



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
UNIDADE ACADÊMICA DE SERRA TALHADA
BACHARELADO EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

EVALDO JOSÉ GENUÍNO DE MORAIS JÚNIOR

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

SERRA TALHADA – PE

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
UNIDADE ACADÊMICA DE SERRA TALHADA
BACHARELADO EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

EVALDO JOSÉ GENUÍNO DE MORAIS JÚNIOR

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Ciências Biológicas, da Universidade Federal Rural de Pernambuco, Unidade Acadêmica de Serra Talhada como parte das exigências para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Biológicas.

Orientador: Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

SERRA TALHADA – PE

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Sistema Integrado de Bibliotecas
Gerada automaticamente, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M827d Morais, Evaldo José Genuíno de Morais Júnior
 DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA / Evaldo José Genuíno de Morais Júnior Morais. -
 2021.
 46 f.

Orientador: Plínio Pereira Gomes Junior.
Inclui referências e anexo(s).

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal Rural de Pernambuco, Bacharelado em
Ciências Biológicas, Serra Talhada, 2021.

1. Epidemiologia. 2. Histórico da DPP . 3. Saúde Mental. I. Junior, Plínio Pereira Gomes, orient. II. Título

CDD 574

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

EVALDO JOSÉ GENUÍNO DE MORAIS JÚNIOR

Monografia apresentada à banca examinadora em:

02/03/2021

Prof. Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior
(UFRPE/UAST – 1º Membro titular/Orientador)

Profa. Ma. Polyana Felipe Ferreira de Costa
(UPE – 2º Membro titular)

Profa. Dra. Rossana Herculano Clementino
(UFRPE/UAST – 3º Membro titular)

Prof. Dr. Eduardo Henrique da Silva Ramos
(UFRPE/UAST – Suplente)

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	6
RESUMO	8
ABSTRACT	9
LISTA DE QUADROS	10
LISTA DE ABREVIATURAS.....	11
LISTA DE FIGURAS	12
1 INTRODUÇÃO.....	13
2 METODOLOGIA.....	15
2.1 Seleção de Artigos.....	15
2.2 Coleta de Dados.....	15
2.3 Análise, interpretação e desenvolvimento	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Conceito de depressão	16
3.2 Depressão na Antiguidade	19
3.3 Depressão na Idade Média.....	20
3.4 Depressão no Século XX.....	21
3.5 Epidemiologia da Depressão	21
3.6 Manifestações Clínicas	21
3.7 Depressão pós-parto	24
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37

Dedico

Dedico este a minha mãe, onde provo que toda a dedicação e investimento a mim feitos, valeu a pena, obrigado por todo o crédito, amor, carinho, dedicação e cuidado para comigo.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a mim mesmo, por nunca ter desistido, por acreditar em mim, por ter feito todo esse trabalho duro por anos, agradecer a mim por ter me dado folgas quando achei que merecia e pelas noites prolongadas quando achei que era necessário no momento, agradecer quando me respeitei e me deixei cair para levantar mais forte, pois não foi fácil. Agradecer por tudo que fiz e por quem eu sou, agradecer a mim por ter feito mais coisas certas do que erradas, por eu ter escolhido o caminho certo, quero agradecer a mim mesmo pelo simples fato de eu ser eu, todo esse tempo.

Segundamente, gostaria de agradecer ao G.A.D.U e principalmente ao Universo, por permitir eu estar aqui hoje, concluindo mais uma etapa da minha vida, principalmente profissional, almejado por tantos, agradecer por todas as quedas, o que me deixou mais forte para levantar e tentar mais uma vez, agradecer por todo o amadurecimento, e todos os acasos que me puseste, grato por tudo serei.

Sou grato pela minha família, mais específico a minha mãe e meu pai, onde minha mãe desde o dia que nasci mostrou ser a melhor pessoa do mundo, sempre querendo o melhor para mim e o meu melhor, me dando amor e carinho, se dedicou a ser a melhor mãe do mundo, tudo que sei hoje foi de te ver ralar, mulher guerreira, minha fonte de inspiração e meu maior orgulho. Agradecer também ao meu pai, que nunca me deixou faltar nada e nunca me disse não para o que realmente era necessário e eu estava precisando, nunca mediu esforços para isso.

Agradecer a minha irmã, que como já se formou, sabe o que é passar realmente por essa etapa, conhece os altos e baixos e soube me aconselhar quando mais precisei, por diversas vezes, sou eternamente grato Su, sempre esteve ao meu lado sentindo orgulho de mim e acreditando no meu potencial, me ajudando desde o dia que recebi o resultado do vestibular até a finalização do meu trabalho de conclusão do curso, meu ponto de equilíbrio, guardo todos esses momentos comigo.

Agradecer também a duas pessoas extremamente importantes que sem elas, este trabalho não seria possível, um professor e orientador que posso dizer que é meu amigo, pois me ajudou quando mais precisei e tem me ajudado até hoje, sempre soube me ouvir e considerar minhas lamentações, me auxiliou desde o início do processo até hoje, Professor Plinio e a professora Ana Luisa, onde pude fazer amizade desde quando me deu aula e hoje é a supervisora do meu estágio, pessoas de tremenda importância para mim, na qual levarei comigo por toda a vida, muito obrigado de verdade.

Como tenho muitos amigos, vou saudar eles com um representante por grupo e falar um pouco sobre. Agradecer especialmente, aos meus amigos Rubem e Mayalle, duas pessoas que representam todos aqueles que já andaram comigo e já foram meus colegas de trabalho e hoje, tenho a honra de chamar de amigos de verdade, que passaram das portas da Universidade. Posso dizer que na universidade, vocês são os meus melhores amigos, Rubem, meu melhor exemplo, sempre me ajudou e ainda me ajuda, seja com assunto acadêmico e com assuntos da vida, aprendi demais contigo e tu comigo, obrigado por tudo irmão, essa vitória é nossa. Mayalle também foi outro presente na minha vida, sou grato demais por tudo que passamos juntos, nos momentos bons e ruins, acreditaram em mim, quando nem eu mesmo quis acreditar, agradeço demais a esse trio, me fez decolar, amo vocês.

Meus amigos de afogados, quero saudar meus irmãos Lucas Leite e Marcos Leite, que nunca tiveram covardia comigo, sempre me ajudaram quando eu tinha problemas a serem resolvidos, sempre confiaram em mim e na minha responsabilidade, souberam “chegar junto”, dos mais antigos, Lucas é quem ainda convive comigo e estamos na labuta sempre, amizade de mais de 20 anos, nossa amizade consegue crescer ainda mais, depois de tanto tempo irmão. Saudarei eles, na qual estarei saudando todo o nosso grupo de amizade.

Para os meus amigos de Serra Talhada e região, saudarei meu amigo irmão Aurélio Sá, que dividimos apartamento juntos por anos, nunca tivemos muitos problemas, mas o destino separou, já moramos com diversas pessoas, mas só nós ficamos juntos no final de tudo, tenho prazer em dizer que você é mais que um irmão pra mim, obrigado por tudo, temos histórias de sobra para contar, saudarei ele, na qual estarei saudando todos os nossos amigos em comum, onde curtimos, dividimos responsabilidade, convivemos e estudamos juntos, podendo assim “triumfar amanhã”.

Para os meus ex-companheiros de faculdade que decidiram seguir outros caminhos, residentes de custódia e do grupo, saudarei meu irmão Ruan Pedro, que se torna presente demais em minha vida, onde mantenho maior contato e nos encontramos sempre que podemos, agradeço demais por ter convivido com vocês meus amigos, obrigado por tudo.

Um parágrafo especial para duas pessoas relevantes que me ajudaram demais nessa minha caminhada, meu amigo Emanuel Teotônio que sempre que precisei dele e ele nunca mediu esforços para me ajudar, por morar em uma cidade que era diferente da minha terra natal para concluir o ensino superior, ele e Tio Hugo Cajueiro (da maçonaria), tirava do seu sustento para a realização de um sonho de um filho do irmão dele, sempre faziam por boa vontade, sabiam da precisão, muito obrigado meus amigos, sem vocês, tudo teria sido mais difícil.

E para todos aqueles que passaram na minha vida e me ajudaram de alguma forma, para hoje tudo isso aqui ser possível, meu muito obrigado, até mais e Adeus!

RESUMO

A depressão pós-parto (DPP) ou *Postpartum depression* (PPD) é um transtorno de humor que a mãe apresenta geralmente nas primeiras semanas após o nascimento do bebê ocasionado por diversos fatores subjetivos, psicossociais e biológicos. Dessa forma, o presente estudo apresenta uma revisão de literatura tratando de forma abrangente a depressão e descrevendo aspectos importantes da DPP como o diagnóstico, tratamento, prevenção e programas de intervenção. Esses elementos foram coletados nas bases de dados bibliográficos como: Google Acadêmico, SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), Portal da CAPES e Pubmed. Foram selecionados através de artigos, revistas científicas, dissertações e teses nacionais e internacionais publicados nos últimos 20 anos, entre o período de 2000 a 2020. Os autores são unânimes quando alertam que os problemas de saúde mental, estão cada vez mais causando morbidade e mortalidade pelo mundo inteiro. Aqui no Brasil, a estimativa média é que 25% dos casos com sintomas de depressão entre as mães, ocorre no período de 6 a 18 meses do nascimento do bebê. Diante desse cenário ressaltamos a importância de abordar a temática da depressão uma vez que esse impacto psicológico é mais comum entre as mulheres, aumentando o risco do desenvolvimento de quadros depressivos duas vezes maior do que entre os homens.

Palavras-chave: Epidemiologia, Histórico da DPP e Saúde Mental.

ABSTRACT

Postpartum depression (PPD) is a mood disorder that the mother usually presents in the first weeks after the baby's birth caused by several subjective, psychosocial and biological factors. Thus, the present study aboard a literature review, dealing comprehensively, with depression and describing important aspects of PPD such as prevention, intervention programs and how to support mothers who suffer from the disease. These elements were collected in bibliographic databases such as: SCIELO (Scientific Electronic Library Online), VHL (Virtual Health Library), Portal CAPES and Pubmed. They were selected through articles, scientific journals, dissertations and national and international theses published in the last 20 years, between 2000 and 2020. The authors are unanimous when they warn that mental health problems are increasingly causing morbidity and mortality all over the world. Here in Brazil, the average estimate is that 25% of the cases with symptoms of depression among mothers, occurs within 6 to 18 months of the baby's birth. Given this scenario, we emphasize the importance of addressing the theme of depression since this psychological impact is more common among women, increasing the risk of developing depressive conditions twice as high as among men.

Keywords: Epidemiology, History of PPD and Mental Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Elementos da teoria humoral20

Quadro 2: Exemplos de fatores de risco.....25

LISTA DE ABREVIATURAS

AAP	Academia Americana de Pediatria
ACT	Terapia de Aceitação e Compromisso
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CFT	Terapia Focada na Compaixão
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DPP	Depressão Pós-parto
DPP-M	Depressão Pós-Parto Materna
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais
ECPH	Comissão Europeia de Saúde Pública
EPDS	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo
FDA	Food and Drug Administration
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FSH	Hormônio Folículo Estimulante
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
LH	Hormônio Luteinizante
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPD	Postpartum depression
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TIP	Psicoterapia Interpessoal
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1: Neurotransmissores e suas respectivas estruturas químicas.	17
Figura 2: Propagação do impulso nervoso.	18
Figura 3: Variação dos níveis de HCG, Estrógeno e Progesterona durante meses de gestação.	23
Figura 4: Bloqueio da recaptção de Serotonina na fenda sináptica.	30

1 INTRODUÇÃO

A chegada de um filho marca a vida de um casal, pois gera um aumento na tensão familiar e leva a necessidade de adaptação para a nova fase, pai e mãe redistribuem seus investimentos narcísicos e libidinais, em nome da inclusão do bebê em suas vidas (PEREIRA; PICCININI, 2007). De um ponto de vista ecológico evolutivo, primatas são conhecidos por apresentarem cuidado parental. A espécie humana possui a estratégia reprodutiva “K”, onde os filhotes se mostram incapazes de sobreviverem sem amparo dos progenitores que, por sua vez, geram pouca prole e participam efetivamente de sua criação, garantindo o sucesso reprodutivo (ALCÂNTARA; RABINOVICH; PETRINI, 2013).

Essa interação de mãe-bebê tem ganhado espaço nos grupos de pesquisa e estudo, uma vez que esta precisa ser saudável para o desenvolvimento infantil, a contribuição de ambos deve ser de qualidade e o estado de depressão traz consequências negativas, dificultando o crescimento afetivo, cognitivo e social da criança (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

A depressão pós-parto (DPP) ou *Postpartum depression* (PPD) é um transtorno de humor que é caracterizada por ocorrer, na maior parte das vezes, nas primeiras semanas após o nascimento do bebê. Se não houver um diagnóstico preciso e tratado com antecedência, pode acarretar problemas que afetarão o desenvolvimento da criança, a saúde da mãe e/ou do parceiro responsável pelo filho (MORAES *et al.*, 2006).

É importante saber diferenciar a DPP do *Baby Blues* (tristeza materna) que é uma condição clínica comum, transitória e benigna, ocorrente nos primeiros dias após o parto e da psicose puerperal, que é o caso da depressão pós-parto mais evoluído, que faz vivenciar delírios e alucinações, na qual colocará em risco a vida dela ou do bebê (MEDEIROS, 2011).

No Brasil, um dado de 2016 estima que em média, 25% dos casos com sintomas de depressão entre as mães, ocorre no período de 6 a 18 meses do nascimento do bebê. A média estimada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para países de baixa renda é de 19,8%, enquanto, para mães que possuem o nível socioeconômico elevado, a média é de 13,4% (ARRAIS; ARAÚJO, 2017). A prevalência global é de 26,3% entre as mulheres.

Segundo a FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia), com seus dados apresentados recentemente em 2020, coletados de amostras de base populacional e populações de unidades hospitalares terciárias apresentam uma prevalência aproximada de 20% para a DPP, embora bem próximo a porcentagem média do Brasil em 2016, esses números ainda são altos. Essa federação aponta como principais fatores

de risco a depressão no período gestacional, fatores como cesariana de emergência, estresse constante no cuidado filial, manifestações psiquiátricas ansiosas pré-natais e suporte social inadequado (FEBRASGO, 2020).

Em um outro estudo encontramos outros fatores de risco organizados em categorias: psicológico/psiquiátrico, socioeconômico/cultural, suporte social/relações interpessoais, saúde da mãe, saúde do bebê e genético (ALIANE; MAMEDE; FURTADO, 2011).

Os problemas de saúde mental devem ser tratados como um assunto de saúde pública a nível global, uma vez que têm contribuído fortemente pelo aumento de morbidade e mortalidade no mundo. Estima-se que, nos próximos 10 anos, os transtornos depressivos unipolares, também conhecidos como transtornos depressivos maiores, torne-se a segunda principal causa da depressão. Vale ressaltar que, tal transtorno é mais comum entre mulheres, sendo o risco de desenvolvimento de quadros depressivos duas vezes maior do que ocorre entre os homens, agravando-se ainda mais o quadro quando estas encontram-se responsáveis pela formação de seus descendentes (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011).

Os casos de mães com depressão pós-parto ocorrem devido a diversos fatores subjetivos, psicossociais e biológicos. Bastante comum e frequentemente ignorado, foi estipulado que a perturbação no temperamento ocorre ainda na gravidez, durante o último mês de gestação até 5 meses após o parto (BORSA; DIAS, 2007). A maternidade é um fenômeno descrito como um novo mundo com uma dimensão psicossocial, ligada ao cotidiano feminino, onde se divide em diversas etapas (gestação, parto, puerpério e a criação) (BORSA; FEIL; PANIÁGUA, 2007).

Diante desse cenário, procuramos fazer a revisão bibliográfica abordando aspectos conceituais da depressão e apontando aspectos importantes da DPP com o objetivo de reconhecer a relevância e impacto dessa doença tanto na vida das mulheres que apresentam esses transtornos quanto na do bebê e dos que estejam envolvidos nesse momento (familiares, amigos, parentes). Para tal, selecionamos bibliografias com base nos critérios de pesquisa e fizemos um recorte sistemático de tópicos relevantes como características da doença, o diagnóstico, tratamento, prevenção, programas de intervenção e fatores de risco.

Dessa forma, esperamos contribuir para que os conceitos e discussões apontadas possam permitir um olhar mais atento para o reconhecimento da DPP para que as mães tenham uma avaliação clínica mais adequada, bem como alertar toda sociedade da importância em prevenir os problemas psicológicos relacionados a mulher em sua fase gestacional.

2 METODOLOGIA

Esse trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter narrativo (sem critérios explícitos e sistemáticos, a subjeção do autor) a respeito da Depressão Pós-Parto (DPP). O tema abordado agrega e debate argumentos e informações produzidas em torno deste distúrbio mental, sendo mais específico, quando ela está associada ao início de uma nova vida, onde mostrará as consequências de uma gestação sem um acompanhamento psicológico adequado. O ponto de vista aqui apresentado, será baseado tematicamente dentro da literatura científica. A realização ocorreu entre o mês de março de 2020 ao mês de fevereiro de 2021, formado por etapas:

2.1 SELEÇÃO DE ARTIGOS

Para a produção desse trabalho, primeiramente foi estudado sobre o assunto em questão, onde foram anotados tópicos com o intuito de conhecer mais o mesmo, elaborando perguntas responsáveis para nortear a pesquisa, organizar uma lista de palavras-chave e facilitar a procura do conteúdo em publicações científicas nacionais e internacionais, em revistas, artigos, livros, dissertações e teses, podendo assim, esclarecer dúvidas e explanar a matéria. Foi encontrado em alguns bancos de dados bibliográficos como: Scielo, Portal Capes, Pubmed, Biblioteca Virtual de Saúde e Google Acadêmico, aplicando-se como palavras-chave: “depressão pós-parto”, “dpp”, “depressão”; em inglês: “postpartum depression”, “ppd”, “depression”. Dentre os artigos encontrados com tais palavras-chave, foi realizado uma seleção com base em seus títulos, priorizando aqueles que se alinhavam com a temática deste trabalho. Posteriormente, através das leituras dos seus resumos, filtrou-se para um acervo de 87 referências, utilizadas na composição deste trabalho.

2.2 COLETA DE DADOS

Após o levantamento bibliográfico, foi escolhido o material com principais autores e fontes com maior relevância sobre o tema, procedendo-a com leitura do material e identificando os textos com informações significativas, verificando os resumos dos trabalhos e o título, analisando criticamente bons resultados, e organizando em parágrafos, juntamente com a respectiva referência. A leitura seletiva permitiu um aprofundamento no conteúdo do material levantado e foi alcançado a quantidade de dados para a realização da revisão sistemática da literatura.

2.3 ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Por último, foi feita uma análise detalhada e completa dos dados selecionados, onde pode ser catalogado informações com relevância sobre o tema e desenvolvido também, uma revisão de literatura com os diferentes tipos, aspectos históricos, características gerais, classificação, aspectos conceituais e epidemiológicos compreendidos nos últimos 20 anos (filtro de 2000 a 2020) acerca de registros de casos de DPP em todo o mundo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Conceito de depressão

A depressão é um transtorno de humor em estado grave, que acomete indivíduos independente da sua faixa etária. Segundo Munhoz, 2012, em São Paulo, por exemplo, dados apontam que a prevalência de episódios depressivos maior, em algum momento da vida, foi de 16,8% para a população, caracterizando-se como uma das doenças que mais afetam a saúde mental dos indivíduos.

Segundo dados epidemiológicos norte-americanos publicados em “*Epidemiologic Catchment Area Program*”, 30% dos participantes estudados relataram estarem deprimidos por no mínimo duas semanas (tempo suficiente para uma investigação dos casos de depressão), enquanto 5% relataram terem tido episódio de depressão (LAFER *et al.*, 2000). Dessa população, 3% foi calculado para aqueles que tiveram Distímia. Diante desses resultados, pode-se calcular que no Brasil, em algum momento da vida, aproximadamente 54 milhões de pessoas terão algum tipo de depressão, sendo desses 7,5 milhões agudos e graves, muitas com risco de suicídio.

Dependendo da intensidade dos sintomas, um episódio depressivo pode ser classificado como leve, moderado ou grave. Evidências como: Ansiedade, alterações de apetite, sono ou peso, dor crônica, alteração na coordenação motora, fadiga, sentimento de culpa ou inutilidade, dificuldade em tomar decisões e concentração compõem o distúrbio (TUCCI; KERR-CORRÊA; DALBEN, 2001).

Tal sintomatologia, está diretamente associada as concentrações de neurotransmissores disponíveis no indivíduo, sendo distúrbios nessas concentrações responsáveis pela somatização dos sintomas da depressão. Os neurotransmissores mais relevantes, desse ponto de vista, são a serotonina, noradrenalina, dopamina e acetilcolina (DE ANDRADE *et al.*, 2003).

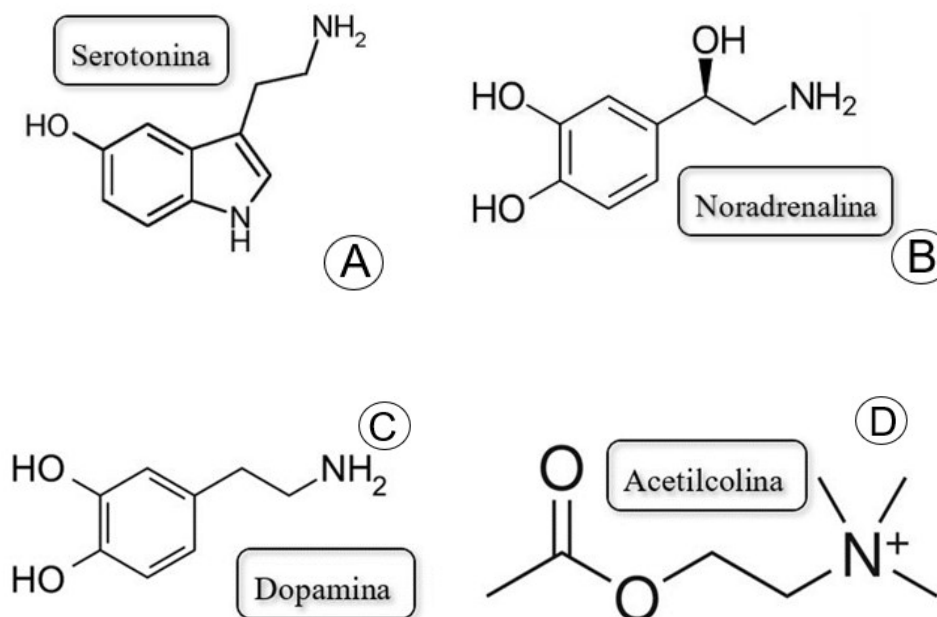


Figura 1: Neurotransmissores e suas respectivas estruturas químicas.

Fonte: A: <https://amenteemaravilhosa.com.br/serotonina-efeitos-seu-corpo/>;

B: <https://www.todamateria.com.br/noradrenalina/>;

C: <https://www.todamateria.com.br/dopamina/>;

D: <https://www.educamaisbrasil.com.br/enem/biologia/acetilcolina>.

Se persistirem uma série desses sintomas por pelo menos duas semanas, provavelmente o médico dará um diagnóstico positivo de depressão. Em casos mais graves, pode haver pensamentos de morte e suicídio. É importante que o responsável da área considere o histórico de vida do paciente (LOPES; GONÇALVES, 2020).

Alguns casos possuem grau de resposta ao tratamento diferentes, devido a influências da idade, alterações cerebrais e a presença de comorbidades. Os dois tipos mais comuns de ideia da depressão são a vulnerabilidade e a perturbação depressiva, uma vez que faz ser dependente de algo, ou o auto criticismo, todas elas possuem estilos de vinculação diferente e tipos distintos de perturbação, além das características trazidas pela natureza (CAMPOS, 2000).

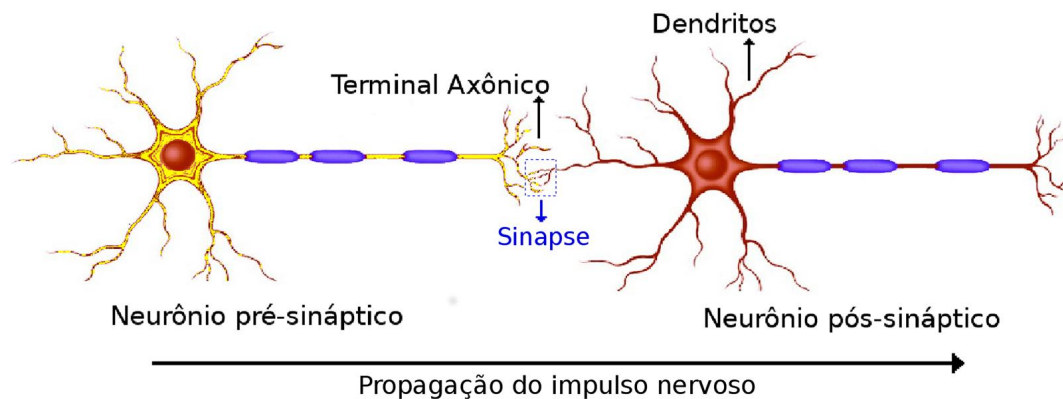
É muito comum definir classificações descritivas que ajudam nas realizações dos diagnósticos, geralmente baseada nos sintomas de cada paciente, no entanto, é difícil estabelecer diferentes tipos de depressão com essa base, pois existe uma grande heterogeneidade dos sintomas. Dessa forma, a análise de histórico tornou-se primordial, uma vez que mudou a forma de avaliação da depressão, no lugar de ter como base as expressões

sintomáticas, escolheu-se os fenômenos das experiências que conduzia o paciente a desenvolver a doença (MEDEIROS, 2011).

A depressão é um dos transtornos mentais mais bem caracterizados por toda história, o que não surpreende haver relatos até em passagens bíblicas do antigo testamento, há 2.500 anos atrás. Desde os primórdios, termos são usadas como base central para descrever a depressão: Desesperança, desalento, desespero, desânimo, entre outros. Essas várias definições se apresentaram ao longo do tempo de acordo com a reação emocional do paciente aos fatores ambientais oriundos do transtorno (SILVA, 2007).

A atividade cerebral se dá através de impulsos nervosos que estimulam neurônios, percorrendo pelos axônios em sentido ao botão terminal, incita a liberação de neurotransmissores, que são substâncias químicas capazes de ativar ou inibir a ação neuronal, esse processo recebe o nome de sinapse. Na depressão, nota-se uma falha na transmissão sináptica, alguns neurônios pós-sinápticos não disparam o impulso, impossibilitando dar continuidade ao procedimento (DA SILVA; DE ARAÚJO DANTAS, 2020).

Figura 2: Propagação do impulso nervoso.



Fonte: <https://conhecimentocientifico.r7.com/sinapse/>

De acordo com alguns estudos, cinco hipóteses explicam a falha na transmissão sináptica: são elas os níveis ou quantidades de neurotransmissores presentes nas sinapses, presença de agentes bloqueadores, presença de neurônios inibidores, baixa sensibilidade neuronal e número de sítios receptores (TEODORO, 2010).

Um dos fatores a serem levados em conta no quadro depressivo é a baixa quantidade de neurotransmissores nas sinapses nervosas. Há três explicações possíveis para esse fenômeno, sendo elas a baixa produção de neurotransmissores, excessiva destruição dos

neurotransmissores pelo metabolismo e recaptação de neurotransmissores, antes que ele estimule o neurônio pós-sináptico (TEODORO, 2010). Pode também ser levada em conta a alteração da sensibilidade dos neurônios pós-sinápticos, o que está associado a lenta ação de antidepressivos, partindo do pressuposto que, a depender do tempo de uso dos medicamentos, a sensibilidade dos neuroreceptores pode ser alterada.

Sabe-se que, sobre a depressão, há uma alteração de componentes envolvidos no processo de transmissão do estímulo nervoso. Como causas dessas alterações, são apontados fatores genéticos que predisporiam a pessoa a ter baixa produção de neurotransmissores, fatores estressantes e questões psicológicas, envolvendo pensamentos e emoções capazes de provocar alterações fisiológicas (MACHADO, 2019).

3.2 Depressão na Antiguidade

Antigamente, no Egito Antigo e escritos bíblicos, estados emocionais afetados pela depressão eram atribuídos a maus espíritos, ou considerado como punição de deuses por ter desagradado as entidades divinas. No século V a.C., foi atribuído a primeira descrição de melancolia, onde foi passado como uma doença mental, resultante de uma disfunção no cérebro, segundo ele, “o medo e a tristeza que duram por muito tempo significava melancolia” (DE LACERDA; DEL PORTO, 2019). Além do medo e tristeza, sintomas como: aversão a alimentos, insônia, irritabilidade, inquietação e desânimo já eram características ligadas a transtornos desse tipo, o que faz os diagnósticos parecerem bastante com a descrição do Manual diagnóstico e estatístico feito pela Associação Americana de Psiquiatria (DSM-5) publicada em 2013, chamando a atenção de estudantes da área.

Esse quadro já era diferenciado de outras enfermidades, caracterizando-se como um “delírio sem febre”. As condições melancólicas eram caracterizadas pela combinação de tristeza, ansiedade (medos indeterminados), impulsos suicidas e tendências paranoides, como a suspeição. O termo “melancolia” ou bile negra, é oriundo da teoria humoral, onde disfunções cerebrais eram causadas pelo excesso da bile negra, um dos quatro humores necessitava estar em equilíbrio para o perfeito funcionamento fisiológico humano (SILVA, 2007).

Essa teoria foi formulada por Pitágoras e Empédocles, e os quatro humores eram o sangue, fleuma, bile amarela e bile negra, que relacionavam com as quatro estações e qualidades correspondentes e temperamentos. Por 1500 anos, essa teoria perdurou, e seguiu até a Era Moderna com forte influência. A melancolia descrita por Hipócrates já se

caracterizava como o tempo mínimo necessário da persistência de sintomas suficiente para diagnóstico da doença, diferenciando assim da tristeza não patológica (PINHEIRO, 2005).

Vários formuladores de diagnósticos na Antiguidade perceberam que era fácil diferenciar a melancolia de uma tristeza não patológica, pois o quadro era mais intenso, onde o enfermo possuía variação no temperamento em situações que não era comum estar triste e sendo ainda mais frequente, com desproporção de intensidade ou duração dos sintomas, concluindo ter algo errado, não com o ambiente, mas sim com o indivíduo (SILVA, 2007).

Abaixo, temos um quadro e suas especificações segundo a teoria humoral aliado a seus elementos:

Quadro 1: Elementos da teoria humoral

Elementos da teoria humoral			
Elemento	Humor	Temperamento	Estação
Ar	Sangue (Coração)	Sanguíneo	Primavera
Água	Fleuma (Cérebro)	Fleumático	Inverno
Fogo	Bile Amarela (Fígado)	Colérico	Verão
Terra	Bile Negra (Baço)	Melancólico	Outono

Fonte: (PINHEIRO, 2005)

3.3 Depressão na Idade Média

Os conceitos greco-romanos permaneceram com muita influência na medicina europeia e árabe, durante anos, na idade média. Outros pensamentos foram marcando aquela época sobre conceitos de depressão. A igreja católica gradativamente criou o conceito da “preguiça”, um dos sete pecados capitais, e mesmo com diferentes características da melancolia, ambas seriam causadas por demônios. Dessa forma, padres disputaram com os médicos como “especialistas” que poderiam curar esta enfermidade. Sendo assim, intervenções eram partidas dessa visão e incluíam confissões, trabalho forçado ou condenação a fogueira por medo de bruxaria (DE LACERDA; DEL PORTO, 2019).

3.4 Depressão no Século XX

Nas primeiras décadas do Século XX, após muitos estudos, aprimoramento e investigação, depois de ser por diversas formas um assunto polêmico, a depressão foi dividida em depressão neurótica (fazia parte de uma das psiconeuroses) e condições melancólicas marcadas por sintomatologia grave. Enquanto a depressão melancólica era ligada a uma disfunção cerebral, os quadros não melancólicos eram vistos como produtos de diferentes adversidades psicossociais (PINHEIRO, 2005). Segundo Meyer, a depressão era como uma reação ao estresse atual e a problemas de ajustamento no passado, já para Freud, a depressão era produto de eventos passados, com frequência relacionados a infância e a perda do objeto de amor.

Estudos mostram o crescente índice de depressão em adolescentes, bem como o aumento de frequência em casos de pessoas nascidas recentemente, fenômeno conhecido na epidemiologia como “efeito de corte”, oriundo de mudança de hábitos em gerações diferentes. Outro termo bastante utilizado para esta situação é o “Aumento Secular”, onde indivíduos nascidos no final do Século XX possui uma tendência maior para o desenvolvimento da depressão (GILL; COFFEY; PARK, 2000).

3.5 Epidemiologia da Depressão

Alguns dados mostram a predominância de casos depressivos entre adolescentes, mais especificamente entre garotas. Quanto a idade, a maior taxa de ocorrência é no início da adolescência. Na infância, casos são mais comuns entre meninos, havendo assim uma modificação com um predomínio (BAHLS, 2002). De acordo com a literatura, apesar da aceitação do aumento de prevalência, não se sabe claramente em qual momento dessa fase da vida isso acontece, muito menos sobre qual instante se observa o aumento das taxas com predominância no sexo feminino (VERSIANI; REIS; FIGUEIRA, 2000).

3.6 Manifestações Clínicas

A sintomatologia da depressão é a mesma para todas as idades, sendo assim, critérios de diagnósticos que são usados pelo DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) são os mais indicados. Os principais transtornos depressivos são a depressão maior e a distímia, no entanto, existe uma caracterização sintomatológica que se altera de acordo com a faixa etária do paciente (BAHLS; BAHLS, 2002).

Adolescentes apresentam-se de forma mais característica, como irritação e instabilidade, podendo ser frequente crises de raiva e explosão, juntamente com perda de energia, apatia e desinteresse, retardo no psicomotor, sentimentos de desesperança e culpa, perturbação do sono, isolamento e falta de atenção. Dependendo do paciente em questão, pode haver prejuízo no desempenho escolar, baixa autoestima, queixas de dores físicas, pensamento suicida e pode haver um uso abusivo de álcool e drogas (MASI *et al.*, 2001).

Existe uma diferença da manifestação depressiva entre os adolescentes. Garotas relatam sintomas mais subjetivos como: tristeza, sentimento de vazio, tédio e ansiedade, se preocupam com a sua popularidade, menos satisfeitas com a sua aparência e menor autoestima. Já nos garotos, se apresenta como um tipo de preocupação divergente, sentimentos de desprezo e desafio são bem comuns, e problemas de conduta como: fugas de casa e da escola, violência física, roubos e abuso de substâncias (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011).

A depressão bipolar e unipolar são as classificações mais comuns para a caracterização da depressão. A bipolar é identificada através de longos períodos de depressão intercalados com euforia, enquanto a depressão unipolar, é de caráter contínuo (CANALE; FURLAN, 2007). Esse transtorno psicológico possui também subtipo de classificações, são eles: Distímia, ciclotímia, depressão melancólica, depressão atípica, depressão sazonal, depressão psicótica, depressão recorrente breve e a depressão existencial.

Para o diagnóstico preciso e precoce, é necessário o acompanhamento por um profissional, pois não há um exame físico. A persistência de sintomas por mais de duas semanas como sintomas psíquicos, fisiológicos e evidências comportamentais são levadas em consideração para diagnóstico do quadro depressivo (MARTIN; QUIRINO; MARI, 2007).

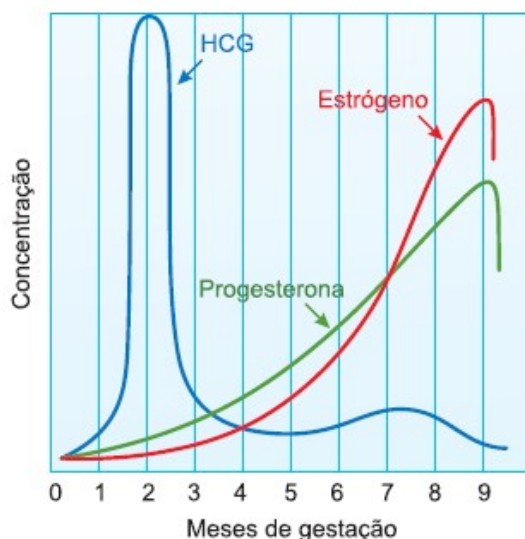
Em sintomas psíquicos, o humor depressivo se destaca trazendo consequências como redução da capacidade de sentir prazer em atividades diárias e perda da vontade de experimentar coisas novas, fadiga e diminuição da capacidade de pensar. Como sintomas fisiológicos há, basicamente, alterações de apetite, no sono e redução da libido (PARANHOS; WERLANG, 2009). Nas evidências comportamentais, pode-se citar o retraimento social, crises de choro, comportamentos e pensamentos suicidas, além do retardo no psicomotor e lentificação generalizada.

A depressão pode ser tratada com o uso de fármacos antidepressivos, mudanças no estilo de vida do paciente e a psicoterapia (BECK; ALFORD, 2016). O uso de antidepressivos tem eficácia similar, mas a escolha ideal para resolver o caso específico do paciente, deve-se

basear nas características da depressão, os efeitos colaterais, no risco do suicídio e outros distúrbios clínicos como terapia concomitante, tolerabilidade, danos cognitivos e etc. (BANDEIRA et al., 2018). As intervenções psicoterápicas vão variar de acordo com a intensidade do transtorno no paciente, podem ser: Psicoterapia de apoio, psicodinâmica breve, terapia interpessoal, comportamental, cognitiva comportamental, de grupo ou individuais, casais e família. As mudanças no estilo de vida devem ser propostas de acordo com o estilo de vida atual do paciente, com prioridade a atividades físicas e focar em atividades prazerosas, além dos afazeres diários (STELLA *et al.*, 2002).

Durante a gravidez, a mulher passa por diversas alterações fisiológicas, especialmente relacionadas às suas taxas hormonais. Os níveis de estrogênio, por exemplo, elevam-se bastante, bem como prolactina, beta-HCG e progesterona, dentre outros. Além das alterações das taxas hormonais, o sistema endócrino passa por outros tipos de mudança durante a gravidez, como a hipertrofia da adeno-hipófise, responsável pela secreção de hormônios proteicos, glicoproteicos e polipeptídicos (NEVES; MEDINA; DELGADO, 2007).

Figura 3: Variação dos níveis de HCG, Estrógeno e Progesterona durante meses de gestação.



Fonte: <https://blog.casadadoula.com.br/gravidez/por-que-gravidas-sentem-enjoo/>

Além disto, há ainda um processo de mudança física, para que o corpo seja capaz de suprir o feto, da mesma forma que, em consequência da presença de feto, mais alterações físicas, como aumento do peso corporal, a partir do segundo trimestre, aumento do volume das mamas e aumento da região abdominal (COSTA *et al.*, 2010).

As alterações fisiológicas durante o período gestacional vão além de distúrbios hormonais e mudanças físicas, de fato todos os sistemas são afetados pela presença do feto. Todavia, é importante ressaltar que grande parte do conhecimento empírico que embasa “crendices” populares, permite a propagação de informações que em alguns casos são errôneas (DA SILVA; DE BORBA PESSOA; PESSOA, 2015). Algumas publicações sobre mitos a respeito das alterações fisiológicas trabalham a questão do conhecimento empírico sobre o tema pela gestante e como isso influencia na gravidez.

3.7 Depressão pós-parto

Diversos fatores estão associados a etiologia da DPP, sendo alguns relacionados diretamente ao bebê, como prematuridade, complicações neonatais, malformações congênitas; fatores socioculturais, como decepções na carreira pessoal ou profissional, a retomada da rotina, perda de familiares ou situação social de solidão; e fatores físicos da mãe como as modificações hormonais, físicas, baixa autoestima, problemas conjugais ou socioeconômicos e a gravidez não planejada (SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005).

Fatores de risco são situações em que é favorável ao desenvolvimento de problemas, sejam eles físicos, psicológicos ou sociais. No puerpério, tem-se a intensificação desses problemas. O estabelecimento desses fatores auxilia no estudo, diagnóstico e elaboração de estratégias para a prevenção dessa doença. Alguns desses, já foram definidos como as principais causas do aumento de casos, são eles: Conflitos conjugais ou gestante solteira, gravidez indesejada, histórico familiar de depressão, ansiedade gestacional, suporte social fraco, histórico de violência intrafamiliar, dificuldades financeiras e complicações obstétricas durante a gestação (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

Alguns estudos remontam os principais fatores de risco, que podem ser a idade, sendo bastante comum entre a adolescência; o histórico de depressão ou transtorno afetivo na família, seja ela anterior ou durante a gestação; baixa renda econômica, que contribui para o desentendimento entre os pais; a baixa escolaridade ou falta de uma estabilidade financeira; falta de apoio familiar e de amigos; ou qualquer outro tipo de transtorno mental (GOMES et al., 2010).

Em um outro estudo os autores categorizaram os fatores de risco: psicológico/psiquiátrico, socioeconômico/cultural, suporte social/relações interpessoais, saúde da mãe, saúde do bebê e genético (ALIANE; MAMEDE; FURTADO, 2011) e trouxeram exemplos, de posse desses resultados adaptamos para um melhor entendimento no Quadro 2:

Quadro 2: Exemplos de fatores de risco associados a Depressão Pós-Parto

Psicológico/ Psiquiátrico	Estresse	Baixa Autoestima	Histórico de depressão	
Socioeconômico/ Cultural	Etnia	Renda Familiar	Estado Civil	Idade
Suporte social/ Relações interpessoais	Insatisfação Conjugal	Violência	Suporte Social	
Saúde da mãe	Uso de Tabaco	Psicofármacos	Não amamentar no seio	Dor no corte da Episiotomia
Saúde do bebê	Hospitalização Do Recém- Nascido	Problemas de saúde no bebê		
Genético	Gene Tph2			

Fonte: Adaptação do artigo ALIANE; MAMEDE; FURTADO, 2011

Alguns eventos são conhecidos como fatores de proteção, e auxiliam os pacientes a enfrentarem melhor e que possa ser usada como medidas preventivas, situações que funcionem melhor como proteção às influências e respondam mais rapidamente aos tratamentos, são elas: Apoio entre mulheres, detecção precoce da DPP, suporte social, boa relação conjugal e suporte do parceiro, estabilidade socioeconômica e o pré-natal psicológico (ARRAIS; ARAÚJO, 2017).

Descrito na literatura, algumas manifestações psíquicas se destacam como principais ou mais comuns, são elas: blues ou tristeza materna, depressão e a psicose puerperal (DINIZ, 2005). A tristeza materna ocorre nas duas primeiras semanas, tem uma ocorrência de 50 a 80% dos casos, diferente da psicose puerperal, que é mais raro, possui uma incidência de 0,1 a 0,2% e acontece entre as 4 primeiras semanas pós-parto. Persistência de sintomas podem intensificar a tristeza e evoluir para uma depressão, a análise dos sintomas é fundamental no

diagnóstico e pode ser feita também por um Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSM-IV).

O baby blues é um quadro transitório que não se define como transtorno e bastante comum, acomete em torno de 50% a 85% das mães até os dez dias de parto. Consiste na apresentação de sintomas como: disforia, choro frequente, ansiedade, irritabilidade e dependência. Essa fase é marcada pela intensa mudança nos níveis hormonais, somado ao estresse do parto e as novas obrigações maternas (CANTILINO et al., 2010).

A psicose pós-parto é um quadro mais sério e não acontece com tanta frequência, em média uma a cada 1000 mães. Ocorre nas duas primeiras semanas após o nascimento do bebê, os sintomas são de ansiedade severa, alucinações e delírios, a possibilidade de suicídio e agressões ao bebê traz rigidez ao tratamento intensivo, medicamentos e acompanhamento terapêutico é o ideal (SCHARDOSIM; HELDT, 2011).

A DPP se define numa depressão com início justo no pós-parto, o transtorno depressivo no pós-parto ou depressão pós-parto materna (DPP-M) tende a ocorrer nas quatro primeiras semanas após o parto, tendo sintomas aparentes ainda na gestação. O transtorno segue junto com o estresse, ansiedade e sintomas obsessivo-compulsivo, o tratamento é feito com medicações e tem uma menor incidência de suicídio, necessário também de um acompanhamento psicológico (PRENOVEAU et al., 2013).

Os sintomas da depressão pós-parto modificam a personalidade da gestante e a intensidade e afeta principalmente a experiência visto que, tem a ver com alterações bioquímicas e o desgaste com a psique (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010). Logo após o parto, durante o período em que a mulher está lactante, o ciclo reprodutivo é interrompido. Isso está diretamente relacionado a supressão da secreção do hormônio luteinizante (LH) e do hormônio folículo estimulante (FSH), o que pode estar envolvido no desenvolvimento de transtorno de humor nessa fase do ciclo reprodutivo (VERAS; AE, 2005).

É necessária muita potência física, para ser capaz de proteger o seu filho e proporcionar o equilíbrio nesse novo mundo de sensações, o que resulta em uma tremenda responsabilidade para uma pessoa, uma mãe em estado depressivo tende a tornar-se ausente e fatigada, deixando faltar a assistência ao seu descendente. Para isso, é necessário um acompanhamento psicológico de qualidade, que forneça assistência e orientação quando há sintomas de uma possível depressão, além de consultas com um médico obstetra (DA CUNHA et al., 2012).

A permanência de no mínimo cinco sintomas, por duas semanas, caracteriza a intensidade de qual desses eventos está acontecendo na vida da puérpera, são eles: humor deprimido, anedonia (ausência de prazer em atividades diárias, mudanças relevantes no peso e apetite, agitação ou retardo do psicomotor, insônia ou hipersonia, sentimentos de inutilidade ou culpa, indecisão, redução na capacidade de pensar, tomar decisões, concentra-se e pensamentos de morte) (JÚNIOR; SILVEIRA; GUALDA, 2009).

Nesta fase, pais e mães enfrentam desafios psicológicos que podem ser exaustivos. Esse quadro pode acometer, dependendo da situação existente de maior fragilidade, não somente as mães, mas também os pais. Eles estão expostos a situações que podem desenvolver a depressão e outras doenças psiquiátricas (BENATTI et al., 2020). A atenção para esses casos é escassa, uma vez que existe uma forte associação entre a depressão pós-parto e a mãe, tornando assim fundamental a análise da situação como um todo, para evitar esse tipo de problema futuramente.

Em alguns casos de superproteção, a mãe costuma ver o pai de forma negativa, tendendo a distanciar e isolar o bebê, o que o causa um sentimento de exclusão, já que não pode competir com a mãe pela posse do filho, o que o faz sentir que não pertence a aquele processo (CLARK; TLUCZEK; WENZEL, 2003). Outro fator bastante determinante para o impacto na vida do bebê é a respeito das culturas onde ele será empregado e a forma com que os pais lidam com isso. Os estudos focalizam o papel do pai na gestação em quatro principais: Preservação da saúde mental da sua parceira, proteger o bebê de efeitos da depressão materna sobre o desenvolvimento infantil, a sua própria saúde mental diante toda a situação e como se dá sua participação na família em que a mãe apresenta transtornos psicológicos (SILVA; PICCININI, 2009).

Estudos mostram que há alterações químicas em cérebro de pacientes deprimidos, modificações nos principais neurotransmissores, e em substâncias que transmitem os impulsos nervosos. Fatores psicológicos e sociais, dependendo do caso, podem ser consequência e não a causa própria da depressão. Mesmo que seja um problema hormonal cerebral, o que realmente deve ser considerado é o fato do evento ser multifatorial, atenção ao ser como um todo e o seu biopsicossocial. O papel integrado de ser mãe, juntamente com toda a responsabilidade, idealiza a maternidade perfeita onde irá poder criar experiências inconscientes e vai gerar alterações biológicas e psíquicas, bioquímicas e hormonais (BASSAN et al., 2020).

Através de estudos, pode-se observar que não há diferenças entre os gêneros para desenvolvimentos de doenças psiquiátricas, entretanto, havia variações na predominância dos transtornos. Para as mulheres, o maior número seria o de fatores psicossociais, historicamente ligado a vulnerabilidade e dependência financeira, multiplicidade de papéis e tarefas, problemas conjugares ou familiares, histórico de ansiedade e estresse, alterações hormonais, problemas característicos a fases pré-menstrual e pós-parto e a genética, o que a torna uma doença que mais gera gasto na saúde da mulher e no afastamento do trabalho (DE CAMPOS; RODRIGUES, 2015).

O nascimento do bebê é um evento que ocasiona estresse em potencial com comorbidade altamente associada a depressão, com isso, existe o aumento na quantidade de estudos que são feitos para que se possa definir diferenças nas fases e possa ter um diagnóstico preciso. As alterações de humor são proporcionais a intensidade dos sintomas e avaliação do caso, o que define um espectro amplo relacionado a gravidade e se divide em 3: o Baby blues ou tristeza materna, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto (SIT; WISNER, 2009).

A gestação é um período de mudanças importantes na vida da mulher, quando ela abandona o papel de filha para se tornar mãe, onde sua infância é refletida e será vivenciada novamente, transmitida para uma nova pessoa (GODOY-MIRANDA *et al.*, 2019). É importante ressaltar, que antes mesmo do nascimento, é estabelecida uma relação imaginária com o feto, mas não de algo que ainda está em desenvolvimento, e sim, de um corpo imaginado já desenvolvido com todas as atribuições humanas, onde a ligação afetuosa consegue transbordar barreiras e cresce desenfreadamente sem acompanhar o crescimento do filho (PICCININI *et al.*, 2003).

O parto se caracteriza como o fim de uma etapa, e pelo começo de uma nova fase de vivências, onde a mãe ressignifica a experiência da maternidade onde se tornará independente do seu bebê fisicamente e dará total atenção e carinho que antes dava ao seu corpo quando ainda o carregava no útero. A experiência é marcante e o evento e sentimentos são lembrados por anos. Após o término desse processo de transição, a mulher poderá se deparar com a sua própria criação e terá que mostrar ao mundo a sua capacidade de gerar uma nova vida e ser responsável pela mesma (LOPES *et al.*, 2005).

Após o parto, dar-se-á início a uma nova fase, conhecida como o puerpério ou resguardo, o corpo feminino sofre transformações anatômicas e funcionais, sejam elas fisiológicas, endocrinológicas e emocionais. Essa etapa pode ser diferente de mulher para

mulher, se estendendo de acordo com o tempo de amamentação. É um tempo médio de 6 a 8 semanas após o parto, que é essencial para a saúde materna e do neonato, que foi reconhecido como atenção básica singular, dando ênfase não só aos aspectos biológicos, mas também sociais, econômicos e políticos (ANDRADE *et al.*, 2015).

Nesta fase ainda se encontram algumas mudanças físicas como a retomada de órgãos internos ao seu lugar de origem, a queda na produção hormonal, a lactação, sangramentos vaginais (lóquio) para o retorno do útero a normalidade, para casos de partos normais é provável que surja incontinência urinária e a depressão pós-parto, que seria um conjunto de variáveis postas a se desenvolver no corpo feminino (COUTINHO *et al.*, 2014).

Sobre o diagnóstico, é necessário um reconhecimento precoce dos sintomas, com o intuito de reduzir os agravos e comprometimentos ao bem-estar e saúde da mulher, evitando o desenvolvimento de uma ideia suicida bastante comum na psicose pós-parto. Diante disso, a diagnose torna-se uma questão indispensável para a saúde pública, ela pode ser feita por alguns especialistas como psicólogo, psiquiatra, endocrinologista e ginecologista, onde serão avaliados o histórico e a lista de sintomas presentes na rotina da mulher (DE MATOS *et al.*, 2016).

O diagnóstico deve ser preciso e tratado com acompanhamento psicológico e psiquiátrico, muitas vezes com o auxílio de medicamentos. Se não houver a redução dos sintomas ou a duração desse transtorno, a depressão pós-parto pode ser agravada e acabar evoluindo para a psicose pós-parto. Esse piora consiste na perda de senso de realidade, podendo ser acompanhado com delírios e alucinações. Nesses casos, é aconselhável evitar o aleitamento, e que alguém possa substituir a mãe para suprir as necessidades do bebê. Parentes devem ser presentes e cientes que pode haver risco de vida para mãe e o filho (IACONELLI, 2005).

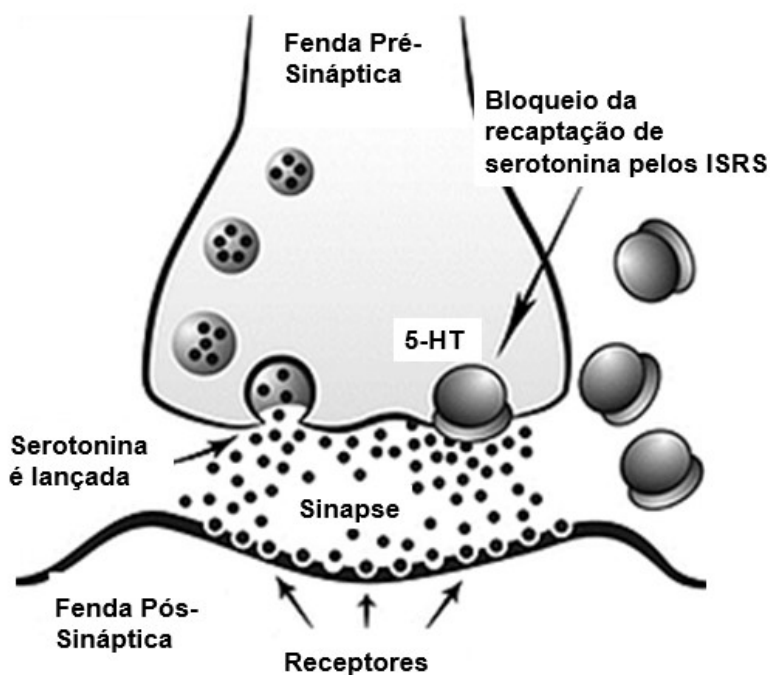
Mesmo considerada como um problema de saúde, a DPP não utiliza parâmetros fisiológicos para avaliação de manifestações clínicas, diante disso, é aplicado o uso de escalas para a medição e caracterização dos sintomas. Dentre as escalas de autoavaliação, destaca-se a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), conhecida e utilizada em diversos países, que rastreia os sintomas depressivos que se manifestam após o parto. Por ser um instrumento de fácil utilização e interpretação, pode ser aplicado por diversos profissionais da área da saúde (RUSCHI *et al.*, 2007). Essa ferramenta consiste em avaliar a intensidade dos sintomas, sejam eles psíquicos, perda do prazer em atividades, fadiga, diminuição da

capacidade de pensar, concentrar e tomar decisões, como também, sintomas fisiológicos e alterações de comportamento.

Como tratamento para esse tipo de transtorno, os clínicos decidem usar fármacos, pois há uma resposta mais rápida, restabelecendo o funcionamento das mulheres e havendo uma melhoria perceptível por toda a família. Alguns estudos apontam certo preconceito quanto ao uso de medicamentos antidepressivos, o que culminou no desenvolvimento de outros tipos de tratamento, como sessões de terapia cognitivo-comportamental (TCC). Entretanto, vale ressaltar a maior eficiência do uso de fármacos para o tratamento da DPP (MAGALHÃES *et al.*, 2006).

Dos artigos levantados para análise desse tema, em todos os casos que foram testados, foram encontrados resquícios de antidepressivos no leite materno, alguns com mais níveis significativos, mesmo que em níveis plasmáticos (WEISSMAN *et al.*, 2004). Há também relatos de efeitos colaterais encontrados em crianças, podendo eles ser irritabilidade e dificuldades com o sono e a alimentação. Tratamentos a longo prazo com o uso de Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), demonstraram apenas ganho de peso para os bebês alimentados com esse leite materno (HENDRICK *et al.*, 2003).

Figura 4: Bloqueio da recaptação de Serotonina na fenda sináptica.



Fonte: <https://www.sanarsaude.com/portal/carreiras/artigos-noticias/farmacologia-isrs-artigo-farmacia-tudo-em-um-so-lugar>

Vários casos já foram relatados de mulheres que estão passando por transtorno psicológico e tem uma dificuldade de criar uma relação afetiva com a criança, o que atrapalha na hora de amamentar. A DPP acomete cerca de 10 a 15% das mulheres, das quais a maioria já apresentou episódios de depressão ou de algum transtorno bipolar antes da gravidez ou durante a gestação. Para as famílias que decidiram ter mais de um filho, deve-se uma maior atenção para os casos de mães que já tiveram a depressão na gestação do primeiro filho, a probabilidade de se repetir é maior (CARNEIRO, 2015).

A abordagem para o tratamento de transtornos psiquiátricos é complexa, estudos apontam um maior risco de ocorrência de transtornos afetivos durante esse período, principalmente entre os 25 e 44 anos. O risco-benefício do uso de fármacos durante essa fase ainda é incerto, não foi definido todos os possíveis efeitos colaterais de um tratamento assim. A *Food and Drug Administration* (FDA), órgão norte-americano que controla fármacos e alimentos, definiu uma classificação para o auxílio de médicos em relação a segurança reprodutiva de alguns medicamentos. A classificação abrange cinco categorias de risco: A, B, C, D e X, consideram o grau de risco na gravidez (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Antidepressivos se dividem nas categorias B, C ou D, dependendo do seu risco ao paciente. Medicamentos da categoria B não apresenta risco ao feto, diferentemente da categoria C, onde estudos mostraram efeitos teratogênicos testados em animais. Em mulheres não foi feito o estudo, o que pode pôr a sua vida em risco e o benefício potencial seja maior em prol da saúde da mãe. Remédios do tipo D, há sinais positivos de risco sobre o feto, mas os benefícios superam os danos, o que os torna viáveis (BORGES *et al.*, 2016).

Alguns profissionais de saúde possuem dificuldade na identificação precoce dos sintomas, devido as consequências do uso de antidepressivos, estudos mostraram que houve um aumento no número de nascimentos prematuros em mulheres que tinham transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), que faziam o uso de antidepressivos e outros medicamentos sem relação ao tratamento de transtornos de humor e ansiedade (YONKERS *et al.*, 2012).

Pesquisas mostraram maior incidência de complicações maternas entre mulheres que usavam antidepressivos durante a gestação, são eles: pré-eclâmpsia, problemas na placenta, diabetes gestacional (alto nível de açúcar no sangue), ruptura prematura de membranas e sangramentos que induz a cesariana com urgência. Outros estudos feitos com gestantes que usavam psicotrópicos como Inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) durante a gravidez aumento os casos de partos prematuros e oferecia maiores riscos de defeitos cardíacos congênitos entre os bebês. Um estudo isolado feito com esse tipo específico de

psicotrópico mostrou que havia um risco de 1,47 vezes maior de hemorragia pós-parto para as mães que usavam, comparado com as que não usavam nenhum tipo de fármaco (HANLEY; MINTZES, 2014).

A exposição a serotonina no primeiro trimestre resultou em efeitos adversos como partos prematuros, aborto, malformações, cardiopatias congênitas e hipertensão pulmonar persistente no bebê. O uso de antidepressivos perto do parto também podem influenciar a presença de hipertensão pulmonar persistente. O aumento de anomalias cardíacas também se associa ao uso de fármacos (paroxetina) durante a gravidez, o uso de sertralina e citalopram mostraram um aumento de anomalias urinárias e digestivas e ocorrência de defeito septal. O aumento de casos com malformações cardíacas pode estar associado a condições como fatores comportamentais (fumo, drogas, álcool, obesidade e doenças crônicas) (NILSEN *et al.*, 2012).

A amamentação é a fase de benefício mútuo que serve para nutrir a criança contra doenças infecciosas (obesidade, redução da pressão sanguínea, diminuição dos níveis de colesterol) com o leite materno e desenvolvimento do psicomotor da criança, e para a mãe, ela terá amenização da pressão sanguínea, e o risco de câncer de mama e útero, melhora na saúde psicológica com a redução do estresse e melhoramento do sono, sendo também possível a troca de afeto entre os dois (FIGUEIREDO *et al.*, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), a Comissão Europeia de Saúde Pública (ECPH) e a Academia Americana de Pediatria (AAP) recomendam a amamentação nos primeiros seis meses de vida. Revisões de literatura mostram que a amamentação é mais limitada em casos de mães deprimidas, durante a gestação, possuem dificuldade no ato de iniciar a amamentação e uma menor intenção da prática.

Não é recomendado o uso de antidepressivos para as mulheres que estão amamentando, pois existe a possibilidade de o fármaco ser passado para o bebê através do leite materno, caso for de extrema necessidade, deve-se escolher entre redução de dosagem ou suspensão da amamentação. Por não ser aconselhável a suspensão da amamentação, é recomendável o intercalo do leite materno com leite artificial e acompanhamento da frequência cardíaca e respiratória. A falta da amamentação implica em uma desnutrição e aumento de taxas de morbimortalidade infantil, principalmente em regiões subdesenvolvidas (VAUCHER; DURMAN, 2005).

Mesmo com dificuldade, o melhor a ser feito para estudo de caso é estimar a frequência do problema e identificar os grupos mais vulneráveis para fazer uma estratégia eficiente que visa a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento para o DDP. A literatura

aponta ser insuficiente para denominação de um estudo, visto que pesquisas com metodologias muito distintas, acaba dificultando a compilação dos casos no Brasil. Uma análise minuciosa mostrou que cerca de 30 a 40% das mulheres atendidas em unidades básicas de saúde (UBS), possuem perfil socioeconômico baixo (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011).

Se não houver tratamento, mesmo que exista uma melhora do quadro clínico, a sintomatologia depressiva pode persistir depois do primeiro ano pós-parto. Para a melancolia pós-parto, não é necessário um tratamento profissional, pois não há alterações da capacidade funcional feminina. Todavia, a psicoeducação é primordial para a transição dessa natureza ser benigna, não só para a mãe como também, para a família inteira, dando o suporte e aliviando o sentimento de culpa ou frustração de não se sentir feliz sendo mãe (FONSECA; CANAVARRO, 2017).

Quando se trata da psicose puerperal, o tratamento deve ser mais rigoroso, onde é indicado hospitalização e intervenção psiquiátrica. No período perinatal, é adequado o acompanhamento com uma equipe interdisciplinar composta por diferentes profissionais onde irão auxiliar no tratamento através de uma abordagem biopsicossocial (HOROWITZ; GOODMAN, 2005).

Há duas opções de tratamento, são elas a terapia farmacológica e a psicoterapia (seja ela, em grupo ou individual), onde pode ser administrado em conjunto ou de forma isolada, vai depender da real situação da paciente (HOROWITZ; GOODMAN, 2005). Na terapia farmacológica, o mais indicado são os Inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS), pelos bons resultados em relação a eficácia e a sua baixa toxicidade. Como exemplo de indicação, a primeira escolha dos médicos para tratamentos são a sertralina, paroxetina e fluvoxamina, onde estudos mostraram baixo nível de fármaco transmitido pelo leite materno (KIM *et al.*, 2013).

Na terapia deve ser analisado a resposta aos tratamentos prévios utilizando terapia farmacológica, a história da mulher e a consideração dos riscos/benefícios também devem ser estudadas e acompanhadas. O profissional deverá adotar a postura de apoiar sem questionamentos ou julgamentos, e que seja sempre informado quais as vantagens da medicação, para que a mulher em questão, possa escolher qual tratamento lhe será confortável (BEAUDREAU; O'HARA, 2009).

A outra forma de tratamento é a psicoterapia, onde revisões mostraram resultados positivos quanto a efetividade, dentre as abordagens psicoterapêuticas, a Terapia Cognitivo-

Comportamental e a Psicoterapia Interpessoal se destacaram como as mais eficazes. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é um tipo de terapia curta, onde acredita que a causa da DPP seja um sofrimento emocional e pensamento disfuncional, e esse tratamento irá focar na identificação e modificação desse padrão de pensamento (POWELL *et al.*, 2008). Segundo Milgrom e Gemmill, 2014, a TCC possui técnicas para o auxílio do recurso terapêutico, são elas:

- Psicoeducação: Manutenção da sintomatologia depressiva e avaliação dos fatores que estão associados a origem da depressão;
- Restruturação cognitiva: Identificação e tratamento das modificações cognitivas, sejam elas de temas gerais ou específicos;
- Estratégias de ativação comportamental: Identificação de atividades prazerosas e implementação da rotina da mãe, de forma flexível, com planos alternativos;
- Treino de resolução de problemas;
- Treino de competências de comunicação: Treino para ajudar a mãe saber pedir ajuda quando for necessário e lidar com opiniões não solicitadas.

Desenvolvimentos recentes definem esse tipo de tratamento como de terceira geração, nomeando-o como Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e Terapia Focada na Compaixão (CFT) (CREE, 2015).

De acordo com Stuart, 2012, a Psicoterapia Interpessoal (TIP) é uma terapia curta, que tem como base o distress interpessoal ser o agente causador dos sintomas depressivos. Seu processo tem como alvo a melhoria do funcionamento interpessoal do indivíduo. Possui três objetivos principais para a DDP:

- Melhora nos sintomas depressivos;
- Diminuição do sofrimento interpessoal, (solucionando conflitos, transições de papéis e experiências de perda em relações);
- Construção e ativação da rede de suporte social.

Na circunstância da doença, as relações são interpessoais (com a criança, cônjuge ou com ambas a família e amigos) e problemas com transições de papéis (retorno ao trabalho) se destacam como preferência no tratamento (STUART, 2012). Técnicas são bastante utilizadas na TIP para o DPP, são elas: a psicoeducação, análise comunicacional e o *roleplay* (técnica prática usada para treinar equipes para lidas com principais desafios que aparecerem no dia a dia).

A psicoterapia ajuda a prevenir a DPP e para o sucesso do tratamento é necessário a participação dos pais. Já a terapia hormonal, constitui-se no uso de medicamentos como antidepressivos combinados com orientação e suporte de profissionais que irão acompanhar todo o processo. A terapia hormonal é de grande ajuda para a neutralização da queda de estrogênio após o parto, aliviando os sintomas da depressão pós-parto (GUERRA *et al.*, 2014).

Para casos de Psicose pós-parto, esse tipo de tratamento é essencial, uma vez que a segurança da paciente está garantida com a combinação de medicamentos e o acompanhamento. A dieta alimentar composta por comidas saudáveis pode ser uma grande aliada no tratamento do transtorno psicológico, o ciclo interminável de eructação, amamentação e troca de faldas é estressante e predispõe a depressão pós-parto (RIBEIRO; CRUZ; PRUCOLI, 2019).

O diagnóstico precoce ajuda na prevenção da depressão que pode ser realizada através de ações e intervenções conjuntas, durante a gravidez, o que resultará na minimização do risco das mães desenvolverem DPP e prevenir problemas pessoais e familiares (GUEDES-SILVA, 2016). Ela também pode ser evitada, através de terapias como grupos de discussão e orientação médica, junto com programas alternativos como acupuntura, massagem e relaxamento.

O desenvolvimento de medidas efetivas de prevenção para essa patologia é importante a nível de saúde pública, reduzindo assim a sua incidência na população e as suas consequências. Profissionais responsáveis pela saúde materna e obstétrica trabalham para encontrar as melhores condições para evitar o aparecimento da depressão e desenvolvem programas preventivos na rede pública para a saúde das grávidas e para a saúde sexual reprodutiva da população em geral (KONRADT *et al.*, 2011).

Devido a era tecnológica que vivemos, foi desenvolvido por docentes, enfermeiros e alunos da Universidade Estadual Paulista (UNESP) um aplicativo com o nome de CIPE-APS para dispositivos móveis, disponíveis para Android e iOS, que usará como base o banco de dados da CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) destinado a dar diagnósticos e intervenções para a atenção básica auxiliando enfermeiros, professores e estudantes da área para diagnosticarem problemas relacionados as áreas da Saúde Mental, Saúde da Criança, Saúde do adulto e Idoso, Saúde da Mulher, Pré-natal e Pós-parto (FONSECA, 2020).

Não há registro de estudos ou casos que especifiquem em qual das gestações pode ocorrer a depressão pós-parto, sendo assim, pode-se desenvolver após o nascimento de qualquer criança. Maridos e familiares acreditam que algumas mulheres após a gravidez ficam desanimadas por estarem apenas cansadas, quando, na verdade, há a possibilidade de ser um indício da DPP, o qual deverá ser observado (SILVA; PICCININI, 2009).

Algumas linhas de auxílio devem ser providenciadas, como apoio à para que esta senta-se à vontade para expressar seus sentimentos e emoções; aconselhá-la ao descanso suficientemente; conversar com os parentes e responsáveis para ajudar com as necessidades do bebê e trabalhos domésticos, permitindo que a mãe descanse; indicar alimentos de bastante nutrição para a mãe consumir; sugerir a família para organizar passatempos e apoio psicológico (SILVA, 2007).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão pós-parto ainda é considerada um tabu, cerca de 20% das mulheres recebem esse diagnóstico e mesmo assim sofrem caladas já que culturalmente é esperado que seja um momento de muita felicidade. Portanto, faz-se necessário divulgar trabalhos que abordem essa temática e oriente aos familiares e até mesmo as próprias mães da importância em estar atentos aos sinais e sintomas que podem durar entre semanas e meses após o nascimento do bebê. As mulheres estão vulneráveis a sentir os impactos da depressão pós-parto, estando susceptíveis a diferentes níveis de intensidade, portanto é necessário que todos estejam atentos tanto aos sintomas psíquicos quanto aos fisiológicos.

No material coletado para o desenvolvimento desse trabalho, ressaltamos a importância do diagnóstico, tratamento, prevenção e fatores de risco da DPP tendo em vista que é comum afetar diretamente e negativamente o relacionamento entre mãe e filho ao comprometer a capacidade da criação de vínculos saudáveis estáveis. Além de expor as mães a conflitos familiares, pode proporcionar negligência em relação às necessidades físicas e psíquicas da criança e também maior risco de descontinuação da amamentação.

O tipo de tratamento vai depender da intensidade do transtorno de cada paciente, podemos destacar alguns exemplos como a utilização de fármacos antidepressivos, as mudanças no estilo de vida da mulher e a psicoterapia. Um acompanhamento multiprofissional vai auxiliar as mães e familiares a adotar intervenções que estejam de acordo com o estilo de vida da paciente quer seja uma psicoterapia de apoio, psicodinâmica breve, terapia interpessoal, comportamental, cognitiva comportamental, de grupo ou

individuais, casais e família. Além disso a adoção de atividades físicas, inclusão dos afazeres diários e outras atividades consideradas prazerosas que respeitem a individualidade de cada mulher.

Dessa forma, esperamos ter contribuído para ressaltar a importância do tema e a divulgação de alertas que auxiliem as mães que sofrem desse transtorno para que elas ou até mesmo pessoas próximas (familiares, amigos) indiquem e encorajem a busca por tratamento, para que elas sejam atendidas com uma conduta individualizada proveniente da particularidade de cada caso.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Miriã Alves Ramos de; RABINOVICH, Elaine Pedreira; PETRINI, Giancarlo. **Família, natureza e cultura: cenários de uma transição**. EDUFBA, 2013.

ALIANE, Poliana Patrício; MAMEDE, Marli Vilela; FURTADO, Erikson Felipe. Revisão Sistemática sobre Fatores de Risco Associados à Depressão Pós-parto. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 5, n. 2, p. 146-155, dez. 2011.

Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472011000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 jan. 2021.

ANDRADE, Raquel Dully et al.. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 181-186, 2015.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 3, p. 828-845, 2017.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; MOURÃO, Mariana Alves; FRAGALLE, Bárbara. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 251-264, 2014.

BAHLS, Saint-Clair; BAHLS, Flávia Rocha Campos. Depressão na adolescência: características clínicas. **Interação em Psicologia**, v. 6, n. 1, 2002.

BANDEIRA, Vanessa Adelina Casali et al. Uso de antidepressivo e os componentes da síndrome de fragilidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 1, p. 7-15, 2018.

BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho da. Depressão e o suicídio. **Revista da SBPH**, v. 14, n. 1, p. 233-243, 2011.

BASSAN, Andressa et al.. Depressão Pós-Parto: Diagnóstico E Acompanhamento Psicológico. **TCC-Psicologia**, 2020.

BEAUDREAU, Sherry A.; O'HARA, Ruth. The association of anxiety and depressive symptoms with cognitive performance in community-dwelling older adults. **Psychology and aging**, v. 24, n. 2, p. 507, 2009.

BECK, Aaron T.; ALFORD, Brad A. **Depressão: causas e tratamento**. Artmed Editora, 2016.

BENATTI, Ana Paula et al.. A maternidade em contextos de vulnerabilidade social: papéis e significados atribuídos por pais e mães. **Interação em Psicologia**, v. 24, n. 2, 2020.

BORGES, Denize Aparecida et al.. A depressão na gestação: uma revisão bibliográfica. **Revista de iniciação científica da libertas**, v. 1, n. 1, 2016.

BORSA, Juliane Callegaro; DIAS, A. C. G. Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. **Rev. Contemporânea Psicanálise e Transdisciplinaridade**, v. 2, p. 310-21, 2007.

BORSA, Juliane Callegaro; FEIL, Cristiane Friederich; PANIÁGUA, Rafaela Medeiros. A relação mãe-bebê em casos de depressão pós-parto. **Pontifícia Universidade Ca**, 2007.

CAMPOS, Rui C. Síntese dos aspectos centrais da perspectiva teórica de Sidney Blatt sobre a depressão. **Análise Psicológica**, v. 18, n. 3, p. 311-318, 2000.

CANALE, Alaíse; FURLAN, Maria Montserrat Diaz Pedrosa. Depressão. **Arquivos do MUDI**, v. 11, n. 1, p. 23-31, 2007.

CANTILINO, Amaury et al.. Postpartum depression in Recife-Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 1, p. 1-9, 2010.

CARNEIRO, Rosamaria. “Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 20, p. 91-112, 2015.

CLARK, Roseanne; TLUCZEK, Audrey; WENZEL, Amy. Psychotherapy for postpartum depression: a preliminary report. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 73, n. 4, p. 441-454, 2003.

COSTA, Edina Silva et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 2, p. 86-93, 2010.

COUTINHO, Emília de Carvalho et al.. Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães?. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. SPE2, p. 17-24, 2014.

CREE, Michelle. The compassionate mind approach to postnatal depression: Using compassion focused therapy to enhance mood, confidence and bonding. Hachette UK, 2015.

DA CUNHA, Aline Borba et al.. A Importância do Acompanhamento Psicológico Durante a Gestação em Relação aos Aspectos que Podem Prevenir a Depressão Pós-Parto. **Saúde e Pesquisa ISSN 2176-9206**, v. 5, n. 3, 2012.

DA SILVA, Lúcia Patrícia Bezerra Gomes; DE ARAÚJO DANTAS, Tayná. Câncer de Mama e Depressão: Aspectos Psicobiológicos e Suas Interações. **Journal of Medicine and Health Promotion**, v. 5, n. 4, p. 01-09, 2020.

DA SILVA, Luzenilda Sabina; DE BORBA PESSOA, Franciele; PESSOA, Douglas Tadeu Cardoso. Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação: desvendando mitos. **Revista Eletrônica Faculdade Montes Belos**, v. 8, n. 2, 2015.

DE CAMPOS, Bárbara Camila; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. **Psico**, v. 46, n. 4, p. 483-492, 2015.

DE LACERDA, Acioly Luiz Tavares; DEL PORTO, José Alberto. Depressão ao longo da história. In: QUEVEDO, João; NARDI, Antonio Egidio; SILVA, Antônio Geraldo da. **DEPRESSÃO: TEORIA E CLÍNICA**. São Paulo: ARTMED, 2019. p.19-27.

DE MATOS, Janaína Marques et al.. Análise da depressão pós-parto no período puerperal e sua relação com o aleitamento materno. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 3, n. 1, 2016.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, p. 627-637, 2005.

FEBRASGO, Depressão Pós-parto. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), **Revista**, v. 48, n. 8, p 9 -12, 2020.

FIGUEIREDO, Bárbara et al.. Amamentação e depressão pós-parto: revisão do estado de arte. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 4, p. 332-338, 2013.

FONSECA, Ana; CANAVARRO, Maria Cristina. Depressão Pós-Parto. **PROPSICO: Programa de atualização em Psicologia Clínica e da Saúde–Ciclo 1**, p. 111-164, 2017.

FONSECA, Pamela Roustini da. Revisão e atualização de subconjuntos terminológicos CIPE® para saúde da mulher, pré-natal e pós-parto e proposta de construção de aplicativo para dispositivos móveis. 2020.

FONSECA, Vera Regina JRM; SILVA, Gabriela Andrade da; OTTA, Emma. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cadernos de saúde pública**, v. 26, n. 4, p. 738-746, 2010.

GILL, S. K.; COFFEY, B. J.; PARK, K. S. Depressão na infância e na adolescência: manifestações clínicas, patogênese e tratamento. **Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre: Artmed**, p. 232-45, 2000.

GODOY-MIRANDA, Ana Carolina et al.. Hábitos saudáveis na gestação, composição corporal e variação de peso no pós-parto: Healthy habits in pregnancy, body composition and weight variation after childbirth. 2019.

GOMES, Lorena Andrade et al.. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, p. 117-123, 2010.

GUEDES-SILVA, Damiana. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. **Revista Subjetividades**, v. 3, n. 2, p. 439-450, 2016.

GUERRA, Maria João et al. Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. SPE1, p. 117-124, 2014.

HANLEY, Gillian E.; MINTZES, Barbara. Patterns of psychotropic medicine use in pregnancy in the United States from 2006 to 2011 among women with private insurance. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 14, n. 1, p. 242, 2014.

HENDRICK, Victoria et al.. Weight gain in breastfed infants of mothers taking antidepressant medications. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 64, n. 4, p. 410-412, 2003.

HOROWITZ, June Andrews; GOODMAN, Janice H. Identifying and treating postpartum depression. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 34, n. 2, p. 264-273, 2005.

IACONELLI, Vera. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Revista pediatria moderna**, v. 41, n. 4, p. 1-6, 2005.

JÚNIOR, Hudson Pires de Oliveira Santos; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Depressão pós-parto: um problema latente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 516, 2009.

KIM, Deborah R. et al.. Elevated risk of adverse obstetric outcomes in pregnant women with depression. **Archives of women's mental health**, v. 16, n. 6, p. 475-482, 2013.

KONRADT, Caroline Elizabeth et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, n. 2, p. 76-79, 2011.

LAFER, Beny et al. Depressão no ciclo da vida. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 22, n. 3, p. 149-52, 2000.

LOBATO, Gustavo; MORAES, Claudia L.; REICHENHEIM, Michael E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 4, p. 369-379, 2011.

LOBATO, Gustavo; MORAES, Claudia L.; REICHENHEIM, Michael E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 4, p. 369-379, 2011.

LOPES, Mylla Walleska Pereira; GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Avaliar os motivos da depressão pós-parto: uma revisão bibliográfica de literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 3, n. 6, p. 82-95, 2020.

LOPES, Rita de Cássia Sobreira et al.. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 18, n. 2, p. 247-254, 2005.

MACHADO, Samuel Leones Monteiro et al. Ansiedade e Depressão em estudantes de Medicina. **Revista Saúde Multidisciplinar**, v. 6, n. 1, 2019.

MAGALHÃES, Pedro Vieira da Silva et al.. Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 33, n. 5, p. 245-248, 2006.

MARTIN, Denise; QUIRINO, José; MARI, Jair. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 591-597, 2007.

MASI, Gabriele et al. Depressive symptoms in children and adolescents with dysthymic disorder. **Psychopathology**, v. 34, n. 1, p. 29-35, 2001.

MEDEIROS, Joana Matos Lima. **Depressão no idoso**. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, p. 261. 2010.

MILGROM, Jeannette; GEMMILL, Alan W. Screening for perinatal depression. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology**, v. 28, n. 1, pág. 13-23, 2014.

MORAES, Inácia Gomes da Silva et al.. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de saúde pública**, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2006.

MUNHOZ, Tiago Neuenfeld. **Prevalência e fatores associados à depressão em adultos: estudo de base populacional**. 2012. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas.

NEVES, Celestino; MEDINA, José Luís; DELGADO, José Luís. Alterações endócrinas e imuno-modulação na gravidez. **Arquivos de Medicina**, v. 21, n. 5-6, p. 175-182, 2007.

NILSEN, Roy M. et al.. Maternal tryptophan and kynurenine pathway metabolites and risk of preeclampsia. **Obstetrics and gynecology**, v. 119, n. 6, p. 1243, 2012.

PARANHOS, Mariana Esteves; WERLANG, Blanca Guevara. Diagnóstico e intensidade da depressão. **Barbarói**, v. 2, n. 31, p. 111-125, 2009.

PEREIRA, Caroline Rubin Rossato; PICCININI, Cesar Augusto. O impacto da gestação do segundo filho na dinâmica familiar. **Estudos de psicologia (Campinas)**, v. 24, n. 3, p. 385-395, 2007.

PICCININI, Cesar A. et al.. O bebê imaginário e as expectativas quanto ao futuro do filho em gestantes adolescentes e adultas. **Interações**, v. 8, n. 16, p. 81-108, 2003.

PINHEIRO, Marta. Aspectos históricos da neuropsicologia: subsídios para a formação de educadores. **Educar em revista**, n. 25, p. 175-196, 2005.

POWELL, Vania Bitencourt et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, p. s73-s80, 2008.

PRENOVEAU, Jason et al.. Postpartum GAD is a risk factor for postpartum MDD: the course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD. **Depression and anxiety**, v. 30, n. 6, p. 506-514, 2013.

RIBEIRO, Natália Marinho; CRUZ, Elizabeth Maria; PRUCOLI, Monique Bessa De Oliveira. Assistência De Enfermagem Na Depressão Pós-Parto. **Múltiplos Acessos**, v. 4, n. 1, p. 125-135, 2019.

RODRIGUES, Andreza Pinheiro et al.. Riscos Do Uso De Antidepressivos Durante A Gravidez. **Faculdades Integradas de Patos Curso de Medicina** v. 2, n. 1, jan./mar 2017, p. 503-514.

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral et al.. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 3, p. 274-280, 2007.

SCHARDOSIM, Juliana Machado; HELDT, Elizeth. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 159-166, 2011.

SCHMIDT, Eluisa Bordin; PICCOLOTO, Neri Maurício; MÜLLER, Marisa Campio. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USf**, v. 10, n. 1, p. 61-68, 2005.

SCHWENGBER, Daniela Delias de Sousa; PICCININI, Cesar Augusto. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 8, n. 3, p. 403-411, 2003.

SILVA, Delvo Ferraz da. Psicologia e acupuntura: aspectos históricos, políticos e teóricos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 27, n. 3, p. 418-429, 2007.

SILVA, Milena da Rosa. Paternidade e depressão pós-parto materna no contexto de uma psicoterapia breve pais-bebê. 2007.

SILVA, Milena da Rosa; PICCININI, Cesar Augusto. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. **Estudos de psicologia (Natal)**, v. 14, n. 1, p. 5-12, 2009.

SILVA, Milena da Rosa; PICCININI, Cesar Augusto. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. **Estudos de psicologia (Natal)**, v. 14, n. 1, p. 5-12, 2009.

SIT, Dorothy K .; WISNER, Katherine L. A identificação da depressão pós-parto. **Obstetrícia clínica e ginecologia** , v. 52, n. 3, pág. 456, 2009.

STUART, Scott. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression. **Clinical psychology & psychotherapy**, v. 19, n. 2, p. 134-140, 2012.

TEODORO, Wagner Luiz Garcia. *Depressão: corpo, mente e alma*. ed. Uberlândia-MG: Wagner Luiz Garcia Teodoro, 2010.

TUCCI, Adriana M.; KERR-CORRÊA, Florence; DALBEN, Ivete. Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 23, n. 2, p. 79-87, 2001.

VAUCHER, Ana Luisa Issler; DURMAN, Solânia. Amamentação: crenças e mitos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 2, 2005.

VERAS, André B.; AE, Nardi. Hormônios sexuais femininos e transtornos do humor. **J Bras Psiquiatr**, v. 54, n. 1, p. 57-68, 2005.

VERSIANI, Márcio; REIS, Regina; FIGUEIRA, Ivan. Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 2000.

WEISSMAN, Alicia M. et al.. Análise combinada dos níveis de antidepressivos em mães lactantes, leite materno e lactentes. **American Journal of Psychiatry**, v. 161, n. 6, pág. 1066-1078, 2004.

YONKERS, Kimberly A. et al.. Depression and serotonin reuptake inhibitor treatment as risk factors for preterm birth. **Epidemiology (Cambridge, Mass.)**, v. 23, n. 5, p. 677, 2012.