

UNIVERSIDADE CESUMAR UNICESUMAR
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

**ALTERAÇÕES PSICOFISIOLÓGICAS E AMBIENTAIS RELACIONADAS À
DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA**

CAMILLY GOUVEIA PPIO E MARIA FERNANDA DE ALMEIDA THEODORO
ORIENTADOR: DAVID THOMÉ FILHO

MARINGÁ – PR

2024

ALTERAÇÕES PSICOFISIOLÓGICAS E AMBIENTAIS RELACIONADAS À DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA

Camilly Gouveia Pupio, David Thomé Filho e Maria Fernanda de Almeida Theodoro

RESUMO

A gestação é um período de desenvolvimento fetal, sendo um processo fisiológico que cursa com alterações importantes, podendo causar sinais e sintomas de depressão na mãe. A depressão na gestação acomete mulheres com dificuldades socioeconômicas sócio-econômicas, falta de rede de apoio, antecedentes psiquiátricos, histórico de abortos, partos anteriores problemáticos, gestação não planejada, gestação de alto risco, baixa escolaridade e uso de álcool e drogas. Estudos na área apontam que aproximadamente 20% das gestantes sofrem de depressão durante o período gestacional, sendo que esta pode ser do grau leve ao grave, podendo inclusive se estender ao puerpério. Desse modo, é importante a avaliação no pré-natal e a capacitação dos profissionais da área de saúde na prevenção de depressão em gestantes, como também na identificação precoce, no cuidado e tratamento com melhor qualidade. O objetivo deste estudo é compreender as alterações fisiológicas e fatores de risco que predispõem à depressão durante a gestação. Foi realizada uma revisão de literatura de 2002 a 2021, em português e inglês, com base nos dados disponibilizados em Scielo (Scientific Electronic Library Online); PubMed (National Center for Biotechnology Information); Google Acadêmico; Tratado de Ginecologia Febrasgo; Obstetrícia de Williams; Rezende Obstetrícia; Tratado de Psiquiatria Clínica; Compêndio de Psiquiatria, Kaplan e Sadock; Endocrinologia Clínica, Vilar e DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Os dados analisados foram utilizados na escrita dos resultados, discussão e considerações finais.

Descritores: gravidez; fatores de risco; saúde da mulher; saúde mental

PSYCHOPHYSIOLOGICAL AND ENVIRONMENTAL CHANGES RELATED TO DEPRESSION DURING PREGNANCY: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT

Pregnancy is a period of fetal development, being a physiological process, which involves important changes that can cause signs and symptoms of depression in the mother. Depression during pregnancy affects women with socioeconomic difficulties, lack of a support network, psychiatric history, abortion history, previous birth problems, unplanned pregnancy, high-risk pregnancy, low education level and use of alcohol and drugs. Studies in the area indicate that approximately 20% of pregnant women suffer from depression during the gestational period, which can range from mild to severe, and can even extend into the postpartum period. Therefore, prenatal assessment and training of health professionals in preventing depression in pregnant women is important, as well as early identification and better quality care and treatment. The objective of this study is to understand the physiological changes and risk

factors that predispose to depression during pregnancy. A literature review from 2002 to 2021 was made, in Portuguese and English, based on data available in Scielo (Scientific Electronic Library Online); PubMed (National Center for Biotechnology Information); Academic Google; Febrasgo Gynecology Treaty; Williams Obstetrics; Rezende Obstetrics; Treatise on Clinical Psychiatry; Compendium of Psychiatry, Kaplan and Sadock; Clinical Endocrinology, Vilar and DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). The analyzed data was used for writing the results, discussion and final considerations.

Keywords: pregnancy; risk factors; women's health; mental health

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um período de significativas transformações físicas e pode ser considerada um quadro estressante devido às alterações hormonais e emocionais na vida de uma mulher (BORGES et al., 2016). Embora seja frequentemente associada à alegria, esse período também pode ser permeado por desafios emocionais, como preocupações sobre a saúde do feto, amamentação, momento do parto e expectativas sobre as mudanças no estilo de vida e cuidados com a criança (CUNNINGHAM et al., 2012).

Além disso, a gravidez e o puerpério podem ser estressantes o suficiente para provocar uma doença mental. Essa doença pode ser pré-existente ou o início de um novo distúrbio (CUNNINGHAM et al., 2012). O diagnóstico de depressão na gestação é complexo devido a dificuldade em diferenciar os sintomas próprios da gestação com os da depressão, mas quando associados aos fatores de risco, facilitam a diagnose de sinais e sintomas depressivos (BORGES et al., 2016).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), considera depressão a presença de cinco ou mais dos seguintes sintomas: humor deprimido, anedonia ou diminuição acentuada do interesse ou prazer, perda ou ganho de peso/apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva/inapropriada, redução da capacidade de pensar ou se concentrar e pensamentos recorrentes de morte ou ideação/tentativa de suicídio, por um período de duas semanas, os quais devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2016).

No mundo, a incidência de depressão na gestação varia de 20 a 30 %, sendo que no Brasil, a média é de 20% do total de gestantes (BORGES et al., 2016).

Em um estudo sobre prevalência de depressão durante a gravidez, foi observado que no primeiro trimestre 7,4% das gestantes apresentaram sintomas depressivos, no segundo, a prevalência foi de 12,8% e no terceiro trimestre 12%. Constatando assim, que durante o segundo e o terceiro trimestre da gestação, o diagnóstico e tratamento de depressão maior são de extrema importância (KROB et al., 2017).

Os principais fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de quadros depressivos durante a gestação e puerpério são: história prévia de doença psiquiátrica, história

familiar de transtornos de humor e de ansiedade, gravidez indesejada, histórico de abortos espontâneos, natimortos ou malformações congênitas, falta de experiência prévia, primigesta, baixa autoestima, conflitos conjugais, violência doméstica, abuso sexual, ausência de rede de apoio social e/ou familiar, instabilidade financeira ou ocupacional, baixa escolaridade e usuários de drogas lícitas e ilícitas (MONTENEGRO; REZENDE, 2013).

Entre as consequências analisadas decorrentes de depressão na gravidez, estão o parto prematuro, baixo peso ao nascer, redução de hábitos saudáveis maternos e cuidados com a gestação, efeitos nocivos no desenvolvimento neurológico do bebê que futuramente podem prejudicar a atenção, cognição, temperamento e emocional, principalmente nos primeiros anos de vida da criança (KLIEMANN; BOING; CREPALDI, 2017).

Além disso, a depressão na gestação é um dos fatores de risco mais relevantes para o surgimento de depressão pós-parto, tendo em vista que mulheres com histórico de episódios depressivos prévios têm até 25% de chance de desenvolver depressão pós-parto (MONTENEGRO; REZENDE, 2013).

Por fim, destaca-se a importância de tornar o cuidado pré-natal mais integral, sendo fundamental sensibilizar as equipes de saúde para que estas incluam em sua rotina de pré-natal questionamentos quanto à saúde mental da gestante e promover o fortalecimento da rede de apoio da mulher gestante, além de outros aspectos psicossociais (KLIEMANN; BOING; CREPALDI, 2017).

2 DEPRESSÃO EM GESTANTES

A gestação é um período composto de diversas adaptações, devido à alterações anatômicas, hormonais e emocionais, levando a um estresse significativo que pode predispor à doença mental. Esta doença pode ser decorrente de um distúrbio psiquiátrico pré-existente ou início de um novo distúrbio (CUNNINGHAM et al., 2012).

O estresse na gravidez pode ser consequência de diversos fatores como preocupações excessivas sobre a saúde fetal, receio do parto e angústia a respeito de incertezas pós-parto. A ansiedade gerada por esses fatores é fisiológica, estando presente na maioria das gestantes. Caso esta venha acompanhada de sinais e sintomas diagnósticos do transtorno, ela se torna patológica, desenvolvendo um quadro de depressão em gestantes (CUNNINGHAM et al., 2012).

Estudos indicam que o período de maior frequência de depressão na mulher é durante a gestação e puerpério, principalmente no primeiro e terceiro trimestre de gestação e 30 dias pós-parto (THIENGO et al., 2012).

O diagnóstico de depressão em gestantes torna-se difícil decorrente da semelhança dos sintomas próprios da gestação com os da depressão maior. Além disso, são exigidas às gestantes sentimentos de felicidade, realização, bem-estar e afeto, fazendo com que elas se sintam culpadas por não corresponderem a estas expectativas e envergonhadas em procurar ajuda (BORGES et al., 2016).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) preconiza que para o diagnóstico de depressão maior, é necessário a presença de cinco dos nove sintomas estabelecidos, sendo eles: humor deprimido, perda de interesse/prazer, perda ou ganho de peso significativo, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa, capacidade diminuída de pensar ou se concentrar e pensamentos recorrentes de morte. Além disso, é obrigatório que pelo menos um dos sintomas seja humor deprimido ou perda de interesse/prazer, estando eles presentes durante um período mínimo de duas semanas e ocasionando uma mudança no funcionamento habitual (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Muito se fala em depressão pós-parto (DPP), porém existe uma maior incidência de depressão materna durante o período pré-natal. Caso esta condição esteja presente na gestação, constitui-se um importante fator de risco para o desenvolvimento de DPP (SAVIANI-ZEOTI; PETEAN, 2015).

No Brasil, não foram realizados estudos significativos sobre a prevalência de depressão no período gestacional. Porém, de acordo com os dados coletados, a prevalência nos países desenvolvidos varia de 10 a 15%, e nos países em desenvolvimento entre 20 e 25% (THIENGO et al., 2012).

Com base em uma revisão no banco de dados Cochrane em 2007, relata-se que a prevalência de depressão pré-natal é de 10,70%, e que pelo menos 60% das mulheres que realizavam o uso de antidepressivos antes da gestação apresentaram sintomas durante a gravidez. As estimativas para a atualidade são mais altas, decorrente do aumento de informações, fatores de risco e diagnóstico (CUNNINGHAM et al., 2012).

2.1 INFLUÊNCIA HORMONAL NO DESENVOLVIMENTO DE DEPRESSÃO EM GESTANTES

2.1.1 ESTROGÊNIO E PROGESTERONA

A gestação, quando tratando de endocrinologia, é dividida em fase ovariana (primeiras 8 a 9 semanas) em que o corpo gravídico é estimulado pela gonadotrofina coriônica humana (hCG) e sintetiza esteroides, e a fase placentária (depois de 8 a 9 semanas), em que a placenta passa a ser a principal produtora de esteroides (MONTENEGRO; REZENDE, 2013).

Os esteroides, progesterona e estrogênio sofrem aumento progressivo durante toda a gestação, alcançando seus níveis máximos próximos ao parto (MONTENEGRO; REZENDE, 2013).

Já se sabe da relação entre a queda abrupta desses hormônios após o nascimento do bebê com o surgimento do puerpério, período de esgotamento emocional materno, seguidos de medo, ansiedade e preocupações excessivas, podendo em alguns casos evoluir para uma depressão pós-parto (DPP) (BORGES et al., 2021).

O estrogênio tem ação neuroprotetora e possui papel modulador na função serotoninérgica, em que suas concentrações são diretamente proporcionais. É decorrente deste fato a fisiopatogenia da DDP, pois ao cair abruptamente os níveis de estrogênio, reduzem também os de serotonina (CUNNINGHAM et al., 2012).

Seguindo este raciocínio, os altos níveis de estrogênio funcionam como um fator protetor para o desenvolvimento de depressão em gestantes, que ocorre devido a fatores independentes deste hormônio.

2.1.2 PROLACTINA

A prolactina é um dos hormônios que possuem concentrações aumentadas durante a gestação, pois está relacionada com o estímulo das glândulas mamárias à produção de leite. Este hormônio sofre influência da serotonina, que é um neurotransmissor que aumenta a sua síntese. Indivíduos que possuem depressão, apresentam níveis reduzidos de serotonina . Decorrente deste fato, é de extrema importância o diagnóstico e tratamento da depressão em gestantes, desde o tratamento psicoterápico até o medicamentoso, para que os níveis de

serotonina normalizem, não causando prejuízo na prolactina, com consequente síntese de leite e manutenção da amamentação (CUNNINGHAM et al., 2012).

2.1.3 CORTISOL

O Hormônio Liberador de Corticotrofina (CRH) apresenta aumento expressivo dos seus níveis plasmáticos no último trimestre de gestação (MONTENEGRO; REZENDE, 2013). Ele é um neurotransmissor que possui importante papel na resposta comportamental e adaptativa durante períodos de estresse. Os receptores de CRH (rCRH) localizam-se em regiões cerebrais como o sistema límbico, formado pela amígdala, núcleo accumbens e hipocampo, responsáveis pelas emoções (AYALA, 2002).

Pesquisas realizadas em animais e humanos apresentam resultados de que o CRH em altas concentrações possui importante papel da fisiopatologia de algumas condições psiquiátricas, como ansiedade e depressão (AYALA, 2002).

Sabe-se que a placenta atua como um órgão endócrino produzindo o CRH placentário, levando à uma hiperativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que por sua vez, aumenta a liberação de cortisol pela glândula adrenal (BORGES et al., 2021).

A hipercortisolemia está relacionada ao aumento no risco de desenvolvimento de sintomas depressivos, os quais fazem parte do diagnóstico de depressão maior (MELLO et al., 2007). Além disso, a elevação nas concentrações de cortisol inibe a liberação de melatonina, levando a uma má qualidade de sono na gestante, com frequente despertar noturno a partir da 12 semana de gestação, o que também contribui para o quadro depressivo (CUNNINGHAM et al., 2012).

2.1.4 TSH

No primeiro trimestre de gestação, a gonadotrofina coriônica humana (hCG) estimula a tireoide, culminando no aumento da produção dos hormônios tireoidianos, necessários para o desenvolvimento cerebral do feto e consequente inibição da hipófise com queda transitória do Hormônio Tireoestimulante (TSH) (MONTENEGRO; REZENDE, 2013).

Durante o segundo trimestre até o final da gestação, ocorre aumento da globulina ligadora de tiroxina (TBG), influenciada pelo aumento de estrogênio, fazendo com que ocorra uma queda periférica de 10 a 15%, nos níveis dos hormônios da tireoide Triiodotironina (T3)

e Tiroxina (T4), resultando numa maior estimulação do eixo hipotálamo-hipófise-tireoide e consequente aumento das concentrações do TSH (MONTENEGRO; REZENDE, 2013).

Têm-se encontrado uma alta prevalência de transtornos do humor, em particular, de depressão maior, nos pacientes portadores de doenças endócrinas.

O aumento de TSH durante a gestação é equivalente ao quadro de hipotireoidismo, em que a prevalência de sintomas depressivos podem chegar a até 50% dos casos (BAHLS; CARVALHO, 2004).

2.2 FATORES DE RISCO

Os fatores de risco identificados que contribuem para o surgimento de depressão no período gestacional e puerperal são: doença psiquiátrica prévia, história familiar de transtornos de humor e ansiedade, gravidez indesejada, gestação de alto risco, histórico de abortos espontâneos, natimortos ou malformações congênitas, falta de experiência prévia em papéis maternais ou experiências negativas com a própria mãe, baixa autoestima, conflitos conjugais, história de abuso sexual, ausência de rede de apoio social e/ou familiar, instabilidade financeira e/ou ocupacional, baixa escolaridade, estressores ambientais e abuso de substâncias (CUNNINGHAM et al., 2012).

2.2.1 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

O nível de estresse e ansiedade é expressivamente mais alto em mulheres que receberam o diagnóstico de malformação fetal, risco para anomalia, trabalho de parto prematuro, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, diabetes gestacional, doença hipertensiva específica da gravidez ou com outras complicações obstétricas (BAPTISTA; BAPTISTA, 2005; SAVIANI-ZEOTI; PETEAN, 2015).

2.2.2 REDE DE APOIO

Durante a gestação, ocorre uma transição na dinâmica familiar, impondo reorganizações psíquicas, familiares, econômicas e sociais. A relação com o parceiro e familiares, vínculos afetivos e rede de apoio influenciam esse momento significativamente (KLIEMANN; BOING; CREPALDI, 2017).

A assistência à gestante tem-se voltado para o recém-nascido, que ao nascer, passa a receber toda a atenção da mãe, pai, família e qualquer forma de rede de apoio, esquecendo-se muitas vezes das necessidades físicas e psicológicas da mãe (DE SOUZA MOURA et al., 2015).

O apoio familiar e social possui importante papel em diversas fases estressantes da vida, e durante a gestação não seria diferente, pois permite um amparo aos sentimentos e dificuldades encontradas pela gestante, assim ela passa a também se sentir cuidada (THIENGO et al., 2012).

Além disso, a mulher sente culpa e preocupação com a possibilidade de não conseguir conciliar suas funções familiares e profissionais, temendo muitas vezes o retorno ao trabalho. Este acúmulo de tarefas, associado à falta de rede de apoio, pode deixar a mulher suscetível à evolução de um quadro depressivo (DE SOUZA MOURA et al., 2015).

2.2.3 DESEMPREGO

O desemprego é considerado um importante fator para o desenvolvimento de depressão na gestação. A falta de fonte de renda familiar, pode gerar ansiedade e aumentar o estresse decorrente das despesas da gestação e preparação para o nascimento do bebê, além de aumentar as incertezas sobre o futuro (DA SILVA et al., 2020).

2.2.4 USO DE ÁLCOOL, TABACO E DROGAS ILÍCITAS

O tabagismo tem grande influência no desenvolvimento de depressão, pois existem evidências de que o uso de nicotina atua nos sistemas neuroquímicos, afetando mecanismos relacionados à regulação do humor. O indivíduo depressivo tende a utilizar o cigarro para aliviar os sentimentos de tristeza. Durante a gestação, o tabagismo, ao ser interrompido, pode predispor à depressão. O uso de álcool e outras drogas também predispõe à gestante à depressão através do mesmo mecanismo neuro-compensatório (THIENGO et al., 2012).

2.2.5 BAIXA ESCOLARIDADE

A baixa escolaridade é considerada como um dos fatores de risco que influenciam na saúde da gestante, pois a educação amplia os conhecimentos em relação às alterações e acontecimentos no período gestacional, quais os novos comportamentos e atitudes devem ser tomados para uma gestação mais saudável e aumenta as possibilidades de um bom futuro para a mãe e criança (DA SILVA et al., 2020).

2.2.6 ADOLESCÊNCIA

A gravidez na adolescência está associada a uma pior saúde gestacional quando relacionada aos hábitos maternos, a uma maior incidência de depressão durante a gestação e pós-parto, e também a um risco elevado de suicídio (DE SOUZA MOURA et al., 2015).

2.3 CONSEQUÊNCIAS DA DEPRESSÃO EM GESTANTES

Desfechos obstétricos negativos como parto prematuro, bebês com baixo peso ao nascer, sofrimento fetal, pré-eclâmpsia e depressão pós-parto são consequências de depressão na gravidez (CUNNINGHAM et al., 2012; HALES; YUDOFSKY; GABBARD, 2012).

A presença de estresse, ansiedade e depressão no período gestacional estão associados também a efeitos nocivos no desenvolvimento neurológico do feto, que pode ter alterações futuras no desenvolvimento cognitivo e motor, regulação de atenção, temperamento e regulação emocional nos primeiros anos de vida (KLIEMANN; BOING; CREPALDI, 2017).

Além disso, como a depressão na gestação está relacionada a um maior risco de depressão pós-parto, pode surtir efeitos no funcionamento psicossocial da criação do vínculo mãe-bebê (SAVIANI-ZEOTI; PETEAN, 2015).

Quadros depressivos não diagnosticados e tratados na gestação, aumentam o risco de desnutrição materno-fetal, não seguimento de orientações médicas de saúde no pré-natal, diminuindo a frequências em consultas e cuidado com o feto, além de aumentar o risco de exposição a vícios como tabaco, álcool e outras drogas (BORGES et al., 2016).

2.4 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A assistência pré-natal, que tem como objetivo o acolhimento da gestante desde o início da gestação, é um dos principais meios de identificação de alterações na saúde mental materna (KLIEMANN; BOING; CREPALDI, 2017).

Os profissionais da área da saúde não estão capacitados para identificar gestantes deprimidas, oferecer suporte emocional e tratá-las corretamente. Portanto, é de extrema importância tornar o pré-natal completo, com a qualificação destes profissionais sobre o tema depressão em gestantes, cuja análise deve ser incluída na rotina do pré-natal, para que ocorra a identificação precoce dos fatores de risco e ambiente em que a gestante se encontra,

culminando no diagnóstico, tratamento e suporte psicológico o mais rápido possível, melhorando a qualidade de vida da mãe e do feto (BORGES et al., 2016).

4 CONCLUSÃO

A gestação, embora frequentemente associada a sentimentos de alegria e expectativa, é também um período marcado por intensas mudanças físicas, hormonais e emocionais que podem predispor a mulher ao desenvolvimento de doenças mentais, incluindo a depressão. A complexidade do diagnóstico de depressão durante a gravidez, devido à sobreposição dos sintomas gestacionais e depressivos, agrava a situação, tornando essencial uma abordagem cuidadosa e integral no cuidado pré-natal.

Estudos indicam que a incidência de depressão gestacional varia significativamente ao longo dos trimestres da gravidez e está associada a diversos fatores de risco, como histórico de transtornos mentais, condições socioeconômicas adversas e falta de apoio social. Esses fatores de risco não apenas elevam a probabilidade de depressão durante a gestação, mas também têm consequências adversas para a saúde obstétrica e o desenvolvimento do feto. Além disso, alterações hormonais específicas da gestação, como os níveis elevados de estrogênio, progesterona, prolactina e cortisol, desempenham um papel crucial na predisposição para a depressão.

Ademais, a depressão na gestação pode levar a desfechos obstétricos negativos, como parto prematuro e baixo peso ao nascer, além de impactos no desenvolvimento neurológico da criança e maior risco de depressão pós-parto, por esse motivo, a identificação e o tratamento precoce são fundamentais para a prevenção deste distúrbio. A implementação de um cuidado pré-natal integral, que inclua a avaliação da saúde mental materna e o fortalecimento da rede de apoio à gestante, é essencial para melhorar os desfechos maternos e neonatais.

Portanto, torna-se necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados para reconhecer e tratar a depressão durante a gestação, promovendo um cuidado abrangente que aborde tanto os aspectos físicos quanto os emocionais da gestante. Dessa forma, será possível proporcionar um suporte adequado às mulheres durante esse período, garantindo uma melhor qualidade de vida para elas e para seus filhos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2013.

AYALA, Alejandro R. Antagonistas do hormônio liberador de corticotrofina: atualização e perspectivas. **Institutes of Health, Pediatric and Reproductive Endocrinology Branch**. Maryland, USA: Bethesda 2002.

BAHLS, Saint-Clair; CARVALHO, Gisah Amaral de. A relação entre a função tireoidiana e a depressão: uma revisão. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 26, p. 41-49, 2004.

BAPTISTA, Adriana Said Daher; BAPTISTA, Makilim Nunes. Avaliação de depressão em gestantes de alto-risco em um grupo de acompanhamento. **Interação em psicologia**, v. 9, n. 1, 2005.

BORGES, Ana Raquel Ferreira et al. Alterações dos hormônios cortisol, progesterona, estrogênio, glicocorticoides e hormônio liberador de corticotrofina na depressão pós-parto. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, n. 14, 2021.

BORGES, Denize Aparecida et al. A depressão na gestação: uma revisão bibliográfica. **Revista de iniciação científica da libertas**, v. 1, n. 1, 2016.

CUNNINGHAM, F. Gary, et al. **Obstetrícia De Williams**. 23a ed. Porto Alegre: MGH, 2012.

DA SILVA, Bianca Aparecida Brito et al. Depressão em gestantes atendidas na atenção primária à saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020.

DE SOUSA MOURA, Valéria Feitosa et al. A depressão em gestantes no final da gestação. SMAD, **Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 11, n. 4, p. 234-242, 2015.

FERNANDES, Cesar Eduardo; SÁ, Marcos Felipe Silva de. **Tratado de Ginecología Febrasgo**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

HALES, Robert E.; YUDOFSKY, Stuart C.; GABBARD, Glen O. **Tratado de psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Elsevier, 5a Ed., 2012

KLIEMANN, Amanda; BÖING, Elisangela; CREPALDI, Maria Aparecida. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. **Mudanças-Psicologia da saúde**, v. 25, n. 2, p. 69-76, 2017.

MELLO, Andrea Feijo et al. Depressão e estresse: existe um endofenótipo?. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 29, p. s13-s18, 2007.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE, Filho. **Rezende Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013

KROB, Adriane Diehl et al. Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 3-16, 2017.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Porto Alegre: Artmed Editora, 11a Ed., 2016.

SAVIANI-ZEOTI, Fernanda; PETEAN, Eucia Beatriz Lopes. Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 32, p. 675-683, 2015.

THIENGO, Daiana Lima et al. Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 20, p. 416-426, 2012.

VILAR, Lucio. **Endocrinologia clínica**. 7^a ed., Guanabara Koogan, 2020.

