

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CAUSAS E FATORES DE RISCO

AUTORES

Larissa da Silva Saciente

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos - UNILAGO

Isabela Gertrudes Batalhão

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos -UNILAGO

RESUMO

A depressão pós-parto (DPP) é uma condição que afeta de 10% a 15% das mulheres no pós-parto. Este quadro tem seu início em algum momento durante o primeiro ano do pós-parto, principalmente entre a quarta e oitava semana após o parto do recém-nascido. Geralmente se manifesta por um conjunto de sintomas, como irritabilidade, choro frequente, desmotivação, sentimentos de incapacidade. O objetivo deste artigo foi apresentar uma revisão bibliográfica acerca da depressão pós-parto, obtendo conhecimento sobre os sinais e sintomas da depressão em puérperas e permitindo a visibilidade deste assunto para as mães, profissionais da área, bem como para a sociedade em geral. Conclui-se que a DPP acomete boa parte das puérperas e que os sinais e sintomas nem sempre são percebidos e os danos causados pela doença na vida da mulher e no desenvolvimento do recém-nascido é mais significativo do que as contra indicações dos psicofármacos, sendo assim foram identificados alguns medicamentos para auxiliar no tratamento, tais como: Fluoxetina, Citalopram, Sertralina, Paroxetina (ISRS) e Nortriptilina, Desipramina (ADTs).

PALAVRAS - CHAVE

Depressão, pós-parto, gestação, tratamento, fatores de risco, puerpério.

1.INTRODUÇÃO

1.1. Depressão pós-parto

A transição para a maternidade, um período de tempo compreendido entre o começo da gravidez e os primeiros meses após o nascimento do bebê, é uma transição de desenvolvimento comum à maioria das mulheres, num determinado ponto do seu ciclo de vida. Esse momento é marcado por grandes reorganizações e mudanças, como mudanças biológicas, psicológicas e interpessoais, além da aprendizagem de novas competências, associadas ao desempenho dos novos papéis e tarefas (CANAVARRO, 2009).

O puerpério, tempo de seis a oito semanas após o parto, didaticamente, pode ser dividido em três períodos, sendo: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia). Nesse período o corpo da mulher se recupera do desgaste físico da gravidez e do parto, e pode estar mais vulnerável à manifestação de transtornos mentais. Porém, trata-se de um período negligenciado de assistência direcionada para a mãe, sendo a maior parte das atenções voltadas ao bebê, desconsiderando as transformações psicológicas que permeiam o período gravídico puerperal. (CANTILINO et al., 2010).

Atualmente, a depressão é definida como uma doença de caráter psiquiátrico, crônica e recorrente, que desencadeia alteração do humor caracterizada por uma tristeza profunda, sem fim, associada a sentimentos de dor, amargura, desencanto, desesperança, baixa autoestima e culpa. (Gonçales CAV, Machado AL, 2008).

A depressão pós-parto (DPP) tende a ser mais intensa quando há uma quebra de expectativa da mãe em relação ao bebê, a si própria como mãe e ao tipo de vida que se estabelece com a presença do filho. A partir disso, surge a frustração, o desapontamento, a impressão de não ser capaz de enfrentar a situação. E dessa maneira, a mulher em sua identificação regressiva com o bebê passa a solicitar cuidados e atenção para si, mobilizando preocupação dos familiares (MALDONADO, 2005).

A DPP tem sido estudada como um fenômeno, com alto índice de prevalência que atinge as puérperas durante o período do pós-parto, podendo acontecer com vários graus de intensidade, desde leve até severa. Com ocorrência entre 4 a 20 semanas após o parto, sua prevalência encontra-se entre 10 e 20% dessas mulheres puérperas (CANTILINO, 2003; HIGUTI&CAPOCCI, 2003). Considerando apenas estudos que utilizaram entrevista clínica para o diagnóstico de depressão pós-parto, uma revisão sistemática considerou uma 20 Introdução prevalência de 12,9% no terceiro mês após o nascimento (Gavin et al., 2005). Estudos realizados no Brasil apontam para uma prevalência estimada entre 12 e 39,4% (Da Silva et al., 1998; Moraes et al., 2006; Ruschi et al., 2007).

Entre as adolescentes, a depressão puerperal oscila entre 25–36%. Esta prevalência é mais alta do que entre puérperas adultas e entre adolescentes fora do ciclo gravídico-puerperal. Evidências indicam que a depressão pós-parto em jovens pode ser prevenida com vínculo pessoal e adoção de hábitos saudáveis durante a gravidez (CARDILLO VA et al., 2016).

1.2. Fatores de Risco

Fatores de risco da DPP são eventos ou situações já estabelecidas, propícias ao surgimento de problemas físicos, psicológicos e sociais, que apresentam maior chance de surgir e maior intensidade no período gravídico-puerperal. no período da gravidez e do puerpério. De acordo com Figueira et al., (2011), o estabelecimento de fatores de risco pode contribuir para melhor compreensão da doença e para a elaboração de estratégias de prevenção e de diagnóstico precoce da DPP.

Dentre os principais fatores de risco para o desenvolvimento da DPP, destacam-se:

- Fatores relativos à família: presença de transtorno psiquiátrico na família, história familiar de depressão pós-parto, condições socioeconômicas e ambientais desfavoráveis, reduzido suporte social (BYDLOWSKI, 1997).

- Fatores relativos à própria mulher: história de transtorno de humor ou ansiedade, prévios ou durante a gravidez, que se não diagnosticadas podem levar a consequências materno-fetais danosas, desde o momento do parto até o pós-parto (JABLENSKI, 2005); história de transtorno disfórico pré-menstrual; abuso sexual na infância; gravidez precoce, ou seja, em idade inferior a dezesseis anos; gravidez não planejada ou não aceita; vivência negativa em gravidezes anteriores; a forma como é assistida no parto, mães solteiras; ter muitos filhos; abortamentos repetidos; baixo nível de escolaridade; abuso de substâncias/tabagismo; eventos estressantes nos últimos doze meses; desemprego ou volta precoce ao trabalho (CAMACHO et al., 2006).

- Fatores relativos à vida conjugal: atitude negativa do pai do bebê em relação à gravidez (SCHIMIDT, PICCOLOTO & MULLER, 2005), ausência de um companheiro, conflitos conjugais, violência doméstica, desemprego do cônjuge (SILVA, 2007; CURY & VOLICH, 2010).

1.3. Sinais e sintomas

Entre os problemas relacionados à gravidez, há grande ocorrência de distúrbios de humor, sendo estes psicóticos ou não. Os sintomas resultantes de tais distúrbios podem perdurar por vários dias e são causados pela rápida mudança nos níveis hormonais, ao estresse do parto e a consciência da responsabilidade aumentada (COUTINHO, 2008). Além das mudanças fisiológicas nesta fase, como a elevação dos níveis de corticosteróide e queda abrupta dos níveis hormonais, surgem exigências culturais, sociais, familiares e pessoais a respeito do desempenho das funções maternas (GOMES, et al., 2010) .

Em relação aos possíveis sintomas apresentados, diversos autores mostraram que as mulheres com DPP parecem apresentar (MILGROM et al., 1999; POPE, 2000; RIECHER-ROSSLER & HOFECHEER, 2003):

- Maior labilidade emocional (flutuações de humor);
- Preocupações exageradas com o bem-estar do bebê e com a sua própria competência parental;
- Medo de estar sozinha com o bebê, de sair com ele ou de machucá-lo;
- Sintomas de ansiedade associados à sintomatologia depressiva;
- Pensamentos obsessivos (pensamentos sobre fazer mal ao bebê), reportados em cerca de 20-40% das mães;
- Elevado número de queixas físicas (fadiga, dores de cabeça, falta de apetite) por comparação a sintomas cognitivo-emocionais;
- Maiores dificuldades de concentração e tomada de decisão;
- Menor probabilidade de ideação suicida (e se esta ocorrer, o suicídio é relativamente invulgar);
- Dificuldade em estabelecer ligação com o bebê;
- Diminuição do desejo sexual pelo companheiro

1.4. Diagnóstico e tratamento

A depressão pós-parto não é difícil de ser diagnosticada. Porém, muitas vezes, não é detectada pela equipe de enfermagem ou pelo obstetra em um primeiro momento. Esse fato ocorre, pois os sintomas iniciais podem ser confundidos com o período de ajustamento emocional pós-parto da puérpera, denominado tristeza pós-parto. Por esses motivos, um bom vínculo entre o profissional e a puérpera tende a favorecer o diagnóstico precoce (BARROS et al., 2002).

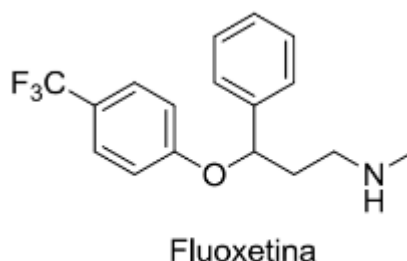
O tratamento da DPP inclui programas psicoeducacionais, psicoterapia e medicamentos. A análise do risco-benefício quanto às diversas opções de tratamento no pós-parto deve ser discutida com a mãe (GUEDES ACE et al., 2011). O tratamento deve ser iniciado a partir do momento em que se consegue diferenciar depressão pós-parto da tristeza pós-parto, que é um acontecimento comum que ocorre na vida da mulher após o parto. O tratamento psicoterápico tem uma importância considerável e um enfoque diferenciado, que engloba a família e pessoas com quem a mãe tenha contato, pois foca na diminuição dos sintomas de forma a minimizar seu impacto não só na mãe como também no bebê. (FREITAS et al., 2012).

1.5. Tratamento farmacológico

A terapia farmacológica mais eficaz no tratamento da DPP são os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) (Fluoxetina, Paroxetina, Citalopram e Sertralina) e os antidepressivos tricíclicos (ADTs) (Nortriptilina e Desipramina). Ressaltando que as duas primeiras não são administradas em puérperas que amamentam, por causa do alto nível de antidepressivos nos lactentes expostos, efeitos nocivos e dificuldades de ganho de peso (MAGALHÃES et al., 2006).

- **Fluoxetina:** é inibidor de reabsorção da serotonina. Esse fármaco é um cloridrato de -N-metil-3-fenil-3-[(a,a,a-trifluoro p-tolyl)-oxi] propilamina, com a fórmula molecular $C_{17}H_{18}F_3NO$. A meia vida é de 4 a 6 dias e a de seu metabólito ativo é de 4 a 16 dias. O principal benefício é agir no aumento dos níveis de serotonina no cérebro e dessa forma melhorar os sintomas da depressão e do transtorno disfórico pré menstrual. Os principais efeitos colaterais são: a falta de apetite e náusea. (WAGNER, 2015).

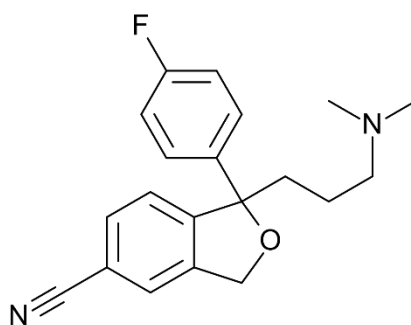
FIGURA 1: Fórmula estrutural da FLUOXETINA



FONTE: R. B. E. C. T., vol 6, núm. 3, set-dez. 2013 DOI: 10.3895/S1982-873X2013000300004

- **Citalopram:** O citalopram com a fórmula molecular $C_{20}H_{21}FN_2O$, é indicado para tratar a depressão e, após a melhora, em tratamentos de longo prazo para prevenir a recorrência desses sintomas. (ANVISA, 2013). O Citalopram é um potente inibidor da recaptação 5-HT. O aumento da disponibilidade sináptica de serotonina estimula grande número de receptores 5-HT pós-sinápticos, resultando tanto em ação terapêutica como em alguns efeitos adversos (GLENNON; DUKAT, 2002; BALDESSARINI, 2003). As reações adversas mais comuns são náuseas, boca seca, insônia, sudorese, disfunção sexual, tremor, diarreia, sonolência, fadiga. (CORDIOLI, 1997; DRUG INFORMATION, 2000; DEF 2004/2005). Sua concentração plasmática atinge o pico após 4 horas da administração oral e os alimentos não interferem na sua absorção, que pode chegar a 80% de biodisponibilidade. Seu tempo de meia-vida médio é de 35 horas, mas pode ser aumentado em 30% em idosos e dobrado em pessoas com função hepática reduzida (MICROMEDEX, 2014).

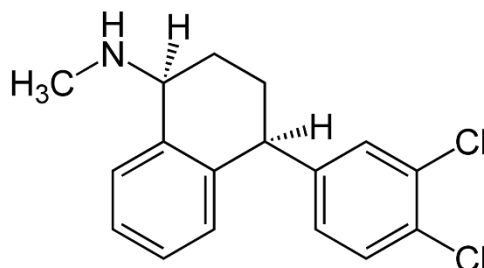
FIGURA 2: Fórmula estrutural do CITALOPRAM



FONTE: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/citalopram#section=Top>

Sertralina: A sertralina com fórmula molecular $C_{17}H_{17}Cl_2N$, é indicada no tratamento de sintomas de depressão, incluindo depressão acompanhada por sintomas de ansiedade, em pacientes com ou sem história de mania. Ela também é indicada para o tratamento de transtorno do pânico, acompanhado ou não de agorafobia; transtorno do estresse pós-traumático; sintomas da síndrome da tensão pré-menstrual e/ou transtorno disfórico pré-menstrual; e fobia social (transtorno da ansiedade social) (ANVISA, 2013). O pico de concentração é atingido após 4, 5 a 8,4 horas após a ingestão oral. Alimentos podem aumentar em até 25% sua concentração máxima. Tem alta ligação a proteínas plasmáticas e tempo de meia-vida de aproximadamente 26 horas. Os principais efeitos colaterais são: dor de cabeça, náusea, fadiga, insônia, diarreia (MICROMEDEX, 2014, 2016).

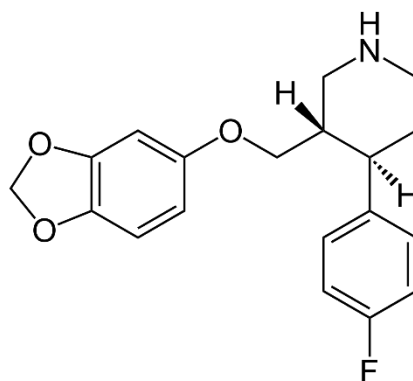
FIGURA 3: Fórmula estrutural da SERTRALINA



FONTE: <https://www.drugbank.ca/drugs/salts/DBSALT000808>;

- **Paroxetina:** O paroxetina quimicamente é um cloridrato (-)-trans-4-(4'- fluorofenil)-3-(3',4'-metilenodioxifenoximetil) piperidina, um potente e seletivo inibidor de recaptação de 5-hidroxitriptamina (5-HT, serotonina), sua fórmula molecular $C_{19}H_{20}FNO_3.HCl.1/2H_2O$, é um antidepressivo inibidor específico da reabsorção de serotonina, atua no neurônio pré-sináptico inibindo especificamente a recaptação desse neurotransmissor, sua meia-vida de eliminação, embora variável, é geralmente de cerca de um dia e seu principal benefício é promover conforto emocional, os principais efeitos colaterais são insônia e incapacidade para atingir o orgasmo. (MICHANOSKI, 2018; RUEDA, 2014).

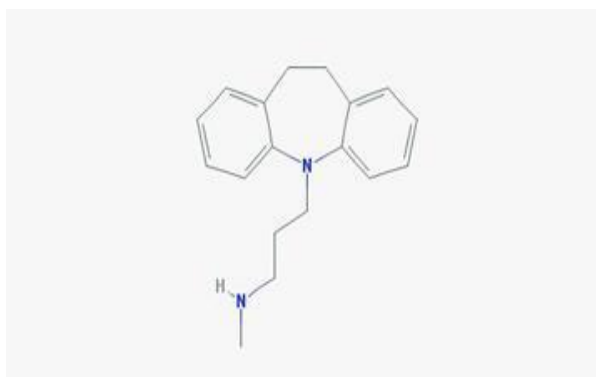
FIGURA 4: Fórmula molecular da PAROXETINA



FONTE: <https://bdtd.unifal-mg.edu.br:8443/handle/tede/294>

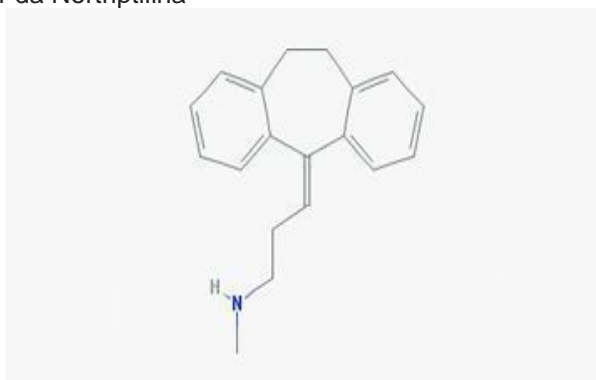
- **Nortriptilina e Desipramina:** Os ADTs Nortriptilina com sua fórmula molecular $C_{19}H_{21}N \cdot HCl$ (Hydrochlorid) e Desipramina com sua fórmula molecular $C_{18}H_{22}N_2$, atuam em nível pré-sináptico bloqueando a recaptura de monoaminas, noradrenalina, serotonina e dopamina em menor proporção. Podem provocar efeitos adversos como ressecamento dos olhos e da boca, taquicardia, tremores, constipação, sonolência e ganho de peso. Em termos farmacocinéticos, os ADTs são bem absorvidos pelo trato gastrointestinal e grande parte (55% a 80%) sofre o efeito de primeira passagem. O pico plasmático é atingido ao fim de 4 a 8 horas. (SEGAT, DIEFENTHAELER, 2013; WANNMACHER, 2016).

Figura 5: Fórmula molecular da Desipramina



Fonte: <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/desipramina/informacao-cientifica>

Figura 6: Fórmula molecular da Nortriptilina



Fonte: <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/nortriptilina/informacao-cientifica>

1.6. A importância da adesão no tratamento da depressão pós-parto

É importante destacar que ao aceitar tratamentos medicamentosos é preciso consciência acerca dos efeitos colaterais, como a irritabilidade, as alterações do sono, a alimentação, as alterações de peso, as irritações cutâneas, entre outros. Também é importante frisar os riscos de abandono do tratamento, visto que a maioria dos fármacos da classe dos antidepressivos necessita da ablação. É importante a adesão ao tratamento para obter os resultados esperados, a diminuição dos sintomas ou a total remissão da doença (OLIVEIRA et al., 2016).

A estratégia terapêutica relaciona-se diretamente a gravidade do quadro, sendo que em casos leves a moderados a psicoterapia isolada ou associada a farmacoterapia são utilizadas e, em casos graves em que existem riscos de suicídio ou infanticídio, a eletroconvulsoterapia também pode ser indicada. De maneira geral, a adesão ao tratamento proposto é essencial para minimizar os prejuízos da DPP (MEIRA, et al., 2015; TOLENTINO; MAXIMINO; SOUTO, 2016).

1.7. Riscos do Uso de psicofármacos

Para Rocha, (1999) o uso de psicofármacos proporciona determinadas contraindicações devido ao aleitamento materno que pode ser comprometido com excreção e concentração destes medicamentos no leite. Sabe-se que para a mulher que vivencia um transtorno depressivo puerperal, é fundamental promover de maneira criteriosa o contato entre mãe-filho, considerando o seu estado de raciocínio e percepção da realidade, destacando assim formas possíveis e apropriadas de se fazer esse contato; a amamentação é um momento essencial para que se estabeleça o vínculo entre mãe-filho.

É possível afirmar que todos os antidepressivos utilizados na depressão pós-parto são detectáveis no leite materno e podem culminar em distúrbios do sistema nervoso central, gastrointestinal e respiratório em lactentes amamentados por mulheres que utilizam essas drogas (HUBER-LIEBERMANN et al., 2012). Sintomas como irritabilidade, recusa alimentar e problemas de sono são eventos adversos relatados em bebês expostos a antidepressivos através do leite materno. Esses eventos são mais frequentes após exposição à fluoxetina e ao citalopram (CHAD et al., 2013).

A maioria dos relatos dos outros inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) envolvem paroxetina e sertralina. Quanto à primeira, não foi detectável em qualquer soro infantil, não havendo evidência de efeitos adversos de curto prazo (ANTON et al, 2017).

Os (ISRSs) são drogas cada vez mais utilizadas durante a gravidez e no período pós-parto. Apesar de excretados no leite materno, os efeitos colaterais costumam ser brandos e autolimitados, mas, ainda sim, demandam observação cuidadosa por pelo menos 48 horas. (SIE SD et al, 2012).

2.JUSTIFICATIVA

No período gestacional ocorrem grandes transformações nas mulheres tanto nos aspectos físicos como psicológicos que geram oscilações emocionais como dúvidas, inseguranças, medos, alegrias, que contribuem para o início da depressão pós-parto (DPP). Dentre as opções de tratamento inclui-se terapia farmacológica e psicoterapia. Desta maneira, é de grande importância avaliar as causas, os fatores de riscos que podem levar a DPP nas mulheres, assim como a busca pelo tratamento e acompanhamento para a doença.

3.OBJETIVO

- Relatar sinais e sintomas da depressão pós-parto
- Destacar as causas e os fatores de risco associados com a depressão pós-parto
- Identificar os medicamentos ISRS e ADTs utilizados durante o tratamento da DPP
- Verificar a aderência do tratamento com psicofármacos pelas mulheres com DPP

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica baseada na busca de artigos científicos nas bases de dados do Google Acadêmico, Scielo, Pubmed. As palavras-chaves utilizadas para esta busca foram: Depressão, pós-parto, gestação, tratamento, fatores de risco, puerpério.

5. CONCLUSÃO

A revisão da literatura mostra que os quadros depressivos maternos no período pós-parto e ao longo do primeiro ano de vida da criança apresentam algumas particularidades, variando quanto à época de seu surgimento. Sabe-se que fatores biológicos, obstétricos, psicológicos e sociais podem contribuir para a precipitação deste quadro que, por vez, tem uma apresentação atípica, na medida em que a tristeza e a angústia da mãe tendem a ser minimizadas diante dos cuidados intensivos dispensados ao bebê.

Conclui-se também que a DPP acomete boa parte das puérperas, e que os sinais e sintomas nem sempre são percebidos. Dessa forma, os profissionais da área de saúde, no geral, possuem um papel importante na detecção dos sinais e sintomas da depressão pós-parto precocemente, com o intuito de impedir o sofrimento das mães e maiores consequências para o bebê.

Considerando então a gravidade dos sintomas e consequência da doença, surge a necessidade da utilização de medicamentos, os quais normalmente são antidepressivos e que contribuem para a diminuição dos sintomas e estabilização do comportamento da mulher.

Conclui-se que os danos causados pela doença na vida da mulher e no desenvolvimento do recém-nascido é mais significativo do que as contra indicações dos psicofármacos. Desta forma, observa-se através deste estudo, a importância de aumentar a atenção dos profissionais da saúde e familiares às mulheres no período do puerpério, além do incentivo ao tratamento, caso o mesmo seja necessário. Contudo, mais estudos são necessários, uma vez que os casos da DPP têm aumentado a cada dia.

6. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Consulta ao Bulário eletrônico de 2013.

ANTON, Raquel; MARIANO, Rafael. **Avaliação da segurança no uso de antidepressivos na amamentação.** Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde. Caçador, v. 6, n. 2, p. 103-117, 2017

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

BADINTER, E. **O conflito a mulher e a mãe.** Rio de Janeiro; 2011..

BARROS SMO, Marin HF, Abrao ACFV. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial.** São Paulo: ROCA; 2002.

Bydlowski, M. La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité. [**A dívida da vida: itinerário psicanalítico da maternidade**]. Paris: Presses Universitaires de France (1997).

Calveti, P. U. Muller, M. C., & Nunes, M. L. T. **Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios**. Psicologia, Ciência & Profissão, 27(4), 706-717, 2007.

Canavarro, M. C. **Uma perspectiva desenvolvimentista e ecológica sobre a adaptação na transição para a maternidade** (2009).

CANTILINO, A. **Tradução para o português e estudo de validação da Postpartum Depression Scale na população brasileira**. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2003.

Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B., & Rennó Jr, J. O. E. L. **Transtornos psiquiátricos no pós-parto**. Revista de Psiquiatria Clínica, 37(6), 288-94, 2010.

Camacho, R.S., Continelli, F.S., Ribeiro, C.S., Contilino, A., Gonsales, B.K., Braguittoni, E. & Rennó Jr., J. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento**. Revista de Psiquiatria Clínica, 2006.

Chad L, Pupco A, Bozzo P, Koren G. **Update on antidepressant use during breastfeeding**. Can Fam Physician. 2013.

CHEN, X. K; WEN, S. W; FLEMING, N.; DEMISSIE, K.; RHOADS, G. G.; WALKER, M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. **International Journal of Epidemiology**, v. 36, n. 2, p. 368-73, 2007.

COELHO, F. M.C.; PINHEIRO, R.T.; SILVA, R.A.; QUEVEDO, L.D.M.S.; CARNES, J. W. (1983). **Psychosocial disturbances during and after pregnancy: Helping the patient cope with prenatal stress and postpartum blues**. Postgraduate Medicine, v. 3(1), 135-145, 1983.

CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos - Consulta Rápida**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Corrêa, F. P. & Serralha, CA. **A depressão pós-parto e a figura materna: uma análise retrospectiva e contextual**. Acta Colombiana de Psicología, 2015.

Coutinho MPL, Saraiva ERA. **Depressão pós-parto: considerações teóricas**. Estudos e pesquisas em psicologia. 2008.

Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins ML, Teixeira NA. **Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women**. Braz J Med Biol Res 1998

DIAS, J.F.A. **Farmacocinética aplicada ao tratamento da depressão pós-parto**. Outubro de 2016. 66 f. Dissertação (Mestrado) Instituto Superior de Ciências da Saúde Egaz Moniz; Portugal, 2016.

Feitosa MP, Bohry S, OHRY, Machado ER. **Depressão: família, e seu papel no tratamento do paciente**. Enc: R Pisco, 2011.

Figueira, P. G., Diniz, L. M., & Silva Filho, H. C. (2011). **Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto** em uma amostra de Belo Horizonte. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 33(2), 71-75, 2011.

Freitas LV, Scarabel CA, Duque BH. **As implicações da depressão pós-parto na psique do bebê: Considerações da Psicologia Analítica.** Psicol. Argum Curitiba, 2012.

Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. **Perinatal depression:** a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol 2005

Gaynes, B., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K., Swinson, T., Gartlehner, G., Miller, W. **Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy and screening outcomes. Evidence Report/Technology Assessment** . Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Vol. 119, 2005.

GILBERT, W.; JANDIAL, D.; FIELD, N.; BIGELOW, P.; DANIELSEN, B. Birth outcomes in teenage pregnancies. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v. 16, p. 265-70, 2004.

GOUVEIA, et al. **Detecção Precoce dos Sintomas Depressivos pela Equipe de Saúde na Atenção Básica na Região Norte do País:** Revisão De Literatura. Brazilian Journal of Development, v. 6(6), 2020.

Guedes ACE, Kami CT, Cavalli LKV, Nicolaou SK, Hess VB, Maluf EMCP. **Depressão pós-parto:** incidência e fatores de risco associados Rev Med(São Paulo) 90(3): 149-54, 2011.

Gomes LA, et al. **Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto:** Importância do diagnóstico precoce. Rev. Rene. 2010

Gutman, L. **A maternidade e o encontro com a própria sombra.** Rio de Janeiro: Best Seller. 2010.

HIGUTI, P. C. L.; CAPOCCI, P. O. **Depressão Pós-parto.** Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Unisa, São Paulo, v 4, 2003.

Hübner-Liebermann B, Hausner H, Wittman M. **Recognizing and treating peripartum depression.** Dtsch Arztebl Int. 2012; 109(24): 419-24. doi: 10.3238/arztebl.2012.0419.

Iaconelli, V. **Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna.** Pediatria Moderna. 2005.

Jablenski, A. V. **Pregnancy, delivery and neonatal complication in a popular cohort of women with schizophrenia and major affect disorders.** [Gravidez, parto e complicação neonatal em um coorte de mulheres com esquizofrenia]. American Journal of Psychiatry. 2005.

MAGALHÃES O. V. S. et al. **Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto.** Rev. Psiq. Clín. 33 (5); 245-248, 2006.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da Gravidez.** 17 a edição. São Paulo: Editora Saraiva. 2005.

MARKOVITZ, B. P.; COOK, R.; FLICK, L. H.; LEET, T. L. **Socioeconomic factors and adolescent pregnancy outcomes:** distinctions between neonatal and post-neonatal deaths? BMC Public Health, n. 5, p. 79, 2005.

MEIRA, B. M. et al. **Challenges for primary healthcare professionals in caring for women with postpartum depression**. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 24, n. 3, 2015.

MICHANOSKI, I.L. **Biomarcadores para escolha terapêutica de depressão**. Revista UNIPLAC. v. 6, n. 1, 2018.

Milgrom, J., Martin, P. R., & Negri, L. M. **Treating postnatal depression: A psychological approach for health care practitioners**. West Sussex: Wiley. 1999.

Moraes IG, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PL, Faria AD. **[Prevalence of postpartum depression and associated factors]**. Rev Saude Publica 2006.

Pope, S. **Postnatal Depression**: A systematic review of published scientific literature to 1999. Australia: National Health and Medical Research Council. 2000.

OLIVEIRA, Isabel; BARBOSA, Flávia C. Psicologia: **Depressão Pós-parto e seus Efeitos na Relação Mãe-Bebê**. Sete Lagoas –MG –2016.

Pearson RM, Evans J, Kounali D, Lewis G, Heron J, Ramchandani PG, et al. **Maternal depression during pregnancy and the postnatal period**: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. JAMA Psychiatry

REID, V.; MEADOWS-OLIVER, M. **Postpartum depression in adolescent mothers**: an integrative review of the literature. Journal of Pediatric Health Care, v. 21, n. 5, p. 289-98, 2007.

Riecher-Rossler, A., & Hofecker, M. **Postpartum depression: Do we still need this diagnostic term?** . Acta Psychiatrica Scandinava, 108, 51-56, 2003.

ROCHA, F. L. **Depressão puerperal**: revisão e atualização. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Belo Horizonte, v. 48, n. 3, p. 105-114, mar 1999.

RUEDA, F. J. M., ALVES, S. M. M., BAPTISTA, M. N. **Evidência de validade preliminar da escala de depressão (EDEP)**: um estudo com alunos de enfermagem. Psicol. Argum, v. 32, n.79, p. 107-117, 2014.

Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VJd. **Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira**. Postpartum depression epidemiology in a Brazilian sample. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2007.

Salim, N. R, Araújo, N. M, & Gualda, D. M. R. (2010). **Corpo e sexualidade**: a experiência de um grupo de puérperas. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2010.

Schimidt, E.B.; Piccolotto, N.M. & Müller, M.C. **Depressão pós-parto**: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. Psico-USF. 2005.

SEGAT, E.; DIFENTHAELER, H. S. **Uso de medicamentos antidepressivos por professores de escolas de diferentes redes de ensino em um município do norte do Rio Grande do Sul**. Rev. Perspectiva, v. 37, n. 137, p. 45-54, 2013.

Sie SD, Wenni JM, van Driel JJ, te Winkel AG, Boer K, Casteelen G et al. **Maternal use of SSRIs, SNRIs and NaSSAs**: practical recommendations during pregnancy and lactation. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2012; 97(6): 472-6. doi: 10.1136/archdischild-2011-214239.

Silva, M. R. **Paternidade e depressão pós-parto materna no contexto da psicoterapia pais-bebê**. Tese de Doutorado não publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2007.

TOLENTINO, E. C.; MAXIMINO, D. A. F. M.; SOUTO, C. G. V. **Depressão pós-parto**: conhecimentos sobre os sinais e sintomas em puérperas. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, João Pessoa, v. 14, n. 1, p. 59-66, 2016.

WAGNER, G.A. **Tratamento de depressão no idoso além do cloridrato de fluoxetina**. Rev Saúde Pública, p.49:20, 2015.