**INSTITUTO ENSINAR BRASIL**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DOCTUM DE TEÓFILO OTONI**

**CAROLINE RODRIGUES PACHECO**

**DEPRESSÃO PUERPERAL:** **CAUSAS, DIAGNÓSTICO, PROCESSOS PSICOSSOCIAIS E VIVÊNCIA DO TRANSTORNO PELA MULHER.**

**TEÓFILO OTONI**

**2019**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DOCTUM DE TEÓFILO OTONI**

**CAROLINE RODRIGUES PACHECO**

**DEPRESSÃO PUERPERAL: CAUSAS, DIAGNÓSTICO, PROCESSOS PSICOSSOCIAIS E VIVÊNCIA DO TRANSTORNO PELA MULHER.**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Doctum de Teófilo Otoni, como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Psicologia**

**Área de concentração: Psicologia Cognitiva Comportamental**

**Orientador Prof. Wallasce Almeida Neves**

**TEÓFILO OTONI**

**2019**

 ****

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DOCTUM DE TEÓFILO OTONI**

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado CENTRO UNIVERSITÁRIO DOCTUM DE TEÓFILO OTONI, elaborado pela aluna **CAROLINE RODRIGUES** **PACHECO** foi aprovado por todos os membros da banca examinadora e aceita pelo curso de PSICOLOGIA do Centro Universitário Doctum de Teófilo Otoni como requisito parcial para a obtenção do título de

**BACHAREL EM PSICOLOGIA**

Teófilo Otoni, 06 de dezembro de 2019.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prof. Orientador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Examinador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Examinador

Dedico especialmente á minha família e todos aqueles que colaboraram de uma certa forma para o meu objetivo.

**AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus que me proporcionou conquistar mais um sonho, que não foram dias fáceis, mas ele me deu forças para continuar com toda as minhas forças. A minha família que é o meu alicerce, que sempre acreditou em mim e que me incentiva a todo momento. Ao meu orientador Wallasce Almeida Neves que se prontificou a me ajudar nesse processo e me deu motivos para não desistir. Apesar de tudo valeu a pena e é de grande satisfação que agradeço á todos que estiveram ao meu lado e que estão diante dessa grande vitória!

“O sucesso não consiste em não errar, mas em não cometer os mesmos equívocos mais de uma vez.”

**(George Bernard Shaw)**

**RESUMO**

O período da gestação desencadeia na imaginação da gestante uma série de momentos felizes junto ao bebê, porém, essa realidade não segue necessariamente para tais momentos. Sendo assim um período de mudanças fisiológicas, sociais, familiares e psicológicas, podendo também ser um aumento de sintomatologia ou de desenvolvimento após o nascimento do bebê. As alterações acontecem de maneira acelerada e em todos os âmbitos do ambiente familiar e propriamente na mulher durante esse processo. Dessa forma, a partir do nascimento do bebê, há um desencadeamento da puérpera a um sentimento de vazio, de solidão, em que as atenções estarão voltadas para o bebê e não para ela. Consequentemente, momentos esses que desenvolve na mulher uma série de transtornos depressivos. Sendo que as condições dessa mulher também favorecem durante a gestação e pós-parto um desenvolvimento de um transtorno depressivo, fatos indesejáveis e fatores sociais. Mas há várias possibilidades de intervenções para que as mães com o transtorno depressivo possam se ajudar e manter esse período com estabilidade.

**Palavra-Chave:** Puerperal, Transtorno Depressivo, Gestação.

**ABSTRACT**

The gestation period triggers a series of happy moments with the baby in the pregnant woman's imagination, but this reality does not necessarily follow for such moments. Thus, it is a period of physiological, social, family and psychological changes, and may be an increase in symptoms or development after the birth of the baby. Changes happen at an accelerated rate and in all areas of the family environment and in women during this process. In this period, there are great possibilities of sensation. Thus, from the birth of the baby, there is a triggering of the postpartum to a feeling of emptiness, loneliness, in which the attention will be focused on the baby and not on her. Consequently, these moments develop in women a series of depressive disorders. The condition of this woman also favors the development of a depressive disorder, unwanted facts and social factors during pregnancy and postpartum. However, there are several possibilities for interventions so that mothers with depressive disorder can help themselves and maintain this period with stability.

**Keyword:** Postpartum, Depressive Disorder, Pregnancy

**SUMÁRIO**

[1 INTRODUÇÃO 17](#_Toc26186923)

[2 REFERENCIAL TEÓRICO 19](#_Toc26186924)

[**2.1 Aspectos teóricos sobre o diagnóstico da depressão pós-parto.** 19](#_Toc26186925)

[**2.2 Implicações da depressão pós-parto na vida da mulher** 24](#_Toc26186926)

[**2.3 Processo Biopsicossocial** 25](#_Toc26186927)

[**2.4 A depressão feminina no puerpério** 28](#_Toc26186928)

[**2.5 intervenção psicoterapêutica para casos de depressão pós-parto.** 29](#_Toc26186929)

[3 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA 31](#_Toc26186930)

[**3.1 Classificação da pesquisa quanto aos fins** 31](#_Toc26186931)

[**3.2 Classificações da pesquisa quanto aos meios** 31](#_Toc26186932)

[**3.3 Análise e interpretação** 32](#_Toc26186933)

[4 Resultados e Discussão 33](#_Toc26186934)

[**4.1 Discussão** 33](#_Toc26186935)

[CONSIDERAÇÕES FINAIS 35](#_Toc26186936)

[REFERÊNCIAS 37](#_Toc26186937)

**1 INTRODUÇÃO**

Historicamente a construção da identidade é fator preponderante que marca toda a trajetória durante a vida do sujeito, e ainda na infância, a menina cresce sendo edu­cada para ser mãe, os brinquedos e as brincadeiras, as roupas, as cores, tudo leva a uma direção. Tal criação tem sofrido muitas críticas, porque “visa” o bom desempe­nho e o despertar para a maternidade, transmitindo para a mulher uma imagem idealizada, a qual nem sempre é vivenciada após o nascimento de seu filho. E em situações como gravidez na adolescência, por exemplo, essa situação tende a se tornar insustentável psicologicamente, principalmente pós puerpério.

Ao chegar à gestação e o puerpério a mulher se acha em um conjunto de situações de transição importantes na vida na qual cada um desses momentos tem a sua especificidade e exige uma que seja feita avaliação com especial atenção, pois envolvem mudanças e dai decorrem situações que podem e que irão refletir de maneira direta na saúde mental da mulher. Assim, “o conflito entre o esperado culturalmente e a mudança biopsicossocial evidente podem influenciar um transtorno mental”. (GUEDES et ali, 2011)

Neste sentido, o trabalho desenvolvido teve ênfase na revisão de literatura acerca da Depressão Pós-Parto, destacando a importância do diagnóstico, principalmente do diagnóstico precoce e das implicações do ambiente social, econômico, afetivo, emocional e familiar. Não é citado aqui de forma detalhada, mas os fatores psicológicos, como o histórico familiar também deve ser discutidos. O diagnóstico é muito importante porque irá proporcionar uma intervenção procurando atingir o melhor da condição de saúde para a gestante e consequentemente para a criança.

A depressão pós-parto é vista como um transtorno depressivo e de comportamento claramente ansioso, surgindo assim no período perinatal. O puerpério sendo uma etapa que dura de 5 a 6 semanas.

Cantilino (2010), afirma que dentre todas as fases da vida da mulher, o puerpério é a fase de mais vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos , dado que, o período de gestação e pós-parto é um momento delicado na vida da mulher, repleto de instabilidades, tanto emocionais quanto fisiológicas tendo em vista uma desordem na sua vida pessoal e social.

Levando-se em consideração que a gravidez é uma situação que envolve o meio social e que acompanha o processo psicológico da gestante/puérpera. Tendo em vista que a mãe durante esse processo sofre algumas alterações hormonais, físicas e emocionais, mudanças que são involuntárias trazendo sérios desequilíbrios no estado de humor.

 Aspectos esses que são particulares deste grave transtorno, com as concepções desses desequilíbrios na mulher de certo modo faz parte das características femininas.

 Em consequências desses aspectos podemos apresentar o seguinte problema: Quais são as questões em correlação a depressão pós-parto e as implicações deste na vida da mulher? Sendo necessário enfatizar a família que de certo modo agrega nesse período de conflito interno na mulher, de insegurança e fragilidade que a atormenta.

**2 REFERENCIAL TEÓRICO**

**2.1 Aspectos teóricos sobre o diagnóstico da depressão pós-parto.**

Segundo Guedes et ali (2011, p.149) as doenças psiquiátricas do pós-parto foram “reconhecidas como transtorno específico há pouco tempo”. Em razão disso são ainda pouco pesquisadas mesmo sendo reconhecidas como antigas e o pouco conhecimento cientifico. Uma questão importante que os autores mostram é que existe uma morbidade e frequência com que acometem as puérperas e que tem identificação importante identificação com esse transtorno especificamente e com os quadros próximo como baby blues. A “prevalência de depressão pós-parto (DPP) é de 10-15%, com estudos apontando para 22%”. A sua etiologia é “multifatorial e inclui fatores biológicos, psicológicos e sociais, podendo durar até um ano após o parto”.

O diagnóstico da depressão pós-parto é um dos objetivos específicos deste trabalho para tanto o que se busca é trazer informações sobre como os aspectos teóricos se juntam aos achados clínicos e ainda as controvérsias que muitos autores apresentam sobre a forma como esse diagnóstico deve ser feito, por exemplo, em caso de divergência temporal pode-se ter um diagnóstico bem diferente de outro, outra questão importante é consideração de elementos psicossociais complexos, e a forma como se pode considerar cada uma deles e o “peso” que podem ter no diagnóstico final e depois na intervenção/tratamento.

Para Mendes e Sena (2017, p.1), a depressão pós-parto tem um conjunto de causas que são definidas como fatores biopsicossociais e desta forma vão mudar à medida que o tempo passa e o contexto social muda, o sistema de assistência evolui social, os papeis do homem e da mulher vão se adaptando para a chegada do bebê, o papel do homem muda também e ele passa a ser a se envolver mais no processo de gestação e cuidados como o recém-nascido:

A etiopatologia [o mecanismo de ação que causa do transtorno] da doença não foi ainda bem definida e provavelmente envolve fatores biopsicossociais. Assim, o estabelecimento de possíveis fatores de risco contribui para uma melhor compreensão da doença e para a elaboração de estratégias de prevenção e diagnóstico precoce. A depressão materna pode ocorrer no período de até 12 meses após o parto (período pós- parto), possui as mesmas características da depressão na população em geral, como humor deprimido, perda de interesse ou prazer pelas coisas, sentimentos de baixa autoestima e diminuição da concentração. Além disso, frequentemente esse período é marcado por alterações hormonais e mudanças no caráter social, na organização familiar e na identidade feminina. A maioria dos estudos refere que a DPP atinge de 10 a 15% das mulheres.

Para Zinga, Phillips e Born (2005, p.56), no que se refere à etiologia da depressão pós-parto:

O conhecimento atual sugere que algumas mulheres possuem uma sensibilidade particular a alterações hormonais, começando no início da menarca, o que aumenta sua vulnerabilidade aos estressores psicológicos, ambientais e fisiológicos durante a menacme [período fértil da mulher que se inicia na primeira menstruação e vai até o momento da menopausa]. Em mulheres suscetíveis, esses estressores desencadeiam a alteração de um estado já vulnerável para a manifestação de um transtorno do humor especificamente feminino em momentos de altas flutuações hormonais, tais como no parto.

Campos e Rodrigues (2015, p. 484) afirmam que não existe indicação de diferença de gênero quando se fala em saúde mental dos sujeitos e o risco de desenvolvimento de alguns transtornos é mais os menos distribuídos da mesma forma, o que pode ocorrer é que “identifica-se variações em relação à predominância dos transtornos”.

Fatores relacionados à maior ocorrência na população feminina são como, por exemplo, a depressão, tem uma relação como aspectos: “psicossociais (historicamente ligados à maior vulnerabilidade social e dependência financeira; multiplicidade de papéis; problemas conjugais e familiares); história de distúrbios emocionais, como stress e ansiedade, pré-existentes.” Se somando a estas as alterações hormonais, segundo os autores é forte a “relação entre a diminuição do estrogênio e o desenvolvimento de depressão”.

Para Aliane, Mamede e Furtado (2015, p.145-146), a caracterização da depressão pós-parto não tem uma diferenciação noológica [ramo da medicina que se dedica à classificação das doenças/transtornos não do transtorno depressivo descrito no DSM-IV, senão pelo “especificador “com início no pós-parto” (quatro semanas após o parto) (APA, 1994)”.

Entretanto, tanto os “sintomas quanto os fatores de risco” da depressão pós-parto podem apresentar algumas diferenciações e especificidades em relação ao transtorno depressivo. “Há uma hipótese de base endócrina para a depressão em mulheres que diz respeito às alterações hormonais”. Isto explicaria porque as mulheres estão mais propensas à depressão no período pré-menstrual, pós-parto e menopausa”. Esse sistema de diagnóstico reforça uma crítica feita abaixo com relação ao diagnóstico com base nos Manuais e aponta o uso de escalas para que haja mais acertos.

Com relação ao diagnóstico um importante ponto a ser considerado é o fator hormonal e o sistema de ciclos tanto para períodos menstruais como para o ciclo de fertilidade no início da vida fértil como ao final no momento da menopausa.

Segundo Santos Junior (2012) afirma a ocorrência da depressão pós-parto não é um transtorno isolado e o seu quadro pode evoluir desde uma ocorrência mais simples de um episódio depressivo, como o Baby Blues, por exemplo, para um quadro de depressão pós-parto e terminando com a sua gravidade máxima na psicose pós-parto. Atingindo todos os grupos étnicos e culturais da mesma forma e chama atenção a sua forte ligação aos aspectos relacionados do transtorno com o histórico familiar e vivencial da gestante:

A depressão está entre uma das principais causas de incapacidade entre as mulheres (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2009:

O‟Hara,( 2009), sendo a idade fértil o período com maior prevalência de episódios depressivos (Goodman, 2007; O‟Hara, 2009). Transtornos mentais no pós- parto afetam mulheres de todos os grupos étnicos e culturais (Oates et al., 2004). Os transtornos mais comuns durante esse período são a disforia puerperal, a depressão e a psicose pós-parto. Em descrição breve, a disforia puerperal é caracterizada como uma simples alteração do humor, com prevalência entre 30 e 70%, que pode ocorrer no pós-parto imediato e geralmente tem remissão espontânea ao longo de duas semanas (Registered Nurses‟ Association of Ontario [RNAO], 2005). Por outro lado, a psicose pós-parto é considerada o transtorno mental mais grave do puerpério; com prevalência em torno de 0,1 a 0,2% ao longo das duas primeiras semanas de pós-parto. Essa prevalência pode ser maior para mulheres com forte histórico familiar de transtorno bipolar ou esquizofrenia (Jones, Craddock, 2001). (SANTOS JUNIOR, 2012, p.20).

Para Sadock (2017) a depressão pós-parto, especialmente com aspectos psicóticos, tem início e término rápidos, com duração menor que três (3) meses, por outro lado indica que é muito claro o quadro da depressão pós-parto. Segundo Sadock (2017) muitas mulheres vivem uma experiência afetiva muito intensa entre as 4 e 6 semanas no pós-parto e esses sinais e sintomas relatados são coincidentes com o quadro do Baby Blues e esse quadro está relacionado a uma percepção de tristeza, angústia, uma oscilação de humor e condição de subjetividade frágil com muitas dúvidas e insegurança. Importante dizer que o Baby Blues não é uma ocorrência patológica.

No quadro abaixo apresentado por Sadock (2017, p.839) é apresentado um conjunto de características que marcam um e outro quadro. Esse quadro discutido mais adiante, mas já se pode observar uma grande diferença na incidência de e outro caso, a condição de estresse associado e a influencia sócio cultural.



O processo de remissão dos sintomas acontece em um prazo mais ou menos fixo e a continuidade é que vai configurar o quadro de depressão pós-parto, o que é um apontamento que indica para um processo cíclico. Essa condição é impactante sobre o humor da gestante, porem não se pode dizer de um transtorno, mas de um conjunto de sinais e sintomas (SANTOS JUNIOR, 2012).

 Santos Junior (2012, p.22), reforça a informação acima e ainda faz uma importante diferenciação entre a depressão pós-parto outra modalidade de depressão, dizendo que mesmo com muitas “similaridades”, a depressão pós-parto “é caracterizada por sintomas particulares ou mais intensos relacionados à maternidade”:

A DPP pode afetar as mulheres em qualquer momento “entre duas semanas e um ano de pós-parto (Heron et al., 2004), sendo caracterizada por sentimento de tristeza, perda de prazer e interesse nas atividades cotidianas”, outros sintomas que estão presentes são também comuns a outros casos de depressão sem essa especificidade , que são, “alteração de apetite e do sono, redução da libido, perda de peso, sentimento de culpa e, em alguns casos, ideias suicídas, entre outros”. Apesar das similaridades entre a DPP e a depressão não relacionada com a maternidade, a depressão pós-parto “é caracterizada por sintomas particulares ou mais intensos” esses sintomas são relacionados à maternidade, como: “falta de interesse na criança, sentimentos de vergonha, desesperança, possíveis pensamentos de machucar a criança e/ou pensamentos obsessivos com a criança”. (SANTOS JUNIOR, 2012, p.22).

 Com relação Prevalência de depressão na gravidez Zinga, Phillips e Born (2005, p.57) estima-se que:

[...] que de 25 a 35% das mulheres apresentam sintomas depressivos na gravidez e que até 20% das mulheres podem preencher os critérios para depressão. Encontrou-se que os índices de sintomas depressivos são mais altos durante o terceiro trimestre do que seis meses após o parto. Durante a gravidez, no entanto, os pesquisadores encontraram um pico na depressão no primeiro trimestre, uma melhoria dos sintomas durante o segundo semestre e um aumento do índice de depressão durante o terceiro trimestre.

E Santos Junior (2012, p.22) aponta que a prevalência da depressão pós-parto no Brasil tem características particulares e não se existe consistência de informações em que se possa basear com muita segurança.

Para Brum (2017, p.92) um dos principais problemas para o diagnóstico é o que se denominou de temporalidade, ou seja, quanto tempo a paciente deve permanecer com os sinais e sintomas para se dizer à qual quadro deve se aplicar o diagnóstico, ainda aponta uma divergência com relação ao que ela chama de Manuais Oficiais – CID - 10 e DSM – V. “O CID-10 afirma ser em até 6 semanas após o parto; o DSM-V, por sua vez, alega ser da gestação até 4 semanas após o parto”. Em pesquisa bibliográfica “artigos científicos da área apresentam um prazo que se estende da gestação até um (1) ano após o parto”.

Quanto ao principal guia para diagnóstico no Brasil, o DSM, Brum (2017, p.93) afirma que “última versão: o DSM-V; publicada no Brasil em 2014, passou a utilizar o especificador “com início no periparto”, permitindo a realização do diagnóstico na gestação e em até quatro semanas após o parto”. Nesse caso um avanço para as versões anteriores é o fato de incluir o “período gestacional no diagnóstico foi um avanço importante, visto que 50% dos episódios de DPP começam antes do parto (APA, 2013)”. Isso significa que o diagnóstico pode ser feito ao longo de um tempo maior e envolvendo mais profissionais para o levantamento das informações sobre a condição da gestante.

Ainda segundo a mesma autora segundo os critérios do DMS V:

Assim podemos referir que as características principais descritas no diagnóstico de depressão são definidas pela presença obrigatória de humor depressivo ou anedonia (diminuição ou perda do interesse nas atividades anteriormente agradáveis), associada a quatro dentre os demais sintomas: mudança significativa de peso ou do apetite, insônia ou sono excessivo, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa, perda de concentração e ideias de morte ou suicídio. Os sintomas precisam estar presentes pelo período mínimo de duas semanas. Entretanto, o quadro que ocorre no pós-parto pode incluir acentuada labilidade de humor e sentimentos ambivalentes em relação ao bebê (APA, 2013) (BRUM, 2017, p.94).

Conclui a autora que os manuais oficiais que orientam a “prática clínica não refletem os avanços obtidos nas pesquisas científicas publicadas na área”, e ainda tem que se considerar que o critério temporal é importantíssimo como mostrado acima no quadro 27.8, Sadock (2017), na diferenciação do quadro de Baby Blues para depressão pós-parto, segundo a autora essa condição tem que ser revista, dando mais assertividade ao diagnóstico.

Ainda na tese apresentada por Santos Junior (2012, p.27), um ponto importante é levantado, para ele e se baseando na bibliografia levantada na pesquisa existe uma clara limitação dos critérios dos manuais de referência quando apontam os critérios para diagnóstico e cita que a melhor forma de se resolver a questão é o uso das escalas. Afirma que a insatisfação com a limitação clínica desses critérios generalizantes – levou pesquisadores a desenvolverem escalas que favorecessem o rastreio e a identificação específica da DPP:

Dentre essas escalas, as duas mais amplamente utilizadas são a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (Edinburg Postnatal Depression Scale – EPDS) (Cox, Holden, 2003) e a Escala de Rastreamento de Depressão Pós-Parto (Postpartum Depression Screening Scale – PDSS) (Beck, Gable, 2000). Dentre essas duas escalas, a EPDS é a mais utilizada, podendo ser acessada gratuitamente. Já foi validada em inúmeros países, incluindo o Brasil (Santos et al., 2007) e em pelo menos 23 idiomas (Cox, Holden, 2003). A EPDS é uma escala autorreferida, composta de 10 itens, cada um com quatro opções. Para responder, as mulheres são orientadas a escolher uma opção de cada item, de modo que melhor represente a forma como elas têm se sentido nos últimos sete dias da aplicação da escala. O escore máximo dessa escala é 30, porém estudos têm mostrado que um escore a partir de 10 é indicativo de sintomatologia depressiva (Cox, Holden, 2003; Santos et al., 2007).

**2.2 Implicações da depressão pós-parto na vida da mulher**

Para as mulheres a gravidez é um momento único, ao se preparar psicologicamente para ser mãe. De certo modo essa mulher se envolve em papéis e tarefas maternas , tendo uma ligação com o bebê , reestruturando essas relações em incluir esse novo ser no seu cotidiano ,e coincidentemente , á aceita-lo como a única preocupação , assim , esse é um período de profunda transformação e mudanças na vida dessa mulher , até mesmo considerar como uma crise. (Canavarro, 2001).

Segundo Maushart (2006), uma das tarefas mais difíceis que as pessoas realizam na vida é a criação de um filho e, sendo assim a sociedade concede a essa tarefa um preparo a menos do que a qualquer outra. São poucas das mães que anunciam a crise psíquica que conduz o nascimento do filho, o despertar de sentimentos reprimidos há muito tempo a respeito da mãe. A mistura de poder e impotência, a sensação de, em razão disso, ser levada e, em vista disso, de tocar novas potencialidades físicas e psíquicas, em todos esses momentos, de um período que faz parte da “crise“, integram fatos positivos, enquanto agentes de transformação e crescimento, mas também questões mais difíceis, do desgaste físico e psicológico e os relativos ao parto.

Em relação ao parto, a mulher receia em conta de algo desconhecido e doloroso, entre essa relação mãe-filho. O estudo de Stasevskas (1999) sugere que a maneira do desejo e o quanto de ser mãe sofrem influências antigas e ainda muito atuais, diante das mudanças mesmo de transição de papéis sociais, trazendo evidências de uma desordem entre a antiga e a atual condição da mulher e o modo de ser mãe.

 Realizado por Stasevskas (1999) em um estudo qualitativo, quinze jovens mães entrevistadas, questionando-se sobre o sentido de “ser mãe” e sobre o contexto ideológico da maternidade, de modo a se analisar o ser e o fazer no cotidiano das participantes. Os resultados das narrativas sugerem que:

Diante das transformações da sociedade, da família e dos papéis femininos, coloca-se para a mulher uma dupla responsabilidade em prover o seu sustento e cuidar dos filhos. No entanto, é nessa luta que parece residir a percepção de um amadurecimento enquanto pessoa, um aval de “adultice” e de maturidade que é revelado na ponta de orgulho existente nas narrativas destas batalhas do cotidiano. Mas é importante ressaltar que essas mulheres consideram grande a sobrecarga que representa esta vida de dupla jornada, sem companheiro e pertencendo a uma camada pobre da população (p. 132).

 Esses resultados mostram, que algumas mulheres estão despreparadas para ser mãe, índice altíssimo de mães jovens solteiras, que não tem apoio do companheiro ou até mesmo familiar e passa por situações de extrema dificuldade para o sustento do seu filho.

**2.3 Processo Biopsicossocial**

Enquanto manifestações biopsicossociais, de modo a possibilitar o profissional da saúde uma reflexão sobre este sofrimento psíquico, que acomete uma parcela significativa de mães após o nascimento de um bebê, com importantes implicações psicoafetivas na vida da mulher. Apesar da ocorrência e da importância desse transtorno, a avaliação de depressão no período puerperal é difícil devido á fronteira imprecisa e, às vezes, arbitrária entre as formas clínicas, as subclínicas e as não patológicas.

Os limites entre o fisiológico e o patológico podem ser estreitos, o que pode gerar dúvidas em obstetras, clínicos ou psiquiatras. (CAMACHO et al., 2006). O nascimento de um bebê tem sido associado a situações de estresse em algumas famílias, diante das mudanças nas rotinas diárias relativas á gravidez, ao parto e ao pós-parto.

 A ocorrência da depressão materna , após o nascimento do bebê , de acordo com Sotto-Mayor e Piccinini (2005) , pode ser preocupante tanto para mãe e a para a criança , como também para a família , uma vez que esse período tem sido enfatizado como propício para o surgimento de problemas emocionais nas mães, destacando-se os transtornos psicoafetivos.

Para entender a depressão na etapa puerperal, torna-se necessário enfocar o sofrimento psíquico, enquanto mal-estar moderno, um transtorno reativo amplamente identificado em vários perfis humanos.

A depressão feminina concentra no sofrimento materno após o nascimento de um bebê, incluindo seus principais sintomas e fatores associados, a indicação da sua prevalência, além dos instrumentos para o diagnóstico deste transtorno psicoafetivo, com ênfase nas repercussões da dor psíquica na vida familiar.

O amplo alcance de transtornos depressivos na população mundial, as mulheres destacam se como um segmento mais sensível do que os homens na manifestação da depressão, tendo em visto a devido atenção nesse contexto feminino, em situações relativas à maternidade, conforme estudos de Lara, Acevedo e Berenzon (2004).

Pode ser preocupante para a mãe e pro bebê, como também para a família , período em que os aparecimentos de problemas emocionais, destacam-se em transtornos psicoafetivos.

Para Aliane, Mamade e Furtado (2011. p.146) ao citar Zinga, Phillips e Born (2005) afirmam que é importante considerar os fatores psicossociais e sócio demográficos, fatores que aumentam a vulnerabilidade para a ocorrência de depressão pós-parto, por exemplo, situações de “estresse durante a gestação, episódios depressivos passados, relações conflituosas com o parceiro e a família, baixa renda familiar, estado civil, dentre outros”.

Ainda segundo o artigo com relação a faixa etária “há maior ocorrência após os 24 anos, em média, independente do gênero”, aspectos sociais “indicam que menor renda, desemprego, baixo nível de escolaridade e separação conjugal também são fatores de risco”

 Para Aliane, Mamade e Furtado (2011. p.147), citando um Modelo Explicativo Vulnerabilidade-Estresse, apresentado por O’Hara e Swain (1991) esse modelo diz que “pessoas vulneráveis à depressão”, sendo que os eventos de estressantes na/da vida podem desencadear o transtorno. Para este modelo são “consideradas vulneráveis à depressão pessoas que já tiveram depressão, depressão na gestação ou mesmo pessoas com auto esquemas depressivos”. A gestação, o parto, os cuidados com o bebê, entre outros, poderiam atuar como fatores estressores e desencadear o transtorno depressivo entre as mulheres com esta vulnerabilidade apontada pelo Modelo.

Segundo Guedes et ali (2011, p.149), o período “gravídico-puerperal constitui-se na fase de maior prevalência de trans­tornos mentais na mulher, principalmente no primeiro e no terceiro trimestres de gestação e nos primeiros 30 dias de puerpério”.

Estas informações são encontradas em praticamente todos os autores citados nesse trabalho. Guedes aponta que “quase 30% das mulheres têm dificuldades significativas em se ajustar ao pós-parto”, daí as pesquisas apontarem para o pós puerpério e uma média de “uma em cada 10 mulheres apresenta sintomas depressivos durante algum trimestre da gestação ou dentro do primeiro ano de pós-parto”, importante lembrar que esse período trimestral apontado por Guedes et ali (2011) é que também irá definir a ocorrência do baby blues e a depressão pós-parto.

 Guedes et ali (2011), em estudo descritivo transversal baseado em um questionário de identificação e no questionário auto aplicativo *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), aqui se mostra a preferência das escalas ao diagnóstico segundo os manuais, o qual foi elaborado em 1987 e validado no Brasil em 2007.

Segundo Guedes a amostra foi composta por 146 mães, com uma média etária de 28,97 anos. O período pós-parto majoritário foi de 3-6 meses, correspondendo a 32,88%. Houve predomínio de mães casadas (76,03%), com ensino superior (56,16%) e renda de 4-6 salários mínimos (31,51%), o resultado foi de uma prevalência de 31,4%.

Guedes et ali (2011, p.151) afirma que um recente estudo apresentado no Congresso Brasileiro de Pediatria e com metodologia similar ao trabalho apresentado:

[...] encontrou 24,46% de DPP para Ceilândia, DF. Também outros estudos realizados no Brasil mostram taxas de prevalência variando entre 12-37,1%18%. Particularmente, algumas das prevalências encontradas são 12% no Rio de Janeiro 19, 13,4% em Brasília 7, 19,1% em Pelotas 4, 20,7% em Porto Alegre 12, 26,9% em Belo Horizonte 20, 37,1% em São Paulo e 39,4% em Vitória 20%, o que têm confirmado a prevalência muito variada e evidenciado o caráter cultural e ambiental do transtorno.

**2.4 A depressão feminina no puerpério**

Os fatores associados aos sintomas se fazem necessária a importância da apresentação e de suas características no que ocorre nos sintomas depressivos, a sua prevalência nas mulheres após o nascimento do bebê, tendo assim os instrumentos para diagnóstico deste transtorno psicoafetivo.

O estudo da depressão da mulher na fase do puerpério pressupõe a compreensão e a definição da intensidade dos sintomas humorais associados ao período após o nascimento do bebê, e que podem variar desde a melancolia na maternidade (Baby Blues) até as psicoses puerperais, passando pela depressão pós-parto, propriamente dita depressivos.

Depois do nascimento de um bebê, especialmente, de acordo com Kaplan e Sadock (1990), perturbação emocional ou uma disfunção cognitiva no período pós-parto entre 20% e 40% das mulheres tem sido evidenciada.

Nesse sentindo, a prática materna focalizada durante o puerpério merece ser compreendida e estudada, que seja possível apreender o conhecimento oriundo do senso comum acerca da vivência materna mediada pelo adoecimento psíquico (SARAIVA, 2007).

Também denominada por melancolia da maternidade a tristeza pós-parto, Kaplan e Sadock (1990), caracterizada por um distúrbio de labilidade transitória de humor, atingindo 50% das novas mães entre o terceiro e o quinto dia após o parto, tendo, habitualmente, remissão espontânea. Muitas mães experimentam um estado normal, consistindo de sentimentos de melancolia, disforia, choros frequentes, ansiedade, irritabilidade e dependência.

Para a fim de caracterizar a depressão pós-parto, foram excluídos desta análise teórica os estudos sobre a melancolia da maternidade e a psicose puerperal e foi enfatizado como puerpério o período após o parto que diversificou entre 15 e 6 meses de vida do bebê (SIERRA MANZANO et al., 2002; HOWELL et al., 2006; CRUZ et al., 2005; MORAES et al., 2006; SARAIVA, 2007).

Esse não-planejamento da gestação, o nascimento prematuro, a dificuldade de amamentar, as dificuldades no parto e as vezes a morte do bebê, também são fatores que evidenciam o aparecimento da depressão materna. Além destes fatores, a pesquisa dos autores citados apresenta alguns estudos que mostram uma associação entre a depressão da mãe e eventos de vida estressantes, como: problemas de saúde da criança, dificuldades relacionadas ao retorno ao trabalho e adversidades socioeconômicas, variáveis sociodemográficas, como idade, nível educacional e estado civil da mãe não têm apresentado uma associação consistente com a ocorrência da depressão pós-parto.

 Contudo, entre esses fatores, o estado civil tem aparecido em alguns estudos, como mais associado a esse quadro, especialmente entre mães solteiras sem apoio social.

**2.5 Intervenção psicoterapêutica para casos de depressão pós-parto**

Os aspectos da intervenção psicológica na gravidez, se dá sobretudo num sentindo em que é remediativo e não tanto de prevenção, por ser manifestada pela sua importância no âmbito da prevenção e promoção de saúde mental (Figueiredo, 2001), com reflexões positivas para a saúde mental do próprio bebê.

 Além disso, a gravidez se torna um período de privilégio a fim das intervenções, onde a mulher está exposta a rede de cuidados de saúde, predisposta para tal (Nascimento, 2003).

Conceder esse acesso e desenvolvimento dessas intervenções que possam prevenir a depressão na gravidez, de suma necessidade, considerando-se a apuração elevada de mulheres e homens que retrata níveis clínicos de depressão na transição para a parentalidade (Le, Perry, & Stuart, 2011; Keeton, Peery-Jenkins, & Sayer, 2008). Com intuito da acessão de saúde na gravidez, Klein e Guedes (2008) percebe-se a eficácia de uma intervenção psicológica, que se dá a um desenvolvimento de um grupo de suporte composto por grávidas.

Essas intervenções teve um objetivo de forma, vasta, mas pode conceituar -se que poderá contribuir para a prevenção da DPP, na medida que o pressuposto que analisava uma vivência mais equilibrada das emoções e das exposições que ocorre durante e após o período de gravidez.

A partir das intervenções as mulheres revelam-se sentir bem, com níveis elevados de autoestima e autoconfiança, tendo desenvolvido comportamentos mais saudáveis e reduzido a ansiedade.

 Zlotnick, Miller, Pearlstein, Howard & Sweeney (2006), no estudo, desenvolveram uma intervenção preventiva para aquelas mulheres seguidas dos serviços públicos pré-natais padronizados, e que foram identificadas havendo risco de depressão pós-parto. Assim, no grupo experimental, relacionaram os cuidados pré-natais do serviço público, com intervenções individuais, com objetivo de prevenir a depressão pós-parto.

Concluíram que 20% das mulheres que beneficiavam apenas dos cuidados pré-natais convencionais desenvolveram depressão pós-parto, em contraste com apenas 4% das mulheres que beneficiaram da intervenção. Nesse estudo realizado por Zlotnick, Johnson, Miller, Pearlstein & Howard (2001), do qual o principal objetivo avaliar a eficácia de uma intervenção de grupo, baseando-se na terapia interpessoal, na redução da ocorrência de depressão pós-parto, num grupo de mulheres a serem acompanhadas no serviço público, foi possível verificar que 33% das mulheres que receberam o acompanhamento normatizado desenvolveram depressão pós-parto e que do grupo que sofreu a intervenção, tal aconteceu com nenhuma.

Da mesma forma o objetivo de avaliar a eficácia de uma intervenção psico-educativa na prevenção da depressão pós-parto foi desenvolvida por Lara, Navarro e Navarrete (2010), um estudo que avaliava a sintomatologia depressiva em três momentos diferentes (durante a gravidez, às seis semanas de gestação e 4-6 meses após o nascimento).

**3 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA**

**3.1 Classificação da pesquisa quanto aos fins**

A metodologia utilizada neste estudo foi de pesquisa bibliográfica, dessa forma a mesma concede meios que intervêm na extração de novas áreas onde os mesmos ainda não se estagnaram suficientemente. Permite também que um tema seja explorado sob novo enfoque ou abordagem, produzindo novas resultados. Além disso, libera a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais global. A fase metodológica centra-se na determinação por parte do investigador, dos métodos a utilizar, no desempenho apropriado. O projeto vai ser abordado de uma pesquisa de cunho qualitativa- quantitativa, uma vez que se busca a descrição de um fenômeno sua interpretação (GIL, 2002). Que irá identificar prevalência da depressão pós-parto e fatores associados (fatores de risco), comprometimento da relação mãe - bebê, tratamentos da depressão pós-parto baseado em evidências, e epidemiologia.

**3.2 Classificações da pesquisa quanto aos meios**

Para desenvolvimento do estudo, vai ser realizada uma pesquisa descritiva, que é aquela que procura expor as características de um fenômeno, e bibliográfica, que se baseiam em obras, livros, revistas, jornais etc.

O processo descritivo visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo. Esse tipo de pesquisa pode ser entendido como um estudo de caso onde, após a coleta de dados, é realizada uma análise das relações entre as variáveis para uma posterior determinação dos efeitos resultantes em uma empresa, sistema de produção ou produto (PEROVANO 2014).

Os procedimentos vão ser realizados através da análise e coleta de dados conforme o foco central do presente estudo, dessa forma, foi dividido em definição: depressão pós-parto, fatores psicossociais, causas e implicações destes na vida da mulher.

**3.3 Análise e interpretação**

A realização do projeto será realizado um levantamento sobre os artigos no site de busca do Google, recolhendo dados dos artigos em língua portuguesa, Scielo, Revista da saúde pública, Banco de teses USO, Banco teses UVMG, Revista Gazela de enfermagem, Revista estudos e pesquisas em Psicologia 2009 – 2019, buscando responder os objetivos do estudo, apresentando de forma descritiva, após realizar o levantamento dos artigo faremos alguns recorte quanto ao tema, que irá identificar, os impactos da prevenção e tratamentos da depressão pós-parto.

A discussão será a partir da revisão bibliográfica apresentando a necessidade de novas ações na atenção às gestantes, principalmente durante a realização do pré-natal, visando a oferecer à mulher um acompanhamento mais global de sua gestação, assim como o suporte social e profissional de que necessita naquele momento.

A depressão pós-parto e à gestação são fatores de risco, e pode ser identificado com antecedência e, a partir de um acompanhamento precoce, reduzir o risco dessa condição. Nessa linha de raciocínio, a incorporação de um profissional na área de saúde mental nas equipes de saúde que atendem o pré-natal, assim como nas que atendem o parto no hospital, poderia ser de muita ajuda para o manejo dos casos identificados pelo rastreamento sistemático de depressão durante a gestação e pós-natal.

4 **Resultados e Discussão**

**4.1 Discussão**

A depressão pós-parto, segundo a literatura técnica dos manuais, tem se mostrado bastante ineficiente quando o assunto envolve um conjunto de fatores como os que são envolvidos nesse transtorno. Situações bem particulares que se referem à condição afetiva da gestante antes e pós puerpério são vitais para se estabelecer com precisão o diagnóstico. O que os autores mostram é uma situação recente dos estudos e essa condição reflete no entendimento do quanto os fatores psicossociais podem influenciar tanto na condição do diagnóstico, como nas intervenções não medicamentosas. A forma como as questões psicológicas da gestante e depois da mãe são percebidas pode variar de área para área e de profissional para profissional, então é preciso perceber que a linha adotada pelo profissional, a forma como as políticas públicas vão ser desenvolvidas, a própria visão da sociedade acerca do que consiste a gravidez são fatores influenciadores nos processos descritos acima. É notável a importância que os autores dão à condição sócio cultural e econômica da gestante. Esses achados indicam, segundo eles, que a segurança material é um fator decisivo na relação de incidência do transtorno. Chama atenção a não diferenciação de fatores étnicos e raciais, uma vez que se sabe que os elementos referentes à etnia e raça não são assuntos superados cultural e historicamente.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo buscou compreender a depressão puerperal na mulher e todos os seus aspectos, acerca das manifestações que circundam a vida da mulher, seja ela, familiar ou social durante a gestação.

Nas importantes realizações de intervenções, viabilizando os diagnósticos dos quadros depressivos, sendo um dos objetivos principais da importante transição. Para tal, torna-se necessário tecer a compreensão da depressão, do sofrimento e a dor humana, afeta as mulheres nesse período puerperal, vista por sintomas biopsicossociais interligada a ocorrência de eventos estressantes.

Assim, compreender esse contexto que consiste a depressão puerperal num adoecimento afetando essas mulheres, e repercutindo na sua interação social da mãe e do bebê, em considerações a programas que enfatiza a necessidade voltadas para a saúde integral da mulher, relacionando as questões das alterações humorais.

Por fim, como apresentado os objetivos que caracterizam a depressão, de modo em que afeta biologicamente e psicologicamente a mulher nessa fase sejam referenciadas nesses processos da saúde mental e dos atendimentos psicoterapêuticos individuais garantindo sua estabilidade, tanto para mãe, quanto para o bebê.

**REFERÊNCIAS**

ALANE, P.P., MAMEDE, M.V., FURTADO, E.F. Revisão Sistemática sobre Fatores de Risco Associados à Depressão Pós-Parto. **Psicologia em Pesquisa** | UFJF | 5(02) | 146-155 | Julho-Dezembro de 2011. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/citations?user=Xm-jBBwAAAAJ&hl=pt-BR&oi=sra> Acesso 31 de novembro de 2019.

BRUM, Evanisa Helena Maio de. Depressão pós-parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico. **Depressão Pós-Parto.** Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpdd/v17n2/v17n2a09.pdf> Acesso 29 novembro de 2019.

CAMACHO, R. S.; CANTINELLI, F. S.; RIBEIRO, C. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200009>> Acesso em: 23 de outubro de 2019.

CAMPOS, Bárbara Camila de; RODRIGUES, Olga Maria Piazentin Rolim. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. **Psico** (Porto Alegre), Porto Alegre , v. 46, n. 4, p. 483-492, dez. 2015 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0103-53712015000400009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 31 de nov. 2019. http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.20802.

CANAVARRO, M. (2001). **Gravidez e maternidade**: Representações e tarefas de

CANTILINO, Amaury et al . Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev. psiquiatr. clín.,** São Paulo , v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0101- 60832010000600006&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 25 ago.2017.http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006.

CANTILINO, Amaury et al . Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0101- 60832010000600006&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 25 ago.2017.http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006.

COLLINS, N., Dunkel-Schetter, C., LOBEL, M., & Scrimshaw, S. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. **Journal Of Personality And Social Psychology**, 65(6), 1243-1258. doi:10.1037/0022-3514.65.6.1243

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque. Depressão pós-parto: considerações teóricas. **Estud. pesqui. psicol.**v.8 n.3 Rio de Janeiro dez. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000300014>> Acesso em 11 de agosto de 2019.

desenvolvimento. In Canavarro, M. (Ed.). Psicologia da Gravidez e da Maternidade (pp.17 - 49). Coimbra: Quarteto.

FIGUEIREDO, B. (2001). Depressão pós-parto: Considerações a propósito da intervenção psicológica. **Psiquiatria Clínica**, 22, 329-339.

FIGUEIREDO, B. (2001). **Perturbações psicopatológicas do puerpério**. In Canavarro, M. (Ed.). Psicologia da Gravidez e da Maternidade (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto.

GUEDES, A.C.E., KAMI, C.T., CAVALLI, L.K.V., NICOLAOU, S.K., HESS, V.B., MALUF, E.M.C.P. Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados. **Ver. Med.** (São Paulo). 2011 jul.-set; 90(3):149-54. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/revistadc/article/view/58907> acesso 30 de novembro de 2019.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria**. 2 eds. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

KEETON, C., Perry-Jenkins, M., & Sayer, A. G. (2008). Sense of control predicts depressive and anxious symptoms across the transition to parenthood. **Journal Of Family Psychology,** 22(2), 212-221. doi:10.1037/0893-3200.22.2.212

KLIEGMAN, Robert M. [et al.]   **Nelson Tratado de Pediatria**. 19ª ed. - São Paulo: Elsevier Saúde, 2014.

LARA, M. A.; ACEVEDO, M.; BERENZON, S. La depresión feminina vista desde la subjetividad de las mujeres. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 818-828, 2004

LARA, M., NAVARRO, C., & NAVARRETE, L. (2010). Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. **Journal of Affective Disorders**, 122(1), 109-117.

LE, H., PERRY, D. F., & STUART, E. A. (2011). Randomized controlled trial of a preventive intervention for perinatal depression in high-risk Latinas. **Journal Of Consulting And Clinical Psychology,** 79(2), 135-141. Doi: 10.1037/a0022492

MAUSHART, S. **A máscara da maternidade**: por que fingimos que ser mãe não muda nada? S. Paulo: Ed. Melhoramentos, 2006.

MORAES, I. G. da S., PINHEIRO, R. T., SILVA, R. A. da et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n.1, p. 65-70, 2006.

NASCIMENTO, M. (2003). Preparar o nascimento. **Análise Psicológica**, 1(21), 47-51.

SADOCK, Benjamin J. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica [recurso eletrônico] / Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz ; tradução: Marcelo de Abreu Almeida ... [et al.] ; revisão técnica: Gustavo Schestatsky... [et al.] – 11. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2017.

SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira. **A trajetória de mulheres brasileiras na depressão pós-parto**: o desafio de (re)montar o quebra-cabeça. 2012. 163 p.Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

SARAIVA, E. R. A. **A experiência materna mediada pela depressão pós-parto**: um estudo das representações sociais. 2007. 156 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Faculdade de Psicologia, Universidade Federal

SENA, Daniela Meireles de; MENDES, Daniella Ribeiro**. Depressão pós-parto**: uma abordagem sobre os fatores relacionados. Disponível em: <<https://www.senaaires.com.br/wp>content/uploads/2017/05/DEPRESS%C3%83O-P%C3%93S-PARTO-%E2%80%93-UMA-ABORDAGEM-SOBRE-OS-FATORES-RELACIONADOS.pdf> Acesso 30 de novembro de 2019.

SIERRA MANZANO, J. M.; CARRO GARCÍA, T; LADRÓN, M. E. Variables associated with the risk of postpartum depression. (Edinburgh postnatal depression scale). **Atención Primaria**, Madri, v. 30, n. 2, p. 103-11, 2002.

SOTTO-MAYOR, I. M. B. de; PICCININI, C. A. Relacionamento conjugal e depressão materna. **Psico**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 135-148, 2005.

STASEVSKAS, K. O. **Ser mãe**: narrativas de hoje. 1999. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <www.usp.br>. Acesso em 02 de janeiro de 2007.

TANDON, S., Perry, D. F., MENDELSON, T., KEMP, K., & Leis, J. A. (2011). Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: A randomized controlled trial. **Journal Of Consulting And Clinical Psychology**, 79(5), 707-712. doi:10.1037/a0024895

ZINGA, Dawn; PHILLIPS, Shauna Dae; BORN, Leslie. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? **Rev Bras Psiquiatr.** 2005;27(Supl II):56-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt\_a05v27s2.pdf> acesso em 29 novembro de 2019.

ZLOTNICK, C., Johnson, S., MILLER, I., PEARLSTEIN, T., & HOWARD, M. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonaltherapy-oriented group intervention. **The American Journal Of Psychiatry**, 158(4), 638- 640. 2001.