

Depressão pós-parto e psicose puerperal: uma revisão de literatura

Postpartum depression and puerperal psychosis: a literature review

Depresión posparto y psicosis puerperal: una revisión de la literatura

Rafaella Grobério Izoton¹, Alessandra Cattaneo², Victória Trindade Leite², Mariana Guimarães de Oliveira Castro³, Cristina Vasconcelos Linheiro⁴, Sofia Rabelo Cavalcanti de Albuquerque⁵, Lorena Stein Carlos de Souza⁶, Beatriz Carvalho Rodrigues⁷, Bruno Augusto Lopes⁸.

RESUMO

Objetivo: Expor os conceitos básicos sobre a depressão pós-parto e psicose puerperal, ressaltando a história natural da doença e possíveis consequências para o binômio mãe-criança. **Revisão bibliográfica:** Existem vários fatores de risco para a depressão pós-parto: história pessoal de depressão pré-natal, renda familiar baixa e má relação conjugal. No que se refere à psicose puerperal, tem-se como principais fatores de risco: história pessoal ou familiar de transtorno bipolar e psicose pós-parto em uma gestação anterior. O diagnóstico de depressão pós-parto pode acarretar algumas consequências para o bebê, como baixo peso, diarreia, cólicas, dor durante a rotina de vacinação e doença febril na criança. A psicose puerperal pode afetar diretamente na segurança da mãe e do bebê, visto que a mulher diagnosticada tem tendência ao suicídio, comportamento hostil e prejudicial com a criança. A abordagem acerca destas patologias precisa ser multidisciplinar. A intervenção farmacológica está reservada aos casos graves. **Considerações finais:** A depressão pós-parto e a psicose puerperal são patologias psiquiátricas que podem acometer mulheres no período do puerpério. Nesse período, ocorrem alterações tanto de caráter emocional como hormonal, potencializadas por diversos fatores. Resultados indicam que essas patologias podem levar a um padrão negativo de interação com o bebê.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto, Transtornos Puerperais, Transtornos Psicóticos Afetivos, Relações Mãe-Filho.

ABSTRACT

Objective: Expose the basic concepts about postpartum depression and puerperal psychosis, emphasizing the natural history of the disease and the possible consequences for the mother-child binomial. **Bibliographic review:** There are several risk factors for postpartum depression: personal history of prenatal depression, low family income and poor marital relationship. Regarding to puerperal psychosis, the main risk factors are: personal history or family history of bipolar disorder and postpartum psychosis during a previous pregnancy. The diagnosis of postpartum depression may lead to some consequences for the baby, such as low weight, diarrhea, colic, pain during routine vaccinations and febrile illness in the child. The puerperal psychosis can directly affect the mother and the baby's safety, since the diagnosed woman tends to suicide, hostile and harmful behaviors with the child. The approach to these pathologies needs to be multidisciplinary.

¹ Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC), Colatina – ES.

² Centro Universitário Ingá (UNINGÁ), Maringá – PR.

³ Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus – AM.

⁴ Centro Universitário Christus (Unichristus), Fortaleza – CE.

⁵ Centro universitário de Belo Horizonte (UniBH), Belo Horizonte – MG.

⁶ Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória – ES.

⁷ Centro Universitário Atenas Paracatu (UniAtenas), Paracatu – MG.

⁸ Universidade de Vassouras, Vassouras – RJ.

Pharmacological intervention is reserved for severe cases. **Final considerations:** Postpartum depression and puerperal psychosis are psychiatric disorders that can affect women during the puerperal period. During this period, there are emotional and hormonal changes, enhanced by several factors. Results indicate that these disorders can lead to a negative pattern of interaction with the baby.

Keywords: Depression, Postpartum, Puerperal Disorders, Affective Disorders, Psychotic, Mother-Child Relations.

RESUMEN

Objetivo: Exponer conceptos básicos sobre depresión posparto y psicosis puerperal, destacando la historia natural de la enfermedad y las posibles consecuencias para el binomio madre-hijo. **Revisión bibliográfica:** Hay varios factores de riesgo para depresión posparto: antecedentes personales de depresión prenatal, bajos ingresos familiares y mala relación conyugal. En cuanto la psicosis puerperal, los principales factores de riesgo son: antecedentes personales o familiares de trastorno bipolar y psicosis posparto en un embarazo anterior. El diagnóstico de depresión posparto puede traer algunas consecuencias para el bebé, como bajo peso, diarrea, cólicos, dolor durante la rutina de vacunación y enfermedad febril en el niño. La psicosis puerperal puede afectar directamente la seguridad de la madre y del bebé, ya que la mujer diagnosticada es propensa al suicidio y a un comportamiento hostil y dañino con el niño. El abordaje de estas patologías debe ser multidisciplinar. La intervención farmacológica se reserva para casos graves. **Consideraciones finales:** depresión posparto y psicosis puerperal son trastornos psiquiátricos que pueden afectar mujeres durante el periodo del puerperio. Durante este período se producen cambios tanto emocionales como hormonales, potenciados por varios factores. Los resultados indican que estos trastornos pueden conducir a un patrón negativo de interacción con el bebé.

Palabras clave: Depresión Postparto, Trastornos Puerperales, Trastornos Psicóticos Afectivos, Relación Madre-Hijo.

INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) e a psicose puerperal (PP) são duas categorias de desordens psiquiátricas no puerpério (DENNIS CL, et al., 2017). A DPP é marcada por sintomas depressivos prevalentes durante os primeiros doze meses após o nascimento da criança (DUKO B, et al., 2020). Já os eventos psicóticos puerperais são os mais graves que podem incidir nesse período e, por isso, demandam rápida identificação e intervenção eficaz, a fim de evitar possíveis agravos (RODRIGUEZ-CABEZAS L e CLARK C, 2018).

Acerca da DPP, manifestações como desinteresse pelas atividades de vida diária, tristeza e pensamento suicida podem estar presentes. O seu desenvolvimento está relacionado a fatores como pouca idade, ser vítima de violência doméstica, gravidez indesejada e falta de suporte familiar (DUKO B, et al., 2020). Desse modo, essa enfermidade representa uma condição potencialmente devastadora, a qual afeta as mulheres em um período vulnerável da vida e representa um desafio significativo para os indivíduos afetados e suas famílias (FORDE R, et al., 2020).

As repercussões da DPP, no entanto, não se restringem ao puerpério, já que essa doença pode potencializar as chances de mulheres afetadas desenvolverem diversas complicações ao longo da vida. Nesse sentido, a DPP está relacionada ao aumento do risco de ocorrência de ansiedade, depressão, problemas relacionados à baixa autoestima, dificuldades nas relações interpessoais e hábitos negativos, como o tabagismo. De modo geral, essa patologia altera a qualidade de vida a longo prazo, o que pode ser percebido pelo aumento dos níveis de estresse, da negatividade e de problemas financeiros (SLOMIAN J, et al., 2019).

A psicose puerperal tem como principal fator de risco o histórico de transtorno bipolar ou de PP numa gestação prévia. Trata-se de uma emergência psiquiátrica e os sintomas costumam ter início no período entre

3 e 10 dias após o parto. Esses sintomas incluem comportamento bizarro e não-auditivo, confusão mental, delírios e alucinações, os quais podem resultar em suicídio e em infanticídio (RODRIGUEZ-CABEZAS L e CLARK C, 2018). Além disso, esse transtorno psicótico afetivo está associado a alterações no sono durante a gestação, pré-eclâmpsia e desequilíbrios no sistema imune (BIDER EN e COKER JL, 2021).

Além disso, a PP pode ocorrer como um primeiro episódio isolado ou como parte de uma doença crônica ou episódica. Nesse sentido, o tratamento pode variar de acordo com a probabilidade de recorrência da doença, a qual se relaciona diretamente com o período de duração do episódio, visto que episódios mais longos acompanham um pior prognóstico. Sob essa ótica, é possível, em gestações sucessivas, fazer uso de tratamentos profiláticos em mulheres com história clínica favorável para PP, a fim de evitar uma provável recidiva (TINKLEMAN A, et al., 2017).

Em suma, o reconhecimento e a identificação da relação entre os fatores de risco e de proteção para tais transtornos, ainda no período pré-natal ou perinatal, permitem que os fatores passíveis de modificação, a exemplo do estresse materno e de déficits nutricionais, sejam evitados ou corrigidos. Sob outra perspectiva, os fatores de risco que não são modificáveis, como a idade inferior a 20 anos, qualquer psicopatologia ou hipertensão materna, ainda que não possam ser alterados, atentam a equipe médica sobre o risco aumentado, permitindo que a equipe integrada de cuidados da puérpera esteja preparada para atendê-la e evitar as complicações maiores (DAVIES C, et al., 2020).

As crianças cujas mães apresentaram o quadro de depressão pós-parto possuem maiores problemas no desenvolvimento cognitivo e sociocomportamental, em relação àquelas com as mães não-deprimidas, uma vez que a relação mãe-filho, nessas condições, fica fragilizadas. Ademais, essas crianças tendem a não receber o aleitamento materno e, por isso, costumam estar abaixo do peso ideal (UPADHYAY RP, et al., 2017). Paralelo a isso, a psicose puerperal também pode afetar as relações familiares e, muitas vezes, dificultar a relação do binômio mãe-bebê (FORDE R, et al., 2020).

Retratar a DPP e a PP é de extrema relevância, pois seu tratamento é complexo e de longo prazo. É envolvida uma equipe multidisciplinar, incluindo ações médicas, psicológicas e psicossociais, sendo esses profissionais, em conjunto com a família, os responsáveis por fornecer todo o apoio necessário para a genitora (FORDE R, et al., 2020). Além disso, a DPP acomete uma a cada sete mulheres, enquanto a PP afeta as mulheres em uma incidência variável de 0,89 a 2,6 a cada 1000 mulheres (RODRIGUEZ-CABEZAS L e CLARK C, 2018; VANDERKRUUK R, et al., 2017).

O presente estudo visa expor os conceitos básicos sobre a depressão pós-parto e psicose puerperal, ressaltando a história natural da doença e possíveis consequências para o binômio mãe-criança.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Epidemiologia

A probabilidade das mulheres apresentarem depressão no período pós-parto pode ser duas vezes maior em comparação a outros períodos de sua vida (WANG Z, et al., 2021). Estudos feitos anteriormente expuseram que, até 2017, a incidência de DPP no mundo todo variou em 9,5% nos países desenvolvidos e em 20,8% nos países com rendimento médio (CHEN Q, et al., 2022). Ademais, a prevalência de DPP no Brasil é de 20,51%, de um total de 88.955 puérperas (WANG Z, et al., 2021).

Um estudo feito com 330 mulheres internadas em uma maternidade localizada no Sudeste do Brasil concluiu que a prevalência de DPP está intimamente relacionada a alguns fatores, como: idade materna mais precoce (14 a 24 anos de idade), nível emocional rebaixado e a um baixo nível de suporte afetivo no período gestacional (SANTOS MLC, et al., 2022). Além disso, estudos expuseram que o período da pandemia cooperou de maneira significativa para o aumento da prevalência e da gravidade dos sintomas depressivos nas mulheres no período pós-parto (PRANDINI NR, et al., 2022).

Por outro lado, dentre todos os transtornos mentais que podem ocorrer no período puerperal, a psicose puerperal é considerada um dos transtornos psiquiátricos mais graves (LEWIS G, et al., 2022). Estima-se que

a prevalência de PP é de cerca de 1 a 2 mulheres a cada 1000 partos recentes. Entretanto, a estimativa correta é de difícil estabelecimento visto a necessidade de grande quantidade de amostras, difícil logística e ao alto custo dos estudos necessários (KALRA H, et al., 2022).

Etiologia

O conhecimento sobre a etiologia dos transtornos puerperais é de suma importância para alertar a equipe médica e, conseqüentemente, levar ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, minimizando os transtornos psicóticos afetivos. Ademais, as conseqüências de um rastreio tardio são diversas. Os bebês de mães com transtornos psíquicos frequentemente são prejudicados quanto à amamentação, à imunização e à segurança (VANDERKRUIK R, et al., 2017; MCKEAN M, et al., 2018).

Existem vários fatores de risco para a depressão pós-parto, dentre eles destacam-se: história pessoal de depressão pré-natal, renda familiar baixa e má relação conjugal. O fator de risco mais relevante são os episódios prévios de depressão, os quais possuem um risco aumentado de 30% de desenvolver depressão pós-parto. Além disso, mulheres com baixo nível socioeconômico sofrem com limitações para criação do filho, propiciando um quadro de emoções negativas. Por fim, a relação conjugal desfavorável é um gatilho estressante para a puérpera, o que também aumenta o risco de desenvolver tal patologia (WEIJING Q, et al., 2021; FIALA A, et al., 2017).

Foram avaliados vários fatores de proteção para a DPP, como: mães primíparas, poupança familiar, gestação planejada, presença de ensino médio completo e o aleitamento materno. Este último é considerado um importante fator protetor, porque os hormônios responsáveis pela lactação - ocitocina e prolactina - conseguem promover sentimentos positivos e sensações de relaxamento, além de serem capazes de aperfeiçoar a interação mãe-bebê e de produzir uma melhor resposta do cortisol ao estresse, repercutindo em um melhor sono. Estudos anteriores mostraram que puérperas que amamentam exclusivamente apresentam menos interrupções durante o sono e dormem, em média, 40 a 45 minutos a mais, quando comparado com mães que não realizam a amamentação exclusiva (FIALA A, et al., 2017; ISLAM M, et al., 2021).

A dificuldade de amamentação eleva os níveis de estresse e ansiedade maternos, podendo gerar frustração, constrangimento, desconforto, e conseqüentemente, altera a síntese e liberação dos hormônios hipofisários. Com isso, a produção e manutenção do leite materno fica prejudicada, originando um ciclo vicioso. Além disso, a dificuldade no aleitamento materno também é um fator preditor no desenvolvimento da depressão pós-parto (ISLAM M, et al., 2021).

Ainda sobre os fatores de risco, um estudo avaliou a deficiência da vitamina D como um fator de risco modificável de depressão pós-parto. Essa constatação deve-se ao fato de que a vitamina D possui receptores em boa parte do cérebro e a sua carência altera os neurotransmissores que estão envolvidos em sintomas depressivos. Ademais, a deficiência de vitamina D aumenta os níveis de íons cálcio neuronal que também são responsáveis pelo aparecimento de manifestações de infelicidade. Isso é preocupante, uma vez que grande parte das puérperas apresentam carência de 25(OH)D, indicador de concentração sérica da vitamina D (AGHAJAFARI F, et al., 2018).

No que se refere à psicose puerperal, tem-se como principais fatores de risco a história pessoal ou familiar de transtorno bipolar e psicose pós-parto em uma gestação anterior. Pesquisas demonstram que puérperas com familiares, principalmente de primeiro grau, que tiveram tal enfermidade possuem 70% de chance de apresentar a psicose puerperal. Além desses fatores, podemos acrescentar primiparidade, idade materna avançada e ocorrência de transtorno de humor durante a própria gravidez (RODRIGUEZ-CABEZAS L e CLARK C, 2018).

Fisiopatologia

A fisiopatologia da depressão pós-parto, apesar de permanecer incerta, envolve alguns biomarcadores. Com destaque para os hormônios gonadais, mulheres que sofrem de depressão pós-parto são mais sensíveis aos efeitos dos esteróides, pois a retirada de doses suprafisiológicas de estradiol e progesterona aumentou

os sintomas depressivos nessas pacientes. Além disso, o nível baixo de ocitocina pode ser um preditor de depressão pós-parto, bem como para a gravidade dos sintomas. Outro grupo de biomarcadores são os neuroesteróides, que aumentam durante a gravidez e caem vertiginosamente durante o período pós-parto, o que deixa a mulher mais propensa aos sintomas depressivos (PAYNE JL e MAGUIRE J, 2019).

Ainda em relação à depressão pós parto, do ponto de vista genético, o polimorfismo do receptor de estrogênio intervém nas alterações hormonais durante o período periparto. Os polimorfismos no gene codificante para a monoamina oxidase A (MAOA) são associados com depressão pós-parto, e variantes de MAOA foram correlacionadas com a gravidade dos escores desse transtorno depressivo. Além disso, mulheres adultas com experiências de vida adversas e alterações epigenéticas na MAOA apresentaram maior risco de desenvolver depressão e aumento dos níveis de cortisol (PAYNE JL e MAGUIRE J, 2019).

Em segundo plano, a psicose puerperal também apresenta patogênese multifatorial. Diante disso, pode estar associada a um processo de parto prolongado e complicado, a alterações hormonais, como a queda drástica de concentrações de estrogênio e progesterona no organismo feminino após o nascimento, e à desregulação do sistema imunológico. É suposto, portanto, que o desenvolvimento da psicose puerperal se dá pela sensibilidade aumentada a essas flutuações em algumas mulheres (BØTTCHER KSE, et al., 2021).

Diagnóstico

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais Quinta Edição (DSM-5), a DPP pode desenvolver um impacto maior na vida da mãe e do bebê quando os sintomas já começam a se manifestar na gravidez (CERNADAS JMC, 2020). Dessa forma, uma mulher vulnerável, ao desenvolver a DPP, pode sentir-se triste, ansiosa, irritada, desesperada, apresentar crises de choro, náuseas, libido reduzido, ter sentimentos de responsabilidade mental e isolamento, ter mudanças no sono e na alimentação, além de pensar em ferir o bebê e a si própria (WANG Z, et al., 2021). Ainda, esses sentimentos devem causar sofrimento clinicamente significativo ou funcionamento prejudicado, que não são atribuíveis a uma substância ou a outra condição médica (STEWART DE, et al., 2019).

Segundo o DSM-5, a PP não é considerada uma doença distinta. Se a mulher apresenta os critérios para psicose, o fato de ter sido iniciada no período pós-parto é acrescentado como especificador da doença. A PP se desenvolve nas primeiras 4 semanas após o parto e as características clínicas que a paciente pode manifestar são: agitação, humor instável ou disfórico, insônia e comportamento excêntrico ou desorganizado. Já os sintomas psicóticos podem se apresentar como delírios e alucinações, os quais estão relacionados, geralmente, à mãe e ao bebê (VANDERKRUIK R, et al., 2017). As mães que sofrem deste transtorno psiquiátrico podem experimentar dentre essas alucinações: a formação de imagens ameaçadoras ou percepção de vozes de comando, delírios bizarros sobre o bebê e pensamentos acelerados (SPINELLI M, et al., 2021).

A maioria das psicoses pós-parto apresentam como complicações: comprometimento cognitivo e delírio, que culminam na distorção do julgamento, da memória e da capacidade de tomada de decisões por parte da mãe. Apesar de todos os resultados deletérios, a PP não tem status diagnóstico formal no campo da psiquiatria. Visto que, no momento do diagnóstico, são desconsiderados critérios como fatores neuro-hormonais excitantes do parto e as modificações promovidas pela retirada grotesca de agentes químicos cerebrais na hora do parto (SPINELLI M, et al., 2021).

Tratamento

A abordagem acerca destas patologias precisa ser multidisciplinar, além de combinar ações preventivas com intervenções clínicas, as quais levam a benefícios inegáveis (OZKAN S, et al., 2020). A primeira seria a prática de exercícios físicos no puerpério, a qual foi comprovada ao melhorar o bem-estar, diminuir a ansiedade e a própria depressão (OZKAN S, et al., 2020). Outra aliada na prevenção é a psicoterapia, tanto individual como em grupo, uma vez que promove a melhoria dos aspectos depressivos e ansiosos, sendo uma intervenção efetiva para o binômio mãe-bebê, levando benefícios até um ano pós-parto (GUO L, et al., 2019). As recomendações para a prevenção baseiam-se na história clínica do paciente. Mulheres com história

de psicose pós-parto isolada não apresentam risco aumentado de episódios durante a gravidez e podem receber medicação profilática imediatamente no puerpério para reduzir o risco de desenvolver tais doenças (TINKLEMAN A, et al., 2017).

Ainda sobre a percepção do cuidado na relação da mãe com o recém-nascido, foi visto que a incerteza sobre a possibilidade da mulher cuidar de si mesma ou de seu bebê com segurança e adequadamente deve levar a um encaminhamento urgente para cuidados de saúde mental e, possivelmente, para uma agência de proteção à criança (STEWART DE, et al., 2019).

A intervenção farmacológica está reservada aos casos graves (MALHI G, et al., 2021). As discussões sobre o uso de medicamentos nesse período devem incluir os riscos de receber o tratamento e de não recebê-lo. Embora os dados de segurança disponíveis devam ser levados em consideração, o conhecimento sobre quais medicamentos foram eficazes para o paciente no passado é extremamente útil na tomada de decisões clínicas (TINKLEMAN A, et al., 2017).

O uso de medicações pode ser feito com uma combinação de lítio, antipsicóticos e benzodiazepínicos, o qual demonstrou ser eficaz, e a terapia eletroconvulsiva pode ser necessária. As recomendações para tratamento de longo prazo e prevenção de episódios futuros variam de acordo com o histórico psiquiátrico do paciente, e um plano de tratamento deve ser feito em conjunto com o mesmo, com base em suas preferências, histórico de resposta e os riscos potenciais do tratamento, bem como o desejo de amamentar. Em muitas pacientes, esses quadros não são fenômenos isolados e, portanto, ocorrem como um episódio inicial ou recorrente de uma doença episódica ou, até mesmo, crônica, fato que exige monitoramento de longo prazo. (TINKLEMAN A, et al., 2017)

Consequências/repercussões no binômio mãe-criança

Estudos mostram que mães diagnosticadas com DPP nas primeiras semanas pós-parto podem permanecer com depressão até 1 ano após o nascimento do bebê. Em comparação com as mulheres que não possuem diagnóstico de DPP, elas se apresentam mais infelizes, mais tristes, mais disfóricas, mais ansiosas, mais estressadas e também possuem menos controle sobre a raiva. Outrossim, manifestam maiores dificuldades em se relacionar com seus parceiros, mais problemas financeiros, função social rebaixada, maior prevalência ao tabagismo, ao alcoolismo e à ideação suicida (SLOMIAN J, et al., 2019).

Ademais, o diagnóstico de DPP pode acarretar em algumas consequências para o bebê, como baixo ganho de peso, mais episódios de diarreia por ano, aumento da ocorrência de cólicas, dor durante a rotina de vacinação, doença febril na criança, aumento da incidência de despertares noturnos do bebê, padrão de sono desregulado e desenvolvimento da função social atrasada na criança. Ademais, a DPP está associada a 3 vezes maior risco de mortalidade nos bebês até os 6 meses de idade e a 2 vezes maior risco de mortalidade nos bebês até os 12 meses de idade (SLOMIAN J, et al., 2019).

Ainda foi demonstrado que, na DPP, há menor envolvimento emocional da mãe com o bebê, o que gera uma maior dificuldade nesta relação, maior insegurança materna no exercício do cuidado e percepções negativas a respeito da criança. Há também menor comunicação afetiva, práticas menos saudáveis, maus-cuidados com o recém-nascido, nutrição imprópria, interrupção dos cuidados parentais, maior propensão da mãe deixar a criança em frente às telas durante a semana e aos fins de semana, comportamentos abusivos por parte da puérpera com DPP, maior risco de maus-tratos e espancamentos. Além disso, estas mães tendem a amamentar inadequadamente o bebê e interromper precocemente a amamentação exclusiva. Por fim, foi relatado que os sintomas depressivos estão associados a menor concentração de ocitocina na amamentação (SLOMIAN J, et al., 2019).

A psicose puerperal pode ampliar o risco da mãe em desenvolver episódios psicóticos subsequentes e não associados à gravidez (VANDERKRUIK R, et al., 2017). Além disso, pode afetar diretamente na segurança da mãe e do bebê, visto que a mulher diagnosticada com psicose puerperal tem tendência ao suicídio e ao comportamento hostil, o que é prejudicial para a criança e tende ao infanticídio (RODRIGUEZ-CABEZAS L e CLARK C, 2018). Ademais, nesse período a mãe externaliza mais sentimentos negativos,

como: angústia, ansiedade, culpa e redução da confiança (KORTELAND TW, 2019; FORDE R, et al., 2020). Ainda nesse contexto, muitas mulheres podem ter a criação do vínculo com seus bebês atrasada ou com sensação de distanciamento deles, apesar de ainda atenderem às suas necessidades físicas. Foram relatadas também dificuldade da mãe de cuidar de seu filho, associada à exaustão, seditação pela medicação ou medo de causar danos acidentalmente. Conseqüentemente, essas mulheres, muitas vezes, dependiam de membros da família ou da equipe de enfermagem para fornecer cuidados ao bebê. A admissão para internação foi frequentemente descrita como alívio para os membros da família, ao acreditarem que tanto a mulher quanto o bebê estavam seguros e sendo cuidados (FORDE R, et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão pós-parto e a psicose puerperal são patologias psiquiátricas que podem acometer mulheres no período do puerpério. Estudos mostram que, nesse período, ocorrem alterações tanto de caráter emocional como hormonal, potencializadas por diversos fatores, incluindo condições obstétricas e psicopatológicas prévias. Além disso, os resultados obtidos indicam que essas patologias podem levar a um padrão negativo de interação com o bebê, e conseqüentemente, trazer importantes repercussões no desenvolvimento da criança. Diante disso, ressalta-se a importância da identificação precoce de sinais e sintomas e o desenvolvimento de estratégias de intervenções multidisciplinares que resultem em benefícios à relação mãe-bebê.

REFERÊNCIAS

1. AGHAJAFARI F, et al. Vitamin D Deficiency and Antenatal and Postpartum Depression: A Systematic Review. *Nutrients*, 2018; 10(4): 478.
2. BIDER EN, COKER JL. Postpartum psychosis and SARS-CoV-2 infection: is there a correlation? *Arch Womens Ment Health*, 2021; 24(6): 1051-1054.
3. BØTTCHER KSE, et al. Post-partum psychosis. *Ugeskr Laeger*, 2021; 183: V01210020.
4. CERNADAS JMC. Postpartum depression: risks and early detection. *Arch Argent Pediatr*, 2020; 118(3): 154-155.
5. CHEN Q, et al. Prevalence and risk factors associated with postpartum depression during the COVID-19 pandemic: a literature review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 2022; 19(4): 2219.
6. DAVIES C, et al. Prenatal and perinatal risk and protective factors for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2020; 7(5): 399-410
7. DENNIS CL, et al. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 2017; 210(5): 315-323.
8. DUKO B, et al. The epidemiology of postnatal depression in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*, 2020; 17(1): 180.
9. FIALA A, et al. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry*, 2017; 17: 1-10.
10. FORDE R, et al. Recovery from postpartum psychosis: a systematic review and metasynthesis of women's and families' experiences. *Arch Womens Ment Health*, 2020; 23(05): 597-612.
11. GUO L, et al. Preventing Postpartum Depression With Mindful Self-Compassion Intervention: a randomized control study. *J Nerv Ment Dis*, 2019; 208(2): 101-107.
12. HOLFORD N, et al. The impact of postpartum psychosis on partners. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2018; 18(1): 1-10.
13. ISLAM JM, et al. Early exclusive breastfeeding cessation and postpartum depression: Assessing the mediating and moderating role of maternal stress and social support. *PloS One*, 2021; 16 (5): e0251419.
14. KALRA H, et al. Burden of severe maternal peripartum mental disorders in low- and middle-income countries: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*, 2022; 25(02): 267-275.
15. KORTELAND TW, et al. Nursing interventions for patients with postpartum psychosis hospitalized in a psychiatric mother-baby unit: a qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2019; 26: 254-264.

16. LEWIS G, et al. Delusional Misidentification Syndromes in Postpartum Psychosis: A Systematic Review. *Psychopathology*, 2022; 1-10.
17. MALHI G, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 2021; 55: 7.
18. MCKEAN M, et al. Postpartum Depression: when should health care providers identify those at risk?. *Clin Pediatric*, 2018; 57(6): 689-693.
19. OZKAN S, et al. The effectiveness of an exercise intervention in reducing the severity of postpartum depression: a randomized controlled trial. *Perspect Psychiatr Care*, 2020; 56(4): 844-850.
20. PAYNE JL, MAGUIRE J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol*, 2019; 52: 165-180.
21. PRANDINI NR, et al. Health of Postpartum Women During the COVID-19 Pandemic: An Integrative Review. *Aquichan*. 2022; 22(2): e2227.
22. RODRIGUEZ-CABEZAS L, CLARK C. Psychiatric emergencies in pregnancy and postpartum. *Clin Obstet Gynecol*, 2018; 61(3): 615-627.
23. SANTOS MLC, et al. Sintomas de depressão pós-parto e sua associação com as características socioeconômicas e de apoio social. *Escola Anna Nery* [online], 2022; 26: e20210265.
24. SLOMIAN J, et al. Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 2019; 15(1): 1-55.
25. SPINELLI M. Postpartum psychosis: a diagnosis for the DSMV. *Arch Womens Ment Health*, 2021; 24(5): 817-822.
26. STEWART DE, VIGOD SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annu Rev Med*, 2019; 70: 183-196.
27. TINKLEMAN A, et al. Management of New Onset Psychosis in the Postpartum Period. *JClin Psychiatry*, 2017; 78(9): 1423-1424.
28. UPADHYAY RP, et al. Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*, 2017; 95(10): 706-717C.
29. VANDERKRUIK R, et al. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 2017; 17(1): 272.
30. WANG Z, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry*, 2021; 11(1): 640.
31. WEIJING Q, et al. Psychosocial risk factors for postpartum depression in Chinese women: a meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2021; 21: 174.