

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL VALE DO SÃO FRANCISCO - FEVASF INSTITUIÇÃO
CURSO DE BIOMEDICINA
JERUSA APARECIDA CABRAL SANTOS

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REVISÃO DE LITERATURA

Iguatama

2025

JERUSA APARECIDA CABRAL SANTOS

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Biomedicina da Faculdade Iguatama -
FEVASF, como requisito para obtenção do
título de bacharela em Biomedicina.

Orientador: Me. João Arthur de Carvalho

Dados Internacionais de catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central “Alto São Francisco”

S586d	Santos, Jerusa Aparecida Cabral
	Depressão Pós-Parto: Revisão de Literatura. Fundação Educacional Vale do São Francisco – FEVASF-MG. Iguatama, 2025.
	32 f.
	Orientador: Prof. Me. João Arthur de Carvalho
	Trabalho de Conclusão de Curso Biomedicina) - Fundação Educacional Vale do São Francisco – FEVASF-MG, Iguatama, 2025.
	1. Depressão Pós-Parto 2. Fatores de Risco. 3. Apoio Psicológico. I.
	Titulo.

Catalogação elaborada na Fonte pela Bibliotecária
Lorena Melo - CRB6-4276

JERUSA APARECIDA CABRAL SANTOS

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Biomedicina da Faculdade Iguatama -
FEVASF, como requisito para obtenção do
título de bacharela em Biomedicina.

BANCA EXAMINADORA

Me. João Arthur de Carvalho
Orientador

Ma. Mariana Teixeira de Faria
Examinadora Interna

Dra. Bárbara Andrade de Carvalho
Examinadora Interna

Iguatama, 19 de maio de 2025.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer a Deus, que permitiu que tudo isso acontecesse, me concedendo força, sabedoria, discernimento e persistência para que eu pudesse passar por esse obstáculo. Graças a tudo o que Ele me concedeu, eu consegui vencer; muito obrigada, Meu Deus!

Agradeço à minha avó, Maria Aparecida, e a minha amiga, Flávia, todo o apoio, dedicação, amor e por me darem forças no momento em que mais precisei. Vocês foram peças fundamentais na minha formação e sou grata a vocês por ser quem sou hoje; amo e admiro muito vocês.

Agradeço aos professores que me acompanharam ao longo do curso e que, com empenho, se dedicam à arte de ensinar.

Em especial, sou muito grata ao meu orientador, João Arthur, pelo apoio, confiança e por todo o conhecimento. Te admiro muito, e você é um grande exemplo para mim.

À Instituição Esma, pelo ambiente criativo e amigável que proporciona e pela oportunidade de fazer o curso.

Agradeço a todos os parentes e amigos que, com seu incentivo, me fizeram chegar à conclusão do meu curso e ao começo de uma nova carreira.

RESUMO

A depressão pós-parto é a complicação psiquiátrica mais comum do periparto e constitui um problema de saúde pública devido às consequências a curto e longo prazo para mãe e filho. Considera-se que a abordagem preventiva tem grande potencial para reduzir a sua incidência, pois, além de avaliar a eficácia das intervenções, de acordo com o grupo populacional a que se dirigem, contribui para determinar terapias específicas e reduzir custos de saúde. Sob esta perspectiva, o estudo teve como objetivo possibilitar a compreensão da incidência de depressão pós-parto em mulheres com diferentes estados civis e de diversas classes sociais, levando-se em conta dados de pesquisas já realizadas. Efetuou-se uma busca por estudos cuja informação esteve centrada em uma revisão bibliográfica sistemática em relação à depressão pós-parto (DPP), fatores de risco para DPP e sua prevenção, em bases de dados do PubMed e Scielo. Os critérios de inclusão levaram em consideração artigos publicados nos últimos 10 anos, disponibilizados na íntegra, com acesso gratuito e publicados em inglês e português.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto. Fatores de risco. Apoio psicológico.

ABSTRACT

Postpartum depression is the most common psychiatric complication of the peripartum period and constitutes a public health problem due to its short- and long-term consequences for mother and child. Preventive approaches are considered to have great potential to reduce its incidence, since in addition to evaluating the effectiveness of interventions according to the population group they are aimed at, they contribute to determining specific therapies and reducing health costs. From this perspective, the study aimed to enable an understanding of the incidence of postpartum depression in women with different marital statuses and from different social classes, taking into account data from previous studies. A search was carried out for studies whose information was centered on a systematic literature review in relation to postpartum depression (PPD), risk factors for PPD and its prevention, in PubMed and Scielo databases. The inclusion criteria took into account articles published in the last 10 years; available in full and with free access; and published in English and Portuguese.

Keywords: Postpartum Depression. Risk factors. Social support.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Comparação dos sintomas entre <i>blues</i> pós-parto, depressão pós-parto e psicose pós-parto.....	25
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CRH - Corticotropina

ACTH – adrenocorticotropina

BDI – *Beck depression Questionnaire*

DPP – Depressão pós-parto

EPDS – Escala de Edimburgo

ISRS - Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

MAO-A - Monoamina Oxidase

PPP – Psicose Pós-Parto

SNC - Sistema Nervoso Central

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1. OBJETIVOS	10
1.1.1. Objetivo geral	10
1.1.2. Objetivos específicos.....	10
1.2. JUSTIFICATIVA.....	10
1.3. HIPÓTESE	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1. Depressão	12
2.2. Depressão pós-parto	14
2.3. Psicose pós-parto.....	16
2.3.1. Fisiopatologia da depressão pós-parto	17
2.3.2. Consequências da depressão pós-parto	18
3. METODOLOGIA.....	22
3.1. Tipo de pesquisa.....	22
3.2. Instrumentos de coleta de dados	22
3.3. Critérios de inclusão e exclusão	22
3.4. Análise e interpretação dos resultados	22
4. RESULTADO E DISCUSSÃO	23
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27

1. INTRODUÇÃO

Durante a gravidez, há um processo de adaptação que testa a capacidade da mãe de se envolver em fatores biológicos, psicológicos, culturais e psicossociais. A gravidez é determinada como uma fase de maior vulnerabilidade para o aparecimento de ansiedade e depressão por ser uma fase repleta de conflitos de necessidades e obrigações. A mãe tem dúvidas sobre sua capacidade de agir como mãe e cuidar bem do recém-nascido, por isso há predisposição ao estresse psicológico (TOLENTINO; MAXIMIN; SOUTO, 2016).

O risco de complicações é maior quando falamos em gravidez indesejada, pois serão necessários um acompanhamento, inclusive pós-parto, uma avaliação psiquiátrica, além de um acompanhamento social preventivo. O período pós-parto, ou puerpério, é definido como o período em que o corpo da mãe retorna ao estado anterior à gravidez, geralmente, 6 semanas após o parto (ARRAIS; DE ARAUJO; SCHIAVO, 2019). De modo geral, é acompanhado de alguns sintomas ou complicações leves e temporárias, como mastite, sangramento excessivo, infecções uterinas, renais ou da bexiga, problemas relacionados à amamentação e depressão (MOLL *et al.*, 2019).

A depressão pós-parto é a presença de sintomas depressivos nas mulheres, geralmente, nas quatro semanas após o parto. O grau de depressão varia de depressão transitória leve a transtornos depressivos neuróticos ou psicóticos (BOSKA; WISNIEWSKI; LENTSCK, 2016).

A depressão pós-parto aparece em 10-15% das mulheres. Segundo um estudo sobre a prevalência global de depressão pós-parto entre mulheres realizado em 80 países, uma em cada cinco mulheres desenvolve depressão pós-parto (CONCEIÇÃO *et al.*, 2023).

Os fatores causais ou de risco da DPP são, entre outros, fatores de estresse da vida cotidiana, como conflitos de casal, experiência de eventos estressantes durante a gravidez, situação econômica, estado civil, falta de apoio, maus resultados obstétricos, abortos anteriores, partos anteriores, parto prematuro, neonato internado em UTI, malformações congênitas, problemas de amamentação, idade gestacional, alterações hormonais, privação de sono e suscetibilidade genética (ARRAIS; ARAÚJO, 2017).

Outros fatores que podem aumentar o risco de DPP são: estresse (moderado), tipo de parto (parto cesáreo), paridade (primiparidade) e história psiquiátrica positiva (SANTOS *et al.*, 2018). Esta última é uma das complicações mais graves, juntamente com o infanticídio, quando a depressão pós-parto e a psicose não são tratadas. É importante saber diferenciar tristeza pós-parto, depressão pós-parto e psicose pós-parto, pois a atuação e a gravidade da situação variam muito, dependendo do diagnóstico dado à paciente (MOLL *et al.*, 2019).

É necessário informar que o estado de tristeza pós-parto se deve, fundamentalmente, às alterações hormonais, bem como ao ajustamento familiar e social que a mãe enfrenta. Da mesma forma, é importante ressaltar que, caso os sintomas aumentem ou não desapareçam após duas a três semanas, deve-se procurar um profissional de saúde.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo geral

Analisar, por meio de uma revisão de literatura, os principais fatores associados à depressão pós-parto, suas implicações para a saúde e as estratégias mais utilizadas.

1.1.2. Objetivos específicos

- Averiguar de que forma são afetados mães e filhos a curto e longo prazo;
- Analisar quais são os fatores hormonais que podem causar a depressão pós-parto;
- Relatar se existe pré-disposição genética para depressão pós-parto;
- Identificar os fatores de risco biológicos, psicológicos e sociais relacionados ao desenvolvimento da depressão pós-parto;
- Compreender as consequências da depressão pós-parto.

1.2. JUSTIFICATIVA

De acordo com Santos Júnior *et al.* (2009), a depressão pós-parto é um problema de saúde pública que influencia tanto a vida da mãe quanto a do bebê. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*American Psychiatric*

Association, 2002) caracteriza a depressão pós-parto (DPP) como a existência de humor deprimido ou falta de disposição e interesse pela rotina das atividades do cotidiano, que pode ocorrer durante as duas semanas após o parto.

Godfroid (1997) e Chaudron e Pies (2003) classificam as consequências da DPP em prévia e tardia, sendo as características da primeira: suicídio ou infanticídio (0,2% dos casos), desleixo na alimentação do bebê, bebê irritadiço, óbito súbito do bebê, depressão do cônjuge e divórcio. Quando ocorre o diagnóstico tardio, os seguintes episódios podem ser observados: agressão à criança, desenvolvimento cognitivo e linguagem atrasados das crianças, além de perturbação do comportamento e psicopatologias no futuro adulto.

Um dos fatores que podem diminuir os índices de DPP está relacionado com a realização do pré-natal, sendo este uma assistência médica à qual toda gestante tem direito, em que são realizados exames periodicamente para verificar a saúde da mãe e do feto. Há, ainda, um tipo específico de pré-natal, o psicológico, que irá averiguar o histórico passado e presente da mãe em relação à sua saúde mental, sendo de extrema importância para os diagnósticos precoces de DPP.

A divulgação de informações sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é de grande relevância para todas as famílias, a fim de que elas possam compreender que é possível evitar DPP sem custos financeiros, pois o pré-natal é disponibilizado de forma gratuita para todas as mulheres. Diante deste contexto, fica evidente a importância de estudos relacionados à DPP, mostrando para as pessoas que esses transtornos são preocupantes. Além disso, destaca-se o quanto é relevante levar essas informações até as escolas visando alertar e prevenir os adolescentes, explicando que as mulheres podem vir a ter DPP durante ou depois do parto.

1.3. HIPÓTESE

Mulheres com baixo suporte social durante o período pós-parto têm maior risco de desenvolver depressão pós-parto.

O suporte familiar e social adequado pode reduzir a incidência de depressão pós-parto em mulheres.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Depressão

A depressão é um agravo em saúde com grande variabilidade ao longo do ciclo de vida e do critério metodológico para avaliação de sua prevalência. Destarte, as questões que ditam o diagnóstico do transtorno se valem de aspectos constitucionais (vulnerabilidade genética), riscos ambientais e aspectos de medida (propriedades psicométricas e aceitação e tolerância cultural aos sintomas).

Esses sentimentos, geralmente, são temporários, durando dias, em vez de semanas ou meses, e ocorrem em ondas que tendem a estar relacionadas a pensamentos ou memórias do evento traumático. Além disso, não interferem substancialmente no funcionamento normal da pessoa por qualquer período de tempo (HAROZ *et al.*, 2017).

A depressão pode se desenvolver como uma resposta natural a uma doença física (transtorno de ajustamento depressivo), mas, normalmente, não é tão grave quanto a depressão que surge sem fatores precipitantes. Se a doença associada for autolimitada, pode ser apenas transitória (ALMADA; BORGES; MACHADO, 2014). No entanto, conforme Diniz, Neves e Vieira (2020), a fronteira entre transtorno de ajustamento depressivo e doença depressiva não é clara, e os sintomas depressivos que surgem em um paciente com doença física não devem ser considerados uma resposta à doença. De fato, como alguns sintomas depressivos podem ser características de doenças orgânicas, a possibilidade de depressão deve ser ativamente considerada.

A depressão só é considerada anormal se for desproporcional ao evento desencadeante e quando os indivíduos forem incapazes de se aliviar do estado depressivo. É uma doença psiquiátrica muito comum em todo o mundo, apresentando-se como o segundo transtorno de saúde mental mais comum (a ansiedade é o mais comum). Cerca de 30% das pessoas que consultam um médico de cuidados primários apresentam sintomas de depressão, mas menos de 10% delas têm depressão grave (AMARAL *et al.*, 2020).

A depressão, geralmente, começa na adolescência ou entre as idades de 20 e 30 anos, embora exista a possibilidade de que comece em qualquer idade, incluindo a infância. Se não for tratado, um episódio de depressão, normalmente, dura cerca de

6 meses, mas, às vezes, até 2 anos ou mais. Os episódios tendem a se repetir várias vezes ao longo da vida (MOREIRA; BASTO, 2015).

A causa exata da depressão não é bem compreendida. Há uma série de fatores que, provavelmente, predispõe à depressão, incluindo:

- Tendência familiar (herdada);
- Eventos que causam distúrbios emocionais, especialmente perdas;
- Indivíduos do sexo feminino;
- Certas condições médicas gerais;
- Efeitos colaterais de alguns medicamentos (OPAS, 2018).

Fatores genéticos contribuem para a depressão em cerca de metade das pessoas acometidas por ela, sendo, também, uma doença mais comum entre parentes de primeiro grau de pessoas com depressão. Fatores genéticos podem afetar a funcionalidade de substâncias que ajudam os neurônios a se comunicarem. Serotonina, dopamina e norepinefrina são neurotransmissores que podem estar envolvidos na depressão (DINIZ; NEVES; VIEIRA, 2020).

Coutinho *et al.* (2015) asseveram que as mulheres são mais propensas do que os homens a sofrer de depressão, embora as razões não sejam bem compreendidas. Os fatores hormonais são os aspectos biológicos que parecem estar mais envolvidos no aparecimento da depressão. Valores hormonais alterados podem causar alterações de humor pouco antes da menstruação, como parte da TPM, durante a gravidez, após o parto e durante a menopausa. Gonçalves *et al.* (2018) comentam que algumas mulheres experimentam depressão durante a gravidez ou durante as primeiras quatro semanas após o parto, conhecida como tristeza puerperal ou tristeza, ou, ainda, se a depressão for mais grave, depressão pós-parto. Outro fator predisponente bastante comum em mulheres é a alteração funcional da glândula tireoide.

A depressão pode ocorrer em conjunto ou ser causada por uma série de distúrbios ou fatores médicos gerais, os quais podem provocar depressão diretamente, por exemplo, quando um distúrbio da tireoide afeta os níveis hormonais, ou indiretamente. Muitas vezes, um distúrbio causa depressão direta e indiretamente ao mesmo tempo, como no caso da AIDS, em que a depressão é direta se o vírus que causa a doença danificar o cérebro; por outro lado, a causa é indireta quando ocorre devido ao impacto negativo geral da doença na vida da pessoa (OPAS, 2018).

O uso de alguns medicamentos prescritos, como alguns betabloqueadores empregados para tratar a pressão alta, pode causar depressão. Por razões desconhecidas, os corticosteroides, geralmente, causam depressão quando o corpo os produz em grandes quantidades como parte de um distúrbio, como na Síndrome de Cushing, mas tendem a causar hipomania (uma forma mais branda de mania) ou, em casos muito raros, mania, quando administrados como medicamento. Às vezes, interromper um tratamento medicamentoso pode causar depressão temporária (DINIZ; NEVES; VIEIRA, 2020).

Existem vários distúrbios de saúde mental que predisõem uma pessoa à depressão. Isso inclui certos transtornos de ansiedade, alcoolismo, outros transtornos por uso de substâncias e esquizofrenia. Uma pessoa que sofreu de depressão tem, em relação a outras pessoas, maior probabilidade de sofrer com ela novamente. No entanto, a depressão pode aparecer ou piorar sem quaisquer estressores aparentes ou significativos da vida (WRAY *et al.*, 2018).

2.2. Depressão pós-parto

A depressão pós-parto (DPP) é um importante problema de saúde global, com um predomínio de 10-15%. No Brasil, encontramos uma prevalência entre 6-8% e estima-se que 1 em cada 10 mulheres sofrerá de DPP. No entanto, são identificadas diferentes prevalências de depressão durante a gravidez (forte preditor) nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo maior nestes últimos. Além disso, existe um risco maior de mães solteiras e adolescentes desenvolverem DPP, especialmente aquelas com maior vulnerabilidade social, baixo nível de escolaridade e de aquisição econômica (CONCEIÇÃO *et al.*, 2023).

De acordo com Ferreira *et al.* (2018), as causas exatas da DPP são desconhecidas, mas acredita-se que existam diferentes tipos de fatores, incluindo os genéticos, cognitivos, neuro-hormonais e psicossociais. O que se sabe é que impacta negativamente no desenvolvimento cognitivo da criança, na relação mãe-filho e na relação conjugal. Além disso, em mulheres com DPP, verificaram-se menor percepção de autoeficácia para manter a amamentação bem-sucedida, menor satisfação ao amamentar e interrupção precoce da amamentação.

A depressão pós-parto pode ocorrer a qualquer momento após o parto, seja em dias, semanas, meses ou até um ano depois, podendo afetar qualquer tipo de parto.

Para intervir, o primeiro passo é a sua detecção, principalmente no seu início, quando são identificados sintomas ou aparecem sinais de alerta, como queixas psicossomáticas, cansaço, dor, ou quando se observa que a mulher está triste, preocupada ou com medo (ALFAIA; MAGALHÃES; RODRIGUES 2016).

Cabral, Marini e Moraes (2013) ressaltam, também, a importância de encaminhar a mãe para um especialista, seja este psicólogo, terapeuta ou psiquiatra, para que ela seja avaliada e receba tratamento adequado, buscando apoio multidisciplinar e atendimento integral.

O tratamento conta com duas opções de intervenção terapêutica: medicamentosa e/ou terapêutica (individual ou em grupo). Nos casos em que a depressão é moderada a grave, o ideal é combinar os dois (BOSKA; LENTSCK; WISNIEWSKI 2016).

Conforme Boska, Lentsck e Wisniewski (2016), a psicoterapia, interpessoal ou com abordagem cognitivo-comportamental, deve basear-se em:

- Educação e informação para a mãe, companheiro e família sobre depressão pós-parto.
- Controle, redução e eliminação de sintomas.
- O novo papel de mãe, as dificuldades, medos e ansiedades que esta nova situação pode gerar.
- Utilização de competências para proteger, melhorar ou fortalecer o vínculo mãe-filho, bem como o do casal.
- Promover o bom funcionamento familiar, especialmente se houver outras crianças na família.
- Redução de situações estressantes.
- Busca e fortalecimento de redes de apoio.

Em relação ao tratamento psiquiátrico, os medicamentos mais utilizados são os antidepressivos tricíclicos e os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), para combater os sintomas depressivos (MOLL *et al.*, 2019).

Por outro lado, os benzodiazepínicos tendem a ser usados para tratar ansiedade e insônia. Se a paciente tiver histórico prévio de depressão pós-parto, o melhor é iniciar a medicação imediatamente após o parto para evitar uma possível recaída. Há grande controvérsia sobre o uso de medicamentos quando a mulher está amamentando. Portanto, é importante informar a mulher e seu companheiro sobre os

dados mais recentes sobre amamentação e uso de psicotrópicos (SIVERTSEN *et al.*, 2015).

Desta forma, ao serem aconselhadas por toda a equipe interdisciplinar que as rodeia, poderão tomar a decisão mais adequada, seja continuar a amamentar ou interromper, e, neste último caso, a forma mais adequada de realizar o processo. No entanto, independentemente da intervenção escolhida, para que a recuperação seja verdadeiramente bem-sucedida, são necessários o apoio e a compreensão do seu parceiro, família e amigos (FERREIRA *et al.*, 2018).

2.3. Psicose pós-parto

Conforme Galvão *et al.* (2015), a psicose pós-parto é definida como um episódio afetivo com sintomas psicóticos e ocorre em 1 a 2 em cada 1.000 nascimentos, sendo mais comum em primíparas. As manifestações, geralmente, começam repentinamente entre o terceiro e o nono dia após o parto, podendo começar até o sexto mês.

Mulheres com histórico psicótico prévio têm risco de 35% de desenvolver PPP (psicose pós-parto). Além disso, se esta psicose ocorreu no primeiro parto e no pós-parto, o próximo parto tem 50-60% de chance de recorrência, com possível recaída com episódios maníacos ou depressivos (FERREIRA *et al.*, 2018).

Em relação aos fatores de risco para PPP, devemos destacar: história de transtorno afetivo (bipolaridade), PPP anterior, ter sofrido esquizofrenia ou complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou posteriormente. O quadro sintomatológico, geralmente, inicia-se como incapacidade de repouso ou insônia, irritabilidade, ansiedade e instabilidade de humor. Além disso, a mulher pode apresentar sinais de confusão, preocupação excessiva ou recusa em comer (MOLL *et al.*, 2019).

Conforme Moll *et al.* (2019), podem ser encontradas duas fases no processo de PPP:

- Fase inicial: duração de uma semana, geralmente;
- Fase aguda: aparecem delírios e alucinações, entre outros sintomas graves.

Quanto ao tratamento, no início, é necessário o uso de medicamentos, como antipsicóticos, estabilizadores de humor e benzodiazepínicos (para agitação e ansiedade), sendo recomendada a internação hospitalar (FERREIRA *et al.*, 2018).

2.3.1. Fisiopatologia da depressão pós-parto

De acordo com Moreno *et al.* (2014), a transição da gravidez para o puerpério inclui uma série de estressores neuro-hormonais, imunológicos e psicossociais que intervêm na adaptação do corpo da mulher de forma negativa, desencadeando o aparecimento de transtornos de humor, especialmente a DPP. Existem diversas hipóteses que tentam explicar a história natural da depressão pós-parto, porém não foi possível estabelecer um único fator causal; por isso, é considerada multifatorial. Na sequência, são relatadas algumas das possíveis hipóteses.

Segundo Prieto (2020), a primeira hipótese se baseia no aminoácido triptofano, que não é fabricado pelo nosso organismo e é responsável pela produção de melatonina e serotonina, neurotransmissores essenciais para a regulação do ciclo do sono, do apetite, da dor e do humor. Durante o pós-parto, ocorre uma diminuição do triptofano, o que, por sua vez, provoca uma menor produção de serotonina e, portanto, desencadeia uma alteração do humor.

Como expressa Prieto (2020), a segunda hipótese refere-se aos estrogênios e à progesterona, hormônios sexuais esteroidais responsáveis pela regulação da função reprodutiva e do ciclo menstrual da mulher. A síntese de ambos durante a gravidez é elevada, mas, durante os primeiros dias pós-parto, diminui acentuadamente. A redução da progesterona provoca alteração e diminuição na síntese de estrogênio, o que provoca alteração nos sistemas de neurotransmissão, como aumento do hormônio monoamina oxidase (MAO-A). Esse hormônio degrada as monoaminas do Sistema Nervoso Central (SNC), como a serotonina e a noradrenalina, desencadeando o aparecimento de sintomas depressivos.

Segundo Payne e Maguire (2019), a terceira hipótese corresponde ao cortisol, hormônio produzido pelas glândulas suprarrenais que atua como neurotransmissor quando enfrentamos situações estressantes. Sua produção é dada pelo eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (Eixo HPA). Na presença de um estímulo estressante, o hipotálamo gera o hormônio liberador de corticotropina (CRH), que favorece a formação do hormônio liberador de adrenocorticotropina (ACTH) na hipófise anterior, estimulando a síntese de cortisol no córtex adrenal. Durante a gravidez, a placenta produz 100 vezes mais CRH que o hipotálamo; esses níveis elevados alteram o sistema endócrino, contribuindo para a ocorrência de alterações no estado mental e emocional da mulher.

A quarta hipótese, segundo Payne e Maguire (2019), está relacionada com a neuroinflamação durante o pós-parto, porque a mulher experimenta uma alteração do sistema imunológico. Citocinas pró-inflamatórias, como interleucina 1 (IL-1), interleucina 6 (IL-6) e fator de necrose tumoral alfa (TFN- α), são mediadores da resposta imune e inflamatória. No primeiro mês pós-parto, a resposta inflamatória é afetada pelo aumento de citocinas, que está relacionado à diminuição de triptofano, serotonina, norepinefrina, dopamina e neurogênese, fatores que predispõem à ocorrência de DPP.

2.3.2. Consequências da depressão pós-parto

As consequências da DPP podem afetar tanto a mãe quanto a criança e o ambiente familiar, dentre as quais, pode ser mencionada uma implicação no desenvolvimento do recém-nascido e também na relação entre mãe e filho, pois, estando deprimida e sentindo-se autodeficiente, a mãe tende a interagir menos com os filhos (ARRAIS; FRAGALLE; MOURÃO, 2014).

Por sua vez, esses filhos acabam sendo menos reativos, evitam olhar e têm menos habilidades quando estão com a mãe. Foi identificado um desempenho ainda pior durante a escolaridade deles. Para evitar esta situação e mitigar estas consequências, é necessário detectar fatores de risco durante a gravidez e ajudar a preveni-los, para evitar que a mãe desenvolva depressão pós-parto (GONÇALVES *et al.*, 2018).

Para detectar a DPP e fazer um bom diagnóstico, os instrumentos mais recomendados são a Entrevista Clínica Estruturada, a Escala de Depressão Pós-Parto, a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos, o Questionário de Depressão Beck II e o Questionário de Saúde do Paciente, embora a mais utilizada e eficaz seja a Escala de Edimburgo (EPDS), devido à sua rapidez e facilidade (ALFAIA; MAGALHÃES; RODRIGUES 2016).

A Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo é composta por 10 questões relacionadas à disforia, ansiedade, sentimento de culpa, ideação suicida e concentração. A escala indica como a mãe se sentiu durante a semana anterior, e pode ser útil repetir após 2 semanas; porém, não detecta mães com neuroses de ansiedade, fobias ou transtornos de personalidade (FERREIRA *et al.*, 2018).

De acordo com Ferreira *et al.* (2018), as respostas recebem pontos de 0, 1, 2 e 3, dependendo do aumento da gravidade do sintoma. Todos os pontos são somados, resultando na pontuação total, sendo que uma pontuação superior a 10 mostra a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade. Qualquer número escolhido diferente de “0”, para a questão número 10, significa que é necessário fazer avaliações adicionais imediatamente, pois se trata de tentativa de autólise.

A pontuação EPDS foi projetada para auxiliar o julgamento clínico, e não para substituí-lo. As mulheres farão avaliações adicionais antes de decidir sobre o tipo de tratamento. Recomenda-se utilizá-lo para triagem de mães na primeira consulta pós-parto (qualidade forte) e na sexta semana (qualidade fraca) (RENNÓ; ROCHA, 2014).

Segundo Tolentino, Maximino e Souto (2016), o BDI (*Beck Depression Questionnaire*) é utilizado como escala genérica para detectar sintomatologia depressiva, e a EPDS, como escala específica após o parto. Trata-se do instrumento autoaplicável mais utilizado na avaliação da depressão em todo o mundo. É composto por 21 itens diferenciados em dois fatores:

1. Subescala Afetiva (pessimismo, erros passados, sentimento de culpa e punição, não gostar de si mesmo, autocrítica, pensamentos suicidas e inutilidade).
2. Subescala Somática (tristeza, perda de prazer, choro, agitação, perda de interesse, indecisão, perda de energia, alteração do padrão de sono, irritabilidade, alteração de apetite, dificuldade de concentração, cansaço e/ou fadiga e perda de interesse sexual).

Conforme Tolentino, Maximino e Souto (2016), seu objetivo é identificar e mensurar a gravidade dos sintomas de depressão em adolescentes com 17 anos ou mais e adultos. É pontuado somando-se os pontos de cada um dos itens e classificando o somatório da seguinte forma:

- De 0 a 9 pontos: depressão mínima.
- De 10 a 16 pontos: depressão leve.
- De 17 a 29 pontos: depressão moderada.
- De 30 a 63 pontos: depressão grave.

Com base nos resultados obtidos por meio das diferentes escalas de avaliação, caso a mãe sofra de depressão pós-parto, diversas medidas são tomadas, dependendo da gravidade do caso. Se apresentar sintomas leves, geralmente, ela é encaminhada ao pronto-socorro, onde é direcionada para consulta psiquiátrica para

avaliação posterior. Já se for um caso grave, recorre-se à hospitalização da paciente para reduzir o risco de suicídio (OLIVEIRA; MATÃO; GUIMARÃES, 2020).

O tratamento para a depressão pós-parto, normalmente, inclui medicamentos, terapia ou ambos. A amamentação influenciará na decisão de quais medicamentos serão empregados para tratar a paciente, a qual pode ser encaminhada para um especialista em saúde mental. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a terapia interpessoal (IPT) são tipos de psicoterapia que, geralmente, ajudam no tratamento da DPP. Os grupos de apoio podem ser muito úteis, mas não devem substituir medicamentos ou psicoterapia. Ter um bom apoio social de familiares, amigos e colegas de trabalho pode ajudar a reduzir a gravidade da depressão pós-parto (GALVÃO *et al.*, 2015).

Em relação ao papel da enfermagem e ao seu cuidado, a equipe de enfermagem deve detectar e avaliar os fatores de risco, o aparecimento de sintomas e sinais de depressão e complicações psiquiátricas. É preciso observar o estado de espírito, a interação com o companheiro, com a família e os visitantes, ou seja, o seu ambiente e suporte social (SILVA *et al.*, 2018).

As equipes de saúde podem tomar medidas preventivas para evitar ou minimizar os transtornos depressivos quando for evidente desde o início que a mãe pode sofrer de depressão pós-parto (GONÇALVES *et al.*, 2018).

De acordo com Santos *et al.* (2022), os problemas psiquiátricos no pós-parto surgem quando a mulher recebe alta e, neste caso, a avaliação e o atendimento dependem dos serviços de atenção primária e domiciliar. Portanto, as equipes de saúde podem atuar preventivamente prestando cuidados como:

- Fornecer apoio para enfrentar a nova situação ao chegar em casa;
- Acompanhamento domiciliar após o parto;
- Informar a mãe sobre os fatores de risco que a equipe de saúde conseguiu detectar;
- Informar a mãe e seu companheiro sobre o possível aparecimento de tristeza nos primeiros dias após o parto;
- Informar a mãe e o parceiro sobre os sintomas de psicose ou neurose puerperal.

Santos *et al.* (2022) ressaltam que, ao mesmo tempo, as equipes de saúde deverão atuar, também, concentrando seus cuidados nas mães já diagnosticadas com depressão pós-parto por meio de:

- Fornecer apoio emocional;
- Estimular a capacidade de lidar com a situação e reduzir a depressão;
- Orientar sobre como obter ajuda nas tarefas domésticas e cuidados com o recém-nascido, possibilitando à mãe dormir adequadamente;
- Ensinar técnicas de relaxamento;
- As mães que sofrem de antecedentes psiquiátricos mais intensos ou complicações necessitam do médico de família e de especialistas para ajudar e aconselhar sobre saúde mental e terapia com antidepressivos e tranquilizantes;
- Quando a depressão não é controlada com medicação ou o comportamento da mulher é extremo, a hospitalização pode ser necessária.

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de pesquisa

Foi realizada uma revisão bibliográfica sistemática, pautada na procura de informações centrada em uma revisão bibliográfica sistemática em relação à depressão pós-parto (DPP), fatores de risco para DPP e sua prevenção.

3.2. Instrumentos de coleta de dados

As pesquisas foram realizadas nas seguintes bases de dados: PubMed e Scielo. Para a busca, as palavras-chave foram definidas por meio dos descritores em ciências da saúde, DeCS, sendo escolhidas as seguintes: depressão pós-parto, etiologia e epidemiologia. Além disso, a busca foi efetuada com o auxílio de operadores booleanos, como “AND”, para reduzir e especificar a busca em artigos que continham todos os termos.

3.3. Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão levaram em consideração artigos publicados nos últimos 10 anos, disponibilizados na íntegra e com acesso gratuito, e publicados em inglês e português. Por sua vez, os critérios de exclusão dos artigos basearam-se naqueles publicados há mais de 10 anos e nos quais é necessário registro de pagamento.

3.4. Análise e interpretação dos resultados

Para se chegar aos artigos selecionados para esta revisão, realizou-se avaliação crítica deles, visando à escolha dos que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão apresentados. Posteriormente, os artigos escolhidos foram discutidos, de modo a atender aos objetivos propostos neste estudo.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

A depressão pós-parto tem sido estabelecida por diversos estudos como tendo consequências significativas para os desfechos de saúde da mulher e sua qualidade de vida. Impactos adicionais da depressão pós-parto incluem vínculo materno, saúde e desenvolvimento infantil. A prevalência de depressão pós-parto varia entre países, regiões e contextos socioeconômicos (OLIVEIRA; MATÃO; GUIMARÃES, 2020; PRIETO GARCÍA, 2020).

Muitos estudos têm mostrado a prevalência de depressão pós-parto em todo o mundo, mas não há uma taxa de predomínio universal apontado pela literatura. As taxas de prevalência são maiores em países de baixa e média renda em comparação com países desenvolvidos (BOSKA; WISNIEWSKI; LENTSCK, 2016; SIVERTSEN *et al.*, 2015). A maioria desses estudos utilizou instrumentos de triagem ocidentais para avaliação de depressão pós-parto sem validá-los para contextos locais, sendo que a depressão pós-parto pode ser percebida de maneiras diferentes entre culturas. Em segundo lugar, a maior parte dos estudos revisados utilizou medidas de autorrelato, o que pode levar algumas comunidades a superestimar ou subestimar a doença, de acordo com suas crenças, percepções e contextos sociais (ANTÚNEZ ORTIGOSA *et al.*, 2022; TOLENTINO; MAXIMIN; SOUTO, 2016). Seria mais acurado se as mães fossem triadas por meio de um questionário de autopreenchimento, acrescido de avaliação diagnóstica clínica, para confirmar a validade dos instrumentos de triagem (SANTOS, 2022).

Alguns pesquisadores têm apontado que a prevalência de DPP atinge um pico entre seis e doze semanas, mas pode aumentar para doze meses se outros instrumentos de avaliação, como o PHQ-9, forem utilizados (ALFAIA; RODRIGUES; MAGALHÃES, 2016). Isso enfatiza, portanto, a necessidade de considerar consistentemente o período de tempo uniforme ao avaliar a depressão pós-parto (RUYAK; QEADAN, 2018).

A depressão pós-parto é uma restrição significativa de saúde mental em mulheres que tem um efeito em quase 13-19% daquelas que atingiram recentemente a maternidade (ARRAIS; DE ARAUJO; SCHIAVO, 2019). É identificada por um sentimento contínuo de baixo estado mental nas puérperas, seguido por sentimentos tristes, menos dignos e por desânimo, diferentemente do *baby blues*, um período de curta duração de interrupção emocional que inclui choro, irritabilidade, problemas de

sono e ansiedade. A DPP é identificada e sentida por quatro em cada cinco mulheres em pouquíssimos dias após o parto e regride, principalmente, em 10 dias (SIMAS; SOUZA; SCORSOLINI-COMIN, 2013).

Atualmente, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) tem classificado a depressão associada ao início do parto como iniciando-se na gestação ou até o primeiro mês de pós-parto. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), a depressão pós-parto é rotulada como aquela que se inicia nas primeiras seis semanas da fase pós-parto. Muitas pesquisas têm revisado ainda mais as diretrizes para os primeiros seis meses após o parto, enquanto poucos utilizam a fase até o primeiro ano após o período do parto para o início da depressão pós-parto (MORENO *et al.*, 2014).

Na maioria dos aspectos, a DPP tem muitas características prováveis com depressão que ocorrem em outros momentos da vida da mãe. Em algumas perspectivas, apresenta poucas diferenças, pois muitas mudanças significativas ocorrem durante a gestação e a fase pós-parto (YASUNA *et al.*, 2019). Em aproximação, quase 80% das puérperas enfrentam distúrbios emocionais nos primeiros dias após o parto (MOLL *et al.*, 2019). Uma grande proporção de puérperas, após a gravidez, experimenta sintomas atribuídos à depressão, como perturbado apetite, falta de sono e baixos níveis de energia para o trabalho (FERREIRA *et al.*, 2018).

Os fatores acima relatados dificultam a identificação separada dos sintomas comuns após o parto e novos cuidados infantis daqueles de um quadro depressivo. Às vezes, a fase de depressão pós-parto em quase 30% das mulheres pode continuar por dois anos após o parto, enquanto 50% das mulheres têm depressão mais grave, sendo que, ao longo do curso, ela pode variar e passar a depressão moderada estável, depressão estável maior ou intervalos repetitivos de depressão significativa (ANDRINA, 2021). A comparação dos sintomas entre *blues* pós-parto, depressão pós-parto e psicose pós-parto é mostrada na Figura 1.

Figura 1 - Comparação dos sintomas entre blues pós-parto, depressão pós-parto e psicose pós-parto.

Blues pós-parto	Depressão pós-parto	Psicose pós-parto
Afeta até 80% das puérperas	Afeta entre 10% e 15% das puérperas	Afeta de uma a duas em cada 1000 novas mães
Choro	Tristeza persistente	Alucinações auditivas e visuais
Tristeza	Baixa concentração	Paranóia
Ansiedade	Sentimentos de inutilidade e culpa	Ansiedade
Irritabilidade	Irritabilidade	Agitação
Insônia	Anhedonia	Insônia
Labilidade do humor	Insônia	Pensamentos suicidas ou homicidas
	Hipersonia	Delírios bizarros ou ordens para prejudicar a criança
	Sintomas somáticos, vínculo pobre com o bebê, pensamentos recorrentes de morte ou suicídio	-

Fonte: Andrina (2021)

Os fatores de risco podem ser agrupados com base na força de associação com DPP. Depressão e ansiedade na gravidez, puérperas, história de depressão, neuroticismo, estresse excessivo entregando eventos de vida, relações conjugais precárias, falta de apoio social e baixa autoestima estão fortemente associados à depressão pós-parto (SANTOS, 2022). Por outro lado, baixo nível socioeconômico, estado civil solteiro, gravidez indesejada, estressores obstétricos e temperamento do bebê enlutado têm uma associação relativamente mais fraca (GONÇALVES *et al.*, 2018; ARANGO *et al.*, 2018).

A atitude de uma mãe e sua experiência de diferentes complicações relacionadas, como parto prematuro, hospitalização pré-natal, cesariana de emergência, pré-eclâmpsia e saúde do bebê falecido, demonstram risco aumentado para o desenvolvimento de DPP (ARANGO *et al.*, 2018). Os fatores de risco supracitados estão mais fortemente associados a aspectos sociais e psicológicos do que a aspectos biológicos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão pós-parto é um distúrbio que pode ser incapacitante e comum. Existem várias terapias farmacológicas eficazes, terapias psicológicas, psicossociais e intercessão de neuromodulação, mas a maioria é pouco estudada, particularmente em estudos clínicos randomizados. Infelizmente, há uma subutilização significativa dos tratamentos disponíveis na comunidade. Embora a depressão pós-parto seja mais facilmente discutida na atualidade, existe um estigma considerável em relação a poucas mulheres que procuram tratamento.

Em países de baixo nível socioeconômico, a saúde mental pode não ser priorizada; assim, as mulheres podem ter restrições em procurar profissionais especialmente treinados em saúde mental perinatal, mesmo quando buscam tratamento. Devido à complexidade das modalidades de tratamento da doença psiquiátrica periparto, exige-se um trabalho integrativo entre múltiplos prestadores de serviços de saúde, incluindo obstetrícia, psiquiatria, pediatria e enfermagem/obstetrícia. Os tutoriais de psiquiatria reprodutiva devem ser amplamente difundidos dentro da disciplina de psiquiatria, em programas de residência e bolsa.

É necessário desenvolver novas terapêuticas que visem, especificamente, à fisiopatologia subjacente do distúrbio, expandindo o acesso aos tratamentos que já estão em vigor e melhorando a qualidade deles. A neurobiologia subjacente da depressão pós-parto ainda é pouco compreendida, apesar do aumento da pesquisa sobre suas causas. Há evidências crescentes de que os transtornos psiquiátricos são transtornos de redes neurais caracterizados por padrões complexos e multimodais de anormalidades neurobiológicas.

Como resultado, há uma necessidade urgente de pesquisas adicionais sobre os mecanismos subjacentes desses transtornos. Podemos detectar, diagnosticar e tratar a DPP de forma mais eficaz durante a gravidez e o pós-parto se aprendermos mais sobre a neurobiologia da depressão pós-parto.

REFERÊNCIAS

- ALFAIA, J.R.M., RODRIGUES, L.R., MAGALHÃES, M.M. Uso da escala de Edinburgh pelo enfermeiro na identificação da depressão Pós-parto: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Ciência e Sociedade**, v. 1, n. 1, 2016. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/cienciaesociedade/article/view/2091>.
- ALMADA, L. F; BORGES, M. F, MACHADO, S. E. C. Considerações Neurobiológicas sobre a Depressão Maior. **Rev. Psicologia**, v. 17, n. 26, p. 111-124, 2014.
- AMARAL, A.P. et al. 2020. Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención. **Enfermería Global**. 19, 3 (jun. 2020), 1–35. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/402951>
- ANDRINA, H. Depressão Pós-Parto: Uma Revisão da Literatura sobre Rastreamento e Prevenção. **Scientia Psychiatrica**, 2021, 2(4), 183-192. <https://doi.org/10.37275/scipsy.v2i4.64>.
- ANTÚNEZ ORTIGOSA, M, et al. Mérida de la Torre FJ. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica. **Enfermería Cuidándote**. 2022 julio-septiembre; 5 (3).
- ARANGO, C. et al. Preventive strategies for mental health. **Lancet Psychiatry**. 2018;5(7):591-604.
- ARRAIS, A. D. R.; DE ARAUJO, T. C. C. F.; SCHIAVO, R. de A. Depressão e Ansiedade Gestacionais Relacionadas à Depressão Pós-Parto e o Papel Preventivo do Pré-Natal Psicológico. **Revista Psicologia E Saúde**, 2019, 11(2), 23–34.
- ARRAIS, Alessandra da R.; ARAÚJO, Tereza Cristina C. F. de. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. **Psicologia, Saúde e Doenças**, 2017, 18(3): 828-845. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36254714016.pdf>.
- ARRAIS, A.R.; MOURÃO, M.A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde Soc.**, v. 23, n. 1, p. 251- 264, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00251.pdf>.
- BOSKA, G.A., WISNIEWSKI, D., LENTSCK, M.H. Sintomas depressivos no período puerperal: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburgh. **J Nurs Health**, 1(1): 38-50, 2016. Disponível < <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5525>.
- CABRAL, A.C.; MARINI, F.C.; MORAIS, E.A. Associação entre sintomas emocionais da tensão pré-menstrual e o risco de desenvolvimento de sintomas depressivos no pós-parto. **Rev Med Minas Gerais**, v. 23, n. 3, pag. 281- 283, 2013. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/208>.
- CONCEIÇÃO, H. N. da. et al. Desrespeito e abuso durante o parto e

depressão pós-parto: uma revisão de escopo. **Cad. Saúde Pública** 2023; 39(5):e00236922. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vQtclgTDqdB7sN8mKxTc5ZS/?format=pdf&lang=pt>.

COUTINHO, M.E.M. et al. Aspectos biológicos e psicossociais da depressão relacionado ao gênero feminino. **Rev. Bras. Neurol. e Psiquiatr.** v.19, n. 1, p.49-57, 2015.

DINIZ, Julia Pickina; NEVES, Solange Aparecida de Oliveira; VIEIRA, Milene Leivas. Ação dos Neurotransmissores Envolvidos na Depressão. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, [S. l.], v. 24, n. 4, p. 437–443, 2020. DOI: 10.17921/1415-6938.2020v24n4p437-443. Disponível em: <https://ensaioseciencia.pgsscogna.com.br/ensaioeciencia/article/view/7590>.

FERREIRA, Cátia; SILVA, Vanessa; GUERRA, Claudia, SILVA, Ana Isabel, ROSÁRIO, Rafaela. **Depressão pós-parto**: Detecção precoce e fatores associados. 2018. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/05-eo_17-00073.pdf.

GALVÃO, A. C. C.; SILVA JÚNIOR, F. J. G.; LIMA, L. A. A.; MONTEIRO, C. F. S. Prevalência de depressão pós-parto e fatores associados: Revisão sistemática. **Revista On Facema**, 1, 54-58, 2015. Disponível em <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/3>.

GONÇALVES, A. P. A. A. et al. Reconhecendo e intervindo na depressão pós-parto. **Rev. Saúde Foco**, n. 10, p. 264-268, 2018

GONÇALVES, A.M.C. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 67, n. 2, p. 101-109, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000192>.

HAROZ, E. E. et al. How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. **Soc Sci Med** 2017;183:151-62. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28069271/>.

MOLL, M. F. et al. Rastreado a depressão pós-parto em mulheres jovens. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 13(5):1338-44, maio., 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239181/32252>.

MOREIRA, L. C.O.; BASTO, P. R. H.O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**. 2015; 19(3), 445-453. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v19n3/2175-3539-pee-19-03-00445.pdf>

MORENO, Claudia M. et al. La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de Enfermería. **Rev. Cuidarte**. Santander, Colombia. 2014. p. 739-745. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.86>.

OLIVEIRA, Leiliane S; MATÃO, Maria Eliane L; GUIMARÃES, Elisângela E. R.

Depressão Puerperal: Fatores associados e a frequência de risco através da escala de Edimburgo. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/6807/5995>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Folha Informativa – **Depressão**. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095.

PAYNE Jennifer; MAGUIRE Jamie. Mecanismos fisiopatológicos implicados en la depresión posparto. **Rev. Fronteras en neuroendocrinología**. 2019. v. 52. p. 165-180. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>.

PRIETO GARCÍA, Carla. “**Depresión posparto:** revisión de los factores de riesgo”. Trabajo de grado para obtener el título en enfermería. Universidad de Salamanca. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Salamanca, España. 2020. P. 2-19. Disponível em: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/143522/TFG_PrietoGarcia_DepresionPostparto.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

RENNÓ JÚNIOR J, ROCHA R. **Gravidez e depressão**. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). São Paulo; 2018; 92. Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/gravidez-e-depressao.pdf>

RUYAK, S. L.; QEADAN, F. Use of the Antenatal Risk Questionnaire to Assess Psychosocial Risk Factors Associated with Risk for Postpartum Depression: A Pilot Study. **J Midwifery Womens Health**. 2018; 63:578-83.

SANTOS, M. L. C. et al. Sintomas de depressão pós-parto e sua associação com as características socioeconômicas e de apoio social. **Esc Anna Nery** 2022; 26: e20210265. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wvn5x49ZqbgzhKGs4pqPnqb/?format=pdf&lang=pt>.

SILVA, H.C.; SILVA, M.R.; FRIZZO, G.B.; DONELLI, T.M.S. Sintomas Psicofuncionais e Depressão Materna: um estudo Qualitativo. **PSICO-USF**, Bragança Paulista, 2018, v.23, n.1.

SIMAS, F. B.; SOUZA, L. V.; SCORSOLINI-COMIN, F. Significados da gravidez e da maternidade: Discursos de primíparas e múltiparas. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, 2013, 15(1), 19-34. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193826310013>.

SIVERTSEN, B.; HYSING, M.; DØRHEIM, S.K.; EBERHARD-GRAN, M. Trajectories of maternal sleep problems before and after childbirth: a longitudinal population-based study. **BMC Pregnancy Childbirth** [Internet]. 2015;15(1):129. Disponível em: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0577-1>.

STOPA, S. R. et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol** 2015;18(Supl 2):170-80.

Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/VGmSdkDBd7WcjHnW4BrP8kg/abstract/?lang=pt>.

TOLENTINO, E. DA C.; MAXIMIN, D. A. F. M.; SOUTO, C. G. V. de. Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. **Revista De Ciências Da Saúde Nova Esperança**, 2016, 14(1), 59–66. Disponível em: <http://www.revistanovaesperanca.com.br/index.php/revistane/article/view/77>.

WRAY, N. R. et al. Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression. **Nature Genetics**, v. 50, n. 5, p.668-681, 26 abril. 2018. Springer Nature. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/s41588-018-0090-3>.

YASUMA, N. et al. Psychological intervention for universal prevention of antenatal and postnatal depression among pregnant women: protocol for a systematic review and meta-analysis. **Syst Rev**. 2019;8(1):297.