

INDICADORES DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO BRASIL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Postpartum depression indicators in Brazil: a bibliographic review

Ana Lucia Pereira dos Santos Rodrigues ¹, Ana Louise Vian de Carvalho ¹, Gabriela Buchli^{2*}

RESUMO

A Depressão pós-parto é uma preocupação para mulheres em todo o mundo, ela é considerada como um transtorno mental multifatorial que afeta sobremaneira a relação entre mãe e filho. Objetivo deste estudo é apresentar uma revisão bibliográfica sobre os indicadores de depressão pós-parto. Neste estudo foram abordados os fatores que contribuem para a depressão pós-parto (DPP), sintomas, critérios diagnósticos e a forma de tratamento orientada para depressão pós-parto. A importância e a relevância deste estudo estão no fato de que a informação acerca do tema se torna extremamente útil. O estudo concluiu que, a partir do diagnóstico precoce e o uso de medicamentos combinados com a psicoterapia há grande chance de cura da DPP.

Palavras-chave: Depressão pós-parto. Sinais e sintomas da DPP. Prevalência.

ABSTRACT

Postpartum depression is a concern for women around the world, it is considered a multifactorial mental disorder that greatly affects the relationship between mother and child. The aim of this study is to present a bibliographical review about the indicators of postpartum depression. This study addressed the factors that contribute to postpartum depression (PPD), symptoms and criteria and the form of treatment oriented towards postpartum depression. The importance and relevance of this study lies in the fact that information about the topic becomes extremely useful. The study concluded that, based on early diagnosis and the use of drugs combined with psychotherapy, there is a great chance of a cure for PPD.

Keywords: Postpartum depression. Signs and symptoms of PPD. Prevalence.

1. Acadêmica do curso de medicina da Faculdade Morgana Potrich (FAMP). Mineiros – Goiás, Brasil.

2. Especialista em Terapia Cognitivo, Comportamental pelo Centro Educacional e Empresarial, CAPACITAR, Brasil. Docente da FAMP – Faculdade Morgana Potrich.. Mineiros – Goiás, Brasil.

*Autor para Correspondência. E-mail: gabrielabuchli@fampfaculdade.com.br

INTRODUÇÃO

Socialmente, a notícia e a experiência de estar grávida, parto e pós-parto, são configuradas como momentos de adaptação a uma nova vida, em que todos colocam as próprias expectativas e a da mãe à prova. Muitas vezes, essas expectativas não supridas se tornam tristeza e frustrações que acabam tomando o lugar da alegria¹.

Podemos definir a depressão pós-parto com sintomas como humor deprimido, perda de interesse e prazer associados a alteração de peso ou apetite. Em quadros graves há o pensamento suicida e o suicídio, segundo a Associação Panamericana de Psiquiatria².

A Classificação Internacional de Doenças CID-10³ conceitua os sintomas da depressão pós-parto como transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério iniciando dentro de seis semanas após o parto. Entretanto, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) classifica transtornos “com início no pós-parto” quando os sintomas ocorrem dentro de quatro semanas após o parto.

Independente da estrutura familiar para a chegada do bebê, a ocorrência da depressão pós-parto pode se dar por fatores estressores, como as mudanças de rotina, razões biológicas, sociais, obstétricas e psicológicas assim como o ritmo de vida acelerado da gestante e os sentimentos positivos e negativos sobre a maternidade. Desta forma, se faz importante e necessário saber identificar e intervir o mais precoce possível no que se trata de depressão pós-parto, visto que esta questão traz grandes repercussões tanto na saúde da mulher, como da família, na saúde coletiva, e na saúde pública como um todo^{4,5}.

Desta forma, é necessário reconhecer, diagnosticar, intervir, e tratar a doença visando abordar a melhor conduta para cada mulher, de modo que se preste uma assistência de maneira qualificada, ressaltando a importância de que uma abordagem multiprofissional é fundamental para garantir tal resultado⁶.

A principal motivação para o presente trabalho é atentar para os indicadores, sinais e sintomas da DPP, que afetam diretamente a qualidade de vida de mulheres, bebês e familiares. Desta forma, torna-se relevante discutir o assunto em questão pelo fato de as mulheres com diagnóstico prévio de DPP terem maior chance de se curar dando a elas possibilidade de interação mãe e filho evitando danos mais sérios para ambos⁷.

METODOLOGIA

Para atingir os objetivos sobre indicadores de depressão pós-parto, utilizou-se uma pesquisa de revisão bibliográfica, do tipo descritiva e qualitativa, a fim de obter um melhor entendimento sobre a temática, baseado em estudos anteriores. Segundo Mendes, Silveira e Galvão⁸ este método tem a finalidade de reunir e sistematizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

Neste estudo foram incluídos: artigos publicados na íntegra eletronicamente e de forma gratuita, em língua portuguesa, indexados no Google Acadêmico, *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, no período de 2018 a 2020, que abordassem a depressão pós-parto. Foram excluídos: resumos e artigos repetidos, que não respondiam à questão norteadora. Os artigos e textos foram analisados buscando responder aos objetivos do estudo e estão apresentados de forma analítica e descritiva.

Foram selecionadas as publicações que atendiam aos critérios deste estudo por meio de uma pré-seleção segundo os critérios de inclusão e exclusão e de acordo com a estratégia de funcionamento e busca de cada base de dados. Os seguintes descritores: “Saúde da Mulher”, “Puerpério”, “Depressão pós-parto” que tinham dentre os objetivos a análise de um ou mais fatores associados a DPP.

Foram selecionados 20 artigos onde ao final 11 deles atenderam a questão norteadora e foram adicionados ao estudo. O quadro abaixo demonstra as publicações inseridas no escopo deste estudo atendendo aos critérios de inclusão e exclusão, bem como atendimento aos objetivos deste trabalho que consiste em uma revisão de literatura. Assim, são expostos o tema do estudo, autores e ano de publicação.

Quadro 1- Autores revisados

Autor	Título/ autores	Ano Publicação
Rogério, J.; Reichow, C.; Castro 2020	Depressão pós-parto e os efeitos no desenvolvimento infantil: Uma revisão de literatura.	2020
SILVEIRA, M. S. <i>et al.</i> Ano de publicação 2018.	A depressão pós-parto em mulheres que sobreviveram à morbidade materna grave	2018
Patrícia Zulato Barbosa e Maria Lúcia Rocha-Coutinho. 2007	Maternidade: novas possibilidades, antigas visões	2007
Oliveira A. M e cols	Conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre depressão pós-parto	2016
Gonçalves T. M.	Deteção precoce da depressão pós-parto na atenção básica.	2020
Moura C. e cols 2011	Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho	2011
Marcos Vinicius Vieira Barros Ricardo Saraiva Aguiar	Perfil sociodemográfico e psicossocial de mulheres com depressão pós-parto: uma revisão integrativa.	
ALVARENGA <i>et al</i> , 2018	Impacto da saúde mental materna na interação mãe-bebê e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil.	2018
Daniella Mattioli Pereira, Lais Moreira Borges Araújo	Depressão pós parto: Uma revisão de literatura	
Frota S. A. e cols 2020	A transição emocional materna no período puerperal associada aos transtornos psicológicos como a depressão pós-parto	2020
Cantilino A. E cols 2010.	Transtornos psiquiátricos no pós-parto.	2010

Fonte: Autoria (2021).

O período do levantamento bibliográfico ocorreu no primeiro semestre de 2021 (março) até o final de 2021 (outubro), e foi montado um acervo bibliográfico com livros e artigos científicos. Após isso, foram analisados os aspectos detalhados sobre a depressão pós-parto incluindo indicadores, definição, fatores de risco, estratégias psicossociais e a prevenção.

DESENVOLVIMENTO

Indicadores que contribuem para desencadear a DPP

A mulher ao receber a notícia que está grávida, começa então a desenvolver mudanças não só físicas, mas também psicológicas e até mesmo sociais, podendo assim causar uma instabilidade emocional⁶. Outros fatores podem aparecer ou estar presentes no período gravídico-puerperal, podemos ter como exemplos, eventos estressantes, relacionamento conjugal conflituoso, bem como a falta de apoio social, atitude negativa em relação à gravidez, histórico de transtorno dentre outros⁸.

As altas demandas impostas pela sociedade ou pela mãe, no exercício perfeito do papel materno, podem levar ao desenvolvimento desta doença. De acordo com essa estrutura, pressupõe-se que quando os homens precisam aprender a exercer a paternidade, as mulheres nascem com a maternidade. Portanto, tanto a maternidade quanto a paternidade são representações diferentes de acordo com as diferentes culturas⁹.

Esta síndrome, conforme mencionam Silveira *et al.*⁸ pode ser desencadeada pela falta de adaptação social, cultural e psicológica da mulher frente a maternidade. O fato de todo o processo gravídico-puerperal ser marcado por expectativas irreais pode contribuir para o quadro depressivo. Segundo alegam determinados estudos, mulheres com mais eventos estressantes durante a gestação e no começo do puerpério têm níveis maiores de sintomas depressivos. O modo como a mulher lida com estas alterações no período gestacional influencia intensamente a relação futura que possa ocorrer com a criança¹⁰.

A depressão é uma doença multifatorial que causa atitudes impulsivas, mudanças de hábitos e pensamentos. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais² a descreve como humor triste, vazio ou irritável, variando o grau de comprometimento da doença.

No que se refere aos impactos relacionados à Depressão Pós-parto (DPP) o autor Moura¹¹, descreve que este transtorno reflete seriamente na vida de mães e dos bebês que podem ser compreendidas como consequência da doença ou mesmo como causa.

Desta forma, os autores evocam para questões que merecem notoriedade como as mudanças trazidas pela chegada de um filho, alternando não somente a rotina como a perspectiva biológica em que a mulher, além do cuidado com o filho, tem que desempenhar papéis significativo sobrecarregando-a e impactando diretamente em seu psicológico.

Além das características da depressão que afetam as interações maternas com bebês, outros fatores associados ao

cuidador são importantes a serem considerados. Conforme descritos nos estudos de Teixeira⁷ uma história de transtorno depressivo maior coloca as mulheres em alto risco de recaída durante o período gestacional. Este risco aumenta quando o uso de antidepressivos é interrompido devido à gestação. A depressão durante a gravidez não só tem resultados adversos para o bebê, mas as pesquisas também demonstram um risco aumentado de depressão no período pós-parto. A atitude de uma mulher e seu parceiro em relação à gravidez e ter filhos afeta o humor materno e pode predizer DPP.

Quando a reação da própria mãe à gestação era negativa, a tristeza da maternidade tendia a ser mais forte. Sobre esse indicativo, de acordo com estudo de Alvarenga¹³, mulheres que ajustam seus objetivos pessoais para se alinharem com as demandas de cada estágio da transição para a maternidade, apresentam diminuição dos sintomas depressivos. O autor supramencionado acrescenta que um aumento nas metas autocentradas está positivamente associado aos sintomas depressivos. A presença de um parceiro de apoio é um fator de proteção para as crianças, pois descobriu-se que bebês de mães deprimidas têm interações de maior qualidade com esses pais. A reação positiva de um pai a uma gravidez prediz uma diminuição dos sintomas de depressão e níveis mais elevados de apego materno ao bebê.

Vários fatores ecológicos têm sido discutidos na literatura como influenciadores no desenvolvimento ou impacto da DPP, com aumento do risco associado a altos níveis de estresse, baixa autoestima, baixa renda familiar e baixa satisfação com os sistemas de suporte social. Mulheres com sintomas crônicos de depressão, mas com raios de renda/necessidades mais elevadas, apresentam cuidados de saúde mais sensíveis⁷.

O autor ainda destaca o apoio na criação dos filhos, como a proximidade de mães com filhos na mesma faixa etária, está associada a níveis mais baixos de tristeza materna. As mães que trabalham demonstram um interesse significativamente maior por seus bebês, enquanto as mães deprimidas que não trabalham, têm uma proporção maior de expressões faciais negativas, incluindo irritação e desinteresse, em comparação com as mães deprimidas que trabalham.

Os fatores de risco que afetam o desenvolvimento infantil incluem o histórico de doença mental materna, ansiedade materna, rigidez nas crenças dos pais, atitudes e valores que as mães têm em relação ao desenvolvimento infantil, menos interações positivas entre mães e bebês, uma ocupação não qualificada do chefe da família, menor escolaridade materna, status de minoria racial/étnica, menor apoio familiar, maior número de eventos de vida estressantes e maior tamanho da família⁸.

A autora acima mencionada acrescenta que quanto mais fatores de risco, maior a probabilidade de pior desempenho acadêmico, menores pontuações em testes de funcionamento

intelectual e piores resultados sociais ressaltando que a pobreza aumenta o risco nos resultados para as crianças porque a depressão que causa em pais solteiros leva ao agravamento da paternidade.

Vários fatores aumentam a possibilidade de ter DPP, de acordo a *Psychological Association*¹², os fatores de risco incluem mudanças nos níveis hormonais pós-parto, história prévia de depressão ou ansiedade, história familiar de depressão ou doença mental, estresse relacionadas ao cuidado infantil para o recém-nascido, maternidade pela primeira vez, estressores emocionais, financeiros dificuldades, falta de apoio social, e cuidados com o filho recém-nascido. Diferenças médicas, culturais e conjugais adicionais também foram identificadas como possíveis fatores de risco para DPP.

Os hormônios reprodutivos, progesterona e estrogênio na mulher sofrem modificações durante os períodos de gestação e pós-parto imediato, e isso vem sendo investigada e correlacionada com o surgimento da DPP. Mudanças de concentrações de hormônios podem originar desregulação afetiva, especialmente em pacientes que já possuem algum tipo de susceptibilidade genética. No que tange a modificação hormonal, os sintomas acontecem em casos de Depressão Pós-Parto materna (DPP) sendo diretamente ligadas ao estrogênio. Este hormônio possui o papel de vasodilatação no sistema circulatório, bem como de dilatação e crescimento das glândulas mamárias, assim também tendo relação direta com a libido feminina. Na gravidez, seus níveis aumentam significativamente, em que a queda de hormônio reprodutivo após o parto e fatores genéticos pode ser as principais razões para DPP¹³.

Existe outra substância que também acaba interferindo diretamente no aparecimento da DPP, que é o que conhecemos como ocitocina. Mães deprimidas detêm de níveis plasmáticos salivares menores de ocitocina. Além disso, a associação de sintomas depressivos durante a gravidez com os baixos níveis de ocitocina endógena atua como neutralizador dos efeitos deletérios do estresse, protegendo assim as mulheres do risco de DPP e gerando um comportamento materno mais afetivo e interativo¹³.

Convém mencionar que idade materna e fatores obstétricos, como tipo de parto e diabetes gestacional, estão comprovados que está associado a um risco aumentado de DPP. Estudos descobriram que jovens mães sem histórico de depressão tinham um risco aumentado de DPP devido ao cruzamento de novos desafios de cuidar de seus filhos e seu próprio desenvolvimento contínuo⁷.

Outro fator associado ao desencadeamento da DPP conforme o autor Alvarenga¹⁴ destaca a idade, conforme estudos de as mulheres acima de 35 anos com histórico de depressão apresentavam níveis mais elevados risco de DPP do que aquelas com idade entre 25 e 29 anos. Independentemente da história de depressão, há também, risco aumentado associado a mulheres

com diabetes gestacional e descobriram que a DPP era provável para aquelas com diabetes pré-gestacional, especificamente se elas tivessem um histórico de depressão.

Identificando outro desencadeador, o parto prematuro antes de 37 semanas de gestação, foi associado a um risco aumentado de DPP. Os pesquisadores acreditam que o parto prematuro está provavelmente associado à DPP devido à admissão do bebê na terapia intensiva, que leva à separação da mãe e interrompe a conexão mãe-bebê. Fatores biológicos, histórico de transtorno do humor ou ansiedade e de transtorno disfórico pré-menstrual e doenças psiquiátricas na família também são citados como relacionados à etiologia da DPP¹³.

Pode-se observar em outra pesquisa, risco aumentado para o diagnóstico para mães com bebês prematuros, esse fato está correlacionado com a quantidade de tempo que o bebê está sob ventilação e se submete à alteração do papel dos pais e à qualidade do relacionamento entre eles. Em termos do impacto da DPP na qualidade do casamento, a pesquisa indicou que há maior possibilidade ao fato, que os pais tenham planejado a gravidez e são afetados ainda mais pelo parto prematuro de seu bebê e admissão em intensivo¹⁰.

Existem vários fatores que contribuem para o surgimento deste diagnóstico para isso a anamnese é fundamental nesse processo, saber ouvir a paciente é um dos pontos fundamentais para construção de um plano, ação de estratégias para o tratamento da mesma. Dar ouvido ao parceiro, familiar ou amigo que está presente na consulta também é importante⁸.

Prevalência

Vários estudos já foram realizados em relação à prevalência da depressão pós-parto, sabemos que boa parte das mulheres teve esse quadro clínico e que vem aumentando, sendo considerado um grande problema de saúde pública, visto que acaba causando um impacto psicossocial não só na pessoa, mas também no filho e até mesmo no ambiente familiar⁷.

Quanto a prevalência da DPP, Teixeira⁷ relata que de acordo pesquisas nacionais, a taxa é de 6 % maior que a média considerada pela OMS, para países considerados de baixa renda a prevalência gira em torno de 20,00 % e entre o período de 06 a 18 meses após o parto o número chega a 25,00 %.

De acordo com a organização mundial da saúde (OMS)³, por volta de 10% das mulheres grávidas e 13% das puérperas apresentam um transtorno mental, sendo que a depressão pós-parto pode atingir de 10 a 20% das puérperas. Esses dados nos mostra a necessidade de ter profissionais qualificados com um olhar diferenciado a essa condição clínica, uma vez que quando temos uma visão de um todo, poderíamos proporcionar uma abordagem diferenciada que garantisse a prevenção, promoção e tratamento da doença⁸.

De acordo com os estudos¹⁵, o perfil sociodemográfico e psicossocial da mulher podem influenciar no surgimento da doença, tais como idade, escolaridade, amamentação, estado

civil, renda familiar, complicações na gravidez e tipo de gestação, isso pode servir como sinal de alerta, para intervir precocemente visando o bem-estar tanto da mãe, quanto do bebê¹⁴.

Embora não se conheça a etiologia da DPP, observa-se que alguns fatores podem contribuir para a sua precipitação, tais como baixa condição socioeconômica, a não aceitação da gravidez, o maior número de gestações, de partos e de filhos vivos, o menor tempo de relacionamento com o companheiro, problemas obstétricos, maior tempo para tocar no bebê após o nascimento, violência doméstica, pouco suporte por parte do companheiro, sobrecarga de tarefas e experiência conflituosa da maternidade⁴.

Vale salientar que os distúrbios depressivos puerperais afetam a interação do binômio mãe-filho e promovem desgaste progressivo na relação da puérpera com seus familiares, principalmente na vida afetiva do casal. Além disso, aumentam as possibilidades de manifestação de comportamentos agressivos contra si e as pessoas de seu convívio. O desequilíbrio gerado pela DPP pode repercutir negativamente no perfil econômico e social da mulher, gerando alterações dramáticas na homeostase psicossocial e familiar¹⁴.

Culturalmente, a maternidade é vista de forma idealizada em que, qualquer afeto negativo da mãe para com o bebê é julgado como algo impensável. Existe um tabu cultural sobre a depressão, sendo ainda maior sobre a depressão pós-parto. Uma gestação ou puerpério em que a mulher não esteja radiante e feliz é algo considerado como “ingratidão”, ou incapacidade de dar valor ao “milagre da vida”, diminuindo a real natureza da tarefa de vir a ser mãe¹⁶.

A gestação e o puerpério são períodos da vida da mulher que precisam ser vistos com especial atenção, pois envolvem inúmeras alterações, a transformação da filha em mãe, a transformação da autoimagem corporal e a relação entre a sexualidade e a maternidade. Cada uma das etapas requer uma reordenação mental que busca uma sucessão de mudanças em cada mulher. E algumas delas não conseguem admitir pra si que precisam de ajuda com essas mudanças, escondendo do parceiro e da família o seu real estado¹⁷.

Existem três categorias de depressão após o parto, o *Baby blues*, a depressão pós-parto e as psicoses puerperais, essa última, são caracterizadas por delírios, alucinações, transtornos cognitivos, hiperatividade, ideação de suicídio e/ou infanticídio⁴.

Dos transtornos de humor que acometem as mulheres no período pós-parto a disforia puerperal, também conhecida como *Baby blues* ou tristeza pós-parto², é considerada a mais leve dos quadros depressivos puerperais. Os sintomas geralmente se iniciam nos primeiros dias após o parto, atingem o pico no quarto ou quinto dia e diminuem de forma espontânea em duas semanas.

É um quadro que inclui choro fácil, empatia e sensibilidade de forma exagerada e comportamento hostil. Nessas mulheres não é feita a intervenção farmacológica, elas precisam de um suporte emocional adequado, compreensão e auxílio nos cuidados com o bebê⁶.

A DPP pode ser também denominada de depressão puerperal, depressão maternal ou pós-natal, e segundo Moura, *et al*¹¹ é uma síndrome psiquiátrica que merece atenção especial, pois é capaz de acarretar uma série de consequências negativas na interação mãe/filho.

Pode-se assim, perceber o grau de importância dos profissionais de saúde frente a essa doença na sociedade, visto que se não acolhida na sua integralidade, poderá causar danos importantes na relação familiar, dado que as funções desempenhadas pela mãe nessa fase ficam prejudicadas e provocam tais danos⁶.

Sintomas e critérios do diagnóstico de Depressão pós-parto

De acordo com as publicações do Ministério da Saúde¹⁸, o diagnóstico da depressão pós-parto é considerado clínico, realizado a partir dos sinais e sintomas que podem surgir em até quatro semanas após o parto. Durante a avaliação clínica feita individualmente de acordo com cada caso, o psiquiatra diagnostica a DPP ou o tipo de transtorno mental com sintomatologias semelhantes. Um instrumento que se utiliza com maior frequência para o rastreio da depressão pós-parto é o que se conhece como Escala de Edimburgo, que é composto por 10 perguntas que são pontuadas de acordo com a presença e a intensidade dos sintomas. Após a sua utilização, se obtiver uma pontuação maior ou igual a 12 sugere depressão pós-parto¹⁸. Além disso, podem ser solicitados exames laboratoriais para verificar se há disfunções na tireoide ou outros hormônios.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5), a depressão é caracterizada por vários sintomas que podem incluir humor reprimido, perda de interesse ou prazer, perda significativa ou ganho de peso, insônia ou hipersonia, agitação psicomotora, perda de energia, sentimentos de inutilidade ou inadequação culpa, diminuição da capacidade de concentração e/ou pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou tentativas de suicídio¹².

A DPP também é frequentemente confundida com o “Baby blues” devido à semelhança de sintomas. No entanto, a diferença entre DPP e o “Baby blues” está na quantidade e duração dos sintomas. Sintomas como preocupação excessiva, tristeza, e o cansaço são constantes no “Baby blues” e se resolvem por conta própria em poucos dias²⁰. Os sintomas associados à DPP incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, agitação ou retardo psicomotor, diminuição da libido, alterações de apetite, insônia ou hipersonia, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações e queixas psicossomáticas, podendo apresentar também

sintomas como cefaleia, dores nas costas, e dor abdominal, sem causa orgânica aparente²¹.

Os sintomas que são mais exclusivos da DPP incluem aumento da irritabilidade, sono excessivo, afastamento de amigos e familiares, dificuldade de criar laços ou formar um apego emocional com o bebê, dúvida constante e persistente da capacidade de cuidar do bebê, e pensando em fazer mal a si ou ao bebê⁸.

Em linhas gerais, a sintomatologia depressiva difere daquela presente nos episódios relacionados com o parto e incluem instabilidade de humor e preocupações com o bem-estar do bebê, cuja intensidade pode variar de exagerada a francamente delirante¹⁰.

Tratamento direcionado à depressão materna

O tratamento pode ser feito com medicamentos antidepressivos, psicoterapia e atividade física. Como exemplo tem-se a caminhada que tem se mostrado bastante benéfica na redução dos sintomas. Sendo de grande relevância destacar o tratamento combinado entre o farmacológico à psicoterapia porque possui grande chance de resultados favoráveis ao tratamento^{4, 11, 10,8}.

No entanto, muitas vezes há relutância entre mães e profissionais de saúde em usar uma intervenção farmacológica devido ao fato de que esses medicamentos atravessam a barreira placentária e passam para o leite materno⁴.

Revisões em larga escala indicam que as abordagens psicoterapêuticas são bem-sucedidas na redução dos sintomas de DPP da mãe²¹. Essas abordagens incluem terapia cognitivo-comportamental, aconselhamento não diretivo e abordagens psicodinâmicas⁹. As estratégias farmacológicas são indicadas para sintomas moderados a graves de depressão ou quando os métodos de intervenção não farmacológicos não têm sucesso. Uma avaliação abrangente de risco-benefício do uso de intervenção farmacológica é necessária para mães em risco ou que desenvolveram depressão.

Focar nos sintomas maternos não é suficiente para melhorar a qualidade da relação mãe-bebê ou para proteger os bebês dos resultados negativos de desenvolvimento da DPP. Embora reduza o estresse materno relacionado à criação dos filhos e melhore o relato materno das avaliações emocionais e comportamentais do bebê, não foram encontradas mudanças reais na interação mãe-bebê e nos resultados do bebê. De fato, filhos de mães deprimidas continuam a demonstrar menor segurança de apego, maior afeto negativo, maior internalização e externalização de problemas e menor desenvolvimento cognitivo¹¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que a DPP é um transtorno multifatorial que acomete uma em quatro mulheres no país, desencadeando nas mesmas um sentimento de culpa,

sobrecarga, cansaço, medo sentimentos ambivalentes associados a eventos de dores como cefaleias, ansiedade e frustração. Desta forma, alguns estudos demonstra^{11,7,14} e corroboram com a mesma ideia de que a falta de apoio do cônjuge, estresse, baixa autoestima, sobrecarga, baixa renda são fatores de risco que afetam tanto a mãe quanto o desenvolvimento infantil. O estudo mostrou que a idade, a existência de parto prematuro, diabetes gestacional e a forma de como a mulher grávida lida com as inúmeras alterações durante a gravidez, influenciam diretamente na relação futura acarretando na DPP e em disfunção na relação mãe e filho^{10,6}.

Este transtorno mental incapacita as mães em um período que elas deveriam obter apoio do cônjuge, da família e de políticas públicas eficientes para que auxiliassem essas mulheres no momento de angústia causado pelo transtorno.

A partir dos resultados obtidos neste estudo, observaram-se os indicadores para o desencadeamento da DPP que foram analisados e descritos a partir dos estudos publicados nas bases de dados exploradas, porém conclui-se que há necessidade da atualização desses dados por parte do Ministério da Saúde para que, a partir da análise da realidade e incidência dos casos de DPP, sejam criadas políticas públicas voltadas aos cuidados e prevenção deste transtorno mental para que mães e recém-nascidos possam ter melhor qualidade de vida.

Portanto, espera-se contribuir com este estudo e tema apontando como a família, amigos e profissionais da saúde podem auxiliar na prevenção dessa doença e na redução dos impactos causados por ela.

REFERÊNCIAS

- 1 Cronenberger LF. Ser mãe é padecer no paraíso? O dispositivo da maternidade nas narrativas da depressão pós-parto. UFPB; 2019.
- 2 American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014; p. 155-188.
- 3 Organização Mundial de Saúde. 2021, 22 de outubro. CID-10.
- 4 Frota CA, Batista C de A, Pereira RN, Carvalho APC, Cavalcante GLF, Lima SVA, Silva CNR, Araújo LFA, Santos FAS. A transição emocional materna no período puerperal associada aos transtornos psicológicos como a depressão pós-parto. REAS [Internet]. 7maio2020 [citado 7nov.2021]; (48):e3237.
- 5 Sgobbi DAO, Santos SA. Depressão pós-parto: consequências na interação mãe-bebê e no desenvolvimento infantil. **Cuidarte Enfermagem**. São Paulo: 2008. v.1, n. 2.: p. 92- 99. Disponível em: <<http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/ed02enfpsite.pdf>>. Acesso em outubro. 2021.
- 6 Damaceno RPM, Reichow JRC, Castro A. Depressão pós-parto e os efeitos no desenvolvimento infantil uma revisão de literatura. Revista Panorâmica. 2020, Vol 30, Pag. 124–135.
- 7 Gonçalves TM, Sousa MCC, Macêdo JM, Feitosa VJMM. Detecção precoce da depressão pós-parto na atenção básica. Journal Of Nursing and Health. 2020; Vol 11. N.2.

8 Silveira MS, Gungel RQ, Barreto IDC, Trindade LMDF. A depressão pós-parto em mulheres que sobreviveram à morbidade materna grave. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2018, Vol 26, N. 4, Pag. 378-383.

9 Barbosa PZ, Rocha CML. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. *Psicologia Clínica* 2007; 19 (1): 163-185.

10 Oliveira AM, Alves TRM, Azevedo AO, Cavalcante RD *et al*. Conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre depressão pós-parto. *Journal Of Nursing and Health*, 2016, Vol 06, N.01.

11 Moura ECC, Fernandes MA, Aplinário FIR. Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho. **[Dissertação]** Teresina-PI, Brasil. Faculdade, 2011, NOVAFAPI. 450p.

12 American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-5 (5a ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2018. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.

13-Lóss, J., Cabral, H., Teixeira, F., & Almeida, M. (2019). Principais transtornos psíquicos na contemporaneidade. In *Brasil Multicultural Editora* (Vol. 2).

14 Alavrenga P, Paixão C, Soares ZF, Silva, ACS. Impacto da saúde mental materna na interação mãe-bebê e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. *Psico (Porto Alegre)*. 2018; 49(3), 317-327.

15 Barros MVV, Aguiar RS. Perfil Sociodemográfico E Psicossocial De Mulheres Com Depressão Pós-Parto: Uma Revisão Integrativa. *Revista de Atenção à Saúde*, 2019, Vol 17, n. 59, Pag. 122–139.

16 Pereira DM, Araújo LMB. Depressão pós parto: Uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 2020, Vol. 3, n. 4, Pag. 8307–8319.

17 Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Sougey JRJ. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. Revisões da Literatura. *Arch. Clin. Psychiatry*. 2010; 37 (6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>

18 Brasil. Ministério da Saúde. Depressão Pós-parto. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-pos-parto>>. Acesso em outubro de 2021.

19 Augusto J, Alves G, Costa FS. Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências. *Revista Feminina*, 2010, Vol. 38, n. 3, Pag. 1–5.

20 American Psychiatric Association -APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV*. Washington, DC. American Psychiatric Association. 2017; 4th ed.

21 Associação Americana de Psiquiatria - APA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5*. Washington. American Psychiatric Association.. 2013; 5th.ed.