

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

PATRÍCIA CARDOSO ALVES

DEPRESSÃO PÓS- PARTO: fatores de risco e tratamento

Paracatu

2021

PATRÍCIA CARDOSO ALVES

DEPRESSÃO PÓS PARTO: fatores de risco e tratamento

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia da Saúde.

Orientadora: Prof^a: Débora Delfino Caixeta

PATRÍCIA CARDOSO ALVES

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: fatores de risco e tratamento

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Débora Delfino Caixeta

Banca examinadora:

Paracatu – MG, 23 de junho de 2021.

Prof^a. Débora Delfino Caixeta
Centro Universitário Atenas

Prof^a. Msc. Analice Aparecida dos Santos
Centro Universitário Atenas

Prof^a. Msc. Fátima das Neves Martins Santos
Centro Universitário Atenas

Dedico este trabalho aos meus pais Andreino e Valdenice, pois graças aos seus esforços diários que hoje eu posso concluir este curso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por sempre se fazer presente em minha vida e guiar meus passos.

Ao meu marido Diemerson, por se revelar um verdadeiro companheiro, me apoiando sempre em meus objetivos. Obrigada pela paciência de sempre e por todo incentivo.

Aos meus pais por me proporcionarem a oportunidade de realizar este curso. Obrigada por tudo.

Às minhas amigas e colegas Sara, Ana Caroline e Roberta pela companhia, ajuda e troca de experiência, e por tornarem estes longos anos de curso em momentos descontraídos e alegres. Vocês tornaram esta caminhada mais leve.

Agradeço também a orientadora professora Débora Delfino pela paciência, disponibilidade e carinho que sempre demonstrou.

A vocês, o meu muito obrigada!

“Nunca despreze as pessoas deprimidas. A depressão é o último estágio da dor humana”.

Augusto Cury

RESUMO

Depressão Pós-Parto (DPP) trata-se de um tipo de Transtorno de Humor semelhante ao Transtorno Depressivo Maior em termos de sintomatologia, sendo assim considerada pelo DSM-V, como uma forma específica de depressão sendo o especificador a ocorrência dos sintomas depressivos no início do periparto. Devido as grandes transformações que o corpo da mulher em seu período gravídico apresenta, por muito tempo acreditava-se que esta poderia ser a causa mais provável para o desenvolvimento da doença. Com isso, o presente trabalho tem por objetivo determinar quais são os fatores relacionados ao surgimento da Depressão Pós-Parto e também quais os possíveis métodos de prevenção e tratamento para a mesma. Portanto, foi feita uma revisão da literatura científica realizada por bases de dados virtuais através da busca online.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto. Fatores de Risco. Prevenção e Tratamento.

ABSTRACT

Postpartum Depression (PPD) is a type of Mood Disorder similar to Major Depressive Disorder in terms of symptomatology, being thus considered by the DSM-V as a specific form of depression, the specifier being the occurrence of depressive symptoms in onset of peripartum. Due to the great changes that a woman's body during her pregnancy presents, for a long time it was believed that this could be the most likely cause for the development of the disease. Thus, the present study aims to determine what are the factors related to the emergence of Postpartum Depression and also what are the possible methods of prevention and treatment for it. Therefore, a review of the scientific literature was carried out using virtual databases through online search.

Keywords: Postpartum Depression. Risk factors. Prevention and Treatment.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA | 11 |
| 1.2 HIPÓTESES | 11 |
| 1.3 OBJETIVOS | 11 |
| 1.3.1 OBJETIVO GERAL | 11 |
| 1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 11 |
| 1.4 JUSTIFICATIVA | 12 |
| 1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO | 12 |
| 1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO | 12 |
| 2. CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO | 13 |
| 3. FATORES DE RISCO PARA A DEPRESSÃO PÓS-PARTO | 18 |
| 3.1 FATORES PSICOLÓGICOS | 18 |
| 3.2 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS | 19 |
| 3.3 FATORES PSICOSSOCIAIS | 20 |
| 4. POSSIBILIDADES DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO | 22 |
| 4.1 PREVENÇÃO | 22 |
| 4.2 TRATAMENTO | 23 |
| 4.2.1 TERAPIA FARMACOLÓGICA | 24 |
| 4.2.2 PSICOTERAPIA | 24 |
| 4.2.2.1 TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL (TCC) | 24 |
| 4.2.2.2 PSICOTERAPIA INTERPESSOAL (TIP) | 25 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 27 |
| REFERÊNCIAS | 29 |

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é considerada um período muito especial para a gestante e para todo o seu contexto familiar. Nesta fase a gestante passa por grandes transformações que ocorrem em aspectos fisiológicos e psicológicos podendo causar oscilações emocionais como medo, insegurança, dúvidas, assim como estado eufórico, que em desequilíbrio colabora para o aparecimento de sintomas da depressão pós-parto.

A Depressão Pós Parto (DPP) é caracterizada como Transtorno Depressivo Pós-Parto ou Depressão Pós-Parto Materna (DPP-M) de acordo com o DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição) o qual trata - se do transtorno depressivo maior que afeta mulheres no período da gravidez e/ ou pós-parto, onde nas quatro primeiras semanas após o parto ou ainda no período gestacional, estas mulheres sofrem de sintomas depressivos (APA, 2013).

Apesar da DPP está relacionada a algumas mudanças biológicas e hormonais devido à gravidez e o parto, ela também pode estar relacionada a outros fatores, como por exemplo, fatores psicológicos, sociais, relação familiar, fatores relacionados à criança e outros. Estes aspectos interferem na saúde da gestante possibilitando que a mesma esteja mais vulnerável a várias condições durante a gestação.

A depressão pós-parto é um transtorno que traz consequências para o lar como um todo, tanto para a mãe, quanto para todo o sistema familiar em que a mesma está inserida. Identificar os fatores que possuem relação com a depressão pós-parto é importante para que possamos compreender os mecanismos que causam o desenvolvimento do transtorno, possibilita desenvolver métodos de prevenção e também tratamento eficaz (Boyce, 2003).

Assim sendo, o presente trabalho busca-se levantar aspectos presente na literatura científica acerca dos fatores que possuem relação com a depressão pós-parto, sendo possível desta forma, formular métodos de intervenção na busca pela prevenção de tal transtorno.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Quais fatores de risco estão relacionados ao Transtorno Depressivo Pós-Parto?

1.2 HIPÓTESES

A história pessoal da gestante, alterações hormonais, eventos estressantes, falta de apoio/afeto, fraca relação conjugal, gravidez não planejada, e outros. Dentre as hipóteses citadas, fatores psicológicos e psicossociais na maior parte das vezes, são os fatores principais no desenvolvimento do transtorno depressivo pós-parto.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Elucidar os aspectos relacionados ao Transtorno Depressivo Pós- Parto (DPP).

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar a depressão pós-parto.
- b) Evidenciar os fatores de risco para DPP.
- c) Apontar possibilidades de prevenção e tratamento.

1.4 JUSTIFICATIVA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009) a DPP atinge cerca de 10% a 15% das mulheres em países desenvolvidos, além disso, mulheres que já tiveram episódios de depressão maior em algum momento antes da gravidez têm o risco aumentado em 25% a 50%. Assim, pode-se perceber a necessidade de falar sobre o tema diariamente no nosso cotidiano. Infelizmente quase não se fala sobre a Depressão Pós-Parto com gestantes e considera-se este tema faltoso em nosso dia a dia.

No Brasil ainda não há conhecimento adequado por parte dos profissionais de saúde a respeito do transtorno e de como identificá-lo (Scharidosin e Heldt, 2011) e (Carvalho e Lima Salum, 2014). Desta forma, vê-se a necessidade de falar sobre a DPP, identificar o que pode causá-la e como prevenir.

1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica baseada em artigos científicos coletados do Google acadêmico, Scielo e PePsic utilizando as seguintes palavras chaves: Depressão Pós-Parto, Fatores de Risco, Prevenção e Tratamento. Serão considerados trabalhos publicados nos últimos 10 anos em língua portuguesa.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho em questão apresenta cinco capítulos, o primeiro deles contendo a introdução ao tema, problema de pesquisa, hipóteses, objetivos gerais e específico e a justificativa para o estudo; já no capítulo 2 pretende caracterizar a depressão pós-parto, o capítulo 3 possui como objetivo evidenciar os fatores de risco para a DPP, e no capítulo 4 apontar quais as possibilidades de prevenção e

tratamento de tal transtorno, e em seguida no capítulo 5 será feita as considerações finais.

2. CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) a depressão foi apontada como a terceira causa de morbidade no mundo. Resultados de estudos literários apontam que mulheres apresentam maiores chances do que os homens para desenvolverem depressão. Este fato está ainda mais associado à fase da vida em que se encontram no dever de cuidar de seus filhos.

O período gravídico/puerperal é considerado um período de grandes transformações biopsicossocial, sendo considerada uma fase de alta vulnerabilidade podendo resultar na ocorrência de transtornos psiquiátricos (Zambaldi, Cantillino, Sougey, & Rennó Jr, 2010). Por se tratar de um período de grandes mudanças e reestruturações para a mulher, e por sua preparação associada aos novos papéis maternos (Canavarro, 2009), as exigências desta fase está ligada à quadros de perturbações da saúde mental. Em razão disto, o período gravídico puerperal pode resultar em perturbações de humor capazes de acarretar no surgimento da Depressão Pós-Parto.

A Depressão Pós-Parto (DPP) é caracterizada como Transtorno Depressivo Pós-Parto, o qual trata-se do estado depressivo maior que afeta mulheres no período da gravidez e/ou no pós-parto. De acordo com o DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição), a DPP é definida como Transtorno Depressivo Pós-Parto ou Depressão Pós-Parto Materna (DPP – M) que afeta mulheres em seu período gravídico e/ou puerperal, onde ocorre nas quatro primeiras semanas após o parto, tendo normalmente, início durante a gestação (APA, 2013), no qual sofrem de sintomas depressivos semelhantes aos sintomas do Transtorno Depressivo Maior que afeta a população em geral.

A DPP não é considerada uma categoria de diagnósticos independente no DSM-V da Associação Americana de Psiquiatria - APA (2013). Mas o DSM-V reconhece que a Depressão Pós-Parto pode ser uma forma específica de depressão

ao considerar o especificador “com início no periparto” para se referir aos sintomas depressivos que ocorrem durante a gravidez e/ou no período pós-parto (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA, 2013). Assim, a depressão pós-parto não apresenta uma fenomenologia específica, sendo semelhante clinicamente em termos de sintomatologia, à depressão que ocorrem em outros períodos da vida (Milgrom & Gemmill, 2014). No entanto, o DSM-V traz a compreensão da DPP não como diagnóstico, mas como especificador, já que os sintomas da Depressão pós-parto não diferem dos sintomas apresentados em episódios de alteração de humor que ocorrem fora do período puerperal.

De acordo com o DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA, 2013) as principais características podem ser analisadas de acordo com alguns requisitos para o diagnóstico do Transtorno Depressivo, manifestando no período e aspectos apresentados a seguir:

“Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer” (APA, 2013, p.160).

Deste modo, os critérios de diagnóstico para o Transtorno Depressivo Maior segundo o DSM-V são:

- a) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias;
- b) Diminuição ou perda do interesse em todas ou quase todas as atividades anteriormente agradáveis;
- c) Mudança significativa do peso ou do apetite;
- d) Insônia ou hipersônia excessiva;
- e) Retardo psicomotor ou agitação;
- f) Fadiga ou perda de energia;
- g) Sentimento de desvalia ou culpa excessiva;
- h) Perda da concentração;
- i) Ideias de morte ou suicídio;

Apesar de não possuir categoria de diagnóstico independente no DSM-V, a DPP pode ser justificado visto que a depressão no período pós-parto possui algumas particularidades, como por exemplo, um precipitante específico (a gestação). Além disso, a Depressão pós-parto inclui em seu quadro, ocorrência de

acentuada labilidade de humor e sentimentos ambivalentes em relação ao bebê (APA, 2013), assim como pensamentos sobre fazer mal ao bebê, preocupações exageradas com sua competência parental e com o bem-estar da criança (Milgrom et al., 1999; Pope, 2020; Riecher-Rossler & Hofecker, 2003).

Assim como afirmam Dawson et al. (2000, apud Brum; Schermann, 2006) mães depressivas podem apresentar menor disposição de exercer interação com seu filho e de responder de forma direta aos sinais dele, desenvolvendo menos contato físico com a criança. Na maioria das mulheres com sintomatologia depressiva no período pós-parto, apresentam pensamentos negativos mais intensos normalmente associados com a incapacidade de cuidar de seu filho recém-nascido e apresentam medo de ficarem sozinhas com ele (Jennings et al., 1999).

Segundo Silva e Botti (2005) este sentimento de incapacidade é muito frequente nas puérperas, em razão de se dedicarem integralmente aos cuidados do filho e esperam pelo reconhecimento de todos, principalmente o retorno afetivo da criança em questão. Por estarem diretamente ligada à saúde e os cuidados do bebê, na maioria das vezes a mulher é a principal cuidadora, assim ela se encontra diante de uma renovação de seu mundo representativo, cobrando de si o seu instinto materno esperado de toda mãe. Deste modo, esta reestruturação pode resultar em uma confusão de seus esquemas psíquicos a respeito de si mesma e do outro podendo acarretar no surgimento de sintomas da Depressão Pós-Parto (Sousa, Prado e Piccinini, 2011).

O DSM-V considera outros critérios de diagnóstico para a depressão pós-parto, como a depressão menor, que é semelhante à depressão maior em termos de sintomatologia, mas requer a confirmação de dois a cinco sintomas depressivos ou o sofrimento e limitação no funcionamento habitual em virtude a um acontecimento indutor de stress (Milgrom, Martin, & Negri, 1999). Assim, a DPP possui indicadores do que podem ser considerados como indutor dos sintomas apresentados pela pessoa com a Depressão Pós-Parto, podendo distinguir tais transtornos.

Deste modo, a Depressão Pós-Parto é definida como uma ocorrência de depressão maior que é temporariamente associado com o nascimento de um bebê, sendo descrita na versão do DSM-IV publicada em 1994 (APA, 1994) como um especificador “com início no pós-parto”, porém essa nomenclatura foi alterada para

“com início no periparto” em sua última versão, DSM-V publicada em 2013 nos Estados Unidos e no ano de 2014 no Brasil, pois designou-se que o início desta alteração de humor ocorre ainda durante o período gestacional, uma vez que em 50% dos casos de depressão maior no pós-parto iniciavam antes do nascimento (APA, 2013).

Porém, assim como afirmam Guédeney et al (2002) em práticas cotidianas, permanecem difícil de se realizar o diagnóstico da DPP. Além de ser pouco diagnosticada e tratada, não há uma concordância existente na área para o cumprimento do diagnóstico tanto no DSM-V e no CID-10 (Cox. 2004; Cramer; palácio-espasa, 1993; Campbell; Cohn, 1997; Stern, 1997). Esta ausência de concordância e codificação da Depressão Pós-Parto dificulta o diagnóstico da mesma dificultando também o seu tratamento.

Apesar do DSM-V (APA, 2013) trazer a concepção da DPP com especificador, e não como um diagnóstico separado, o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição) publicada em 1992 em Genebra e no ano posterior no Brasil, em relação a DPP quando comparado ao DSM-V, eleva em duas semanas o critério temporal, não incluindo o período gestacional. Assim, o CID-10 traz em sua concepção o diagnóstico da DPP como uma desordem comportamental e mental associada ao período pós-parto (F53) apenas se iniciar dentro de seis semanas após o parto e quando não atender aos critérios ligados à outra categoria. No CID a DPP possui sua categorização própria, classificando esta desordem como algum transtorno afetivo (F30 – F39) além de utilizar a terminologia depressão pós-natal. Enquanto que no DSM-V a concepção da DPP é tida como especificador, e utiliza o termo periparto.

Desta maneira, a falta de concordâncias entre os manuais de classificações de transtornos mentais pode dificultar o diagnóstico do transtorno por parte dos profissionais de saúde. O esperado seria que tais manuais possuíssem um padrão dos critérios de diagnósticos e que os profissionais da saúde fizessem o uso comum em suas práticas (COX, 2004).

Um dos fundamentos do SUS (Sistema Único de Saúde) pela lei 8.080, configura na assistência em saúde amparando a população compreendendo o processo saúde e doença como algo de cunho social (Liberato, 2009). Assim, a

depressão como um problema de saúde pública aponta a relevância da obtenção de dados claros que favoreçam a compreensão a respeito do transtorno para a intervenção preventiva diante da presença de fatores de risco, visando minimizar os impactos em longo prazo para a díade mãe-filho (Campos e Rodrigues, 2015).

3. FATORES DE RISCO PARA A DEPRESSÃO PÓS-PARTO

São considerados fatores de risco, alguns fatores e condições que quando expostos a elas, podem aumentar a probabilidade do indivíduo de desenvolver alguma doença ou agravo à saúde (Barbosa & Machado, 2013). Assim como afirmam Figueira, Gomes, Diniz, e Silva Filho (2011), estabelecer quais os fatores de risco de uma determinada patologia pode contribuir na melhor identificação da doença e de possíveis ameaças para a saúde, bem como estratégias de prevenção e diagnóstico precoce.

Muitos são os fatores que podem aumentar a probabilidade do desenvolvimento da Depressão Pós-Parto em mulheres grávidas ou no período pós-parto. Inicialmente acreditava-se que as principais causas para o desenvolvimento da Depressão Pós-Parto se dava por questões biológicas, especialmente hormonais, em virtude das transformações do período gestacional. E partindo da ideia de que neste período o organismo feminino produz muito mais hormônios de que em seu estado normal, e que por parte dela se concentra na placenta, na hora do parto a mulher sofreria uma queda considerável do nível hormonal, o que era considerado um determinante para o início do quadro de depressão. Deste modo, do ponto de vista médico, a DPP seria resultado de uma grande alteração nos níveis hormonais e do metabolismo catecolaminas (Santos, 2001) além de fatores genético-hereditários, saúde da mãe e do filho, e obstétricos (Aliane, Mamede, & Furtado, 2011; Zinga, Phillips, & Born, 2005).

Embora a DPP ter sido associada as mudanças biológicas e hormonais do período gravídico, tem sido crescente o número de estudos da literatura científica que vem reconhecendo que fatores de risco mais associados à Depressão Pós-Parto são fatores de cunho psicossocial. Assim como fatores psicológicos, sociodemográficos, e biológicos também são considerados fatores de risco associado à DPP.

3.1 FATORES PSICOLÓGICOS

Fatores como ter tido episódios de depressão anterior a gestação, sentimentos de baixa autoestima, vivências de situações estressantes, ansiedade

gestacional são considerados fatores de risco para a DPP. Estudos apontam que mulheres que já tiveram depressão anterior, possui risco 50% maior de desenvolver depressão no puerpério (Faisal, 2012). Em uma pesquisa com amostra de mulheres chilenas, foi apontado episódios de ansiedade e depressão anteriores como fatores propensos para o desenvolvimento da DPP (Quelopana, Champion & Rubilar, 2011). Em outro estudo, Chandran et al. (2002) também comprovaram que um dos principais fatores de risco para a incidência de DPP é a presença de história anteriores de depressão. Em uma revisão sobre fatores de risco para a DPP, Aliane, Mamede e Furtado (2011), também evidenciaram que os mais frequentes fatores apresentados, são fatores ordem psicológica e/ou psiquiátrica, socioeconômica e de apoio.

Da mesma forma, estudos realizados por Morais et al., (2015) pela universidade de São Paulo comprovaram que o histórico de depressão e ansiedade prediz a ocorrência da DPP, assim como é confirmado por diferentes trabalhos (Chandran et al., 2002; Quelopana et al., 2011; Ruschi et al., 2007).

O stress durante a gestação também pode causar complicações no parto além de ser um indicativo da manifestação da DPP (Diego et al., 2006). Por estar relacionado a eventos particulares, como gravidez não planejada, ganho de peso e enjoos, o stress interfere agravando o quadro de ansiedade na gravidez, ainda mais se houver casos de violência doméstica, uso de drogas, e complicações no pré-natal (Segato et al., 2009).

Outros fatores psicológicos considerados fatores de risco para a depressão pós-parto são características da personalidade da gestante. Mulheres consideradas tímidas, nervosas, preocupadas, pessimistas (Robertson et al., 2004), de baixa autoestima (Beck, 2001) e perfeccionistas (Milgrom et al., 2008) possuem maior probabilidade de desenvolver a depressão pós-parto do que aquelas que não apresentam tais características.

3.2 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Em relação a interferência de fatores sociodemográficos na ocorrência de depressão pós-parto, Segre et al. (2007) apresentaram como fatores preditivos a

baixa escolaridade, baixa renda, pouca idade, mães desempregadas, solteiras e ter muitos filhos. Estudos realizados por Chandran, Tharyan, Muliyl e Abraham (2002) em uma zona rural na Índia também comprovaram que a baixa renda é considerada um sério fator de risco para a DPP. O que pode se explicar segundo Segre et al. (2007), sobre os efeitos da baixa renda familiar e a incidência de DPP, são principalmente por seu nível de estresse, decorrentes de dificuldades financeiras, provenientes do pouco acesso a saúde, educação e moradia.

Estudos de Moraes et al., (2015) realizados na universidade de São Paulo, efetuada com amostras de gestantes cujos partos ocorreram de dois tipos de hospitais: o público e o privado, obtiveram grandes diferenças em seus resultados. A prevalência maior de DPP foi apresentada em mães onde o parto foi realizado em hospitais públicos, quando comparado às mães em que o parto foi realizado em hospitais privados. Resultou também com este estudo que a escala das mães cujo parto foi realizado em hospital público, possuem menor apoio social, menor proporção de emprego das mães e menor número das mães que vivem com o pai do bebê.

Ainda conforme esta pesquisa, o ano de escolaridade das mães indicavam se a ocorrência de DPP seria maior ou menor, sendo que a presença de sintomas depressivos era menor em mães com escolaridade mais alta, e maiores em mães com baixa escolaridade (Moraes et al., 2015). Afirmando, deste modo, quanto menor o nível de escolaridade, maiores são as apresentações dos sintomas depressivos no período gravídico e/ou puerperal, assim como Ruschi et al., (2007) já haviam analisado.

Além destes fatores já citados, mães que vivem em um relacionamento conturbado com o cônjuge, apresentam maiores probabilidades de desenvolver a DPP (Felix et al., 2008; Dois et al., 2012; Konradt, 2011; Silva et al., 2010; Moraes et al., 2006), assim como a gravidez não planejada e o uso de Tabaco, álcool e outras drogas também são fatores que auxiliam no surgimento da depressão.

3.3 FATORES PSICOSSOCIAIS

Fatores psicossociais representam grande parte de estudos sobre a depressão pós-parto, o que sugere que se tem investigado mais sobre estes fatores ao invés de fatores hormonais com a ocorrência com mais frequência tempos atrás quando as causas mais prováveis para a DPP se concentravam em causas biológicas (Aliane, et al., 2011; Santos, 2001; Zinga et al., 2005).

Em muitos estudos a respeito dos fatores de risco para a DPP, o suporte social tem sido bastante apresentado como um fator importante na ocorrência depressiva no período gravídico. Mães solteiras ou separadas proveniente de famílias não nucleares manifestam maior frequência e probabilidade de apresentarem sintomas depressivos (Vitolo, Benetti, Bortolini, Graeff & Drachler, 2007). Do mesmo modo, a insatisfação de gestantes com o posicionamento do pai do bebê, segundo amostra, possui relação com elevados sintomas no pós-parto (Sheng, Le & Perry, 2010). Além disso, a relação conjugal possui importante papel no ajuste da gestante no período pós-parto, por isso, problemas como insatisfação conjugal tem sido relacionado à incidência de DPP (Beck, 2001; Robertson et al., 2004)

Além da falta de apoio do pai do bebê, estudos confirmam ainda que a falta de apoio social advindo também da família e dos amigos, contribui para o desenvolvimento da Depressão Pós-Parto (Corrigan, 2015). Isso porque o suporte social, principalmente quando advindo do companheiro da gestante, atua como fator de proteção à sintomas depressivos, logo quando esta forma de assistência à gestante está em falta, pode haver risco de desencadear Depressão na mesma (Dessen & Braz, 2000). Do mesmo modo, Lima (1999) destaca que o suporte social pode ser compreendido como conjunto de fatores socioambientais capaz de atuarem de forma protetiva, promovendo habilidade do indivíduo a lidar mais corretamente com estressores ambientais. Logo quando esta habilidade não lhe é suficiente pela falta de apoio, o ajuste da mulher ao seu novo papel materno se torna mais dificultoso, o que eventualmente explicaria a sua relação com os sintomas depressivos.

Fatores como a vulnerabilidade social também podem desencadear a DPP. Desta forma, a classificação socioeconomicamente baixa tem demonstrado associação significativa com a ocorrência de depressão pós-parto, assim como não

viver com o parceiro (DDS, Schwengber; CA, Piccinini, 2003; Vesga Lopez et al., 2008).

Estudos realizados por Morais et al., (2015) em uma amostra de gestantes concluiu que tanto mais conflituosa for o relacionamento da gestante com seu cônjuge, maiores são a probabilidade de ela desenvolver sintomas depressivos e ansiedade, podendo acarretar no surgimento da DPP. Deste modo, mães com menos problemas conjugais possuem menos chances de serem diagnosticadas com DPP.

4. POSSIBILIDADES DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A depressão pós-parto é um problema de saúde pública com elevada prevalência que traz consequências para todo seu contexto familiar. Dessa forma, o reconhecimento da depressão pós-parto se torna essencial para que as mães deprimidas recebam o tratamento adequado (Brum, 2017). O número de puérperas que recebem tratamento é menor que 25% e somente 50% dos casos de depressão pós-parto são diagnosticados (Ruschi et al., 2007), permanecendo assim, pouco diagnosticada e tratada (Stewart et al., 2004; Martinez et al., 2016; Ruschi et al., 2007). Deste modo, faz-se necessário o preparo de profissionais da área da saúde para que seja feita a intervenção preventiva bem como o tratamento necessário.

Além disso, devem envolver a ação conjunta de uma equipe multidisciplinar compostas por diferentes profissionais da área da saúde e saúde mental na prestação de cuidados à mulher em seu período perinatal na prevenção e no tratamento da DPP, favorecendo uma abordagem biopsicossocial (Horowitz & Goodman, 2005).

4.1 PREVENÇÃO

Konradt et al., (2011) afirmam que: A prevenção precoce da depressão pode ser realizada por meio de ações e intervenções conjuntas durante a gravidez, minimizando o risco de as mães desenvolverem DPP e prevenindo os graves problemas pessoais e familiares que dela decorrem. (KONRADT et al., 2011).

Deste modo, a medida preventiva é uma oportunidade indispensável permitindo reduzir riscos do desenvolvimento de possíveis indícios de depressão. Programas como o pré-natal possuindo como suporte abordagens psicológicas, podem ampliar os fatores de proteção a DPP, contribuindo com a prevenção de possíveis sintomas depressivos (Arrais et al., 2015; Bortoletti, 2007).

Para Silva e Botti (2005), abordagens psicoterapêuticas são fundamentais na prevenção e no tratamento da depressão pós-parto, visto que o psicólogo juntamente com a puérpera e sua família poderá levantar novas composições a partir de sua vivência, podendo assim tornarem possível a compreensão e o planejamento de intervenções adequadas (Cunha et al., 2012).

Pôde-se constatar segundo a meta-análise de Sckol, Epperson e Barber (2013), que intervenções preventivas representam redução considerável do nível de prevalência dos sintomas depressivos no período pós-parto, apesar de tais efeitos serem mais leves quando relacionados ao tratamento da DPP. Assim, podem aumentar a probabilidade da eficácia de intervenções preventivas (Clatworthy, 2012; Stuart et al., 2003):

- Intervenções destinadas a mulheres com fatores de risco para a DPP;
- Intervenções individuais (apesar de intervenções grupais também serem eficazes);
- Intervenções de teor psicoterapêutico, como a Terapia Cognitivo Comportamental;
- Intervenções com início no “pós-parto”;

4.2 TRATAMENTO

Para o tratamento da depressão pós-parto incluem opção da terapia farmacológica e psicoterapia, podendo ser utilizadas de formas conjuntas ou isoladas (Horowitz & Goodman, 2005). O que se recomenda é que o uso de terapia farmacológica seja indicado somente em casos de depressão mais graves, ou em casos em que a psicoterapia não esteja promovendo resultados. Pesquisas revelam

que psicoterapia interpessoal, métodos cognitivo comportamental e intervenções farmacológicas tem se mostrado mais eficientes que outras estratégias de tratamento para a DPP (Cantilino, 2006).

4.2.1 TERAPIA FARMACOLÓGICA

No que se refere a terapia farmacológica para o tratamento da DPP, logo a primeira opção de escolha são os ISRS (inibidores seletivos de receptação da serotonina), por apresentarem bons resultados de êxito na melhora de sintomas depressivos e baixa toxicidade em sua composição (Horowitz & Goodman, 2005).

O uso de psicofármacos podem apresentar algumas contra-indicações devido a fase de amamentação e o risco de determinadas concentrações destes medicamentos serem detectados no leite materno (Silva e Botti, 2005). Assim, os efeitos de tais medicamentos no bebê, podem variar conforme o tipo de fármaco ingerido e a sensibilidade individual (Rocha, 1999).

Por isso, tem sido aconselhado o uso de ISRS como a sertralina, a paroxetina e a fluvoxamina para o tratamento da DPP, por apresentarem baixos níveis maternos de fármacos a serem captados no bebê (Horowitz & Goodman, 2005). Vale ressaltar que a escolha da terapia farmacológica deve ser levada em conta a história da mulher, assim como sua resposta a tratamentos anteriores utilizado a terapia farmacológica, considerando os riscos/benefícios de tal tratamento devido a amamentação.

4.2.2 PSICOTERAPIA

Da mesma forma que a psicoterapia possui efeitos positivos no tratamento da depressão, revisões e análises revelam que o tratamento psicológico é eficaz no tratamento na DPP (O'Hara & McCabe, 2013). Sendo consideradas as mais eficazes para o tratamento da DPP, abordagens psicológicas como a Terapia Cognitivo Comportamental e a Psicoterapia Interpessoal.

4.2.2.1 TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL (TCC)

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem por objetivo ajudar o paciente a desvendar seus comportamentos e cognições disfuncionais por meio da aprendizagem e da reestruturação cognitiva (Cavalheiro, 2018). O fundamento que

TCC possui em sua essência é avaliar quais as idéias e pensamentos que a pessoa possui sobre si mesmo e que se encontra alterado, causando comportamentos disfuncionais (Feitoza, 2010). Deste modo, no caso de mulheres com DPP que apresentam pensamentos e emoções distorcidos em relação aos cuidados do bebê e a sua situação atual, a terapia cognitivo comportamental busca avaliar e reorganizar estas cognições que constituem seu comportamento (Santos, 2009).

Dentre as técnicas mais utilizadas na TCC para a DPP, podemos citar:

- Psicoeducação: esclarecimento sobre os fatores incluídos na origem e sustentação dos sintomas depressivos, e os principais fundamentos da TCC;
- Restruturação cognitiva: através do uso de técnicas, fazer a identificação, avaliação e alterações de cognições negativas disfuncionais;
- Estratégias de ativação comportamental adaptadas: reconhecimento de duas ou três tarefas percebidas como atividades de habilidade e prazer, e elaboração de uma agenda flexível para cada uma destas atividades, assim como um plano alternativo caso não consiga realizar atividade no período definido;
- Treino de resolução de problemas;
- Treino de competências de comunicação: que diz respeito a capacidade de comunicação assertiva, onde a mulher consiga pedir ajuda quando necessário, assim como a lidar com opiniões não exigidas por parte da sua rede social (Milgrom et al., 1999; Wenzel & kleiman, 2015).

A aplicação da TCC no tratamento da depressão pós parto demonstra-se eficaz, visto que tal intervenção proporciona um cuidado em longo prazo do resultado alcançado. Por isso Beck (1997) enfatiza que técnicas e ferramentas da TCC são auxílio para a vida toda, podendo ser utilizadas em várias situações, tanto no presente quanto no futuro.

4.2.2.2 PSICOTERAPIA INTERPESSOAL (TIP)

A psicoterapia interpessoal (TIP) é uma modalidade de psicoterapia breve que assim como a TCC, pode reduzir sintomas depressivos favorecendo que as

pacientes restabeleçam as suas relações interpessoais (Pearlstein, 2008). A TIP parte do pressuposto de que o distress interpessoal possui importante papel na origem dos sintomas depressivos, com isso, ela busca a melhoria do funcionamento interpessoal do indivíduo, sendo estes os principais objetivos da TIP no tratamento do DPP:

- Alívio dos sintomas depressivos;
- Minimização do sofrimento interpessoal;
- Formação e ativação da rede de suporte social (Fonseca & Cnavarro, 2017);

No cenário da depressão pós-parto, as relações interpessoais e os problemas relacionados às mudanças de papéis assumem destaque especial na intervenção. Dentre as técnicas mais utilizadas na TIP, as mais comuns para o tratamento da DPP, são (Horowitz & Goodman, 2005; Stuart, 2012):

- Psicoeducação: onde se apresenta informações sobre a natureza da DPP;
- Análise comunicacional: no qual se debate sobre incidentes interpessoais particulares, contribuindo na identificação de falhas da comunicação, podendo desenvolver estratégias de comunicação abertas e claras com o outro;
- Role-playing: onde se promove o insight sobre a interação com os outros, assumindo o papel do outro em exercícios de role-play;

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo dedica-se a um problema psicossocial preocupante de difícil diagnóstico pelos profissionais de saúde. A depressão pós-parto possui maior risco de se desenvolver em pessoas mais vulneráveis tanto socialmente como economicamente, sendo normalmente detectada em pessoas de baixa renda, desempregadas, sem apoio do companheiro e/ou da família, sendo este perfil encontrado em pessoas com maior dificuldade de acesso a saúde.

A depressão pós-parto configura-se em um transtorno de humor assim como o transtorno depressivo maior, que traz consigo consequências para a relação mãe e filho capaz de deixar sequelas por um longo tempo, principalmente no desenvolvimento do bebê.

Deste modo, necessita-se do preparo por parte dos profissionais de saúde afim de promover métodos de prevenção e tratamento da doença e meios de diagnosticar possíveis mulheres que já se encontra deprimida no período gravídico. Porém, ainda há dificuldades na realização do diagnóstico, principalmente pelo despreparo dos profissionais de saúde e a falta de instrumentos adequados para a identificação de tal transtorno.

Assim, o presente trabalho buscou apresentar quais os fatores de risco estão relacionados à depressão pós-parto visando apontar possibilidades de prevenção e tratamento para a mesma, tendo em vista a sua necessidade. Através das pesquisas realizadas, pode-se perceber que fatores risco como ter tido depressão e ansiedade em algum momento, eventos estressantes, falta de apoio e

de afeto e baixa renda estão relacionados com o surgimento da depressão pós-parto em gestantes e/ou mulheres no período pós-parto. Sendo possível confirmar a hipótese inicial de que os principais fatores relacionados com o desenvolvimento da DPP são fatores de cunho psicossocial e psicológico, sendo comprovado posteriormente que fatores sociodemográficos também são fatores que contribuem em peso para o desenvolvimento da DPP.

Com isso, conclui-se este trabalho com a crença de que objetivos gerais e específicos foram atendidos, bem como a problemática da pesquisa tenha sido respondida.

REFERÊNCIAS

ALIANE, Poliana Patrício; MAMEDE, Marli Vilela; FURTADO, Erikson Felipe. **Revisão sistemática sobre fatores de risco associados à depressão pós-parto**. Revista Psicologia em Pesquisa, v. 5, n. 2, 2011.

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, A. R.; LORDELLO, S. R.; CAVADOS, G. C. F. **O pré-natal psicológico como fator de proteção à depressão pós-parto. Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção**, p. 601-621, 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition)**. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. DSM-IV. 4th ed. Washington, DC : American Psychiatric Association, 1994.

BARBOSA, LMM; MACHADO, C. B. **Glossário de Epidemiologia e Saúde**. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M, editors. Rouquayrol: Epidemiologia & Saúde. 7ª ed. Rio de Janeiro: MedBook. 2013. p.663-698.

BECK, C. T. **Predictors of postpartum depression: An update**. Nursing Research, 50, 275-285, 2001

BECK, Judith. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Artmed, 2007.

Beck, J. S. **Terapia cognitiva: Teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997

BOYCE, P. (2003). **Risk factors for postnatal depression: A review and risk factors in Australian populations**. *Archives of Women's Mental Health*, 6, s43-s50. doi:10.1007/s00737-003-0005-9

BORTOLETTI, Fátima Ferreira; SILVA, M. S. C.; TIRADO, M. C. B. A. Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. **Psicologia na prática obstétrica: Abordagem interdisciplinar**, p. 21-31, 2007.

DE BRUM, Evanisa Helena Maio; SCHERMANN, Lígia. **O impacto da depressão materna nas interações iniciais**. *Psico*, v. 37, n. 2, 2006.

CAMPBELL, S.; COHN, J. The timing and eronicity of pospartum depression: implications for infant development. In: MURRAY, L; COOPER, P. (Eds.). **Postpartum depression and child development**. New York: Guilford, p.165-197, 1997

CANAVARRO, Maria Cristina Cruz de Sousa Portocarrero. **Uma perspectiva desenvolvimentista e ecológica sobre a adaptação na transição para a maternidade**: Sumário da Lição. 2009.

CANTILINO, Amaury. Et al. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puérperio**: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev. Psiq. Clin*, 2006.

CANTILINO, Amaury et al. **Transtornos psiquiátricos no pós-parto**. *Archives of Clinical Psychiatry*, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010.

CARVALHO, F. A. & LIMA SALUM, M. **Relação entre Depressão Pós-Parto e Apoio Social: Revisão Sistemática da Literatura**. *Psico*, v. 45, n. 4, 463-474, 2014.

CORRIGAN, Catherine P.; KWASKY, Andrea N.; GROH, Carla J. **Social support, postpartum depression, and professional assistance: A survey of mothers in the Midwestern United States.** The Journal of Perinatal Education, v. 24, n. 1, p. 48-60, 2015.

CAVALHEIRO, Ana Luiza da Rocha. **Psicoterapia cognitivo-comportamental na depressão pós-parto: relevância e aplicabilidade.** 2018.

CHANDRAN, Mani et al. **Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India: Incidence and risk factors.** The British Journal of Psychiatry, v. 181, n. 6, p. 499-504, 2002.

CLATWORTHY, Jane. **The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women.** Journal of affective disorders, v. 137, n. 1-3, p. 25-34, 2012.

COX, J. **Postnatal mental disorder: towards ICD-11.** World Psychiatry, v.3, n.2, p.96-97, 2004

CRAMER, B. E PALACIO-ESPASA. **Técnicas psicoterápicas mãe-bebê.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

DA CUNHA, Aline Borba et al. < b> **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, Elda Terezinha; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. **Depressão puerperal—uma revisão de literatura.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 7, n. 2, 2005.

DE BRUM, Evanisa; Helena Maio. **Depressão pós-parto: Discutindo o critério temporal do diagnóstico.** Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, v. 17, n. 2, p. 92-100, 2017.

DESSEN, Maria Auxiliadora; BRAZ, Marcela Pereira. **Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos.** Psicologia: teoria e pesquisa, v. 16, n. 3, p. 221-231, 2000.

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.

DIEGO, Miguel A. et al. **Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight.** Psychosomatic medicine, v. 68, n. 5, p. 747-753, 2006.

DOIS, Angelina et al. **Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público.** Revista médica de Chile, v. 140, n. 6, p. 719-725, 2012.

DSM - V – TR - **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento; - 5º ed. rev.- Porto Alegre: Artmed, 2014.

FAISAL-CURY, Alexandre; MENEZES, Paulo Rossi. **Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 34, n. 4, p. 446-450, 2012.

FELIX, Giselle Maria Araujo; GOMES, Ana Paula Ribeiro; FRANÇA, Paulo Sérgio. **Depressão no ciclo gravídico-puerperal.** Comun. ciênc. saúde, p. 51-60, 2008.

FEITOZA, Aline. Et al. **Identificação dos fatores de risco para a depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce.** Rev. Rene, Vol. 11, Número Especial, p.119 – 123, 2010.

FIGUEIRA, Patricia Gomes; DINIZ, Leandro Malloy; SILVA FILHO, Humberto Correa da. **Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 33, n. 2, p. 71-75, 2011.

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

GUÉDENEY, A.; JEAMMET, P. **Depressões pós-natais e decisões de orientações terapêuticas.** In: CORRÊA FILHO, Laurista et al. Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: LGE Editora, 2002. p.249-262.

GOODMAN, J. H. (2008). **Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction.** Infant Mental Health Journal, 29, 624-643. doi:10.1002/imhj.20199

HOROWITZ, J. A., & GOODMAN, J. H. (2005). **Identifying and treating postpartum depression.** Journal of Obstetrics, Gynecological, and Neonatal Nursing, 34, 264-273. doi:10.1177/0884217505274583

JENNINGS, Kay Donahue et al. **Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers.** Journal of affective disorders, v. 54, n. 1-2, p. 21-28, 1999.

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.

LIBERATO, Magda Dimenstein Mariana. **Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 1, n. 1, p. 212-222, 2009.

LIMA, Maurício Silva de. **Epidemiologia e impacto social**. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 21, p. 01-05, 1999.

MARTÍNEZ, Pablo; VÖHRINGER, Paul A.; ROJAS, Graciela. **Barreiras de acesso a tratamento para mães com depressão pós-parto em centros de atenção primária: um modelo preditivo**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 24, p. e2675, 2016.

MILGROM, J. & GEMMILL, A. W. (2014). **Screening for perinatal depression**. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 28, 13-23. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.014

MILGROM, J., GEMMILL, A. W., et al (2008). **Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study**. Journal of Affective Disorders, 108, 147-157. doi:10.1016/j.jad.2007.10.014

MILGROM, J., MARTIN, P. R., & NEGRI, L. M. (1999). **Treating postnatal depression: A psychological approach for health care practitioners**. West Sussex: Wiley.

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.

MORAIS M. et al. **Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo**. Brasil. Estudo de Psicologia. V.20, n.1, p.40-49, 2015

O'HARA, M. W., & MCCABE, J. E. (2013). **Postpartum depression: Current status and future directions**. Annual Review of Clinical Psychology, 9, 379-407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

- PEARLSTEIN, Teri. **Perinatal depression: treatment options and dilemmas.** Journal of psychiatry & neuroscience: JPN, v. 33, n. 4, p. 302, 2008.
- POPE, Sherryl; POPE, Sherryl. **Postnatal depression: A systematic review of published scientific literature to 1999: An information paper.** National Health and Medical Research Council, 2000.
- QUELOPANA, Ana M.; CHAMPION, Jane Dimmitt; REYES-RUBILAR, Teresa. **Factors associated with postpartum depression in Chilean women.** Health care for women international, v. 32, n. 10, p. 939-949, 2011.
- RIECHER-RÖSSLER, Anita; HOFHECKER FALLAHPOUR, M. **Postpartum depression: do we still need this diagnostic term?.** Acta Psychiatrica Scandinavica, v. 108, p. 51-56, 2003.
- ROBERTSON, E., GRACE, S., WALLINGTON, T., & STEWART, D. E. (2004). **Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature.** General Hospital Psychiatry, 26, 289-295. doi:10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006
- ROCHA, F.L. **Depressão puerperal: revisão e atualização.** J Bras Psiqu, v. 48, p. 105- 114, 1999.
- RUSCHI, G. Et al. **Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 29, n.3, p.274-280, 2007
- SANTOS, Carlos Michell Tôrres; DE OLIVEIRA ALMEIDA, Glessiane; SOUZA, Thiago Santos. **Depressão pós-parto: revisão da literatura.** Psicologia em foco, v. 3, n. 2, 2009.
- SCHARDOSIM, J. M. & HELDT, E. **Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática.** Revista Gaúcha de Enfermagem Porto Alegre, v. 32, n. 01, 159-166, 2011.
- 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.

SOUSA, Daniela Delias de; PRADO, Luiz Carlos; PICCININI, Cesar Augusto. **Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto**. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 24, n. 2, p. 335-343, 2011.

SEGATO, Luciana et al. **Ocorrência e controle do estresse em gestantes sedentárias e fisicamente ativas**. *Journal of Physical Education*, v. 20, n. 1, p. 121-129, 2009.

SEGRE, Lisa S. et al. **The prevalence of postpartum depression**. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, v. 42, n. 4, p. 316-321, 2007.

SHENG, Xi; LE, Huynh-Nhu; PERRY, Deborah. **Perceived satisfaction with social support and depressive symptoms in perinatal Latinas**. *Journal of Transcultural Nursing*, v. 21, n. 1, p. 35-44, 2010.

SOCKOL, Laura E.; EPPERSON, C. Neill; BARBER, Jacques P. **Preventing postpartum depression: a meta-analytic review**. *Clinical psychology review*, v. 33, n. 8, p. 1205-1217, 2013.

SILVA, Ricardo Azevedo da et al. **Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system**. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 32, n. 2, p. 139-144, 2010.

STEWART, Donna E. et al. **An evidence-based approach to post-partum depression**. *World Psychiatry*, v. 3, n. 2, p. 97, 2004.

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

STUART, S., O'HARA, M. W., & GORMAN, L. L. (2003). **The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression**. *Archives of Women's Mental Health*, 6, s57-s69. doi:10.1007/s00737-003-0003-y

VESGA-LOPEZ, Oriana et al. **Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States**. Archives of general psychiatry, v. 65, n. 7, p. 805-815, 2008.

VITOLLO, Márcia Regina et al. **Depressão e suas implicações no aleitamento materno**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 29, n. 1, p. 28-34, 2007.

WENZEL, Amy; KLEIMAN, Karen. **Cognitive behavioral therapy for perinatal distress**. Routledge, 2014.

ZINGA, Dawn; PHILLIPS, Shauna Dae; BORN, Leslie. **Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la?**. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 27, p. s56-s64, 2005.