos de humor pós-parto são denominadas tradicionalmente como psicoses pós-parto (ou puerperais). Embora o transtorno não seja de fácil definição,

a principal característica é o início agudo de uma psicose maníaca, mista ou depressiva no período imediatamente pós-parto.

- A psicose pós-parto ocorre em 1 a cada 1000 partos[5] e é uma verdadeira emergência psiquiátrica.[1]

Prevenção primária

As visitas domiciliares profissionais feitas por enfermeiras e parteiras, além de apoio telefônico e psicoterapia interpessoal, tanto na gravidez quanto após o parto, são eficientes em reduzir o risco de depressão pós-parto.[43] Para as mulheres que deram à luz no ano anterior, exercício aeróbico (por exemplo, programas de exercícios em grupo ou aconselhamento sobre um exercício de sua preferência) parece reduzir os sintomas de depressão em comparação com os cuidados habituais. Em uma revisão sistemática, notou-se um efeito moderado do tratamento, independentemente de as mães terem ou não depressão pós-parto.[44]

O apoio profissional intensivo pós-parto focado individualmente em mães em risco pode ser benéfico. Embora a base de evidências seja pequena, pode ser adequado oferecer profilaxia antidepressiva a algumas mulheres com uma forte história de depressão.[1] Entretanto, as diretrizes atuais não recomendam intervenções psicossociais rotineiras como parte dos cuidados pré-natal e pós-parto.[45]

Pode-se argumentar em favor de um limiar menor de acesso às psicoterapias durante a gestação e período pós-parto originário da mudança da razão risco-benefício do medicamento psicotrópico neste momento. A provisão de intervenções psicológicas, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) por agentes de saúde treinados para o reconhecimento de sintomas depressivos usando a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e avaliação clínica pessoal em mulheres com escore <12 na EPDS em 6 semanas após o parto, demonstrou reduzir o risco de evolução para um escore ≥12 em 6 meses após o parto.[46]

As mulheres em alto risco por história de transtorno depressivo grave antes ou durante a gestação devem obter um plano detalhado por escrito do centro de cuidados psiquiátricos para os períodos pré-natal tardio e pós-parto. Esse plano deve ser acordado com a mulher e compartilhado com todas as partes relevantes, incluindo os serviços de maternidade, a equipe de obstetrícia comunitária, clínico geral, agentes de saúde e profissionais da saúde mental.[41] O plano de cuidados deve ser registrado em todas as versões das anotações da paciente (seus próprios registros, bem como anotações sobre maternidade, atenção primária e saúde mental) e uma cópia deve ser entregue à paciente e a todos os profissionais envolvidos.[45]

Rastreamento

A depressão pós-parto é um distúrbio pouco reconhecido.[45]

Uma revisão sistemática para a US Preventive Services Task Force sugeriu que o rastreamento primário da depressão durante a gravidez e no período pós-parto está associado a melhores desfechos de saúde.[74] A revisão incluiu apenas um estudo sobre os possíveis danos do rastreamento. Esse estudo foi realizado com 462 mulheres chinesas 2 meses após o parto e não foi observado nenhum efeito adverso.[75]

A escala de depressão pós-parto de Bromley (BPDS),[51] a escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS)[52] e a escala de triagem de depressão pós-parto (Postpartum Depression Screening Scale)[53] são medições autorrelatadas especificamente projetadas para o rastreamento de depressão no período pós-parto. A EPDS vem sendo estudada mais amplamente. Outras ferramentas, como o Inventário de Depressão de Beck,[55] podem ser valiosas, mas necessitam de pesquisas adicionais.[56] Essas ferramentas de rastreamento devem ser utilizadas para identificar mulheres que necessitam de maior avaliação clínica.

O National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido[45] recomenda que profissionais de saúde (incluindo parteiras, obstetras, agentes de saúde e clínicos gerais) façam duas perguntas para identificar uma possível depressão, no primeiro contato da mulher com a unidade básica de saúde, na primeira consulta e no pós-parto (primeiro ano após o parto):

- Durante o último mês, você frequentemente se sentiu desanimado, deprimido ou sem esperança?
- Durante o último mês, você frequentemente sentiu pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?

Se a mulher responder "sim" a qualquer uma das perguntas iniciais, apresentar risco de desenvolver um problema de saúde mental ou houver uma preocupação clínica, considere:

- Usar a EPDS ou
- Usar o questionário sobre a saúde do(a) paciente (PHQ9) como parte de uma avaliação completa ou
- Encaminhar a mulher ao clínico geral ou, havendo suspeita de problema de saúde mental grave, a um profissional de saúde mental.[45]

Recomenda-se fazer perguntas sobre os sintomas depressivos, no mínimo, na primeira consulta e no pós-parto (primeiro ano após o parto).[41] Evidências sugerem que o rastreamento de gestantes e mulheres pós-parto, com ou sem suporte adicional relacionado ao tratamento, reduz o risco de depressão.[74] Deve-se questionar as mulheres em alto risco decorrente de uma história atual ou prévia de transtorno depressivo grave sobre os sintomas depressivos a cada contato.[41]

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 25 anos se apresenta ao clínico geral 6 semanas após o nascimento de seu primeiro bebê. Ela tem uma história de dois episódios prévios de depressão maior no final de sua adolescência, mas está bem há mais de 2 anos. Ela está tendo dificuldades em lidar com o novo bebê e tem uma sensação de vazio. Quando questionada, ela diz que sentiu humor abatido nas últimas 3 semanas e que está piorando. Ela não tem apetite e até mesmo quando o bebê está dormindo, acorda cedo e não consegue voltar a dormir. Sente-se ansiosa e muitas vezes se encontra agitada. Ela não consegue se concentrar, está com baixa autoestima e evita contato com a família e amigos. Ao ser questionada com mais detalhes, ela admite que sente dificuldade em se relacionar com o bebê e está muito preocupada em não sentir nenhuma emoção forte em relação a ele.

Outras apresentações

A depressão pós-parto muitas vezes ocorre no contexto de uma doença depressiva unipolar. No entanto, em uma amostra com 10,000 novas mães norte-americanas, mais de 1 em 5 mulheres que tiveram depressão pós-parto também apresentaram transtorno bipolar.[6] A depressão pós-parto é muito comum em mulheres com transtorno bipolar.[7] As consequências da falta de diagnóstico do transtorno bipolar podem ser especialmente graves, pois o tratamento com antidepressivos pode desencadear manias, um estado misto ou ciclos rápidos e, portanto, aumentar o risco de internação em um hospital psiquiátrico.[8] Mulheres com o primeiro episódio psiquiátrico durante o primeiro mês pós-parto são significativamente mais propensas a receber um diagnóstico de transtorno afetivo bipolar em um prazo de 15 anos em comparação com aquelas cujo início é tardio no período pós-parto ou cujo primeiro episódio psiquiátrico não tem relação com o parto.[9]

Abordagem passo a passo do diagnóstico

A presença de depressão deve rotineiramente ser procurada em todas as mulheres no período perinatal.[45] [47] Não existe consenso estabelecido quanto à duração do período pós-parto,[48] e as definições geralmente variam dos primeiros 3 a 12 meses após o nascimento.[47] [49] Neste tópico, definimos o período pós-parto como até 12 meses depois do parto, de acordo com várias diretrizes internacionais.[47] [50]

A depressão pós-parto muitas vezes ocorre no contexto de uma doença depressiva unipolar. Entretanto, episódios de transtornos de humor após o parto são muito comuns em mulheres com transtorno bipolar e uma pequena proporção de episódios depressivos pós-parto é bipolar.

A suspeita de depressão leve e moderada pode ser avaliada e tratada nas unidades básicas de saúde. O encaminhamento psiquiátrico pode ser necessário para pacientes que não respondem ao tratamento. Entretanto, uma avaliação psiquiátrica urgente é necessária se houver risco de a mulher causar danos a si mesma ou à criança ou se houver suspeita de psicose pós-parto ou de episódio maníaco ou misto.[1] Nesses casos, o médico deve considerar o envolvimento dos serviços sociais para crianças e jovens.[1]

Sintomas manifestos

As mulheres com depressão pós-parto podem ter contato somente com não especialistas, portanto, todos os profissionais de saúde que atendem gestantes e mulheres pós-parto precisam ser capazes de identificar a doença.[1] Os médicos devem perguntar detalhadamente sobre os sintomas atuais de humor deprimido, sobre ideias de inutilidade e desesperança sobre o futuro, e sobre sintomas biológicos como insônia grave, inapetência e perda de peso.[1] [47]

As pacientes podem apresentar uma história de humor depressivo, anedonia, alterações de peso, perturbação do sono, problemas psicomotores, baixa energia, culpa excessiva, perda de confiança ou autoestima, baixa concentração ou ideação suicida. Considera-se humor depressivo aquele que é anormal para a pessoa, presente durante a maior parte do dia e pouco influenciado pelas circunstâncias.

É importante distinguir a depressão pós-parto de um transtorno de humor secundário (melancolia pós-parto ou "baby blues") pois um transtorno de humor secundário não necessita de tratamento. Em transtornos de humor secundários, a mãe tipicamente se apresenta com oscilações de humor, que variam da euforia à tristeza, insônia, choro frequente, crises de choro, irritabilidade, ansiedade e diminuição da concentração.[4] Os sintomas se desenvolvem dentro de 2 a 3 dias do pós-parto, atingindo a intensidade máxima no quinto dia, e se resolvem em até 2 semanas.

Quaisquer sintomas psicóticos substancialmente aumentam o risco de causar danos a si mesma ou ao bebê, especialmente delírios ou alucinações relacionadas ao bebê. A característica principal da psicose pós-parto é o início agudo de uma psicose maníaca ou depressiva no período imediatamente pós-parto. A psicose pós-parto é uma emergência psiquiátrica e pode se desenvolver rapidamente em uma condição muito grave.

Ferramentas de rastreamento

A escala de depressão pós-parto de Bromley (BPDS),[51] a escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS)[52] e a escala de triagem de depressão pós-parto (Postpartum Depression Screening Scale)[53] são medições de autoavaliação especificamente projetadas para o rastreamento de depressão no período pós-parto. A EPDS é a que foi estudada da forma mais ampla. Foi psicometricamente testada em grande extensão em mulheres no período pós-parto e usada em todo o mundo. A sensibilidade e especificidade dos pontos de corte mostram uma heterogeneidade marcada entre diferentes estudos. Os resultados de sensibilidade variaram de 34% a 100% e os de especificidade, de 44% a 100%.[54] O escore de corte >12 tem um valor preditivo positivo geral de 57% e um valor preditivo negativo de 99%.

Outras ferramentas, como o Inventário de Depressão de Beck,[55] podem ser valiosas, mas necessitam de pesquisas adicionais.[56] Essas ferramentas de rastreamento devem ser utilizadas para identificar mulheres que necessitam de maior avaliação clínica.

O National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido[45] recomenda que os profissionais de saúde (incluindo parteiras, obstetras, agentes de saúde e clínicos gerais) façam duas perguntas para identificar uma possível depressão no primeiro contato da mulher com a unidade básica de saúde, na primeira consulta pré-natal e no pós-parto (primeiro ano após o parto):

- Durante o último mês, você frequentemente se sentiu desanimado, deprimido ou sem esperança?
- Durante o último mês, você frequentemente sentiu pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?

Se a mulher responder "sim" a qualquer uma das perguntas iniciais, apresentar risco de desenvolver um problema de saúde mental ou houver uma preocupação clínica, considere:

- Usar a EPDS ou
- Usar o questionário sobre a saúde do(a) paciente (PHQ9) como parte de uma avaliação completa ou
- Encaminhar a mulher ao clínico geral ou, havendo suspeita de problema de saúde mental grave, a um profissional de saúde mental.[45]

As diretrizes dos EUA enfatizam a importância da avaliação rotineira de pacientes para depressão, mas não fornecem uma recomendação definitiva de como as pacientes devem ser triadas e quais ferramentas devem ser utilizadas.[47] [57]

Quando ferramentas de rastreamento são utilizadas, o histórico cultural da mãe deve ser considerado.[58]

Avaliação de risco de causar danos a si mesma e/ou ao bebê

Ao discutir os sintomas de humor deprimido, perguntar sensivelmente se a mulher sente que a vida não vale a pena e se ela já pensou em machucar seu bebê permite que o médico avalie os aspectos mais graves de risco. Não há evidências de que tocar nesses assuntos com as mulheres aumente o risco de causar danos a si mesma ou de suicídio.[1] A ligação comprometida com o bebê, uma falta de sentimentos de ligação em relação ao lactente e um sentimento de insensibilidade são características importantes a serem consideradas. A depressão pós-parto pode interferir no vínculo mãe-lactente.

Expressões de medo de causar danos ao bebê podem ser um sinal de ansiedade ao invés de intenção, mas sempre devem ser avaliados em mais profundidade.

Há evidências de uma relação entre a depressão pós-parto e sintomas obsessivo-compulsivos, particularmente pensamentos intrusivos indesejados de machucar o neonato.[59] Em um estudo com 37 mulheres em depressão pós-parto, 57% relataram pensamentos obsessivos, das quais 95% apresentavam pensamentos agressivos. O conteúdo mais frequente dos pensamentos agressivos era de causar danos ao neonato ou lactente. A presença ou número de pensamentos obsessivos ou compulsões não estava relacionada à gravidade do episódio depressivo.[60] Em outro estudo, de 41% das mulheres em depressão pós-parto relatando pensamentos obsessivos agressivos, 5% já tinham agido de uma forma agressiva em relação à criança.

Entretanto, também deve-se notar que a prevalência de pensamentos agressivos entre mulheres pós-parto sem depressão é de 6.5%.[61]

Os sintomas psicóticos ocorreram em 4% dos episódios em um estudo.[62] Incluem alucinações, delírios, pensamentos confusos e perturbados, e falta de visão e autoconsciência. Eles podem substancialmente aumentar o risco de causar danos a si mesma ou ao bebê, especialmente se os delírios ou alucinações forem relacionados ao bebê.

A avaliação do risco de suicídio envolve a investigação sobre a extensão dos pensamentos suicidas e sobre a intenção, [Everymind (Australia): Life in Mind] incluindo:

- Pensamentos suicidas: se estiverem presentes pensamentos suicidas, qual é a frequência e a persistência?
- Plano: se a mulher tiver um plano, o quão detalhado e realístico ele é?
- Letalidade: qual o nível de letalidade do método que a mulher escolheu?
- Meios: a mulher possui os meios de executar o método?

Deve-se considerar também:

- Risco e fatores de proteção.
- Estado mental: desesperança, desespero, psicose, agitação, vergonha, raiva, culpa, impulsividade.
- História de comportamento suicida.
- História familiar de comportamento suicida.
- Uso de substâncias: alcoolismo ou abuso de outras drogas atualmente.
- Resistências e suportes: disponibilidade, disposição e capacidade dos suportes.

Sempre que uma mulher for avaliada quanto ao risco de suicídio, devem ser feitas perguntas sobre o risco ao lactente.

Rastreamento para mania e hipomania comórbida

As consequências da falta de diagnóstico do transtorno bipolar podem ser especialmente graves, pois o tratamento com antidepressivos pode desencadear manias, um estado misto ou ciclos rápidos e, portanto, aumentar o risco de internação em um hospital psiquiátrico.[8] As mulheres com depressão pós-parto devem ser rotineiramente triadas para uma história de mania e hipomania.[8]

O rastreamento deve incluir perguntas sobre história familiar de transtorno bipolar. Características atípicas (humor reativo, aumento do apetite/peso, hipersonia, corpo pesado e sensibilidade por rejeição interpessoal),[63] pensamentos acelerados e sintomas psicóticos durante um episódio depressivo devem levantar a suspeita de um transtorno bipolar.[8] Aproximadamente 14% das mulheres que apresentam o primeiro episódio psiquiátrico durante o primeiro mês pós-parto recebem um diagnóstico de transtorno afetivo bipolar em um prazo de 15 anos, em comparação com 4% daquelas com um primeiro episódio psiquiátrico não relacionado ao parto.[9]

Além de fazer perguntas sobre o humor elevado e os sintomas relacionados na história, questionários também podem ser usados. The Highs é um questionário de autoavaliação para detectar características hipomaniacas no período pós-parto. Cerca de 10% das mulheres apresentam características hipomaniacas nos primeiros 5 dias do pós-parto. Um escore de 8 ou mais na escala Highs dentro de 3 dias do pós-parto está associado à depressão pós-parto.[28] [64] Outras medidas de autoavaliação usadas para rastrear transtornos bipolares na população em geral incluem a escala autoaplicada de mania de Altman (Altman Self-Rating Mania Scale – ASRM),[65] o questionário de transtorno de humor (Mood Disorder Questionnaire – MDQ)[66] e a avaliação de rastreamento da polaridade depressão (Screening Assessment of Depression-Polarity – SAD-P).[67] Embora nenhuma ferramenta de rastreamento tenha se mostrado definitivamente superior,[64] o MDQ[8] [64] e a Highs[64] são as ferramentas mais promissoras e já foram estudadas em populações perinatais. O MDQ incorpora todas as informações pertinentes incluídas nas outras escalas, com a adição de uma avaliação da irritabilidade e do comportamento impulsivo.

Crítérios de diagnóstico

Nem o termo nem o conceito de depressão pós-parto estão presentes nos dois principais sistemas de diagnóstico: o DSM, da American Psychiatric Association, e a Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde. O DSM-5 define a depressão maior com início no periparto como ocorrendo durante a gravidez ou nas primeiras 4 semanas após o parto, e a CID-10 define a depressão pós-parto como ocorrendo nas primeiras 6 semanas após o parto. Entretanto, não existe consenso estabelecido quanto à duração do período pós-parto, e algumas autoridades definem a

depressão pós-parto como ocorrendo nos primeiros 12 meses após o parto.[47] [50] Este tópico considera o período pós-parto como sendo até 12 meses após o parto.

Os critérios do DSM-5 para um episódio depressivo maior são apresentados a seguir:

a) Cinco ou mais de 9 sintomas (incluindo, no mínimo, um de humor depressivo e perda de interesse ou prazer) no mesmo período de 2 semanas. Cada um desses sintomas representa uma mudança do funcionamento prévio, precisando estar presente quase todos os dias:

- Humor depressivo (subjutivo ou observado); pode ser humor irritável em crianças e adolescentes, na maior parte do dia;
- Perda de interesse ou prazer, na maior parte do dia;
- Mudanças no peso ou no apetite. Peso: mudança de 5% em 1 mês;
- Insônia ou hipersonia;
- Agitação ou retardo psicomotor (observados);
- Perda de energia ou fadiga;
- Sentimento de inutilidade ou culpa;
- Concentração prejudicada ou indecisão; e
- Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou tentativa de suicídio.

b) Os sintomas causam sofrimento significativo ou diminuição da capacidade.

c) O episódio não é atribuído a uma substância ou condição clínica.

d) O episódio não pode ser mais bem explicado como transtorno psicótico.

e) Nunca houve um episódio maníaco ou hipomaníaco. A exclusão e) não se aplicará se um episódio (hipo)maníaco tiver sido induzido por uma substância ou puder ser atribuído a uma condição clínica.

Exame físico

O exame físico é necessário para avaliar o estado clínico geral da paciente, mas não revela nenhuma característica específica de depressão. A maioria das pacientes apresenta afeto depressivo. É possível identificar condições que são frequentemente confundidas com depressão (por exemplo, hipotireoidismo). As consequências de um diagnóstico errado podem ser graves e causar risco de vida.[68] O exame da pele pode revelar estigmas de trauma, autolesão ou uso de drogas.

Investigações

Não há diretrizes específicas sobre quais testes devem ser realizados de forma rotineira. As investigações não são necessárias para diagnosticar a depressão pós-parto. É importante ter uma justificativa ou regras claras para pedir exames e cada paciente deve ser considerada de maneira individual. Os exames que se pode solicitar são aqueles que:

- Detectem ou descartem a presença de um transtorno ou condição clínica (exemplos incluem um exame de urina para distúrbios de uso de substâncias, imagens cerebrais para constatar a presença de alguma anormalidade neurológica estrutural, um hemograma completo para descartar anemia e testes de função tireoidiana)
- Determinar a segurança relativa e a dose adequada de potenciais tratamentos farmacológicos alternativos

- Monitorar os níveis sanguíneos de medicamentos quando indicado (por exemplo, para eficácia, toxicidade ou adesão).

Fatores de risco

Fortes

história de humor depressivo, depressão ou ansiedade

- Humor depressivo[10] [17] [18] [23] [24] [25] [41] ou ansiedade[17] [18] [24] [25] [41] durante a gestação são fatores preditores significativos de depressão pós-parto. As mulheres em depressão pré-natal apresentam um risco cinco vezes maior de evoluir para depressão pós-parto,[25] enquanto aquelas com ansiedade pré-parto têm risco três vezes maior.[25]
- Uma história de depressão maior a qualquer momento eleva significativamente o risco de depressão pós-parto.[17] [18] [25] [41] Parece haver uma relação entre o nível de aumento do risco e a gravidade e duração do episódio anterior.
- A "melancolia pós-parto", ou "baby blues", foi associada com subsequente depressão pós-parto.[41]

eventos cotidianos estressantes recentes

- Há uma forte associação entre eventos cotidianos recentes e a depressão pós-parto.[41]

apoio social insuficiente

- O apoio social pode ser definido de diversas maneiras como uma fonte de apoio (cônjuge, amigos, parentes) ou um tipo de apoio (informativo, instrumental, emocional).[18] [41]
- Os apoios emocionais e instrumentais têm sido negativamente correlacionados com a depressão no período pós-parto.[10] [17] [18] [19] [20] A percepção de isolamento social foi um forte preditor da depressão no período pós-parto em uma amostra de mulheres negras de baixa renda.[21]
- Notou-se que problemas matrimoniais durante a gestação e falta de um parceiro solidário foram fatores que contribuíram de forma moderada no aumento do risco de depressão pós-parto.[18]

interrupção de tratamentos psicofarmacológicos

- A interrupção de medicamentos antidepressivos de manutenção em mulheres eutímicas antes ou durante o primeiro trimestre da gestação aumenta o risco da depressão pós-parto em comparação com aquelas que continuam com os antidepressivos durante a gestação.
- Em um estudo longitudinal em mulheres bipolares, a recorrência de sintomas aumentou drasticamente no período pós-parto após a interrupção abrupta do tratamento com lítio.[26] O risco de recorrência diminuiu com a retirada gradativa da dose.

privação de sono

- Foi sugerida uma forte associação entre os padrões de sono do lactente, fadiga materna e sintomas depressivos iniciais no período pós-parto. Existem estudos verificando o efeito de intervenções terapêuticas na redução da privação do sono nas primeiras semanas pós-parto.[34]

susceptibilidade genética

- Entre mulheres com história de depressão maior, 42% das que tinham história familiar de episódios pós-parto apresentaram depressão após seu primeiro parto, comparado com 15% daquelas sem história familiar.[3]

- Um estudo australiano em gêmeas[31] relatou que fatores genéticos são responsáveis por 26% a 49% da variação nos sintomas depressivos pós-parto, enquanto, em um estudo da Suécia, a hereditariedade da depressão perinatal foi estimada entre 44% e 54%, com 33% da variação genética exclusiva para depressão perinatal (ou seja, não compartilhada com depressão em outras ocasiões).[32] Um estudo recente sugere que a variação genética nos cromossomos 1q e 9p pode aumentar a suscetibilidade a sintomas de humor pós-parto amplamente definidos em uma amostra de mulheres com transtorno unipolar e transtorno bipolar.[33]

violência causada pelo parceiro durante a gravidez

- Em um grande estudo brasileiro, a depressão pós-parto foi independentemente associada à violência psicológica.[22] Mulheres que reportaram violência física ou sexual associada à violência psicológica tiveram o risco mais alto de apresentar depressão pós-parto.

Fracos

hipomania pós-parto

- Dois estudos longitudinais relatam que sintomas hipomaniacos no dia 3 são preditores de sintomas depressivos em 6 semanas do período pós-parto.[27] [28] Em um estudo posterior, 40% das mulheres com sintomas hipomaniacos subclínicos na primeira semana pós-parto se tornaram deprimidas em 6 semanas.[28]

transtorno de personalidade

- Altos escores de neuroticismo[18] [23] [29] e escores de baixa autoestima[17] [29] demonstraram ser preditores fracos a moderados de depressão pós-parto. Entretanto, não há evidências que esses traços ou estilos atribuam um risco específico para o início pós-parto de episódios.[30]

complicações do parto

- As complicações relacionadas à gestação e ao parto podem ter um efeito pequeno, mas significativo, sobre o início da depressão pós-parto.[10] [17] [18]
- Um estudo de metanálise não encontrou nenhuma ligação entre partos por cesariana e a depressão pós-parto.[42]

status socioeconômico desfavorável

- Baixa renda, dificuldade financeira, desemprego e baixo status social são fatores preditores reduzidos, mas significativos, da depressão pós-parto.[18] [21]
- Estudos também encontraram diferenças no risco entre grupos étnicos, com negros e hispânicos com maior escore de depressão que brancos.[19] [21]

idade menor que 16 anos

- Embora a idade materna não emergisse na maioria dos estudos como um fator de risco proeminente, um estudo com mães menores de 16 anos descobriu que elas estão sujeitas a um risco consideravelmente maior de depressão pós-parto.[23]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os principais fatores de risco incluem qualquer história de humor depressivo, depressão ou ansiedade durante uma gestação recente, uma gestação prévia ou não relacionada à gestação; eventos cotidianos estressantes recentes; suporte social deficiente e descontinuidade de tratamentos psicofarmacológicos.

humor depressivo (comum)

- Considera-se humor depressivo aquele que é anormal para a pessoa, presente durante a maior parte do dia e pouco influenciado pelas circunstâncias.

anedonia (comum)

- Ocorre em até 100% dos episódios.[62]

diminuição da energia ou aumento da fadigabilidade (comum)

- Ocorre em 98% dos episódios.[62]

ideação suicida (comum)

- Ocorre em 73% dos episódios.[62]

perda de confiança ou autoestima (comum)

- Sintoma comum.

sentimentos irracionais de autorreprovação ou culpa excessiva e inadequada (comum)

- A autorreprovação excessiva ocorre em 98% dos episódios.[62]

baixa concentração (comum)

- Ocorre em 90% dos episódios.[62]

Outros fatores de diagnóstico

alteração na atividade psicomotora (comum)

- Uma atividade lenta ocorre em 29% dos episódios, enquanto atividades agitadas ocorrem em 16%.[62]

perturbação do sono (comum)

- A insônia inicial ocorre em 56% dos episódios, insônia intermediária em 43%, acordar muito cedo em 39%, sono excessivo em 9% dos episódios.[62]

alteração no apetite (comum)

- A inapetência ocorre em 49% e aumento do apetite em 16% dos episódios.[62]

alteração no peso (comum)

- Alteração no apetite é geralmente, mas nem sempre, associada a uma alteração correspondente no peso. A perda de peso é observada em 32% e o ganho de peso em 13% dos episódios.[62]

pensamentos obsessivos (comum)

- Em um estudo com 37 mulheres em depressão pós-parto, 57% relataram pensamentos obsessivos, das quais 95% apresentavam pensamentos agressivos. O conteúdo mais frequente dos pensamentos

- agressivos era de causar danos ao neonato ou lactente. A presença ou número de pensamentos obsessivos ou compulsões não estava relacionada à gravidade do episódio depressivo.[60]
- Em outro estudo, de 41% das mulheres em depressão pós-parto relatando pensamentos obsessivos agressivos, 5% já tinham agido de uma forma agressiva em relação à criança.
- A prevalência de pensamentos agressivos entre mulheres pós-parto sem depressão é de 6.5%.[61]
- Os pensamentos intrusivos ocorrem independentemente das variáveis relacionadas ao estresse.

danos significativos a si mesma ou negligência ou maus-tratos às crianças (incomum)

- Deve ser eliciado para avaliar o risco de causar danos a si mesma ou ao bebê.

história pessoal ou familiar de hipomania ou mania (incomum)

- A depressão pós-parto muitas vezes ocorre no contexto de uma doença depressiva unipolar. Entretanto, episódios de transtornos de humor após o parto são muito comuns em mulheres com transtorno bipolar, e uma pequena proporção de episódios depressivos pós-parto é bipolar.
- 54% de 56 pacientes ambulatoriais observadas consecutivamente com um diagnóstico de referência de depressão pós-parto foram rediagnosticadas com transtorno de espectro bipolar.

sintomas psicóticos (incomum)

- Incluem alucinações, delírios, pensamentos confusos e perturbados, e falta de visão e autoconsciência.
- Os sintomas psicóticos ocorreram em 4% dos episódios em um estudo.[62] Eles substancialmente aumentam o risco de causar danos a si mesma ou ao bebê, especialmente se os delírios ou alucinações forem relacionados ao bebê.
- As pacientes com sintomas psicóticos necessitam de uma avaliação de riscos detalhada e emergencial no mesmo dia por um psiquiatra.[1]

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
Perguntas para a identificação da depressão <ul style="list-style-type: none"> Embora não tenham sido investigadas especificamente na população pós-parto, as seguintes perguntas são recomendadas pelas diretrizes (como uma ferramenta de rastreamento para todas as mulheres no período perinatal), na primeira consulta pré-natal e no pós-parto (primeiro ano após o parto):[45] "Durante o último mês, você se sentiu deprimida com frequência, para baixo ou desesperançada?" e "Durante o último mês, você muitas vezes se sentiu incomodada por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?" 	identificação de pacientes que precisam de maior avaliação clínica

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
Depressão pós-parto de Edimburgo <ul style="list-style-type: none"> • Ampla e psicometricamente testado em mulheres no período pós-parto e usado em todo o mundo. A sensibilidade e especificidade dos pontos de corte mostram uma heterogeneidade marcada entre diferentes estudos. Os resultados de sensibilidade variaram de 34% a 100% e os de especificidade, de 44% a 100%.^[54] • O escore de corte >12 tem um valor preditivo positivo geral de 57% e um valor preditivo negativo de 99%. 	escore >12
questionário de transtorno de humor <ul style="list-style-type: none"> • As mulheres com depressão pós-parto devem ser rotineiramente triadas para mania e hipomania. Até que uma ferramenta de avaliação validada seja estabelecida, o Questionário de Transtorno de Humor é considerado a melhor ferramenta disponível para rastreamento de transtorno bipolar.^[8] 	identificação do transtorno bipolar
testes da função tireoidiana (TFTs) <ul style="list-style-type: none"> • Nível sérico elevado de hormônio estimulante da tireoide indica hipotireoidismo. • O intervalo de tempo para tireoidite pós-parto (indolor/linfocítica), caracterizada por fases transitórias hiper e hipotireoideas, pode se sobrepor ao período da depressão pós-parto, embora não haja relação causal estabelecida entre as duas condições.^[69] 	normal
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> • Usado para descartar anemia como causa da fadiga. 	normal
exame de urina para detecção de drogas <ul style="list-style-type: none"> • Um resultado positivo é observado no abuso de substâncias e identifica a substância utilizada. • As triagens de drogas não são definitivas para o abuso de drogas. 	normal
tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM) cranioencefálica <ul style="list-style-type: none"> • Pode ser usada para identificar uma anormalidade neurológica estrutural se houver suspeita de ser a causa dos sintomas da paciente. 	normal

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Transtorno de humor secundário (melancolia pós-parto ou "baby blues")	<ul style="list-style-type: none"> • Causa instabilidade emocional transiente durante a primeira semana após o parto e apresenta uma grande variedade de sintomas típicos de humor elevado e diminuído. • O cuidado do bebê não fica comprometido, desesperança e inutilidade não são proeminentes, e as mulheres não se sentem suicidas. • Autolimitado, mas a avaliação deve garantir que a mulher não esteja e não se torne mais gravemente deprimida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico clínico.
Psicose pós-parto (puerperal)	<ul style="list-style-type: none"> • As mulheres com uma história de transtorno bipolar (1 em 4 partos) ou uma psicose puerperal prévia (1 em 2 partos) estão em risco consideravelmente maior. • Início agudo de uma psicose maníaca ou depressiva logo após o parto. Há um relacionamento muito próximo ao nascimento, sendo que >90% das mulheres apresentam um início na primeira semana pós-parto e 73%, até o dia 3.^[70] ^[71] 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico clínico.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Transtorno bipolar	<ul style="list-style-type: none"> • As características suspeitas incluem características atípicas (humor reativo, aumento do apetite/peso, hipersonia, paralisia de chumbo e sensibilidade por rejeição interpessoal),[63] pensamentos acelerados e sintomas psicóticos. • Devem ser triadas em todas as pacientes se apresentando com suspeita de depressão pós-parto. • Uma história familiar de transtorno bipolar pode estar presente. • O questionário de transtorno de humor[64] [72] é o exame mais útil disponível para rastreamento de transtorno bipolar. Entretanto, ainda não foi validado de maneira definitiva. • Uma vez que o risco é reconhecido, é necessário acompanhar com uma avaliação psiquiátrica mais abrangente.[72] 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico clínico.
Disfunção tireoidiana	<ul style="list-style-type: none"> • Possíveis sintomas de hipertireoidismo (por exemplo, perda de peso, suores, nervosismo, palpitações) ou hipotireoidismo (por exemplo, lentidão, constipação, intolerância ao frio). • O intervalo de tempo para tireoidite pós-parto (indolor/ linfocítica), caracterizada por fases transitórias hiper e hipotireoideas, pode se sobrepor ao período da depressão pós-parto, embora não haja relação causal estabelecida entre as duas condições.[69] 	<ul style="list-style-type: none"> • Hormônio estimulante da tireoide (TSH) baixo (hipertireoidismo) ou elevado (hipotireoidismo primário).

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Anemia	<ul style="list-style-type: none"> Os sinais e sintomas incluem palidez, fadiga, fraqueza, diminuição da tolerância a exercícios e dispneia ao se exercitar. As características clínicas específicas à causa subjacente também podem ser identificadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Hemoglobina (Hb) <12 g/dL em mulheres. O exame de urina para detecção de drogas pode ser positivo quando há abuso de substâncias e identifica a substância utilizada.
Disfunção cerebral orgânica	<ul style="list-style-type: none"> As pacientes apresentam sinais ou sintomas clínicos da causa subjacente. A disfunção cerebral pode ser decorrente de doença sistêmica ou cerebral primária.[68] 	<ul style="list-style-type: none"> Uma tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM) cranioencefálica pode identificar uma anormalidade neurológica estrutural. Outras investigações são orientadas à causa subjacente suspeita.
Substâncias tóxicas exógenas ou hormônios	<ul style="list-style-type: none"> História de uso terapêutico e/ou abuso de substâncias causativas conhecidas ou hormônios. Outros sintomas e sinais específicos à substância ou substâncias envolvidas podem estar presentes. 	<ul style="list-style-type: none"> O exame de urina para detecção de drogas pode ser positivo quando há abuso de substâncias e identifica a substância utilizada. Entretanto, as triagens de drogas não são definitivas para o abuso de drogas.
Sintomas pós-parto não relacionados à depressão	<ul style="list-style-type: none"> Sintomas como perturbação do sono, alteração de peso e perda de energia comumente ocorrem após o parto sem qualquer depressão associada. Alterações de humor características de depressão estão ausentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.

Critérios de diagnóstico

American Psychiatric Association: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª edição) (DSM-5)[2]

O DSM-5 não reconhece a depressão pós-parto como um diagnóstico à parte. As pacientes precisam satisfazer os critérios de um episódio depressivo maior e os critérios do especificador de início perinatal. Portanto, a definição é de um episódio depressivo maior com início na gestação ou em até 4 semanas após o parto.

Os critérios do DSM-5 para um episódio depressivo maior são apresentados a seguir:

a) Cinco ou mais de 9 sintomas (incluindo, no mínimo, um de humor depressivo e perda de interesse ou prazer) no mesmo período de 2 semanas. Cada um desses sintomas representa uma mudança do funcionamento prévio, precisando estar presente quase todos os dias:

- Humor depressivo (subjetivo ou observado); pode ser humor irritável em crianças e adolescentes, na maior parte do dia;
- Perda de interesse ou prazer, na maior parte do dia;
- Mudanças no peso ou no apetite. Peso: mudança de 5% em 1 mês;
- Insônia ou hipersonia;
- Agitação ou retardo psicomotor (observados);
- Perda de energia ou fadiga;
- Sentimento de inutilidade ou culpa;
- Concentração prejudicada ou indecisão; ou
- Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou tentativa de suicídio.

b) Os sintomas causam sofrimento significativo ou diminuição da capacidade.

c) O episódio não é atribuído a uma substância ou condição clínica.

d) O episódio não pode ser mais bem explicado como transtorno psicótico.

e) Nunca houve um episódio maníaco ou hipomaníaco. A exclusão e) não se aplicará se um episódio (hipo)maníaco tiver sido induzido por uma substância ou puder ser atribuído a uma condição clínica.

Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10)[73]

A CID-10 também não reconhece a depressão pós-parto como um diagnóstico separado. Na CID-10, considera-se início pós-parto até 6 semanas após o parto. A categoria "Transtornos mentais e de comportamento associados ao puerpério, não classificados em outro lugar" é incomum. A CID-10 recomenda que seja usada somente quando for inevitável. Essa categoria inclui somente transtornos mentais associados ao puerpério (que começam em até 6 semanas do parto) que não atendem os critérios para transtornos classificados em outros lugares neste capítulo, por não haver informações suficientes disponíveis ou por considerar que há características clínicas adicionais especiais presentes que inviabilizam a sua classificação em outro lugar.

A CID-10 define um episódio depressivo conforme descrito a seguir.

- Em episódios depressivos leves, moderados ou graves, a paciente apresenta humor abatido, redução de energia e diminuição na atividade.
- A capacidade de apreciação, interesse e concentração é reduzida. Cansaço acentuado, até mesmo após esforço mínimo, é comum. O sono geralmente é inquieto e o apetite, diminuído. A autoestima e a autoconfiança quase sempre são reduzidas e, mesmo na forma leve, algumas ideias de culpa ou inutilidade muitas vezes estão presentes.
- O humor abatido varia pouco de um dia para outro, não reage às circunstâncias e pode estar acompanhado por sintomas considerados "somáticos", como perda de interesse e de sentimentos de prazer, acordar pela manhã várias horas antes do horário normal, depressão pior pela manhã, retardo psicomotor acentuado, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda de libido.
- Dependendo do número e da gravidade dos sintomas, um episódio depressivo pode ser especificado como leve, moderado ou grave.

Abordagem passo a passo do tratamento

As diretrizes recomendam uma abordagem em etapas para o tratamento de depressão pós-parto,[45] embora seja importante que as mulheres com doenças graves recebam tratamento adequado rapidamente em vez de se submeterem a vários níveis de tratamento. O tratamento pode ser organizado de maneira eficaz por meio da atenção primária.

Mulheres com problema de saúde conhecido, ou suspeito, durante a gestação ou no período pós-parto devem ser avaliadas para tratamento em até 2 semanas após o encaminhamento, e passar por intervenções psicológicas em até 1 mês após a avaliação inicial.[45]

O encaminhamento aos serviços de saúde mental especializados é reservado às pacientes com ideação suicida, pensamentos de machucar a criança, um episódio muito grave e/ou características que levam a suspeita de doença bipolar ou psicose pós-parto. Certifique-se de que o clínico geral da mulher esteja informado sobre o encaminhamento.[45] Antes de tomar decisões quanto ao tratamento, os profissionais de saúde devem discutir com a paciente os riscos relativos e absolutos associados ao tratamento ou não do transtorno mental.

A depressão é definida como leve, moderada e grave, de acordo com o número de sintomas, a intensidade dos sintomas e o nível de comprometimento funcional, conforme explicado a seguir.[63]

- Leve: poucos ou nenhum sintoma a mais que o número exigido para o diagnóstico de depressão, com intensidade que causa angústia, mas controlável, com comprometimento funcional secundário.
- Moderada: o número de sintomas exigido para o diagnóstico de depressão, a intensidade dos sintomas e o comprometimento funcional é maior que o necessário para fazer o diagnóstico, mas menor que o especificado para a depressão grave.
- Grave: um número muito maior de sintomas que o exigido para o diagnóstico de depressão, com intensidade que causa grande angústia, de maneira não controlável, com comprometimento funcional intenso.

Depressão leve a moderada

Para uma mulher que desenvolve depressão leve ou moderada durante o período pós-parto, os seguintes itens devem ser considerados:[41] [45]

- Estratégias de autoajuda simplificadas (autoajuda orientada, terapia cognitivo-comportamental via computador ou exercícios)
- O aconselhamento não diretivo no contexto de visitas domiciliares pode ser considerado como parte do tratamento
- Breve terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou psicoterapia interpessoal (PTI).

Antidepressivos são recomendados se a paciente recusar psicoterapia, se esta não estiver disponível ou se for ineficaz, ou se a mulher apresentar uma história prévia de depressão grave.[45]

Quando uma mulher está experimentando um transtorno mental significativo e apresenta dificuldades de interagir com seu lactente, ambos os problemas precisam ser abordados. O bem-estar do lactente precisa ser considerado a todo momento.

Depressão grave

Para uma mulher que desenvolve um episódio depressivo pós-parto grave ou um episódio depressivo pós-parto moderado com história prévia de depressão grave, deve-se considerar:[45]

- TCC/PTI
- Terapia com antidepressivos se a mulher expressar preferência por medicamentos, se ela não aceitar intervenções psicológicas ou se seus sintomas não apresentaram resposta a tais intervenções[45]
- Tratamento combinado, se não houver resposta ao tratamento psicológico ou medicamentoso isoladamente, ou se a resposta for limitada.

A disponibilidade local de psicoterapias é um fator importante ao determinar qual tratamento oferecer, pois a espera pode ser demorada. É vital tratar as mulheres com doenças graves rapidamente, as quais muitas vezes necessitam do uso de antidepressivos.[45] Respostas prévias a tratamentos podem fundamentar as opções terapêuticas.

Terapia não farmacológica para depressão

Mulheres que necessitam de tratamento psicológico devem ser observadas para tratamento rapidamente, idealmente dentro de 1 mês da avaliação inicial.[45] Uma metanálise Cochrane de 10 ensaios de intervenções psicológicas e psicossociais[43] concluiu que o apoio de colegas e aconselhamento não diretivo, TCC, psicoterapia psicodinâmica e PTI são eficazes na depressão pós-parto. O apoio para exercícios estruturados também pode ser oferecido como opção de tratamento.[41] Se o relacionamento mãe-bebê for comprometido, devem-se oferecer intervenções adicionais especificamente direcionadas a esse relacionamento.[41]

Terapia farmacológica para depressão

As evidências para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto e para a avaliação dos danos e benefícios comparativos de antidepressivos específicos são insuficientes.[76] Antidepressivos são muitas vezes prescritos para depressão pós-parto de acordo com os mesmos princípios delimitados para outros tipos de transtorno depressivo maior. Embora as estimativas combinadas de resposta e remissão indiquem que os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs) sejam mais efetivos que o placebo em mulheres com depressão pós-parto, as evidências são de baixa qualidade e baseiam-se em uma amostra de apenas 146 pessoas provenientes de três estudos.[76] Além disso, em lactantes, a relação risco-benefício da terapia farmacológica está alterada, e a terapia com antidepressivos só deve ser considerada se a mulher já manifestou preferência por tratamento medicamentoso, se ela recusou intervenções psicológicas ou se seus sintomas não responderam a tais intervenções.[45] Se a terapia antidepressiva é fornecida, as pacientes precisam de monitoramento para o caso de um episódio hipomaniaco ou maniaco ser desencadeado.

A escolha do tratamento depende da preferência da paciente, de respostas prévias ao tratamento, da disponibilidade local das psicoterapias, da gravidade da doença, dos riscos envolvidos e de a mulher estar amamentando ou não. É importante considerar respostas prévias a medicamentos antidepressivos específicos na análise do risco-benefício: em particular, as possíveis implicações negativas de substituir um medicamento eficaz por outro com eficácia incerta e com evidência marginal de segurança no aleitamento materno.

Certos antidepressivos são considerados mais seguros que outros em lactantes; no entanto, faltam dados sobre desfechos de longo prazo para os bebês expostos a tratamentos antidepressivos maternos através do leite materno. Deve-se aconselhar às mulheres que não façam uso da erva-de-são-joão nem outro tratamento fitoterápico enquanto estiverem amamentando.[41]

Para mulheres que não estão amamentando, a escolha de antidepressivos não difere daquela para episódios de depressão maior fora do período pós-parto e será determinada pela história da resposta a determinados antidepressivos. Para lactantes, é necessário considerar as evidências de segurança na lactação, bem como a história de resposta a determinados antidepressivos. As concentrações de antidepressivos no soro de lactentes durante o aleitamento materno foram maiores para fluoxetina e citalopram, ao passo que nortriptilina, sertralina e paroxetina não foram detectáveis.[77]

Caso seja iniciada uma terapia com inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS) durante o aleitamento materno em mulheres que não tomaram antidepressivos anteriormente, a sertralina pode ser uma opção apropriada. Embora diretrizes recentes do guia Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) sugiram que a paroxetina possa ser o medicamento preferido na lactação pela baixa razão leite/plasma,[41] é necessário considerar o fato de que a paroxetina não é recomendada na gestação em virtude de um possível risco de defeitos cardíacos fetais durante o primeiro trimestre e, portanto, pode não ser a escolha ideal para mulheres que possam engravidar novamente. Como há preocupações gerais sobre a toxicidade, os tricíclicos estão sendo prescritos com menos frequência que ISRSs para depressão, incluindo depressão no período pós-parto. Por causa da falta de dados, antidepressivos novos, como a mirtazapina e a venlafaxina, não são recomendados. A doxepina e a nefazodona também devem ser evitadas em mães que estejam amamentando.[78] Entretanto, novos dados estão surgindo regularmente e o conselho atualizado de serviços especialistas pode ser útil em casos individuais.

Os efeitos adversos podem ser maiores em bebês prematuros, recém-nascidos ou sistematicamente doentes. Como todos os medicamentos tomados durante o aleitamento materno, o lactente deve ser regularmente monitorado para sedação, irritabilidade e qualquer alteração no sono, alimentação ou padrão de crescimento.

Maiores informações sobre potenciais efeitos tóxicos de terapias farmacológicas estão disponíveis online:

[UK Teratology Information Service]

[Organization of Teratology Information Specialists: MotherToBaby]

[US National Library of Medicine: toxicology data network - drugs and lactation database]

Depressão bipolar

Não há pesquisas suficientes sobre o tratamento de depressão bipolar pós-parto, de forma que não é possível fazer recomendações definitivas.[8] O tratamento com antidepressivos deve ser evitado, pois é associado a uma evolução altamente instável da doença. Os estabilizadores de humor podem representar um risco para o bebê durante a amamentação. Recomenda-se uma consulta com um psiquiatra familiarizado e experiente com o tratamento de transtornos de humor no período perinatal.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo		(resumo)
depressão unipolar		
<div> <div>■ leve a moderada</div> <div>■ grave</div> </div>	1a	estratégias de autoajuda simplificadas ± aconselhamento ± terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	adjunto	antidepressivos
	1a	terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou psicoterapia interpessoal (PTI)
	1a	antidepressivos
	2a	antidepressivos + terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou psicoterapia interpessoal (PTI)
depressão bipolar		
	1a	procurar aconselhamento de especialista

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

depressão unipolar

■ leve a moderada

1a

estratégias de autoajuda simplificadas ± aconselhamento ± terapia cognitivo-comportamental (TCC)

» As estratégias de autoajuda simplificadas incluem autoajuda orientada, TCC via computador e exercícios. Podem ser combinadas com aconselhamento não diretivo fornecido em casa (visitas para ouvir) e/ou PTI.

» O apoio de colegas e aconselhamento não diretivo, TCC, psicoterapia psicodinâmica e PTI são eficazes na depressão pós-parto.[43]

» O apoio para exercícios estruturados também pode ser oferecido como opção de tratamento.[41]

» Se o relacionamento mãe-bebê for comprometido, devem-se oferecer intervenções adicionais especificamente direcionadas a esse relacionamento.[41]

» Mulheres que necessitam de tratamento psicológico devem ser observadas para tratamento rapidamente, idealmente dentro de 1 mês da avaliação inicial.[45]

adjunto

antidepressivos

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **sertralina**: 25-200 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **paroxetina**: 10-50 mg por via oral (liberação regular) uma vez ao dia

» Os antidepressivos são recomendados se a mulher expressar preferência por medicamentos, se ela não aceitar intervenções psicológicas ou se seus sintomas não apresentaram resposta a tais intervenções.[45]

Agudo

- » Evidências específicas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto são limitadas.[76]
- » O monitoramento do humor é necessário caso um episódio hipomaníaco ou maníaco seja desencadeado.
- » Certos antidepressivos são considerados mais seguros que outros em lactantes, mas há poucos dados sobre desfechos de longo prazo para bebês expostos a tratamentos antidepressivos maternos através do leite materno. A escolha do antidepressivo será determinada pela história pregressa da resposta e depende de a mulher estar amamentando ou não.
- » Para mulheres que não estão amamentando, a escolha de antidepressivos não difere daquela para episódios de depressão maior fora do período pós-parto e será determinada pela história da resposta a determinados antidepressivos.
- » Para lactantes, é necessário considerar as evidências de segurança na lactação, bem como a história de resposta a determinados antidepressivos. As concentrações de antidepressivos no soro de lactentes durante o aleitamento materno foram maiores para fluoxetina e citalopram, ao passo que nortriptilina, sertralina e paroxetina não foram detectáveis.[77]
- » Caso seja iniciada uma terapia com inibidor seletivo de recaptção de serotonina (ISRS) durante o aleitamento materno em mulheres que não tomaram antidepressivos anteriormente, a sertralina pode ser uma opção apropriada. Embora diretrizes recentes do guia Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) sugiram que a paroxetina possa ser o medicamento preferido na lactação pela baixa razão leite/plasma,[41] é necessário considerar o fato de que a paroxetina não é recomendada na gestação em virtude de um possível risco de defeitos cardíacos fetais durante o primeiro trimestre e, portanto, pode não ser a escolha ideal para mulheres que possam engravidar novamente. Como há preocupações gerais sobre a toxicidade, os tricíclicos estão sendo prescritos com menos frequência que ISRSs para depressão, incluindo depressão no período pós-parto. Por causa da falta de dados, antidepressivos novos, como a mirtazapina e a venlafaxina, não são recomendados. A doxepina

Agudo

■ grave

1a

e a nefazodona também devem ser evitadas em mães que estejam amamentando.[78]

» Os efeitos adversos podem ser maiores em bebês prematuros, recém-nascidos ou sistemicamente doentes. O lactente deve ser regularmente monitorado quanto a sedação, irritabilidade e quaisquer alterações no sono, alimentação ou padrão de crescimento.

terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou psicoterapia interpessoal (PTI)

» A TCC e a PTI são eficazes na depressão pós-parto.[43]

» Mulheres que necessitam de tratamento psicológico devem ser observadas para tratamento rapidamente, idealmente dentro de 1 mês da avaliação inicial.[45]

» A disponibilidade local de psicoterapias deve ser considerada. É vital tratar mulheres com doenças graves rapidamente, as quais muitas vezes necessitam do uso de antidepressivos se o tempo de espera para o tratamento psicológico for muito longo.[45]

1a

antidepressivos

Opções primárias

» **sertralina**: 25-200 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **paroxetina**: 10-50 mg por via oral (liberação regular) uma vez ao dia

» A terapia com antidepressivos pode ser oferecida como tratamento de primeira linha se a mulher expressar preferência por medicamentos, se ela não aceitar intervenções psicológicas ou se seus sintomas não apresentaram resposta a tais intervenções.[45]

» Evidências específicas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto são limitadas.[76]

» O monitoramento do humor é necessário caso um episódio hipomaníaco ou maníaco seja desencadeado.

» Certos antidepressivos são considerados mais seguros que outros em lactantes, mas há poucos dados sobre desfechos de longo prazo para bebês expostos a tratamentos

Agudo

antidepressivos maternos através do leite materno. A escolha do antidepressivo será determinada pela história pregressa da resposta e depende de a mulher estar amamentando ou não.

» Para mulheres que não estão amamentando, a escolha de antidepressivos não difere daquela para episódios de depressão maior fora do período pós-parto e será determinada pela história da resposta a determinados antidepressivos.

» Para lactantes, é necessário considerar as evidências de segurança na lactação, bem como a história de resposta a determinados antidepressivos. As concentrações de antidepressivos no soro de lactantes durante o aleitamento materno foram maiores para fluoxetina e citalopram, ao passo que nortriptilina, sertralina e paroxetina não foram detectáveis.[77]

» Caso seja iniciada uma terapia com inibidor seletivo de recaptção de serotonina (ISRS) durante o aleitamento materno em mulheres que não tomaram antidepressivos anteriormente, a sertralina pode ser uma opção apropriada. Embora diretrizes recentes do guia Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) sugiram que a paroxetina possa ser o medicamento preferido na lactação pela baixa razão leite/plasma,[41] é necessário considerar o fato de que a paroxetina não é recomendada na gestação em virtude de um possível risco de defeitos cardíacos fetais durante o primeiro trimestre e, portanto, pode não ser a escolha ideal para mulheres que possam engravidar novamente. Como há preocupações gerais sobre a toxicidade, os tricíclicos estão sendo prescritos com menos frequência que ISRSs para depressão, incluindo depressão no período pós-parto. Por causa da falta de dados, antidepressivos novos, como a mirtazapina e a venlafaxina, não são recomendados. A doxepina e a nefazodona também devem ser evitadas em mães que estejam amamentando.[78]

» Os efeitos adversos podem ser maiores em bebês prematuros, recém-nascidos ou sistemicamente doentes. O lactente deve ser regularmente monitorado quanto a sedação, irritabilidade e quaisquer alterações no sono, alimentação ou padrão de crescimento.

2a

antidepressivos + terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou psicoterapia interpessoal (PTI)

Agudo**Opções primárias**

» **sertralina**: 25-200 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **paroxetina**: 10-50 mg por via oral (liberação regular) uma vez ao dia

» Tratamento combinado de antidepressivos e TCC ou PTI deve ser fornecido se não houver resposta ou se a resposta ao tratamento psicológico ou medicamentoso for limitada.

» O monitoramento do humor é necessário caso um episódio hipomaníaco ou maníaco seja desencadeado.

» Certos antidepressivos são considerados mais seguros que outros em lactantes, mas há poucos dados sobre desfechos de longo prazo para bebês expostos a tratamentos antidepressivos maternos através do leite materno. A escolha do antidepressivo será determinada pela história pregressa da resposta e depende de a mulher estar amamentando ou não.

» Para mulheres que não estão amamentando, a escolha de antidepressivos não difere daquela para episódios de depressão maior fora do período pós-parto e será determinada pela história da resposta a determinados antidepressivos.

» Para lactantes, é necessário considerar as evidências de segurança na lactação, bem como a história de resposta a determinados antidepressivos. As concentrações de antidepressivos no soro de lactentes durante o aleitamento materno foram maiores para fluoxetina e citalopram, ao passo que nortriptilina, sertralina e paroxetina não foram detectáveis.^[77]

» Caso seja iniciada uma terapia com inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS) durante o aleitamento materno em mulheres que não tomaram antidepressivos anteriormente, a sertralina pode ser uma opção apropriada. Embora diretrizes recentes do guia Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) sugiram que a paroxetina possa ser o medicamento preferido na lactação pela baixa razão leite/plasma,^[41] é necessário considerar o fato de que a paroxetina não é recomendada

Agudo

na gestação em virtude de um possível risco de defeitos cardíacos fetais durante o primeiro trimestre e, portanto, pode não ser a escolha ideal para mulheres que possam engravidar novamente. Como há preocupações gerais sobre a toxicidade, os tricíclicos estão sendo prescritos com menos frequência que ISRSs para depressão, incluindo depressão no período pós-parto. Por causa da falta de dados, antidepressivos novos, como a mirtazapina e a venlafaxina, não são recomendados. A doxepina e a nefazodona também devem ser evitadas em mães que estejam amamentando.[78]

» Os efeitos adversos podem ser maiores em bebês prematuros, recém-nascidos ou sistemicamente doentes. O lactente deve ser regularmente monitorado quanto a sedação, irritabilidade e quaisquer alterações no sono, alimentação ou padrão de crescimento.

depressão bipolar

1a procurar aconselhamento de especialista

» Não há pesquisas suficientes sobre o tratamento de depressão bipolar pós-parto, de forma que não é possível fazer recomendações definitivas.[8]

» O tratamento com antidepressivos deve ser evitado, pois é associado a uma evolução altamente instável da doença.[79] Os estabilizadores de humor podem representar um risco para o lactente durante a amamentação.

» Recomenda-se uma consulta especializada com um psiquiatra familiarizado e experiente no tratamento de transtornos de humor durante e após a gestação.

Novidades

Brexanolona

A brexanolona (também conhecida como alopregnanolona) é um modulador alostérico positivo dos receptores do ácido gama-aminobutírico (GABA) tipo A. Um pequeno (n=21) ensaio clínico de fase 2 e dois grandes (n=375) ensaios clínicos controlados por placebo, randomizados e duplo cegos de fase 3, realizados nos EUA, sugerem que brexanolona é um tratamento novo e seguro para a depressão pós-parto. As mulheres que tiveram um episódio depressivo maior, com início a partir do terceiro trimestre e, no máximo, 4 semanas após o parto, e passaram por rastreamento pós-parto ≤6 meses, receberam uma única infusão contínua de brexanolona (de acordo com um de dois protocolos de dosagem diferentes) ou placebo por 60 horas. Os ensaios de fase 2 e 3 encontraram diferenças estatisticamente significativas nas reduções dos escores totais da Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) desde a linha basal nos grupos da brexanolona, comparados aos grupos de placebo. No ensaio de fase 2, a remissão da depressão (escore total de HAM-D ≤7) foi observada em 7 de 10 pacientes no grupo de brexanolona, e em 1 de 11 pacientes no grupo de placebo após 60 horas. O efeito ainda pôde ser observado após 30 dias. Os ensaios de fase 3 também constataram uma taxa de remissão estatisticamente maior nas mulheres tratadas com brexanolona, comparadas aos grupos de controle após 60 horas, mas não após 30 dias. A proporção de pacientes que precisaram de medicação de resgate foi similar nos grupos da brexanolona e de placebo: cerca de 12% a 13%.^[80] Os efeitos adversos mais comuns decorrentes do tratamento nos grupos da brexanolona foram cefaleia, tontura e sonolência. Quatro efeitos adversos graves foram relatados no total: ideação suicida, tentativa intencional de superdosagem, estado de consciência alterado e síncope (os dois últimos, em particular, foram considerados relacionados ao tratamento). Uma nova solicitação de medicamento foi enviada à Food and Drug Administration dos EUA para o tratamento de mulheres com depressão pós-parto.

Hormônios esteroides

Uma revisão Cochrane sobre estrogênios e progestinas para prevenir e tratar a depressão pós-parto sugere que progestinas sintéticas podem ser usadas com cuidado no período pós-parto e que a terapia de estrogênio pode ter modesto valor.^[79] Entretanto, os estrogênios não foram rigorosamente avaliados e maiores pesquisas são necessárias, dado o aumento do risco de tromboembolismo associado com seu uso. O Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) não recomenda o uso de estrogênios no manejo de rotina da depressão pós-parto.^[41]

Ácidos graxos N-3: ácido eicosapentaenoico (EPA) e ácido docosa-hexaenoico (DHA)

Os dados sobre a eficácia do EPA e DHA para prevenção^[81] e tratamento da depressão perinatal são inconclusivos.^[82] ^[83]

Recomendações

Monitoramento

As mulheres devem ser regularmente acompanhadas durante o tratamento para garantir que estejam respondendo a ele. A frequência da revisão depende tanto da gravidade da depressão quanto do tratamento individual utilizado.

Durante o tratamento farmacológico em mulheres que estejam amamentando, os efeitos adversos podem ser maiores em bebês prematuros, recém-nascidos ou sistematicamente doentes. O lactente deve ser regularmente monitorado quanto a sedação excessiva, irritabilidade e alterações no sono, alimentação e crescimento.[1]

Os médicos devem procurar desenvolver um relacionamento de confiança com a paciente e seu parceiro para investigar seus pensamentos, preocupações e expectativas, e verificar regularmente sua compreensão dos problemas. Pode ser apropriado discutir o envolvimento de seu parceiro, membros da família e cuidadores em seu apoio.[45]

Para uma paciente que experimentou um episódio de depressão pós-parto, o risco de uma recorrência após outras gestações deve ser discutido.[45] Também pode ser apropriado discutir o risco de uma recorrência de depressão em momentos não relacionados ao parto.

Instruções ao paciente

É importante fornecer informações relevantes a mulheres com um transtorno mental existente e que estejam planejando uma gestação ou que estejam grávidas, assim como para as mulheres que desenvolvem um episódio durante a gestação ou período pós-parto.[45] Isso deve incluir o impacto do transtorno e seu tratamento tanto na mulher quanto no bebê e uma discussão completa sobre os riscos e benefícios do medicamento.[45]

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
ligação prejudicada com o lactente	curto prazo	baixa
<p>Existe uma forte correlação entre a depressão pós-parto e a interação e ligação comprometida entre mãe e lactente. A exposição do lactente à depressão materna foi mostrada como tendo consequências comportamentais, cognitivas e emocionais negativas. Os lactentes afetados demonstram expressão facial restrita e menos interesses. Um estudo longitudinal de 2057 crianças, que foram acompanhadas desde os 5 meses até os 8 anos de idade, demonstrou que uma grande gama de fatores de risco pré e perinatal, incluindo a depressão materna, age de forma independente para aumentar a probabilidade de altos níveis de hiperatividade-impulsividade e sintomas de desatenção na infância.[85]</p> <p>Outro estudo longitudinal acompanhou 9800 mães por 18 anos após o parto. A análise identificou uma coorte de mães/filhos que apresentava risco particularmente alto de desfechos adversos em longo prazo, tanto na mãe quanto na criança; mães que atendem aos critérios de depressão pós-parto moderada ou grave aos 2 meses e aos 8 meses após o parto. Em comparação com os filhos de mulheres com depressão pós-parto que não foram persistentes nem graves, as crianças dessa coorte apresentaram um risco 4 vezes maior de problemas comportamentais aos 3-4 anos de idade, um risco 2 vezes maior de ter pontuações mais baixas em testes matemáticos aos 16 anos e um risco 7 vezes maior de depressão aos 18 anos. As mães nessa coorte tiveram risco aumentado de apresentar altos níveis de sintomas depressivos até 11 anos após o parto.[86] [87] Esses resultados enfatizam a importância do rastreamento da depressão no período pós-parto e do tratamento de mulheres com depressão pós-parto persistente e grave como uma questão de prioridade clínica. O tratamento da depressão materna reduz a depressão, a ansiedade e o comportamento desordeiro na criança, ao passo que a ausência de tratamento resulta no agravamento desses sintomas.[88] [89] [90] [91]</p>		
negligência do bebê ou infanticídio	curto prazo	baixa
<p>Uma avaliação preliminar dos riscos de infanticídio pode ser realizada ao se indagar sobre três áreas principais:[1]</p> <p>O estado mental atual, incluindo pensamentos de suicídio e de causar danos ao bebê</p> <p>Qualquer história de tentativa de suicídio ou de causar dano ao bebê</p> <p>Fatores situacionais e ambientais que podem aumentar ou diminuir o risco.</p> <p>Quaisquer sintomas psicóticos aumentam substancialmente o risco, especialmente delírios ou alucinações relacionados ao bebê.</p> <p>A paciente deve ser encaminhada a uma consulta de emergência no mesmo dia para que uma avaliação detalhada do risco possa ser realizada, caso suspeite-se de um risco significativo de causar danos a si própria ou ao bebê.[1]</p>		
suicídio	curto prazo	baixa
<p>Uma avaliação preliminar dos riscos de suicídio pode ser realizada ao avaliar o estado mental atual e quaisquer fatores situacionais e ambientais que possam aumentar ou diminuir o risco.[1]</p> <p>A paciente deve ser encaminhada a uma consulta de emergência no mesmo dia para que uma avaliação detalhada do risco possa ser realizada, caso haja riscos significativos de infligir danos a si mesma.[1]</p>		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
transtorno bipolar	longo prazo	baixa
Mulheres com depressão pós-parto, especialmente aquelas com episódios graves de início precoce, podem subsequentemente desenvolver um transtorno bipolar. A presença de sintomas maníacos em episódios futuros de transtorno de humor deve ser avaliada nesses pacientes.[8] [64]		

Prognóstico

Definições diferentes de depressão pós-parto entre estudos dificultam a interpretação das informações de prognóstico. Os desfechos dependem da gravidade e natureza dos sintomas. Os episódios de depressão pós-parto duram, em média, de 3 a 6 meses, mas algumas mulheres continuam deprimidas por 1 ano.[1]

Risco de outros episódios

Orientações sobre riscos futuros devem ser personalizadas para cada paciente.[1] Mulheres com um primeiro episódio de depressão pós-parto estão sujeitas a um maior risco de depressão pós-parto subsequente (41% versus 18%), mas menor risco de depressão não pós-parto (38% versus 62%).[84]

Na presença de adversidade psicossocial clara e depressão pós-parto leve a moderada, o risco de episódios depressivos subsequentes depende da persistência das circunstâncias adversas.[1] Se a adversidade foi um evento cotidiano distinto, como o fim de um relacionamento, e foi resolvido, o risco de depressão pós-parto futuro pode ser baixo. Entretanto, o risco de episódios futuros nessa situação depende não só do próprio evento cotidiano, mas também de uma série de fatores biológicos e psicológicos específicos à paciente.[1]

Depressão de início precoce (nas primeiras 6-8 semanas), depressão grave e depressão com sintomas psicóticos ou bipolares sugerem a presença de um fator desencadeante puerperal específico, e o risco de episódios pós-parto subsequentes pode ser maior nesses pacientes.

Desenvolvimento de transtorno afetivo bipolar

Um estudo prospectivo, que avaliou até que ponto os transtornos psiquiátricos com início pós-parto são manifestações precoces de um transtorno afetivo bipolar subjacente, acompanhou 120,378 mulheres com um primeiro episódio psiquiátrico hospitalar ou ambulatorial com qualquer tipo de transtorno mental (excluindo transtorno afetivo bipolar) por 15 anos para avaliar se alguma delas evoluiu para um diagnóstico de primeiro episódio de transtorno afetivo bipolar.[9] Aproximadamente 14% das mulheres que tiveram o primeiro episódio psiquiátrico durante o primeiro mês pós-parto converteram-se em diagnóstico bipolar no período de acompanhamento, em comparação com somente 4% das mulheres com um primeiro episódio psiquiátrico sem relação a parto. Além disso, um início pós-parto de sintomas psiquiátricos entre 0 a 14 dias após o parto prediz a subsequente conversão a um transtorno bipolar (risco relativo = 4.26; intervalo de confiança [IC] de 95% = 3.11-5.85).

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2018

Management of perinatal mood disorders

Publicado por: Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Última publicação em:
2012

América do Norte

Screening for perinatal depression

Publicado por: American Congress of Obstetricians and Gynecologists

Última publicação em:
2018

Screening for depression in adults

Publicado por: US Preventive Services Task Force

Última publicação em:
2016

Oceania

Perinatal anxiety and depressive disorders (including postnatal depression)

Publicado por: Department of Health, Government of South Australia

Última publicação em:
2017

Diretrizes de tratamento

Europa

Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2018

Postnatal care up to 8 weeks after birth

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2015

Europa

Management of perinatal mood disorders

Publicado por: Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Última publicação em:
2012

América do Norte

The management of depression during pregnancy

Publicado por: American Psychiatric Association; American College of Obstetricians and Gynecologists

Última publicação em:
2009

Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation

Publicado por: American Congress of Obstetricians and Gynecologists

Última publicação em:
2008 (re-affirmed 2018)

Recursos online

1. [Everymind \(Australia\): Life in Mind](#) (*external link*)
2. [UK Teratology Information Service](#) (*external link*)
3. [Organization of Teratology Information Specialists: MotherToBaby](#) (*external link*)
4. [US National Library of Medicine: toxicology data network - drugs and lactation database](#) (*external link*)

Artigos principais

- Musters C, McDonald E, Jones I. Management of postnatal depression. BMJ. 2008 Aug 8;337:a736. [Resumo](#)
- O'Hara MW, Swain AM. Rates and risks of postpartum depression: a meta- analysis. Int Rev Psychiatry. 1996;8:37-54.
- Jones L, Scott J, Cooper C, et al. Cognitive style, personality and vulnerability to postnatal depression. Br J Psychiatry. 2010 Mar;196(3):200-5. [Resumo](#)
- Treloar SA, Martin NG, Bucholz KK, et al. Genetic influences on post-natal depressive symptoms: findings from an Australian twin sample. Psychol Med. 1999 May;29(3):645-54. [Resumo](#)
- Jones I, Cantwell R; Nosology Working Group, Royal College of Psychiatrists, Perinatal Section. The classification of perinatal mood disorders: suggestions for DSMV and ICD11. Arch Womens Ment Health. 2010 Feb;13(1):33-6. [Resumo](#)
- Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(2):CD001134. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. April 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
- 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. [Resumo](#)

Referências

1. Musters C, McDonald E, Jones I. Management of postnatal depression. BMJ. 2008 Aug 8;337:a736. [Resumo](#)
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013. [Texto completo](#)
3. Forty L, Jones L, Macgregor S, et al. Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study. Am J Psychiatry. 2006 Sep;163(9):1549-53. [Texto completo](#) [Resumo](#)
4. Heron J, Haque S, Oyeboode F, et al. A longitudinal study of hypomania and depression symptoms in pregnancy and the postpartum period. Bipolar Disord. 2009 Jun;11(4):410-7. [Resumo](#)
5. Jones I, Craddock N. Bipolar disorder and childbirth: the importance of recognising risk. Br J Psychiatry. 2005 Jun;186:453-4. [Texto completo](#) [Resumo](#)

6. Wisner KL, Sit DK, McShea MC, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*. 2013 May;70(5):490-8. [Resumo](#)
7. Di Florio A, Forty L, Gordon-Smith K, et al. Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *JAMA Psychiatry*. 2013 Feb;70(2):168-75. [Resumo](#)
8. Sharma V, Burt VK, Ritchie HL. Bipolar II postpartum depression: detection, diagnosis, and treatment. *Am J Psychiatry*. 2009 Nov;166(11):1217-21. [Texto completo](#) [Resumo](#)
9. Munk-Olsen T, Laursen TM, Meltzer-Brody S, et al. Psychiatric disorders with postpartum onset: possible early manifestations of bipolar affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 Apr;69(4):428-34. [Resumo](#)
10. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risks of postpartum depression: a meta- analysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996;8:37-54.
11. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005 Nov;106(5 Pt 1):1071-83. [Resumo](#)
12. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2006 Apr;91(2-3):97-111. [Resumo](#)
13. Sawyer A, Ayers S, Smith H. Pre- and postnatal psychological wellbeing in Africa: a systematic review. *J Affect Disord*. 2010 Jun;123(1-3):17-29. [Resumo](#)
14. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, et al. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA*. 2006 Dec 6;296(21):2582-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
15. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2008 Jul;65(7):805-15. [Texto completo](#) [Resumo](#)
16. Evans J, Heron J, Francomb H, et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 2001 Aug 4;323(7307):257-60. [Resumo](#)
17. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001 Sep-Oct;50(5):275-85. [Resumo](#)
18. Robertson E, Grace S, Wallington T, et al. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004 Jul-Aug;26(4):289-95. [Resumo](#)
19. Surkan PJ, Peterson KE, Hughes MD, et al. The role of social networks and support in postpartum women's depression: a multiethnic urban sample. *Matern Child Health J*. 2006 Jul;10(4):375-83. [Resumo](#)
20. Logsdon MC, Birkimer JC, Usui WM. The link of social support and postpartum depressive symptoms in African-American women with low incomes. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2000 Sep-Oct;25(5):262-6. [Resumo](#)

21. Howell EA, Mora P, Leventhal H. Correlates of early postpartum depressive symptoms. *Matern Child Health J.* 2006 Mar;10(2):149-57. [Texto completo](#) [Resumo](#)
22. Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, et al. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet.* 2010 Sep 11;376(9744):903-10. [Resumo](#)
23. Boyce P, Hickey A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005 Aug;40(8):605-12. [Resumo](#)
24. Heron J, O'Connor TG, Evans J, et al; ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord.* 2004 May;80(1):65-73. [Resumo](#)
25. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord.* 2008 May;108(1-2):147-57. [Resumo](#)
26. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, et al. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *Am J Psychiatry.* 2000 Feb;157(2):179-84. [Texto completo](#) [Resumo](#)
27. Lane A, Keville R, Morris M, et al. Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. *Br J Psychiatry.* 1997 Dec;171:550-5. [Resumo](#)
28. Glover V, Liddle P, Taylor A, et al. Mild hypomania (the highs) can be a feature of the first postpartum week: association with later depression. *Br J Psychiatry.* 1994 Apr;164(4):517-21. [Resumo](#)
29. Jesse DE, Walcott-McQuigg J, Mariella A, et al. Risks and protective factors associated with symptoms of depression in low-income African American and Caucasian women during pregnancy. *J Midwifery Womens Health.* 2005 Sep-Oct;50(5):405-10. [Resumo](#)
30. Jones L, Scott J, Cooper C, et al. Cognitive style, personality and vulnerability to postnatal depression. *Br J Psychiatry.* 2010 Mar;196(3):200-5. [Resumo](#)
31. Treloar SA, Martin NG, Bucholz KK, et al. Genetic influences on post-natal depressive symptoms: findings from an Australian twin sample. *Psychol Med.* 1999 May;29(3):645-54. [Resumo](#)
32. Viktorin A, Meltzer-Brody S, Kuja-Halkola R, et al. Heritability of perinatal depression and genetic overlap with nonperinatal depression. *Am J Psychiatry.* 2016 Feb 1;173(2):158-65. [Resumo](#)
33. Mahon PB, Payne JL, MacKinnon DF, et al; NIMH Genetics Initiative Bipolar Disorder Consortium; BiGS Consortium. Genome-wide linkage and follow-up association study of postpartum mood symptoms. *Am J Psychiatry.* 2009 Nov;166(11):1229-37. [Texto completo](#) [Resumo](#)
34. Dennis CL, Ross L. Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth.* 2005 Sep;32(3):187-93. [Resumo](#)

35. Stremler R, Hodnett E, Kenton L, et al. Effect of behavioural-educational intervention on sleep for primiparous women and their infants in early postpartum: multisite randomised controlled trial. *BMJ*. 2013 Mar 20;346:f1164. [Texto completo](#) [Resumo](#)
36. Church NF, Brechman-Toussaint ML, Hine DW. Do dysfunctional cognitions mediate the relationship between risk factors and postnatal depression symptomatology? *J Affect Disord*. 2005 Jul;87(1):65-72. [Resumo](#)
37. Jones I, Cantwell R; Nosology Working Group, Royal College of Psychiatrists, Perinatal Section. The classification of perinatal mood disorders: suggestions for DSMV and ICD11. *Arch Womens Ment Health*. 2010 Feb;13(1):33-6. [Resumo](#)
38. Hendrick V, Altshuler LL, Suri R. Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics*. 1998 Mar-Apr;39(2):93-101. [Resumo](#)
39. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, et al. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry*. 2000 Jun;157(6):924-30. [Texto completo](#) [Resumo](#)
40. Corwin EJ, Pajer K. The psychoneuroimmunology of postpartum depression. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008 Nov;17(9):1529-34. [Resumo](#)
41. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of perinatal mood disorders. March 2012 [internet publication]. [Texto completo](#)
42. Carter FA, Frampton CM, Mulder RT. Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. *Psychosom Med*. 2006 Mar-Apr;68(2):321-30. [Resumo](#)
43. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(2):CD001134. [Texto completo](#) [Resumo](#)
44. Pritchett RV, Daley AJ, Jolly K. Does aerobic exercise reduce postpartum depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2017 Oct;67(663):e684-e691. [Resumo](#)
45. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. April 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
46. Brugha TS, Morrell CJ, Slade P, et al. Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care. *Psychol Med*. 2011 Apr;41(4):739-48. [Texto completo](#) [Resumo](#)
47. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 757. Screening for perinatal depression [internet publication]. [Texto completo](#)
48. Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DK. Postpartum depression: a disorder in search of a definition. *Arch Womens Ment Health*. 2010 Feb;13(1):37-40. [Texto completo](#) [Resumo](#)

49. Elliott S. Report on the satra bruk workshop on classification of postnatal mental disorders on November 7-10, 1999, convened by Birgitta Wickberg, Philip Hwang and John Cox with the support of Allmanna Barhuset represented by Marina Gronros. Arch Wom Ment Health. 2000;3:27-33.
50. Austin MP; Marcé Society Position Statement Advisory Committee. Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014 Jan;28(1):179-87. [Resumo](#)
51. Stein G, Van Den Akker O. The retrospective diagnosis of postnatal depression by questionnaire. J Psychosom Res. 1992 Jan;36(1):67-75. [Resumo](#)
52. 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. [Resumo](#)
53. Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. Nurs Res. 2000 Sep-Oct;49(5):272-82. [Resumo](#)
54. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, et al. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. Acta Psychiatr Scand. 2009 May;119(5):350-64. [Texto completo](#) [Resumo](#)
55. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961 Jun;4:561-71. [Resumo](#)
56. Boyd RC, Le HN, Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression. Arch Womens Ment Health. 2005 Sep;8(3):141-53. [Resumo](#)
57. Siu AL; US Preventive Services Task Force (USPSTF), Bibbins-Domingo K, et al. Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2016 Jan 26;315(4):380-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
58. Zubaran C, Schumacher M, Roxo MR, et al. Screening tools for postpartum depression: validity and cultural dimensions. Afr J Psychiatry (Johannesbg). 2010 Nov;13(5):357-65. [Resumo](#)
59. Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, et al. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: a review of the literature. J Anxiety Disord. 2003;17(4):461-78. [Resumo](#)
60. Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T, et al. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. J Clin Psychiatry. 1999 Mar;60(3):176-80. [Resumo](#)
61. Jennings KD, Ross S, Popper S, et al. Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. J Affect Disord. 1999 Jul;54(1-2):21-8. [Resumo](#)
62. Cooper C, Jones L, Dunn E, et al. Clinical presentation of postnatal and non-postnatal depressive episodes. Psychol Med. 2007 Sep;37(9):1273-80. [Resumo](#)
63. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

64. Chessick CA, Dimidjian S. Screening for bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Arch Womens Ment Health*. 2010 Jun;13(3):233-48. [Resumo](#)
65. Altman EG, Hedeker D, Peterson JL, et al. The Altman self-rating mania scale. *Biol Psychiatry*. 1997 Nov 15;42(10):948-55. [Resumo](#)
66. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry*. 2000 Nov;157(11):1873-5. [Texto completo](#) [Resumo](#)
67. Solomon DA, Leon AC, Maser JD, et al. Distinguishing bipolar major depression from unipolar major depression with the screening assessment of depression-polarity (SAD-P). *J Clin Psychiatry*. 2006 Mar;67(3):434-42. [Texto completo](#) [Resumo](#)
68. Gerace C, Corsi FM, Comanducci G. Apathetic syndrome from carotid dissection: a dangerous condition. *BMJ Case Rep*. 2013 Sep 2;2013. pii: bcr2013009686. [Resumo](#)
69. Stagnaro-Green A. Postpartum thyroiditis. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2004 Jun;18(2):303-16. [Resumo](#)
70. Heron J, Craddock N, Jones I. Postnatal euphoria: are 'the highs' an indicator of bipolarity? *Bipolar Disord*. 2005 Apr;7(2):103-10. [Resumo](#)
71. Heron J, McGuinness M, Blackmore ER, et al. Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *BJOG*. 2008 Feb;115(3):348-53. [Texto completo](#) [Resumo](#)
72. Sharma V. A cautionary note on the use of antidepressants in postpartum depression. *Bipolar Disord*. 2006 Aug;8(4):411-4. [Resumo](#)
73. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
74. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, et al. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2016 Jan 26;315(4):388-406. [Texto completo](#) [Resumo](#)
75. Leung SS, Leung C, Lam TH, et al. Outcome of a postnatal depression screening programme using the Edinburgh Postnatal Depression Scale: a randomized controlled trial. *J Public Health (Oxf)*. 2010 Sep 29;33(2):292-301. [Texto completo](#) [Resumo](#)
76. Molyneaux E, Howard LM, McGeown HR, et al. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Sep 11;(9):CD002018. [Texto completo](#) [Resumo](#)
77. Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, et al. Pooled analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. *Am J Psychiatry*. 2004 Jun;161(6):1066-78. [Texto completo](#) [Resumo](#)
78. Davanzo R, Copertino M, De Cunto A, et al. Antidepressant drugs and breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Med*. 2011 Apr;6(2):89-98. [Resumo](#)

79. Dennis CL, Ross LE, Herxheimer A. Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8;(4):CD001690. [Texto completo](#) [Resumo](#)
80. Meltzer-Brody S, Colquhoun H, Riesenbergr R, et al. Brexanolone injection in post-partum depression: two multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet*. 2018 Aug 31;392(10152):1058-70. [Resumo](#)
81. Miller BJ, Murray L, Beckmann MM, et al. Dietary supplements for preventing postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 24;(10):CD009104. [Texto completo](#) [Resumo](#)
82. Ng RC, Hirata CK, Yeung W, et al. Pharmacologic treatment for postpartum depression: a systematic review. *Pharmacotherapy*. 2010 Sep;30(9):928-41. [Resumo](#)
83. Jans LA, Giltay EJ, Van der Does AJ, et al. The efficacy of n-3 fatty acids DHA and EPA (fish oil) for perinatal depression. *Br J Nutr*. 2010 Dec;104(11):1577-85. [Resumo](#)
84. Cooper P, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry*. 1995 Feb;166(2):191-5. [Resumo](#)
85. Galéra C, Côté SM, Bouvard MP, et al. Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Dec;68(12):1267-75. [Texto completo](#) [Resumo](#)
86. Netsi E, Pearson RM, Murray L, et al. Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2018 Mar 1;75(3):247-253. [Resumo](#)
87. Weissman MM. Postpartum Depression and Its Long-term Impact on Children: Many New Questions. *JAMA Psychiatry*. 2018 Mar 1;75(3):227-228. [Resumo](#)
88. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behaviour: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Ment Health*. 2003 Nov;6(4):263-74. [Resumo](#)
89. Lundy B, Field T, Pickens J. Newborns of mothers with depressive symptoms are less expressive. *Infant Behav Dev*. 1996 Oct-Dec;19(4):419-24.
90. Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, et al. Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR*D-child report. *JAMA* 2006 Mar 22;295(12):1389-98. [Resumo](#)
91. Lusskin SI, Pundiak TM, Habib SM. Perinatal depression: hiding in plain sight. *Can J Psychiatry*. 2007 Aug;52(8):479-88. [Resumo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Feb 12, 2019.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Arianna Di Florio, MD, PhD

Clinical Senior Lecturer

MRC Centre for Neuropsychiatric Genetics and Genomics, Cardiff University, Cardiff, UK

DIVULGAÇÕES: ADF declares that she has no competing interests.

Ian Jones, MB BS, MRCPsych, PhD

Professor of Psychiatry

MRC Centre for Neuropsychiatric Genetics and Genomics, Cardiff University, Cardiff, UK

DIVULGAÇÕES: IJ has received honorariums or consultancy fees from Lilly, GlaxoSmithKline, Lundbeck, Sanofi-Aventis, Janssen-Cilag, and AstraZeneca, and has received research funding from GlaxoSmithKline.

// Colegas revisores:

Margaret Spinelli, MD

Associate Professor of Psychiatry

Columbia University, New York, NY

DIVULGAÇÕES: MS declares that she has no competing interests.

Anne-Laure Sutter, MD, PhD

Head of the Perinatal Psychiatry Network

University Department of Adult Psychiatry, CH Charles Perrens, Bordeaux, France

DIVULGAÇÕES: ALS declares that she has no competing interests.