

VISÃO HOLÍSTICA ACERCA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Arthur Sebba Rady Alberici¹
Guilherme Luciano Rocha de Oliveira Gomes¹
Isabela Gomes Basílio¹
Lara Queiroz Musse¹
Luiza Peliz Machado Verissimo¹
Pedro Wilson Carvalho de Vlieger¹
Aline de Araújo Freitas².

Resumo

O presente artigo teve por objetivo descrever a epidemiologia envolvida no processo saúde-doença da depressão pós-parto, suas consequências, seus fatores de risco, suas formas de tratamento e de profilaxia. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, em que os descritores usados foram “depressão”, “pós-parto”, “psicológico”, com seus respectivos correspondentes em inglês. A depressão pós-parto é uma condição clínica que, no Brasil, afeta de 10 a 15% das puérperas e interfere no bem-estar da mulher, na relação entre a mãe e o filho, no vínculo entre os dois podendo chegar a problemas no desenvolvimento da criança. Mulheres com episódios de depressão ao longo da vida ou casos de depressão pós-parto anterior, que fizeram uso de álcool ou tabaco durante a gestação e as que engravidaram de maneira não planejada, têm nessas características, fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto. Como opção de tratamentos, tem-se o pré-natal psicológico, que procura fornecer apoio emocional, a terapia comportamental cognitiva, que tem como objetivo ajudar o paciente a solucionar seus comportamentos pela aprendizagem e reestruturação cognitiva, e a terapia farmacológica em que se prescreve antidepressivos, estabilizadores de humor, anticonvulsivantes, antipsicóticos e benzodiazepínicos. A alta prevalência de depressão pós-parto encontrada na sociedade atual reforça seu significado como problema de saúde pública. Por isso, essa doença mostra que é necessário desenvolver estratégias de prevenção e tratamento. O acompanhamento cuidadoso de mães, em especial as de baixa renda, pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que decorrem da DPP.

Palavras-chave: Depressão. Pós-parto. Transtorno.

HOLISTIC VISION OF POST-BIRTH DEPRESSION

Abstract

The present article aimed to describe the epidemiology involved in the health-disease process of postpartum depression, its consequences, its risk factors, its forms of treatment and prophylaxis. It is an integrative review of the literature, in which the descriptors used were "depression", "postpartum", "psychological", with their respective correspondents in English. Postpartum depression is a clinical condition that in Brazil affects 10-15% of puerperal women and interferes with the well-being of women, the relationship between mother and child, the link between the two, which can lead to problems in the development. Women with episodes of life-long depression or previous postpartum depression, who used alcohol or tobacco during pregnancy and those who became pregnant in an unplanned manner, have these characteristics as risk factors for the development of postpartum depression. As an option of treatments, we have the psychological prenatal, which seeks to provide emotional support, cognitive behavioral therapy, which aims to help the patient to solve their behavior by learning and cognitive restructuring, and pharmacological therapy in which it is prescribed antidepressants, mood stabilizers, anticonvulsants, antipsychotics and benzodiazepines. The high prevalence of postpartum depression found in today's society reinforces its significance as a public health problem. Therefore, this disease shows that it is necessary to develop prevention and treatment strategies. Careful monitoring of mothers, especially low-income mothers, can prevent serious personal and family problems arising from PPD.

Keywords: Depression. Post childbirth. Disorder.

¹- Discente do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. Brasil

²- Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. Brasil. Email: alinefreitas2@gmail.com

1. Introdução

A depressão pós-parto (DPP), de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), caracteriza-se pela presença de sentimentos negativos (como tristeza e desesperança) na situação do pós-parto, pois as transformações hormonais e físicas, que ocorrem no período gravídico-puerperal, tornam esse período o de maior risco para desenvolvimento da DPP (HARTMANN et al., 2017).

A depressão pós-parto é um problema de saúde mundial. Sua prevalência apresenta grande variação entre os países desenvolvidos e países emergentes, sendo maior, naqueles menos desenvolvidos. Encontraram-se valores de 0,5% em Cingapura a 60% em Taiwan. Estudos mostram prevalências variadas no Brasil, com predomínio de estimativas em torno de 20% (BRITO et al., 2015).

No Brasil, a DPP tem prevalência entre 10 a 15%. Menos de 25% das puérperas acometidas têm acesso ao tratamento, e somente 50% dos casos de DPP são diagnosticados na clínica diária. Números que retratam a dificuldade de se estabelecer vias de tratamentos para a doença (OLIVEIRA, DUMNINGHAM, 2015).

Formas de tratamento e profilaxia foram, também, abordadas no presente estudo. O pré-natal psicológico, hipnoterapia cognitiva, terapia farmacológica, nesse sentido, constituem-se como importantes vias de tratamento que serão abordadas. Além dos tratamentos terapêuticos, observou-se que a oferta de apoio social beneficia uma maternidade responsiva, inclusive em situações de estresse, desenvolvendo uma relação de apego seguro entre mãe e filho (MORAIS et al., 2017). E que, fatores agravantes como a gravidez não pretendida mostrou-se associada a sintomas depressivos após o parto (BRITO et al., 2015). Foi observado que o acompanhamento psicológico e social para a aceitação da gravidez é uma prevenção em relação à depressão pós-parto.

Há no universo de transtornos depressivos, outras doenças que envolvem a gravidez e precisam ser diferenciados, são eles a tristeza materna ou blues, depressão pós-parto e psicose materna. A tristeza materna ou Blues é um transtorno autolimitado, com início nas duas primeiras semanas pós-parto, com incidência de 50 a 80%, sendo considerada fator de risco para depressão no primeiro ano após o parto. Ao contrário, a Psicose Pós-Parto é relativamente rara, com incidência de 0,1 a 0,2%, e ocorre tipicamente dentro das quatro primeiras semanas após o parto, constituindo-se em emergência médica. Já a Depressão Pós-Parto tem prevalência entre 10 a 15%, e é caracterizada como um conjunto de sintomas que tem início entre a quarta e oitava semana após o parto. Esses sintomas são: choro frequente, irritabilidade, transtornos alimentares e do sono, sentimento de tristeza e incapacidade, falta de motivação, desinteresse sexual e sensação de incapacidade diante da responsabilidade de mãe (OLIVEIRA, DUMNINGHAM, 2015).

É necessário desenvolver políticas nacionais específicas para a atenção à saúde mental perinatal, que visem à redução das morbidades maternas decorrentes de transtornos mentais relacionados a este período e com consequências graves não só para a mulher, mas também, para a criança, família e sociedade (ABUCHAIM; et al., 2016).

O presente estudo objetivou relacionar fatores que exercem influência na depressão pós-parto e as consequências para a mãe e para a criança. Particularmente, a DPP é o nosso tema atual de estudo neste semestre (2018/2) da faculdade e essa é uma doença que se torna cada vez mais comum. Uma em cada quatro mulheres possui DPP e o interesse pelos fatores de risco, consequências e o tratamento recomendado foi o que norteou esse trabalho.

Diante disso, o trabalho propõe conhecer a situação das pessoas afetadas pela doença.

2. Métodos

Este trabalho trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que envolve a sistematização e publicação dos resultados de uma pesquisa bibliográfica em saúde para que possam ser úteis na assistência à saúde, acentuando a importância da pesquisa acadêmica na prática clínica. Esta revisão foi realizada a partir da leitura de artigos científicos das bases de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) e PUBMED, no período entre 2014 e 2018. Os descritores utilizados da ciência da saúde foram “depressão” e “pós-parto” e suas correspondentes em inglês, “depression” e “postpartum”. Foram utilizados artigos em português, inglês e francês.

A partir da leitura dos resumos foram selecionados 32 artigos que preenchiam os critérios inicialmente propostos por este trabalho. Na seleção final, foram utilizados 20 artigos, com os critérios evidenciados no quadro 1.

Quadro 1: Critérios para metodologia

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Artigos publicados entre 2014 e 2018	Artigos publicados antes de 2014
Pertinência com o tema escolhido	Artigos que tratam a DPP de forma secundária
Artigos escritos em português, inglês ou em francês	

3. Resultados e discussão

Foram categorizadas abaixo os fatores de risco, as consequências para a mãe e para a criança, o tratamento e a profilaxia sobre a DPP.

3.1 Fatores que exercem influência no desenvolvimento de DPP

Na sociedade atual, ainda está enraizado o “mito da mãe perfeita”. É esperado que a partir do nascimento do bebê, a mulher sinta uma felicidade e satisfação absoluta, ou seja, o padrão construído ao longo dos últimos séculos pressupõe um modelo de mãe perfeita incapaz de sentir algo diferente disso. Porém, no nascimento de um filho, a maioria das mulheres experimentam sentimentos contraditórios e devido às pressões culturais, ficam ansiosas e culpadas, suscitando dessa maneira conflitos que predisporiam a depressão pós-parto. No quadro 2 foram categorizados alguns estudos que levantam alguns fatores riscos relacionados ao desenvolvimento de DPP.

Quadro 2: Fatores de influência para a DPP

ANO	AUTORES	FATORES DE RISCO
2015	DE OLIVEIRA, DUNNINGHAM, 2015	Período de gestação é cheio de alterações hormonais que interferem nas mudanças de humor, causando crise de identidade e reflexões sobre as novas responsabilidades.
2015	DE LIMA SALUM E MORAIS; et al., 2015	Relação conflituosa com o pai da criança, episódios de depressão e de DPP passados, nível de escolaridade, baixos índices na escala de apoio social (EAS), baixa renda e menor número de consultas pré-natais.
2016	DA SILVA NETTO, et al., 2016	Mudanças emocionais e físicas durante a gravidez, falta de um acompanhamento psicológico para gestantes, falta de preparo dos profissionais responsáveis.
2017	SILVA, 2017	Baixas condições socioeconômicas e demográficas da mãe (idade, escolaridade, benefício do programa Bolsa Família, acesso à educação e saúde), número reduzido de consultas pré-natal, assistência precária ao parto e ao pós-natal.

2017	HARTMANN; et al., 2017	Caso anterior de depressão ou DPP, menor grau de escolaridade, mãe adolescente, mães que não residem com companheiro, mães não primigestas, mães que idealizaram o aborto, mães que fizeram uso de álcool ou tabaco durante a gestação, mães que sofreram algum evento estressor e histórico familiar de depressão.
2017	ALIANE; et al., 2017	Estresse durante a gestação, episódios depressivos passados, relações conflituosas com o parceiro e família, baixa renda familiar e estado civil.

Ainda há estudos que compararam e avaliaram a prevalência de depressão pós-parto (DPP) e fatores associados em mulheres que deram à luz em dois hospitais da cidade de São Paulo: um público e outro privado. No hospital público, a prevalência de DPP foi de 26% e, no privado, de 9%. (DE LIMA SALUM E MORAIS; et al., 2015). Mostra-se a necessidade de uma atenção integral à saúde da mulher, voltada para saúde física da mulher e da criança, sobretudo prestar um olhar à conjuntura sócio econômico, visando minimizar o aparecimento de DPP e seus possíveis efeitos deletérios sobre mãe e o filho. (SOARES, GONÇALVES, CARVALHO, 2015).

O Modelo de vulnerabilidade-estresse, proposto por O'Hara e Swain, diz que em pessoas vulneráveis à depressão os eventos de vida estressantes podem desencadear os transtornos, ou seja, ter tido depressão na vida ou depressão durante a gestação aumenta as chances para DPP. (ALIANE; et al., 2017)

3.2 Consequências para a mãe/criança

A partir dos artigos estudados, pôde-se constatar que a presença de sintomas depressivos maternos exerce influência sobre a relação mãe-bebê, especialmente nos três a cinco primeiros meses após o parto, pois nesse período as mães depressivas apresentaram dificuldade para desempenhar suas funções maternas, visto que manifestaram sentimentos de desprezo, raiva, culpa e rejeição pela criança. Um fator bastante conhecido pelo estudo da DPP na relação mãe e filho é o olhar da mãe sobre a situação, a qual se vê despreparada e incapaz de realizar o cuidado materno (GREINERT et al., 2018).

Os impactos da depressão pós-parto vão além do mundo interno da mãe e podem repercutir no vínculo afetivo que permeia a díade, pelo fato das mães com DPP conversarem menos e interagirem menos com seus bebês, apresentam menos contato físico, que podem acarretar em

desordens linguísticas, físicas, cognitivas e sociais, além do abandono da amamentação, influenciando na alimentação da criança e em escores nutricionais inferiores (SUI et al., 2016).

Após o nascimento a mediação da interação do recém-nascido com o mundo é facilitada pela mãe, estudos indicam que mães deprimidas podem interagir pouco com seu bebê, gerando déficits comportamentais e cognitivos ao longo do desenvolvimento (CAMPOS, RODRIGUES, 2015). As complicações na relação mãe-bebê na depressão pós-parto, como já instituída na revisão, são muitas, porém devemos dividir as mais importantes em três categorias: ambivalência afetiva na díade, dificuldades maternas na amamentação e instabilidade no sono (GREINERT et al., 2018).

Sabe-se que o desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida depende intimamente do funcionamento da díade e, as práticas relacionadas aos comportamentos de estimulação são importantes para o desenvolvimento adequado do bebê em todas as áreas. Tendo em vista que o ambiente de interação dos bebês é limitado pela disponibilidade materna ou do cuidador, a presença de uma mãe com comportamentos depressivos e pouco responsiva pode gerar déficits na interação da díade. A forma com que a criança interage com o mundo e sua regulação emocional e autocontrole estão sujeitos à maneira de como essa relação é estabelecida (CAMPOS, RODRIGUES, 2015).

Na amamentação a DPP tem relação direta com abandono do aleitamento materno exclusivo, visto que é o início do processo da mulher como mãe e quando não conseguem suprir as necessidades fisiológicas do bebê gera um estado de nervosismo, sentimento de frustração em relação ao exercício da maternidade. Esse estado de inabilidade materna é responsável, ainda por gerar dificuldades na produção do leite e, conseqüentemente, na amamentação, sendo assim um gerador de implicação na vida nutricional do bebê. Além disso, vale ressaltar também que a DPP é a única variável influenciadora desta categoria além do parto traumático (GREINERT et al., 2018).

Por último, outra categoria a ser tratada é a parte de instabilidade no sono dos bebês, caracterizado como leve, agitado e de curta duração, aspectos influenciados pela doença das mães. O sono é responsável por revelar a interação entre pais e filhos em crianças com até dois anos de vida, assim alterações no mesmo causam falha da relação materno-infantil, pois é fato que as dificuldades desse padrão estão ligadas às condições emocionais de seu cuidador. Portanto, a instabilidade no sono simboliza as dificuldades que o bebê tem para encontrar em sua mãe uma figura que lhe proporcione segurança uma vez que a mesma não se sente confiante em seu cuidado materno. (GREINERT et al., 2018).

Por conseguinte, as complicações e implicações acerca da DPP, ainda, são vagas, como por exemplo, a DPP pode constituir fator de risco para o quociente de inteligência (QI) mais baixo, entretanto o estudo que correlaciona essas variáveis possui resultados inconclusivos. Logo, devido à

precariedade de conclusão e de diagnóstico, muitas vezes, as mudanças do comportamento da mãe são percebidas, porém, ainda falta esclarecimento acerca da doença, o que dificulta a investigação por complicações, profilaxia e tratamento (SUI et al., 2016).

3.3 Tratamento e profilaxia

Para fazer o rastreio de sintomas depressivos que se manifestam no pós-parto, usa-se a escala de Auto avaliação de Edimburgh (EDPS). A EDPS consiste em um questionário de autoavaliação que contém perguntas com quatro opções que são pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, diminuição do desempenho, culpa e ideias de morte e suicídio. As entrevistadas são consideradas como do grupo de risco para desenvolver depressão, se a pontuação alcançada na EPDS for igual ou maiores que 10, é indicado procurar um especialista para intervir da maneira cabível (SILVA, SOUZA, 2018).

A aplicação da EPDS com sua simplicidade e rapidez, não exigindo mais do que 10 minutos para o seu preenchimento, a torna ideal para uso na rotina clínica por profissionais não especializados na área de saúde mental, com a finalidade de rastrear mães que apresentem sintomas depressivos, não sobrecarregando os serviços especializados. O presente estudo mostrou que a prevalência de Depressão Pós-Parto é elevada em nosso meio e que instrumentos com a Escala de Edimburgo devem ser utilizados em níveis de atenção primária, evitando assim o subdiagnóstico da DPP e a superlotação dos serviços especializado. (DE OLIVEIRA, DUNNINGHAM, 2015).

O profissional de saúde é o facilitador e colaborador para que a mulher desenvolva habilidades para desempenhar o autocuidado e transformar sua condição de saúde. A equipe de saúde deverá, então, realizar o monitoramento de todo o período de gestação por meio de um atendimento mais humanizado, pois, através desse atendimento, um maior vínculo materno será estimulado, contribuindo assim, em uma prevenção e em um diagnóstico precoce de depressão pós-parto. Toda a equipe de enfermagem deverá procurar estabelecer com a paciente um relacionamento de confiança, e observar seus comportamentos, prestando cuidados específicos, caso ela esteja deprimida, estimular atividades construtivas e cuidados pessoais como higiene, vestuário e alimentação. (QUINTÃO, 2014).

Estudos publicados evidenciam que o apoio social poderá ser um fator de redução de diversas perturbações psicológicas/psiquiátricas, como é o caso da ansiedade e depressão. (MORAIS et al., 2017). Gravidez não pretendida também mostrou-se estar associada a sintomas depressivos após o parto. (BRITO et al., 2015). O acompanhante da puérpera é fundamental, para que a interação seja mais eficaz na tentativa de buscar algum relato de dificuldade que a mesma

tenha omitido ou que a enfermagem não tenha observado (QUINTÃO, 2014) e também para dar apoio social à gestante.

A respeito dos tratamentos e profilaxias da depressão pós-parto, tem-se várias opções, e dentre elas: o pré-natal psicológico, hipnoterapia cognitiva, terapia farmacológica. Constata-se a importância dos fatores sociais para o tratamento da mulher acometida. O acompanhamento psicológico e social para a aceitação da gravidez é uma prevenção em relação à depressão pós-parto. A intervenção da equipe de saúde pode ser estruturada a partir de consultas de enfermagem, visitar domiciliares, grupos educativos e ações na comunidade (QUINTÃO, 2014).

Uma dessas formas de profilaxia da depressão pós-parto é o pré-natal psicológico (PNP), que é um novo conceito em atendimento perinatal voltado para maior humanização do processo gestacional como um todo. O programa visa a integração da gestante e da família a todo o processo gravídico-puerperal, por meio de encontros temáticos em grupo, com ênfase psicoterapêutica na preparação psicológica a maternidade e paternidade e prevenção da depressão pós-parto (DPP) (ARRAIS, MOURÃO, FRAGALLE, 2014).

Complementar ao pré-natal tradicional, o PNP tem caráter psicoterapêutico e oferece apoio emocional, discute soluções para demandas que podem surgir no período gravídico-puerperal, como aquelas relacionadas aos mitos da maternidade, à sua idealização, à possibilidade da perda do feto ou bebê, à gestação de risco, à malformação fetal, ao medo do parto e da dor, aos transtornos psicossomáticos, aos transtornos depressivos e de ansiedade, às mudanças de papéis familiares e sociais, às alterações na libido, ao conflito conjugal, ao ciúme dos outros filhos, ao planejamento familiar, além de sensibilizar a gestante quanto à importância do plano de parto e do acompanhante durante o trabalho de parto. (ARRAIS, MOURÃO, FRAGALLE, 2014).

A oferta de apoio social beneficia uma maternidade responsiva, inclusive em situações de estresse, desenvolvendo uma relação de apego seguro entre mãe e filho (MORAIS et al., 2017). A intervenção, também denominada de psicoprofilaxia, justifica-se por ser preventivo em vários aspectos: modificações da identidade da gestante; acompanhar a geração do vínculo pais-bebê; trabalhar o desenvolvimento da confiança na própria percepção e na própria sensibilidade; ampliar recursos do casal como agente de prevenção com outras pessoas da família; e conscientização dos pais em relação ao atendimento que recebem e à reivindicação de suas necessidades. Além desses aspectos preventivos, o grupo pode colaborar e desmistificar alguns temas importantes, como cuidados com amamentação, cuidados com o bebê, a maternidade idealizada. (ARRAIS, MOURÃO, FRAGALLE, 2014).

O apoio social ajuda na aceitação do estado gravídico e na conscientização psicológica a respeito do desejo da gravidez. A prevenção de gravidez indesejada ou inoportuna (a partir da

difusão de informações e oferta de métodos contraceptivos, inclusive esterilização masculina e feminina) é um direito das mulheres e dos casais e pode reduzir a chance de DPP, por reduzir o número de gestações não pretendidas (GNP). A identificação de mulheres com GNP durante o pré-natal pode contribuir para orientar o cuidado e apoiar essas mulheres durante a gestação e o puerpério. (BRITO et al., 2015).

O PNP objetiva ainda proporcionar às gestantes um entrosamento com outras mulheres, por meio de um grupo de gestantes que comunguem sentimentos e emoções presentes nessa fase de suas vidas, favorecendo o mecanismo de identificação. Os encontros do grupo têm por finalidade acolher e dar voz a elas, informar, orientar e prepará-las para que passem por esse processo da melhor maneira possível. Para tanto, diversos temas são desenvolvidos ao longo da existência do grupo, levando-se em conta as características e necessidades deste. (ARRAIS, MOURÃO, FRAGALLE, 2014).

Uma forma de tratamento é a utilização da Técnica de Tratamento psicofarmacológico, psicossocial, psicoterápico e tratamentos hormonais, além da eletroconvulsoterapia (ECT), indicada para casos mais graves ou refratários a outras formas de tratamento. Na psicofarmacologia são utilizados os antidepressivos, estabilizadores de humor, anticonvulsivantes, antipsicóticos, benzodiazepínicos, aliados com a psicoterapia interpessoal focada nos sintomas depressivos da paciente e seu relacionamento com o mundo, assim como o rompimento da barreira interpessoal; e a terapia cognitivo comportamental (TCC), que tem como objetivo ajudar o paciente a solucionar seus comportamentos e crenças disfuncionais por meio da aprendizagem e da reestruturação cognitiva. A TCC tem como base avaliar quais são as ideias, os pensamentos e as emoções que a pessoa possui sobre si mesma e que se encontram distorcidos, provocando uma cadeia de reações comportamentais disfuncionais (SILVA, SOUZA, 2018).

Vale ressaltar que a TCC contribui no tratamento da DPP a partir do momento que a mulher passa a reconhecer os padrões de seus pensamentos inadequados e comportamento disfuncionais. Isto acontece através da discussão sistemática e tarefas comportamentais cuidadosamente estruturadas para ajudar os pacientes a avaliar e modificar tanto seus pensamentos, quanto seus comportamentos em questão. Alguns aspectos do tratamento dão maior ênfase ao comportamento, outros a ênfase cognitiva. Existe a associação da TCC como uma abordagem psicológica comprovadamente eficiente, junto com a Hipnose como técnica coadjuvante, surgindo a Hipnoterapia Cognitiva. (SILVA, SOUZA, 2018)

O objetivo da Hipnoterapia Cognitiva é de reestruturar cognitivamente as crenças inadequadas por meio de técnicas cognitivas com técnicas da hipnose. A Hipnoterapia Cognitiva promove um espaço de relaxamento, enfraquece os esquemas mentais desadaptativos e trabalha

na resignificação de memórias negativas. Isso promove modificações comportamentais, cognitivas e emocionais mais rápidas e efetivas. No aspecto positivo da utilização desta psicoterapia há indícios que na maioria dos casos de DPP as puérperas responderam bem ao tratamento por cerca de três meses, proporcionando autoconhecimento, relaxamento, estabelecimento de um elo entre mãe e bebê e autoconfiança para desenvolver seu papel como mãe, esposa e dona do lar. (SILVA, SOUZA, 2018).

4. Conclusão

Os estudos revisados indicam que a depressão pós-parto tem alta prevalência na sociedade atual, sendo de etiologia multifatorial e implicando em um problema de saúde pública. A DPP apresenta variáveis em sua manifestação, dificultando o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho, podendo interferir no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança. Desse modo, nota-se a importância da detecção precoce dos fatores de risco da DPP, para que se possa prevenir a própria DPP e suas repercussões na interação mãe/filho. Abordagens baseadas em pré natal psicológico, terapia cognitivo comportamental e hipnose cognitiva surgiram como métodos bastante promissores na prevenção ou atenuação da DPP mediante o acompanhamento das mães e familiares. Portanto, com o acompanhamento cuidadoso de mães e da sua família, em especial as de baixa renda, é possível prevenir graves problemas pessoais e familiares que decorrem da DPP.

Referências

- ABUCHAIM, E.S.V. et al. Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 6, p. 665-670, 2016.
- ALIANE, P.P.; MAMEDE, M.V.; FURTADO, E.F. Revisão sistemática sobre fatores de risco associados à depressão pós-parto. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 5, n. 2, p. 146-155, 2017.
- ANDRADE, C.J.; BACCELLI, M.S.; BENINCASA, M. O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana. **Vínculo**, v. 14, n. 1, p. 1-13, 2017.
- ARRAIS, A.R.; MOURÃO, M.A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 251-264, 2014.
- BRITO, C.N.O. et al. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 1-9, 2015.
- COUTINHO, M.E.M. et al. Aspectos biológicos e psicossociais da depressão relacionado ao gênero feminino. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 19, n. 1, p. 49-57, 2015.
- DA SILVA, N.F.; DE SOUZA, D.C. O diagnóstico da depressão pós-parto e o uso da hipnoterapia cognitiva no tratamento. **Amazônica-Revista de Psicopedagogia, Psicologia escolar e Educação**, v. 21, n. 1, p. 167-190, 2018.

DE CAMPOS, B.C.; RODRIGUES, O.M.P.R. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. **Psico**, v. 46, n. 4, p. 483-492, 2015.

DE MATOS, J.M. et al. Análise da depressão pós-parto no período puerperal e sua relação com o aleitamento materno. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 3, n. 1, p. 50-66, 2016.

DE OLIVEIRA, M.J.M.; DUNNINGHAM, W.A. Prevalência e fatores de risco relacionados a depressão pós-parto em Salvador. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 19, n. 2, p. 72-83, 2015.

GREINERT, B.R.M. et al. A relação mãe-bebê no contexto da depressão pós-parto: estudo qualitativo. **Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 1, p. 81-88, 2018.

HARTMANN, J.M.; SASSI, R.A.M.; CESAR, J.A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. 1-10, 2017

HOLLIST, C.S. et al. Depressão pós-parto e satisfação conjugal: impacto longitudinal em uma amostra brasileira. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-13, 2016.

MORAIS, A.O.D.S. et al. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, p. 1-16, 2017.

MORAIS, M.L.S. et al. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 41-49 2015.

NETTO, J.S. et al. Avaliação dos fatores de risco de desenvolvimento de depressão pós-parto em gestantes e puérperas adolescentes atendidas na ESF5 na cidade de Cachoeira do Sul: protocolo de um projeto. **Anais da XIX Mostra de Iniciação Científica e IX Mostra de Extensão da Ulbra Cachoeira do Sul**, 11, 2016, Cachoeira do Sul. Anais eletrônicos. Cachoeira do Sul, 2016.

QUINTÃO, NT. **O papel da equipe de saúde no enfrentamento da depressão pós-parto**. 2014. 30f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2014.

SILVA, C.S. et al. Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. **Jornal de Pediatria**, v. 93, n. 4, p. 356-364, 2017.

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

SOARES, Y.K.C.; GONÇALVES, N.P.C.; DE CARVALHO, C.M.S. Avaliação da depressão pós-parto: prevalência e fatores associados. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 4, p. 40-46, 2015.

SUI, G. et al. The Long-Term Effects of Maternal Postnatal Depression on a Child's Intelligence Quotient: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies Based on 974 Cases. **J. Clin Psychiatry**, v. 77, n. 11, p. e1474-e1482, 2016.