

JOEL RENNÓ JR.  
JULIANA PIRES CAVALSAN  
HEWDY RIBEIRO LOBO  
AMAURY CANTILINO  
RENAN ROCHA  
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO  
GISLENE VALADARES  
ANTONIO GERALDO DA SILVA

## PARTO CESÁREA É FATOR DE RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO?

### IS CESAREAN SECTION A RISK FACTOR FOR POSTPARTUM DEPRESSION?

#### Resumo

A depressão pós-parto atinge cerca de 12% das puérperas. Apesar de ser reconhecida pelo médicos, ainda não se sabe ao certo sua causa. Muitos fatores de risco estão associados a essa patologia, entre eles baixo suporte familiar, gravidez não planejada, baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, depressão na gravidez e história pessoal de transtorno psiquiátrico. No entanto, ainda não está bem estabelecido se a via de parto é um facilitador para o desenvolvimento da depressão pós-parto. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de cesáreas é considerado muito alto no Brasil. A OMS estipula como aceitável taxas de 15% de cesárea; no Brasil, esse número chega a 45%. A literatura internacional é contraditória em determinar a via de parto como fator de risco para depressão pós-parto, e poucos artigos nacionais abordam o tema.

**Palavras-chaves:** Depressão pós-parto, fatores de risco, via de parto.

#### Abstract

Postpartum depression affects about 12% of new mothers. Even though it is recognized by practitioners, the cause of postpartum depression remains unknown. Many risk factors are associated with the condition, including lack of support from the family, unintended pregnancy, low socioeconomic status, low education level, depression during pregnancy, and history of mental disease. Conversely, it is not well established whether mode of delivery is a facilitator for the development of postpartum depression. According to the World Health Organization (WHO), the number of Cesarean sections is considered very high in Brazil. The WHO considers

as acceptable a Cesarean rate of 15%; in Brazil, the rate reaches 45%. The international literature is inconsistent in determining whether mode of delivery is a risk factor for postpartum depression, and few Brazilian articles have addressed the topic.

**Keywords:** Postpartum depression, risk factors, mode of delivery.

#### INTRODUÇÃO

O puerpério é um período facilitador para o surgimento de transtornos psiquiátricos, em especial a depressão pós-parto, em mulheres suscetíveis a variações hormonais. A depressão pós-parto prejudica não só as mulheres afetadas, mas também seus filhos e companheiros. Mulheres nessa condição tendem a descontinuar a amamentação, cuidam menos delas próprias e do bebê e interagem menos com os bebês, o que leva a um atraso em seu desenvolvimento neurocognitivo<sup>1</sup>. Os filhos mais velhos também são afetados, pois as mães deprimidas não conseguem cuidar satisfatoriamente de nenhum dos filhos; além disso, eles acabam assumindo, prematuramente, as responsabilidades dos adultos e ajudam nos cuidados dos irmãos mais novos. Os companheiros vivenciam sentimentos de insegurança e incerteza com relação ao futuro e têm maior chance de desenvolver transtornos psiquiátricos<sup>2</sup>.

Os sintomas da depressão pós-parto são basicamente os mesmos da depressão maior, incluindo humor deprimido, anedonia, labilidade emocional, alteração do sono e apetite, agitação ou retardo psicomotor e sentimentos de inutilidade e culpa. No entanto, aspectos peculiares dessa patologia são a alta associação com sintomas obsessivo-compulsivos e ansiosos, a baixa

incidência de suicídio, resposta mais demorada ao tratamento e uso de mais de uma medicação<sup>3,4</sup>.

A 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) classifica como depressão pós-parto aquela em que os sintomas se iniciam dentro de 6 semanas após o parto<sup>5</sup>. Já a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) não distingue a depressão pós-parto da que acontece em outros períodos, mas acrescenta um especificador “com início no periparto”, podendo ter início durante a gestação ou nas 4 semanas seguintes ao parto<sup>6</sup>. Na prática clínica, o diagnóstico de depressão pós-parto é considerado quando os sintomas se iniciam em até 1 ano após o parto.

De acordo com a literatura internacional, a prevalência de depressão pós-parto está em torno de 13 a 15%<sup>7,8</sup>. Já uma revisão de artigos brasileiros encontrou prevalências variando de 7,2 a 43%. Essa grande variação se dá pela dificuldade em determinar quando os sintomas depressivos começaram, se na gestação ou no puerpério<sup>3</sup>. Segundo outro trabalho, a prevalência de depressão pós-parto no Brasil varia de 6 a 12%, índice semelhante aos relatados para outros países<sup>9</sup>.

Muitos são os fatores de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto. Os principais e já bem estabelecidos pela literatura são baixo suporte familiar, gravidez não planejada/não desejada/não aceita, depressão na gravidez, história de depressão pós-parto, baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, obesidade e doença no bebê, complicações durante o parto, características de personalidade, baixa autoestima e *blues* puerperal e história pessoal de transtorno psiquiátrico<sup>1,4,9,10</sup>.

### **ASPECTOS CULTURAIS DO PARTO**

O nascimento de uma criança é um fenômeno natural marcado por intensa expectativa de todos os envolvidos. Muitas vezes vem acompanhado por medo da dor do parto, medo da morte materna e/ou do bebê e ansiedade. Envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais<sup>11</sup>.

Os aspectos culturais têm um grande impacto nas percepções e atitudes das pessoas em relação ao trabalho de parto, à dor e aos mecanismos para suportar a dor<sup>11</sup>. Isso explica, em grande parte, por que a decisão

de o nascimento ser via vaginal ou via cirúrgica vai além da indicação médica, como temos visto nos últimos tempos.

O parto cesárea é entendido, pelas mulheres, como mais seguro e menos doloroso<sup>11</sup>; ele preserva a musculatura pélvica, que influencia o desempenho sexual<sup>12</sup>, e proporciona outras facilidades, como poder planejar a data do parto<sup>13</sup>. O que pesa contra essa via é a necessidade de anestesia e a recuperação mais lenta, que interfere nos cuidados do bebê. Além disso, os obstetras tendem a preferir o parto cesárea pela conveniência, já que o tempo gasto é bem menor quando comparado ao parto por via vaginal<sup>12</sup>. Do ponto de vista obstétrico, o parto cesárea só é indicado quando há risco de morte para a mãe e/ou para o feto<sup>11</sup>.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as taxas de cesárea são um dos indicativos de saúde de um país. Em 1985, a OMS decidiu que não havia justificativa para que a taxa de cesárea fosse maior do que 10 a 15% em qualquer região do mundo. Em 2010, a OMS emitiu um relatório com os números e custos das cesáreas necessárias e desnecessárias em todo o mundo. De acordo com o relatório, o Brasil apresentou taxas de parto cesárea de 45,9% no ano de 2006<sup>14</sup>.

Mesmo quando a via de nascimento é bem indicada, algumas mulheres podem vivenciar essa experiência como traumática. A prevalência de mulheres com sintomas típicos de estresse pós-traumático chega a 2-6% independentemente da via de parto, o que pode frustrar o desejo de ter mais filhos ou retardar uma nova gestação<sup>15</sup>. Estudos já demonstraram que, após uma cesárea de emergência ou o uso de fórceps, o risco de estresse pós-traumático aumenta<sup>15,16</sup>; por outro lado, cesárea eletiva ou parto vaginal também possam desencadear a doença. Nesses casos, os fatores determinantes são a expectativa e a preferência da mulher e o desfecho clínico<sup>15</sup>. Por exemplo, se a mulher tem medo importante de ser submetida ao parto vaginal e é forçada a fazê-lo, ela pode vivenciar essa experiência como traumática<sup>15</sup>. Assim, se as condições às quais a paciente for submetida são congruentes com seus desejos, a chance de vivenciar emoções positivas são maiores. Por outro lado, se as condições oferecidas frustram os desejos da paciente, o surgimento de sentimentos negativos é mais provável<sup>15</sup>.

JOEL RENNÓ JR.  
JULIANA PIRES CAVALSAN  
HEWDY RIBEIRO LOBO  
AMAURY CANTILINO  
RENAN ROCHA  
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO  
GISLENE VALADARES  
ANTONIO GERALDO DA SILVA

# ARTIGO

Seguindo essa mesma linha de investigação, um estudo determinou que mulheres que preferiam parto vaginal mas foram submetidas ao parto cesárea apresentaram mais sintomas depressivos. Por outro lado, mulheres que preferiam parto vaginal e foram submetidas a ele não tiveram aumento dos sintomas depressivos. Esse resultado sugere que, quando uma cesárea é recomendada, as pacientes precisam ser muito bem orientadas no sentido de que a cirurgia não representa um fracasso, assim como sobre a necessidade e importância desse procedimento<sup>8</sup>. Infelizmente, pouco ainda se sabe sobre se algum tipo de parto é fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto.

## O QUE OS ESTUDOS TÊM A NOS DIZER?

Goker et al. avaliaram 318 mulheres submetidas a parto vaginal, cesárea eletiva e cesárea de emergência, 6 semanas após o parto, e constataram que a via de parto não constituiu fator de risco para depressão pós-parto. Nesse estudo, os fatores de risco mais importantes foram antecedente de depressão, presença de hiperêmese gravídica e ser dona-de-casa<sup>1</sup>.

Adams et al. estudaram 55.814 mulheres na Noruega, no período de 1998 a 2008. Os autores mediram os níveis de ansiedade e depressão na 30<sup>a</sup> semana de gestação e na 6<sup>a</sup> semana após o parto. O estudo concluiu que a via de parto não foi estatisticamente relevante para o desenvolvimento de depressão pós-parto. O fator de risco mais importante foi a presença de sintomas ansiosos e depressivos durante a gestação<sup>17</sup>.

Bahadoran et al. publicaram uma metanálise que incluiu todos os estudos conduzidos no Irã, de 1997 a 2011, sobre depressão pós-parto e via de parto. A conclusão à qual chegaram é de que a depressão puerperal está relacionada com sentimentos de orgulho e sucesso em relação ao parto e com o grau de satisfação com a experiência do parto e com o nascimento do bebê. Esses sentimentos tendem a ser menores em mulheres submetidas ao parto cesárea do que naquelas que tiveram parto vaginal<sup>18</sup>. Outro estudo conduzido no Irã por Sadat et al. concluiu que não há associação significativa entre via de parto e presença de depressão pós-parto 2 e 4 meses após<sup>19</sup>.

Um estudo brasileiro de autoria de Cantilino et al. determinou os fatores de risco para depressão pós-parto

em mulheres moradoras de Recife e concluiu que o parto vaginal esteve associado com maior taxa de depressão pós-parto quando comparado ao parto cesárea. A explicação se baseia no atual sistema de saúde brasileiro, que não oferece suporte adequado às mulheres durante o trabalho de parto. Muitas se queixaram de trabalho de parto muito demorado, acompanhado por longos períodos de dor intensa e sentimentos de medo, insegurança e estresse. Dor prolongada durante o trabalho de parto aumenta os níveis de cortisol, o que está relacionado com níveis de estresse. Além disso, no Brasil, a maior parte das cesáreas é agendada, ao passo que os trabalhos internacionais identificam a cesárea de emergência como um fator de risco para depressão puerperal<sup>9</sup>.

Na Armênia, Petrosyan et al. estudaram uma série de casos-controles e descobriram que mães mais jovens (menos de 25 anos) só apresentaram mais chance de depressão pós-parto quando submetidas ao parto cesárea<sup>10</sup>. Carter et al. publicaram uma metanálise incluindo 24 artigos e mais de 27.000 mulheres e determinaram não ser possível estabelecer uma associação entre depressão pós-parto e parto cesárea<sup>7</sup>. Rauh et al., por sua vez, determinaram que, no segundo dia após o parto, os sintomas depressivos são maiores em mulheres submetidas ao parto cesárea em comparação ao parto vaginal; já após 6 meses, as diferenças não foram mais detectáveis<sup>7</sup>.

As emoções em mulheres que tiveram parto vaginal também podem ser diferentes daquelas vivenciadas por mulheres submetidas a parto cesárea, em função de alterações no circuito cerebral. Sabe-se que o hormônio ocitocina é liberado no momento do parto, devido às contrações uterinas e à estimulação cérvico-vaginal<sup>20</sup>. Estudos experimentais em animais mostraram que a ocitocina é um hormônio mediador do comportamento materno<sup>20</sup>.

Para avaliar se há alteração nas regiões cerebrais em mulheres submetidas ao parto cesárea ou vaginal, Swain et al. realizaram exames de ressonância magnética em puérperas e utilizaram como estímulo o choro dos próprios bebês e o choro de um bebê padrão. Os resultados de neuroimagem mostraram que, ao ouvir o choro dos próprios filhos, as mulheres submetidas ao parto vaginal tiveram as regiões do córtex frontal, hipotálamo e gânglios da base mais ativadas<sup>20</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados da literatura ainda não são unânimes em dizer se a via de parto constitui fator de risco para a depressão pós-parto, embora a maioria defenda que não há relação significativa, exceto para os casos de cesárea de emergência. Infelizmente, há poucos artigos que focam na preferência da mulher em relação à via de parto e em suas percepções e vivências nesse momento tão único e íntimo da vida. Na prática clínica, precisamos questionar mais as pacientes sobre suas sensações, desejos e fantasias, pois muitos transtornos mentais podem ser desencadeados quando os desejos são frustrados.

## Agradecimentos

Agradecemos à ABP pelo apoio e esforços empregados na divulgação do Programa de Saúde Mental da Mulher.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

**Correspondência:** Joel Rennó Jr., Rua Teodoro Sampaio, 352/127, Pinheiros, CEP 05406-000, São Paulo, SP. E-mail: rennojr@terra.com.br

## Referências

1. Goker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikayak S, Yildirim Y, Koyuncu FM. Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor? *ISRN Obstet Gynecol*. 2012;2012:616759.
2. Sword W, Landy CK, Thabane L, Watt S, Krueger P, Farine D, et al. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG*. 2011;118:966-77.
3. Zaconeta AM, Queiroz IF, Amato AA, Motta LD, Casulari LA. Depression with postpartum onset: a prospective cohort study in women undergoing elective cesarean section in Brasília, Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35:130-5.
4. Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Rennó J Jr. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev Psiq Clin*. 2010;37:278-84.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.
6. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014.
7. Rauh C, Beetz A, Burger P, Engel A, Haberle L, Fasching PA, et al. Delivery mode and the course of the pre- and postpartum depression. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;286:1407-12.
8. Houston KA, Kaimal AJ, Nakagawa S, Greogorich SE, Yee LM, Kuppermann M. Mode of delivery and postpartum depression: the role of patients preferences. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212:229.e1-7.
9. Cantilino A, Zambaldi CF, Albuquerque TLC, Paes JA, Montenegro ACP, Sougey EB. Postpartum depression in Recife, Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59:1-9.
10. Petrosyan D, Armenian HK, Arzoumanian K. Interaction of maternal age and mode of delivery in the development of postpartum depression in Yerevan, Armenia. *J Affect Disord*. 2011;135:77-81.
11. Zakerihamidi M, Latifnejad Roudsari R, Merghati Khoei E. Vaginal delivery vs. cesarean section: a focused ethnographic study of women's perceptions in the north of Iran. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2015;3:39-50.
12. Osis MJ, Padua KS, Duarte GA, Souza TR, Faúndes A. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001;75:S59-66.
13. Deng W, Klemetti R, Long Q, Wu Z, Duan C, Zhang WH, et al. Cesarean section in Shanghai: women's or healthcare provider's preferences? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:285.
14. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and cost of additionally needed and unnecessary cesarean section performed per year: overuse as a barrier to universal coverage [Internet]. 2010 [cited 2015 Jun 17]. <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>
15. Garthus-Niegel S, von Soest T, Knoph C, Simonsen TB, Torgersen L, Eberhard-Gran M. The influence

JOEL RENNÓ JR.  
JULIANA PIRES CAVALSAN  
HEWDY RIBEIRO LOBO  
AMAURY CANTILINO  
RENAN ROCHA  
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO  
GISLENE VALADARES  
ANTONIO GERALDO DA SILVA

# ARTIGO

- of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:191.
16. Yang SN, Shen LJ, Ping T, Wang YC, Chien CW. The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression. *J Affect Disord*. 2011;132:158-64.
  17. Adams SS, Eberhard-Gran M, Sandvik AR, Eskild A. Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55,814 women. *BJOG*. 2012;119:298-305.
  18. Bahadoran P, Oreizi HR, Safari S. Meta-analysis of the role of delivery mode in postpartum depression (Iran 1997-2011). *J Educ Health Promot*. 2014;3:118.
  19. Sadat Z1, Kafaei Atrian M, Masoudi Alavi N, Abbaszadeh F, Karimian Z, Taherian A. Effect of mode of delivery on postpartum depression in Iranian women. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014;40:172-7.
  20. Swain JE, Tasgin E, Mayes LC, Feldman R, Constable RT, Leckman JF. Maternal brain response to own baby-cry is affected by cesarean section delivery. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49:1042-52.