

Depressão pós-parto: características, fatores de risco, prevenção e tratamento

Postpartum depression: characteristics, risk factors, prevention and treatment

Depresión posparto: características, factores de riesgo, prevención y tratamiento

Natália Lopes Silva^{1*}, Clara Ramos Caixeta¹, Fernanda Alves Caetano¹, Gabriel Araújo Monteiro Martins Rocha¹, Isadora Campos Khaoule¹, João Matheus Girardi de Matos Batista¹, João Vitor Lobo Félix de Paula¹, Maria Fernanda Santos Fiúza¹, Victor Henrique Ferreira Santos¹, Mônica Isaura Corrêa².

RESUMO

Objetivo: Revisar como a Depressão Pós-Parto (DPP) pode impactar a qualidade de vida da gestante, bem como a do lactente. **Revisão bibliográfica:** A DPP é uma condição que atinge muitas mulheres, causando sono, irritabilidade intensa, sensação de sobrecarga e preocupação excessiva com o recém-nascido. O diagnóstico clínico é feito através dos critérios estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). Além disso, a prática de atividades físicas, terapia cognitivo comportamental e tratamento farmacológico se mostraram eficazes na redução dos sintomas. **Considerações finais:** Pode-se considerar que fatores genéticos, hormonais e ambientais são responsáveis pelo surgimento do quadro, que impactam diretamente a qualidade de vida das mulheres, além de interferir na relação mãe-filho. Assim sendo, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, quando instruídos de forma correta, são necessários para aliviar as manifestações causadas pela patologia, a fim de promover uma melhora no bem-estar físico e psíquico da mãe para que possa oferecer conforto e cuidado ao recém-nascido.

Palavras-chave: Depressão pós-parto, Saúde da mulher, Qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: To review how Postpartum Depression (PPD) can impact the quality of life of pregnant women, as well as that of infants. **Bibliographic review:** PPD is a condition that affects many women, causing sleep, intense irritability, a feeling of overload and excessive concern for the newborn. Clinical diagnosis is made using the criteria established by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DMS-IV). In addition, the practice of physical activities, cognitive behavioral therapy and pharmacological treatment proved to be effective in reducing symptoms. **Final considerations:** It can be consider that genetic, hormonal and environmental factors are responsible for the appearance of the condition, which directly impact the quality of life of women, in addition to interfering in the mother-child relationship. Therefore, early diagnosis and proper treatment, when properly instructed, are necessary to alleviate the manifestations caused by the pathology, in order to promote an improvement in the mother's physical and psychological well-being so that she can offer comfort and care to the newborn.

Keywords: Depression postpartum, Women's health, Quality of life.

¹ IMEPAC Centro Universitário (IMEPAC), Araguari - MG. *E-mail: natalialopesenf@gmail.com

² Faculdade de Medicina do Vale do Aço (UNIVAÇO), Ipatinga - MG.

RESUMEN

Objetivo: Revisar cómo la Depresión Posparto (PPD) puede afectar la calidad de vida de las mujeres embarazadas, así como la de los bebés. **Revisión bibliográfica:** La PPD es una condición que afecta a muchas mujeres, provocando sueño, irritabilidad intensa, sensación de sobrecarga y preocupación excesiva por el recién nacido. El diagnóstico clínico se realiza utilizando los criterios establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS-IV). Además, la práctica de actividades físicas, la terapia cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico demostraron ser eficaces para reducir los síntomas. **Consideraciones finales:** Se puede considerar que factores genéticos, hormonales y ambientales son los responsables de la aparición de la condición, los cuales impactan directamente en la calidad de vida de la mujer, además de interferir en la relación madre-hijo. Assim sendo, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, quando instruídos de forma correta, são necessários para aliviar as manifestações causadas pela patologia, a fim de promover uma melhora no bem-estar físico e psíquico da mãe para que possa oferecer conforto e cuidado ao recém nacido.

Palabras clave: Depresión posparto, Salud de la mujer, Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

A Depressão Pós-Parto (DPP) é uma condição muito comum entre as mães no primeiro mês após o parto, podendo até se estender por um período mais longo. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) designa que um grande transtorno psiquiátrico depressivo ocorre quando os sintomas são observados ainda durante a gestação, e que aquelas mulheres que desenvolvem sintomas nas primeiras semanas após o parto, geralmente apresentam menor risco de desenvolverem quadros depressivos mais difíceis de manejar (CERNADAS JMC, 2020).

A prevalência da patologia é maior em mães adolescentes, podendo variar de 14 a 53%, enquanto que nas mães adultas, a prevalência observada varia em torno de 6,9 a 16,7%. Isso pode ser explicado devido a propensão em que mães adolescentes têm de terem feito uso de drogas ilícitas e praticado o tabagismo durante a gestação, negligenciando, assim, as recomendações de saúde do pré-natal (DINWIDDIE KJ, 2017).

A DPP pode ser um fator predisponente à depressão crônica ou recorrente, podendo afetar a relação mãe-bebê e gerar um grande impacto no crescimento e desenvolvimento infantil. Pode-se inferir que filhos de mães com DPP tem maiores chances de desenvolverem problemas cognitivos, interpessoais e comportamentais em comparação com aqueles filhos de mães não deprimidas (UPADHYAY RP, et al., 2017)

Os principais sintomas relatados pelas puérperas incluem os distúrbios do sono, irritabilidade, ansiedade, sensação de sobrecarga e a preocupação excessiva com a saúde e alimentação do filho (STEWART DE e VIGOD S, 2016). Estudos sugerem uma possível ligação entre a DPP e a interrupção precoce do aleitamento materno e a amamentação. As mães com sintomas depressivos relatam menor confiança na capacidade de oferecer leite materno ao filho (SILVA CS, et al., 2017).

Além disso, ideação suicida e medo de causar danos ao bebê também foram relatados. Fatores como o rápido declínio dos níveis hormonais reprodutivos após o parto e os fatores genéticos, provavelmente são os grandes responsáveis por essas sintomatologias apresentadas nas mães com DPP (STEWART DE e VIGOD S, 2016).

O diagnóstico depende da presença de um humor triste ou anedonia associado a mais outros cinco sintomas, podendo ser: alteração no peso e apetite, distúrbios do sono, sentimento de ansiedade, alteração da atividade psicomotora, irritabilidade, cansaço, pouca concentração, além da ideação suicida e homicida (OKUN ML, 2016)

É de suma importância ressaltar que a ocorrência da DPP é um fator de risco para futuros episódios depressivos. Dessa maneira, o tratamento adequado se faz necessário para que haja o controle da doença.

As opções recomendadas são os medicamentos antidepressivos e a terapia cognitivo-comportamental. Além disso, a prática diária de atividade física é um método promissor para a prevenção da DPP (NAKAMURA A, et al., 2019).

Diante desse contexto, o presente trabalho teve como objetivo realizar uma revisão da literatura abordando como a depressão pós-parto pode impactar a qualidade de vida da gestante, bem como a do lactente.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Fisiopatologia

Durante os períodos de gestação e pós-parto imediato, ocorrem rápidas modificações dos hormônios reprodutivos progesterona e estrogênio na mulher e essas mudanças são pesquisadas e vêm sendo correlacionadas com o surgimento do quadro de DPP, uma vez que são fundamentais no processo de cognição, motivação, excitação e emocional em geral (STEWART DE e VIGOD SN, 2019).

Sabe-se que diversos fatores estão associados à depressão maior, como a alteração no funcionamento da glândula tireoide, descompensação dos hormônios lactogênicos, variação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, além de mudanças no sistema imunológico. Estudos recentes de imagens do sistema nervoso central evidenciaram que o estrogênio e a progesterona atuam na modulação de circuitos neurológicos que estão envolvidos em circunstâncias afetivas normais e anormais. Isso pode ser confirmado por um trabalho realizado com mulheres não grávidas eutímicas com e sem história de DPP que receberam altas doses de estradiol e progesterona durante a supressão ovariana e então, de forma abrupta, os hormônios foram retirados (STEWART DE e VIGOD SN, 2019).

Durante o período perinatal, o eixo imunológico da mulher é regulado pelo estradiol, que varia em suas concentrações. A fim de gerar proteção para o feto, as citocinas anti-inflamatórias ocasionadoras de quadros de imunossupressão ficam elevadas, permanecendo assim por várias semanas no período pós-parto, contribuindo com um organismo pró-inflamatório. Ainda que estudos comparativos com mulheres com DPP e mulheres que não possuem qualquer tipo de depressão mostram que existem diferentes expressões gênicas relacionadas à imunidade, outras pesquisas com marcadores imunológicos trazem achados contraditórios, permanecendo inconclusiva a relação da função imunológica na DPP (STEWART DE e VIGOD SN, 2019).

Outra substância que interfere diretamente na ocorrência de DPP é a ocitocina. As mães deprimidas possuem níveis plasmáticos e salivares mais baixos de ocitocina. Existe, ainda, a associação de sintomas depressivos durante a gravidez com os baixos níveis de ocitocina no período pós-parto. Estudos apontam que a ocitocina endógena funciona como neutralizador dos efeitos deletérios do estresse, protegendo as mulheres do risco de DPP e ocasionando um comportamento materno mais afetivo e interativo (CARDAILLAC C, et al., 2016).

Mulheres com história de DPP mostraram aumento dos sintomas depressivos durante a adição tardia do hormônio e na retirada, mas as mulheres sem história de DPP não, sugerindo que as mudanças de concentrações hormonais podem ocasionar desregulação afetiva, principalmente naquelas pacientes que já possuem algum tipo de susceptibilidade genética (STEWART DE e VIGOD SN, 2019).

Além de contribuintes hormonais, a fisiopatologia da DPP também inclui fatores genéticos. Os estudos realizados com indivíduos gêmeos, sugeriram que a DPP se agrupa nas famílias, confirmando a contribuição genética para o desenvolvimento desta patologia. Foram identificados inúmeros polimorfismos encontrados na depressão não perinatal no estudo de genes envolvidos na DPP, como o fator neurotrófico derivado do cérebro. Realizou-se um estudo do genoma de mais de 1200 mulheres onde descobriram variações genéticas do cromossomo que contém sítios de ligação de estrogênio, além de alterações de metilação epigenéticas do DNA induzidas por este hormônio, que acredita-se aumentar a sensibilidade ao aparecimento da DPP (STEWART DE e VIGOD SN, 2019).

Repercussões na vida materna

Segundo Okun ML (2016), pesquisas indicam a relação da DPP e quadros de transtorno do sono. Foi realizado um estudo com mulheres grávidas com e sem histórico de transtorno afetivo, que mostrou que as mulheres depressivas apresentam mais distúrbios do sono durante a gestação e pós-parto em relação àquelas sem histórico de depressão. Além disso, aquelas que apresentaram mais episódios de distúrbio do sono ao final da gravidez, tinham maior probabilidade de manifestar quadro clínico depressivo em duas a quatro semanas após o parto.

O transtorno depressivo traz algumas consequências para o bem-estar materno, resultando em prejuízos no cuidado ao bebê, uma vez que a mãe dispensa de poucos cuidados nos primeiros dias de vida, principalmente quando se trata do aleitamento, onde muitas mulheres que sofrem DPP não conseguem ou se recusam a amamentar o filho. Ocorre, ainda, que a mãe se sinta incapaz de criar um laço afetivo com o filho, aproximar-se deste e conversar, como costumam fazer as mães que não sofrem de quadro clínico depressivo. Apesar de incomum, este comportamento pode sensibilizar a família, principalmente o pai do bebê (CERNADAS JMC, 2020).

Repercussões no desenvolvimento infantil

A depressão materna pré-natal quanto pós-natal tem sido bastante associada a distúrbios emocionais causados na criança, como: elevação do risco de depressão clínica ao fim da adolescência; dificuldades de exteriorização, incluindo o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH); insegurança e especialmente desorganizado. Além disso, possuem interferência com o desenvolvimento cognitivo, como diminuição da pontuação de QI na primeira infância, foi evidenciada. Apesar da depressão periparto materna esteja mais estreitamente associada a resultados infantis prejudiciais, a contribuição do quadro paterno também é considerável (POROMAA IS, et al., 2017)

Uma pesquisa mostrou que por meio da ação de neuro-hormônios, as emoções e estados afetivos da mãe, além de seus sentimentos, se comunicam com o feto. Durante o estudo, observou-se que quando a mãe era tomada por emoções positivas, a resposta obtida no feto era o aumento da frequência cardíaca. Por outro lado, quando a mãe passava por emoções negativas, como angústia, medo e depressão, o feto sentia perturbações emocionais e alterações fisiológicas. Quando se trata de estresse, mães que vivem neste estado têm alta produção do hormônio cortisol, que causa alterações cerebrais, tornando o cérebro suscetível a processos que destroem neurônios. O estresse ocasiona endurecimento da artéria uterina, acarretando menor irrigação sanguínea placentária, conseqüentemente o feto recebe menos nutrição, tendo seu desenvolvimento comprometido. A consequência para o recém-nascido é desastrosa: comportamentos depressivos, sono irregular, choro incessante e constante, além de pouca expressão (SANTOS PL e SERRALHA AP, 2015).

Dessa forma, os pais deprimidos apresentam menos comportamentos positivos e mais negativos, e assim, seus filhos correm elevado risco de desenvolver transtornos emocionais e comportamentais (POROMAA IS, et al., 2017). Além disso, nos estudos de Kerstis B, et al. (2016), foi constatada aumento na prevalência em que vínculo prejudicado com o bebê foi maior entre os casais em que ambos os tinham depressão, logo, medidas devem ser instruídas para que os sintomas cessem para que o impacto na qualidade de vida da criança seja o menos prejudicial possível.

Uma pesquisa realizada em estudo observacional determinou características das primeiras trocas e interações entre as mães e os bebês. As mães com DPP têm menor grau de interação com o bebê de forma adaptativa, além de serem menos responsivas quanto aos cuidados e estabelecem menor contato físico. Quando comparadas com mães não deprimidas, tendem a usar práticas educativas intrusivas, mostram menos sentimentos positivos e podem interromper a amamentação de forma muito precoce. Ao explorar o comportamento dos bebês que crescem neste cenário, algumas características se destacam: apresentam comportamentos negativos como choro, raiva e irritação, são menos ativos, exibem menos afetos, se comunicam menos, possuem alterações de sono, menor desenvolvimento da motricidade, além de maiores problemas relacionados à alimentação (CAMPOS BC e RODRIGUES OMP, 2015).

Fatores de risco

Segundo Stewart DE e Vigod SN (2019), durante o período pós-parto, em torno de 50% das mulheres experienciam um quadro leve e breve de choro, irritabilidade e mau humor, denominado de "tristeza pós-parto". Esta tristeza pós-parto geralmente tem duração menor que duas semanas, mas em alguns casos, pode continuar e evoluir para o diagnóstico de DPP.

Condições relacionadas à gravidez também são consideradas fatores de risco para o surgimento da DPP, como parto prematuro (antes das 34 semanas de gestação) e a detecção de um bebê com alguma patologia congênita. Esse distúrbio também pode ocorrer quando a gravidez atual está associada a inseguranças, como uma gravidez não planejada ou até mesmo em casos de abortos (CERNADAS JMC, 2020).

Estudos recentes mostraram a associação entre o estado nutricional e os sintomas depressivos pós-parto de 6 a 8 semanas como um fator contribuinte para o desenvolvimento da DPP, incluindo deficiências em vitaminas do complexo B, vitamina D, n- 3 ácidos graxos poli-insaturados (PUFA), e outros minerais. Durante este período, as mães devem ser bem orientadas em relação aos hábitos alimentares a fim de evitar a falta destes nutrientes e consequentemente promover uma melhoria no bem-estar psíquico (LIN Y, et al., 2019).

A relação entre o aleitamento materno e saúde mental das mães foram evidenciadas em diversos estudos, apesar dos resultados serem bastante inconclusivos quanto à associação causa-efeito. Mas a dificuldade de amamentar e o processo de desmame são algumas das principais causas para as elevadas taxas de depressão pós-parto, corroborando assim, para a influência positiva que a amamentação promove na diminuição dos sintomas de DPP. Todavia, há uma grande probabilidade de que a amamentação possa ser afetada por mães portadoras da patologia (VIEIRA ES, et al., 2018)

Formas de prevenção

No estudo observacional proposto por Stewart DE e Vingod SN (2016), envolvendo cerca de 78 mulheres que receberam um diagnóstico de depressão no primeiro trimestre da gravidez, a depressão pós-parto não se desenvolveu em nenhuma das mulheres cuja depressão foi tratada com psicoterapia ou farmacoterapia, em comparação com cerca de 92% das mulheres com depressão não tratada. Dessa forma, a psicoterapia e farmacoterapia se mostraram altamente efetivas na redução dos sintomas nas mulheres que foram submetidas a este tipo de tratamento.

O exercício tem sido observado como uma opção útil para a depressão entre a população em geral, em especial a DPP, mostrando potenciais facilitadores em oposição com os tratamentos tradicionais: é quase sempre gratuito, bastante acessível e sem estigma ou efeitos colaterais. Os meios para a influência benéfica do exercício na depressão incluem mecanismos bioquímicos e fisiológicos que afetam a qualidade do sono, sintomas depressivos e memória. Esses mecanismos são responsáveis por incluir o aumento das endorfinas que circulam no plasma, norepinefrina e serotonina, e também uma elevação da temperatura central e do fluxo sanguíneo que irriga o cérebro, redução da tensão muscular e aumento da eficácia dos neurotransmissores (POYATOS-LEÓN R, et al., 2017).

Porém, os potenciais mecanismos subjacentes pelos quais os exercícios podem auxiliar contra a depressão não estão totalmente elucidados na literatura. Foi verificado que os efeitos antidepressivos neurobiológicos do exercício desempenham um papel proeminente no surgimento de respostas agudas e crônicas. Além disso, alguns relatórios também evidenciaram que a atividade física de lazer durante o período gestacional pode exercer um papel crucial na prevenção da DPP, diminuindo o risco de sintomas depressivos pré-natais (COLL CVN, et al., 2019).

Nakamura A, et al. (2019), em seus estudos, concluíram que mulheres que realizaram pelo menos 150 minutos de atividade física moderada/pesada em episódios de pelo menos 10 minutos, três vezes por semana, tiveram risco significativamente diminuído de DPP em comparação com aquelas mulheres fisicamente sedentárias ou mulheres que eram ativas abaixo desse limite estudado. Além do mais,

descobriram que a atividade física durante o período pré-natal reduziu de forma significativa a prescrição de fármacos antidepressivos, mas não houve diminuição das internações por depressão durante o primeiro ano após o nascimento do filho.

Além disso, estudos evidenciaram que a vitamina D é responsável por modular os níveis de íons de cálcio neuronais (Ca²⁺) que são intitulados pelo início dos sintomas depressivos. De outro modo, uma deficiência dos níveis de vitamina D podem levar a um aumento no cálcio neuronal, aumentando assim os sintomas depressivos. Além disso, a vitamina D também pode desempenhar um papel na neuroimunomodulação e na neuroplasticidade, sendo que ambos são mecanismos propostos para o efeito observado no humor. Assim sendo, é imprescindível que níveis adequados de vitamina D no organismo estejam desregulados (AGHAJAFARI F, et al., 2018).

Tratamento

O tratamento da DPP normalmente é definido mediante às manifestações clínicas do quadro depressivo apresentado pela paciente. Esse tratamento é estabelecido no mesmo instaurado para a depressão que não está relacionada com o pós-parto, ou seja, a depressão em geral, podendo ser utilizada a psicoterapia e/ou a utilização de fármacos e, em caso de possível tentativa de suicídio ou infanticídio, a eletroconvulsoterapia também pode ser empregada (TOLENTINO EC, et al., 2016).

Estudos evidenciam que mulheres no pós-parto tendem a preferir psicoterapia ao uso de medicamentos, especialmente se estiverem no período de lactação. Felizmente, devido aos avanços científicos, existem inúmeras psicoterapias com auxílio empírico para depressão e depressão pós-parto, em particular. Essas abordagens são ministradas em formatos individuais e em grupo, em casa, pela internet com e sem suporte, e até mesmo por meio do telefone. Eles são ministrados por um conjunto de profissionais da área de saúde mental, incluindo os psiquiatras, psicólogos clínicos e de aconselhamento, os enfermeiros e os assistentes sociais. As modalidades de tratamento incluem a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Ativação Comportamental (AC), Psicoterapia Interpessoal (PIT), terapia psicodinâmica e TCC baseada na internet (O'HARA MW e ENGELDINGER J, 2018).

Uma metanálise realizada com cinco ensaios evidenciou que as mulheres que foram tratadas com intervenções psicossociais se mostraram menos propensas a se manterem deprimidas em 1 ano após o nascimento do filho, do que as mulheres que receberam cuidados primários apenas pós-parto padrão, por um visitante de saúde local, enfermeira de saúde pública ou atenção primária profissional de saúde (taxas combinadas de depressão persistente, 32% vs. 46%; razão de risco combinada, 0,61; IC de 95%, 0,39 a 0,94). Dessa forma, fica elucidada a importância do acompanhamento psicológico em gestantes, principalmente durante o pré-natal, para que o desfecho relacionado à saúde mental seja mais favorável (CINDY-LEE D e ELLEN DH, 2007).

Os fármacos antidepressivos de primeira escolha para o tratamento da DPP são os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRSs). Outros antidepressivos são liberados para serem usados quando a mãe atingiu a remissão deles no pré-natal ou quando os antidepressivos de primeira linha são insuficientes ou mal tolerados pelas gestantes. Os fármacos para DPP foram julgados em ensaios clínicos randomizados e mostraram resultar em taxas de remissão mais elevadas quando se comparado com o placebo, embora ainda não esteja totalmente claro se algum fármaco antidepressivo específico é mais eficaz do que outro para o tratamento da DPP (STEWART DE e VIGOD SN, 2019).

Uma revisão sistemática realizada por Molyneaux E, et al. (2014) com seis estudos que avaliaram o uso de fármacos antidepressivos para depressão no pós-parto incluiu três estudos randomizados que compararam a resposta à depressão e as taxas de remissão entre mulheres escolhidas para receber ISRS com aquelas entre mulheres nominadas a um grupo de placebo. As taxas de resposta (52,2% vs. 36,5%; razão de risco combinada, 1,43; IC de 95%, 1,03 a 2,03) e taxas de remissão (46,0% vs. 25,7%; razão de risco combinada, 1,79; IC de 95%, 1,08 a 2,98) foram superior no grupo que utilizaram os ISRS (FEBRASGO, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desse contexto, pode-se considerar que mães portadoras da DPP possuem uma diminuição significativa em vários aspectos no que se refere à qualidade de vida e do bem-estar físico e psíquico, podendo interferir diretamente na relação mãe-filho. Falta de atividade física no período gestacional, má alimentação, episódios depressivos recorrentes, nascimento prematuro e aborto, além das questões genéticas e hormonais, são as principais causas para o surgimento deste quadro. Dessa forma, a severidade dos sintomas manifestados depende tanto de fatores endógenos quanto fatores exógenos. Assim sendo, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, sendo ele farmacológico ou não, como a terapia cognitiva comportamental, são de extrema necessidade para que as mães possam ter uma melhora global da qualidade de vida e assim, oferecer maior conforto e cuidado aos filhos.

REFERÊNCIAS

1. AGHAJAFARI F, et al. Vitamin D Deficiency and Antenatal and Postpartum Depression: A Systematic Review. *Nutrients*, 2018; 10(478): 1-15.
2. CAMPOS BC, RODRIGUES OMP. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. *Psico*, 2015; 46(4): 483-492.
3. CARDAILLAC C, et al. L'ocytocine et la dépression du post-partum. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2016; 0(0): 1-10.
4. CERNADAS JMC. Postpartum depression: Risks and early detection. *Arch Argent Pediatr*, 2020; 118(3): 154-155.
5. CINDY-LEE D, ELLEN DH. Intervenções psicossociais e psicológicas para tratamento da depressão pós-parto. *Database Syst Rev*, 2007; 4.
6. COLL CVN, et al. Efficacy of Regular Exercise During Pregnancy on the Prevention of Postpartum Depression. *JAMA*, 2019; 2(1): 1-12.
7. DINWIDDIE KJ, et al. Postpartum depression in adolescent mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2017; 39(3): 168-175.
8. FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Depressão Pós-parto. São Paulo: Febrasgo; 2020.
9. KERSTIS B, et al. Associação entre sintomas depressivos dos pais e vínculo prejudicado com o bebê. *Arch Womens Ment Health*, 2016; 19: 87-94.
10. LIN Y, et al. Association between Postpartum Nutritional Status and Postpartum Depression Symptoms. *Nutrients*, 2019; 11(1204): 1-13.
11. NAKAMURA A, et al. Physical activity during pregnancy and postpartum depression: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2019; 246: 29-41.
12. O'HARA MW; ENGELDINGER J. Treatment of Postpartum Depression: Recommendations for the Clinician. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2018; 0(0): 1-11.
13. OKUN ML. Disturbed Sleep and Postpartum Depression. *Curr Psychiatry Rep.*, 2016; 18(66): 1-7.
14. POROMAA IS, et al. Sex Differences in Depression During Pregnancy and the Postpartum Period. *Journal of Neuroscience Research*, 2017; 95: 719-730.
15. POYATOS-LEÓN R, et al. Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Birth*, 2017; 1-9.
16. SANTOS PL e SERRALHA AP. Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. *Barbarói*, 2015. n.43, p.<5-26
17. SILVA CS, et al. Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *Jornal de Pediatria*, 2017; 93(4): 356-364.
18. STEWART DE, VIGOD SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 2019; 70: 183-196.
19. STEWART DE, VIGOD SN. Postpartum Depression. *The New England Journal of Medicine*, 2016; 375(22): 2177-2186.
20. TOLENTINO EC, et al. Depressão pós-parto: conhecimento sobre sinais e sintomas em puérperas. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Abr.* 2016; 14(1): 59-66
21. UPADHYAY RP, et al. Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*, 2017; 95: 706-717.
22. VIEIRA ES, et al. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2018; 26: 1-8.