

**INSTITUTO ENSINAR BRASIL  
CENTRO UNIVESITÁRIO DOCTUM DE TEÓFILO OTONI**

**DAIANE VIEIRA SOUSA  
KARINE GOMES PEREIRA**

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CAUSAS, IMPACTOS DA RELAÇÃO MÃE E FILHO E  
TRATAMENTOS**

**TEÓFILO OTONI**

**2019**



**DAIANE VIEIRA SOUSA  
KARINE GOMES PEREIRA**

**CENTRO UNIVESITÁRIO DOCTUM DE TEÓFILO OTONI**

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CAUSAS, IMPACTOS DA RELAÇÃO MÃE E FILHO E  
TRATAMENTOS**

**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 cognitivo-  
comportamental**

**Orientador Prof. Wallasce Almeida Neves –  
Mestre em Psicologia**

**TEÓFILO OTONI**

**2019**





## **CENTRO UNIVESITÁRIO DOCTUM DE TEÓFILO OTONI**

### **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado **DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CAUSAS, IMPACTOS DA RELAÇÃO MÃE E FILHO E TRATAMENTOS**, elaborado pelas alunas **DAIANE VIEIRA SOUSA** e **KARINE GOMES PEREIRA** foi aprovado por todos os membros da banca examinadora e aceito 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, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

---

Prof. Orientador

---

Examinador

---

Examinador



*Dedicamos este trabalho aos nossos Familiares e Amigos, que nos mostrou o significado de persistir e acreditar em nossos sonhos.*





## **AGRADECIMENTOS**

Está fase da nossa vida é muito especial e não podemos deixar de agradecer a Deus por toda força, ânimo e coragem que nos foi dado para ter alcançado esse começo de uma grande vitória.

À Universidade queremos deixar uma palavra de gratidão por ter nos recebido de braços abertos e com todas as condições que proporcionaram dias de aprendizagem muito ricos.

Aos professores reconhecemos um esforço gigante com muita paciência e sabedoria. Foram eles que deram recursos e ferramentas para evoluir um pouco mais todos os dias.

É claro que não podemos esquecer a nossa família e amigos, porque foram eles que incentivaram e inspiraram através de gestos e palavras a superar todas as dificuldades.

A todas as pessoas que de alguma forma ajudaram a acreditar em nosso sonho nós queremos deixar um agradecimento eterno, porque sem elas não teria sido possível.

Em especial o nosso Orientador Wallasce Almeida Neves pelo suporte, auxílio e amizade durante esse percurso. Nosso muito Obrigado a todos que de alguma forma contribuiu para chegarmos até nosso grande sonho realizado.



*Que todos os nossos esforços estejam sempre focados no desafio à impossibilidade. Todas as grandes conquistas humanas vieram daquilo que parecia impossível (Charles Chaplin).*



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

CID 10- Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

DPP – Depressão pós –parto

DSM-IV -Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ISRS - Inibidores seletivos da recaptção da serotonina

USP- Universidade São Paulo

UVMG- União de Ensino Minas Gerais.



## RESUMO

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno psiquiátrico com várias repercussões negativas sobre a paciente, a criança e as relações familiares. Esclarecer os principais fatores relacionados à instalação da depressão pós-parto, que através desse esclarecimento. Trata-se de uma revisão de literatura acerca do perfil de pessoas com depressão pós parto. Os artigos utilizados nesta revisão foram pesquisados na base de dado scielo. No total foram utilizados 20 artigos. Para a busca selecionou-se artigos publicados a partir de 2009 à 2011, em português, com os seguintes descritivos: depressão pós-parto, depressão e pós parto. A presença de complicações no pós-parto, seja em relação à saúde da mãe, seja em relação à saúde da criança, também aumenta o nível de estresse nesse período. A prevenção precoce da depressão pode ser realizada por meio de ações e intervenções conjuntas durante a gravidez. O stress na gestação, em geral, está associado a eventos específicos como enjôos, gravidez não planejada, medo de ganho excessivo de peso no início da gravidez e medo do parto. A revisão de literatura realizada demonstra que as complicações no pós parto, também aumenta o nível de estresse nesse período, havendo uma maior probabilidade das mães adoecerem emocionalmente durante os momentos mais críticos de suas vidas, sendo momentos bons ou ruins. Palavras-Chaves: depressão pós-parto, depressão, pós-parto.

**Palavras-chave:** Depressão. Pós- parto. Puerpério.





## ABSTRACT

Postpartum depression (PPD) is a psychiatric disorder with several negative repercussions on the patient, the child and family relationships. Clarify the main factors related to the onset of postpartum depression, which through this clarification. This is a literature review about the profile of people with postpartum depression. The articles used in this review were searched in the scielo database. In total 20 articles were used. For the search we selected articles published from 2009 to 2011, in Portuguese, with the following descriptors: postpartum depression, depression and postpartum. The presence of postpartum complications, either regarding the health of the mother, Regarding the child's health, the stress level also increases during this period. Early prevention of depression can be accomplished through joint actions and interventions during pregnancy. Stress in pregnancy is usually associated with specific events such as feeling sick, unplanned pregnancy, fear of excessive weight gain in early pregnancy and fear of childbirth. The literature review shows that postpartum complications also increase the stress level during this period, and mothers are more likely to get emotionally ill during the most critical moments of their lives, whether good or bad.

**Keywords:** postpartum depression, postpartum depression.



## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>  | <b>20</b> |
| <b>2.1 Relação mãe e bebê: Aspectos conceituais breve históricos.....</b>                                      | <b>20</b> |
| 2.1.1 Elementos investigativos brevemente notáveis.....  | 21        |
| 2.1.2 Fatores associados à depressão pós-parto: Impactos e resolução extensivo..                               | 22        |
| <b>2.2. Assistência no pré-natal: Uma revisão integrativa sobre a saúde da mulher</b><br>.....                 | <b>28</b> |
| 2.2.1. A importância da família no contexto da depressão pós- parto.....                                       | 30        |
| <b>2.3 Políticas públicas: Saúde da mulher gestante .....</b>  | <b>32</b> |
| <b>2.4 Evoluções do quadro: Fatores de Risco, desenvolvimento do tratamento e</b><br><b>repercussões .....</b> | <b>34</b> |
| 2.4.1 Prevenção da depressão pós-parto .....   | 34        |
| 2.4.2 Fármacos uso racional no acesso aos medicamentos.....  | 37        |
| <b>3 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA.....</b>  | <b>39</b> |
| <b>3.1 Classificação da pesquisa quanto aos fins .....</b>   | <b>39</b> |
| <b>3.2 Classificações da pesquisa quanto aos meios .....</b>   | <b>39</b> |
| <b>3.3 Análise e interpretação.....</b>  | <b>39</b> |
| <b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>   | <b>41</b> |
| <b>4.1 Resultados .....</b>  | <b>41</b> |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>45</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>47</b> |



## 1. INTRODUÇÃO

Mas afinal o que é depressão pós- parto? Ao pronunciar o termo as pessoas se deparam com questionamentos quanto a sua definição. Ter corretamente uma única definição do termo depressão pós-parto não é um exercício muito fácil.

O fato de todos utilizarem a mesma palavra ou expressão, não significa que se tenha uma única compreensão ou mesmo que está compreensão esteja correta, por isso que ainda hoje esse conceito se encontra de uma forma fragmentada e parcial, e com outros momentos, como uma questão em aberto.

Entender a depressão pós-parto pela ótica das ciências seria excelente, pois faria que todos percebessem como funcionam os aspectos mais particulares desta grave alteração e isso faria com que diminuíssem os custos pessoais e emocionais ligados à depressão pós-parto.

Quanto à metodologia, refere-se a uma pesquisa de cunho quali-quantitativo, visto que por meio do conteúdo buscou-se programar uma apreciação mais relevante do tema. O nível da pesquisa é de caráter descritivo, dessa maneira entende-se que essa análise conseguirá valer-se de base para futuras pesquisas associadas ao tema. O tipo de pesquisa concerne a uma pesquisa bibliográfica são percorridos a divergir de ferramentas já alcançados é estabelecido essencialmente de livros e artigos científicos que investigam de forma aperfeiçoada o tema, envolve um período ou época, e propicia ao investigador a garantia ampla do assunto. O assunto inicial na elaboração efetiva de um protocolo de investigação foi à pesquisa bibliográfica, determina explicar posteriormente a escolha do tema foi fundamental construir uma verificação bibliográfica do tema citado.

Desse contexto faz-se cada vez mais relevante constatar a depressão pós-parto. Por conseguinte investigar transtornos de humor o quanto antes pode ser o diferencial para garantir a saúde da mãe, do bebê e, por decorrência de toda a família. Para área de conhecimento da Psicologia, expandir uma pesquisa acerca desse assunto, poderá finalmente servir de base para intervenção.

Muitos estudos vêm sendo realizados com o objetivo de conhecer e delinear fragmentos indispensáveis para a compreensão deste epifenômeno.

Diante da diversidade de conceitos do termo depressão pós-parto apresentados pelos diversos autores e pesquisadores, é possível entender as dificuldades em ter que defini-la. Diante desses dados, o objetivo desta pesquisa é

investigar as causas da depressão pós-parto: as diferentes definições apresentadas na literatura, identificação e condução dos sintomas depressivos maternos no período pós-parto; pesquisar os fatores associados à depressão pós-parto: as condições sócias e ambientais; apresentar as dificuldades e condução dos sintomas depressivos maternos no período pós-parto; identificar o que controla essas definições e compreendendo o termo sobre a ótica da análise comportamental cognitiva.

Porém, para este trabalho em particular focaremos pela teoria da psicologia comportamental cognitiva, trazendo a importância da estruturação dos sintomas, momento esse que se estabelece nas fases iniciais da gestação. Os artigos e textos foram analisados buscando responder os objetivos do estudo e estão apresentados de forma analítica e descritiva.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Relação mãe e bebê: Aspectos conceituais breve históricos**

### 2.1.1 Elementos investigativos brevemente notáveis

Estudos recentes de saúde mental relacionado ao parto levaram a uma mudança no conceito específico de depressão pós-parto (DPP), por considerá-la um espectro de transtornos depressivos e ansiosos que surgem no período perinatal. Estas mudanças estão associadas ao crescente reconhecimento da necessidade de prevenção e intervenção precoce nesse período (Austin, 2004).

Segundo Dessen e Braz, (2000) a gravidez e o nascimento de um filho compõem um período de passagem familiar no qual decorrem conversões nos papéis da mulher que podem ser distintas, produzindo experiências, podem ser tanto positivas ou negativas e esta fase traz situações completamente novas na rotina da mulher e de toda sua família, mudanças psicológicas e físicas, novas responsabilidades, mudança no ambiente físico para que possa receber o recém-nascido, mudança na relação do casal, mudanças na relação da mãe com os filhos (caso tenha), essas e outras tantas ocorrências são passíveis de ocorrer adequações de todo tipo.

De acordo com Hung (2005), o pós-parto é também um período em que eventualmente podem acontecer sérias situações de estresse no qual a mulher deve enfrentar novos deveres em seu papel materno e vivenciar dramáticas mudanças em seu corpo e principalmente prover o recém-nascido de todos os tipos de cuidados.

Dessa maneira ao compartilhar desta reflexão acerca dos aspectos importantes na investigação do histórico entre mãe e bebê, percebe-se como isto por ser o mais primitivo, lança as bases com relação à saúde mental da mulher e que se encontram momentos cruciais em sua formação, ainda que vão desde aceitação em que a partir daquele momento tudo passa a ser diferentes sendo determinantes. As vivências psicológicas, em especial, da mãe, marcadas por sua própria história de vida, lesam no conhecimento do vínculo afetivo com o filho, uma vez que especificam a qualidade da consciência concedida à criança e o comprometimento emocional com a mesma.

Para Costa (1999) as oscilações da organização e o desempenho familiar também vêm acompanhados pelas substituições do “ideal de amor” bem sucedido, sendo que o modelo usual descrito procura ensinar as habilidades amorosas na

coexistência. Se entendendo que esse novo papel a ser desempenhado pela mulher, agora na condição mãe (dupla responsabilidade) pode ser previamente aprendido e vivido a partir de uma introjeção cultural.

Ainda segundo Costa (1999), a “veracidade afetiva” dos sujeitos na atualidade, ou seja, a vivência da afetiva em torno de um amor romântico, de uma entrega efetiva, de um enlace para toda a vida, não corresponde à realidade para da maioria das pessoas. Essa modalidade de amor romântico, idealizado vem sendo “superado” e atualizado por constantes mudanças psicológicas sociais, culturais e econômicas.

Nesse contexto, o puerpério aponta para uma etapa de profundas mudanças no contexto social, psicológico e físico da mulher, caracterizando-se quanto um período que demanda da mulher um conjunto de novos comportamentos, em que existe a necessidade de uma profunda compreensão desta etapa. (SILVA; BOTTI, 2005; SARAIVA 2007).

Portanto vale salientar que a mulher nesse período gestacional, se ver em uma etapa de mudanças que envolvem o nível psíquico é sempre importante, pois decide a qualidade dos cuidados que ela concede ao seu filho. Pela perspectiva da existência de transtornos maternos e considerando "o quão vulnerável é a mãe".

### 2.1.2 Fatores associados à depressão pós-parto: Impactos e resolução extensivo

A depressão, durante sofrimento psíquico, nem sempre representa um estado patológico, dessa forma encontra-se origem na característica existente humana, na sua preocupação diante da condição de ser temporal finito e incompleto. O sofrimento e a dor são sentimentos subjetivos, manifestos tanto na esfera afetiva, na dor mental, como na esfera física, nas condições fisiológicas em geral. Concebido como manifestação psicossocial, o sofrimento psíquico expresso um tipo de doença ou síndrome, situada entre a subjetividade e a realidade exterior, sendo a expressão de diferentes formas de experiência de mal-estar, sentimentos reunidos nas condições de exclusão e solidão (Nóbrega; Fontes; Paula, 2005).

Segundo esta questão tem sido debatida por diversos estudiosos, que mantêm o mesmo posicionamento relativamente ao assunto. Silva e Botti (2005, p. 237),



A Depressão Pós-Parto (DPP) é também uma síndrome psiquiátrica importante e que acarreta uma série de consequências assim como a depressão em outras fases da vida da mulher. A maioria destes resultados repercutem na interação mãe-filho e praticamente de forma negativa, na maioria das vezes. Além disso, promovem um desgaste progressivo na relação com os familiares e vida afetiva do casal. De forma semelhante aos demais transtornos puerperais.

É com concepção científica que a categoria de vida no pós-parto da mulher é meramente um dos elementos principais da consciência, pois o mais importante da perspectiva e a sua psique, por estar exatamente ligado ao comprometimento com a saúde e os cuidados do bebê. Muitas pesquisas vêm obtendo nos anos atuais, explicitar os elementos principais da depressão pós-parto progresso indicativos. Durante os fatos reproduzidos se entende que está uma junção inacessível de condições biológicas, sócio-demográficos, econômicos, antecedentes obstétricos e reprodutivos, antecedentes psiquiátricos e condições psicossociais, entre eles o de caráter sócio ambiental.

No entanto posteriormente a gestação e basicamente em seguida do evento o parto, varias mudanças especialmente de modo emotivo afetam as mulheres, causada por transformação hormonal, pois se especificam por forte tristeza, alterações no seu físico, medo, ansiedade e outros. No geral os eventos desses sintomas interrompem rapidamente, todavia para algumas mães, eles perduram por um tempo maior, destacando a DPP.

Schmidt et al. (2005), ao corrigir estudos, focam que a depressão pós-parto tem origem multifatorial, compreendendo um importante número de puérperas, e é capaz de manifestar com intensidade variável, tornando-se um fator que dificulta o estabelecimento de vínculos afetivos favoráveis na família.

No tocante as consequências diretas da Depressão pós- parto, talvez a mais importante seja a presença de um bebê que depende quase que totalmente dos cuidados da mãe, e não consegue ter um desenvolvimento satisfatório sem a sua presença efetiva, esse bebê não “existe” sem um cuidador. Essa necessária presença da mãe é demanda em um importante conjunto de exigências, que não passa apenas por alimentação, mas é bastante ampla.

Para Kliegman (2014, p.253) quando as situações caminham corretamente, “a ansiedade e a ambivalência” da condição psicológica da mulher diminuem, assim como a “exaustão das primeiras semanas”, com os cuidados iniciais com o bebê.

Porém podem ocorrer problemas com o lactente, cólicas, por exemplo, são comuns nos três primeiros meses de vida.

Os conflitos familiares podem interferir no bom andamento desse processo de estabilização psíquica e endócrina uma vez que toda a atividade e a dinâmica da família são alteradas.

Segundo Kliegman (2014, p.253):

Com a recuperação física após o parto e a normalização endócrina, a depressão pós-parto mais leve, que afeta cerca de 50% das mães, passa. Se a mãe continua com sentimentos de melancolia, opressão ou ansiedade, a possibilidade de depressão pós-parto moderada ou grave, encontrada em 10% das mulheres que têm filhos, precisa ser considerada. A depressão maior, que pode surgir durante a gravidez ou no período pós-parto, é uma ameaça para a relação mãe-filho e um fator de risco para problemas cognitivos e comportamentais no futuro.

Os sinais de alteração psicológica e ou comportamental deve ser observados atentamente tanto pela família como pelo pediatra, que ocasionalmente pode ser o “primeiro profissional a se deparar com a mãe deprimida e deve ser um instrumento para ajudá-la a procurar tratamento”. (KLIEGMAN, 2014, p.253)

Na décima edição da publicação da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o termo depressão pós-parto é unido sob o código F53.0, na parte “Transtornos Mentais e Comportamentais Filiados ao Puerpério”. Para que o quadro seja qualificado como tal, os indícios devem se apresentar nas seis primeiras semanas do pós-parto e não satisfazer critérios específicos de outros transtornos. Trata-se, por conseguinte de um diagnóstico pronto por exclusão (Organização Mundial de Saúde, 1993).

Na análise de outra publicação de referência na área da Saúde Mental, a 4ª edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV- TR), são encontrados outros critérios. O Manual utiliza o especificador “com início no pós-parto” para designar quadros de mudanças de humor que contem início nas quatro principais semanas do puerpério, conseguindo ser aplicado em quatro prováveis diagnósticos: depressão maior, incidente de depressão, no trecho a seguir:

Sintomas comuns em episódios com início no pós-parto, embora não exclusivos deste período, incluem flutuações e instabilidade do humor e preocupação com o bem-estar do bebê, cuja intensidade pode variar de exagerada a francamente delirante. (...) As mulheres com Episódios Depressivos Maiores no pós-parto com frequência têm ansiedade grave e Ataques de Pânico. “As atitudes maternas quanto ao bebê são variáveis,

mas pode incluir desinteresse, medo de ficar a sós com o bebê ou um excesso de intrusão que inibe o descanso adequado da criança” (American Psychiatric Association, 2002, pp.412-413).

Nesse aspecto o DSM-IV-TR assume a perspectiva de indícios depressivos no puerpério, incluindo que podem estar acompanhados por fenômenos de ansiedade. Foca a falta de diferenciá-los no evento de tristeza pós-parto, manifesto nos 10 primeiros dias do puerpério, de aptidão transitória e não adverso ao desempenho da mulher. Cita também para a magnitude dessa etapa:

“Este período é singular com respeito ao grau de alterações neuroendócrinas e ajustamentos psicossociais, ao impacto potencial da amamentação no planejamento do tratamento e às implicações em longo prazo de um histórico de Transtorno do Humor pós-parto no planejamento familiar subsequente” (American Psychiatric Association, 2002, p.413).

Desse modo ainda que não se faça sublimar uma organização nosológica, a Associação Americana de Psiquiatria assume a importância do quadro, na ideia em que este intercede no movimento biológico, psicológico e social das puérperas, logo visto que no tratamento concedido às mesmas.

A depressão pós-parto (codificada como um subtipo de transtorno depressivo maior na 5ª edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [DSM-5]) se caracteriza por humor deprimido, ansiedade excessiva, insônia e mudança no peso. O início costuma ocorrer durante as 12 semanas após o parto. Nenhuma evidência conclusiva indica que baby blues leve a um episódio subsequente de depressão. Vários estudos indicam, no entanto, que um episódio de depressão pós-parto aumenta o risco de ocorrências de depressão maior durante a vida. O tratamento de depressão pós-parto não é estudado de maneira aprofundada devido ao risco de transmitir antidepressivos aos recém-nascidos durante a lactação.

A Tabela 27-8 diferencia baby blues de depressão pós-parto. Uma síndrome descrita nos pais é caracterizada por alterações no humor durante a gravidez da esposa ou após o nascimento do bebê. Esses pais são afetados por vários fatores: acréscimo de responsabilidade, redução do uso de sexo como válvula de escape, menos atenção da esposa e a crença de que a criança é um vínculo forçado em um casamento insatisfatório.



**TABELA 27-8**  
**Comparação entre *baby blues* e depressão pós-parto**

| Característica                           | <i>Baby blues</i>   | Depressão pós-parto  |
|--|---|--|
| Incidência                               | 30-75% das mulheres que dão à luz                           | 10-15% das mulheres que dão à luz                                      |
| Momento de início                        | 3-5 dias após o parto                                       | Durante o período de 3-6 meses após o parto                            |
| Duração                                  | Dias a semanas  | Meses a anos, caso não seja tratada                                    |
| Estressores associados                   | Não   | Sim, especialmente falta de apoio                                      |
| Influência sociocultural                 | Não; presente em todas as culturas e níveis socioeconômicos | Forte associação   |
| História de transtorno do humor          | Sem associação  | Forte associação   |
| História familiar de transtorno do humor | Sem associação  | Alguma associação  |
| Choro                                    | Sim   | Sim  |
| Labilidade do humor                      | Sim   | Costuma estar presente, mas às vezes o humor é uniformemente deprimido |
| Anedonia                                 | Não   | Frequentemente   |
| Perturbação do sono                      | Ocasionalmente  | Quase sempre   |
| Pensamentos suicidas                     | Não   | Ocasionalmente   |
| Pensamentos em machucar o bebê           | Raramente   | Frequentemente   |
| Sentimentos de culpa, inadequação        | Ausentes ou leves   | Frequentemente presentes e excessivos                                  |

(De Miller LJ. How "baby blues" and postpartum depression differ. *Women's Psychiatric Health*. 1995;13, com permissão. Copyright 1995, The KSF Group.)

Na página do Ministério da Saúde são disponibilizadas algumas informações básicas acerca da Depressão Pós-Parto, segundo as informações do site.<sup>1</sup>

O site alerta que não existe uma única causa conhecida para depressão pós-parto. Ela pode estar associada a "fatores físicos, emocionais, estilo e qualidade de vida", da mãe, além de ter ligação, também, com de saúde física e principalmente de saúde mental da genitora, inclusive o seu histórico de outros problemas e transtornos mentais. Mas o site é taxativo ao afirmar que a principal causa da depressão pós-parto é "enorme" desequilíbrio de hormônios em decorrência do término da gravidez". Como outros fatores associados à causa, são apontados: Privação de sono; Isolamento; Alimentação inadequada; Sedentarismo; Falta de apoio do parceiro; Falta de apoio da família; Depressão, ansiedade, estresse ou outros transtornos mentais.

Estas questões diagnósticas conforme fundamentos as divergências presentes na área para a execução do diagnóstico, tanto no CID-10 e no DSM-V quanto nos estudos científicos (COX, 2004; CRAMER; PALÁCIO-ESPASA, 1993; CAMPBELL; COHN, 1997; STERN, 1997).

Sumarizando o exposto sobre os dois acima é possível constatar que o DSM-V traz a concepção da DPP como um especificador, o momento de realizar o

<sup>1</sup>MINISTÉRIO DA SAÚDE. Depressão pós-parto. Disponível em: < <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/depressao-pos-parto>>. Acesso em: 02/10/2019.

diagnóstico deve ser da gestação até quatro semanas após o parto, e utiliza o termo periparto. Já o CID- 10 apresenta a DPP como um diagnóstico separado, o momento de realizar o diagnóstico deve ser em até seis semanas após o parto, e utiliza o termo pós-natal. Esta breve descrição reflete a falta de concordância nos manuais oficiais que norteiam os profissionais e pesquisadores da área.

O esperado seria que tais manuais de classificações dos transtornos mentais apresentassem um padrão e refletissem não apenas os avanços científicos no conhecimento de causas e consequências dos diagnósticos, mas também seu uso comum na prática dos profissionais de saúde (COX, 2004). Entretanto, no caso da DPP isto parece não acontecer.

Allen Frances que presidiu a força tarefa do DSM-IV e foi membro da força tarefa do DSM-IV-R reagiu à última publicação do DSM referindo que a organização da 5ª versão não é nem segura nem cientificamente correta. Apesar das severas críticas sobre a falta de confiabilidade diagnóstica ele destaca que o DSM é um grande avanço na psiquiatria, pois traz a descrição das categorias diagnósticas de forma detalhada levando credibilidade para a área (FRANCES, 2015).

Poderíamos determinar que seja melhor ter os manuais do que não os ter, no entanto como eles estão divergentes de demonstrar o que surge no campo real, seja na clínica ou na pesquisa, pelo menos em relacionamento a DPP. No objetivo pesquisadores do tema questionam o critério temporal estabelecido nos manuais para o surgimento da desordem. A DPP tem sido vista como impasse de saúde pública, por meio de outro aspecto pertinente a impedimento diagnóstica, no crescimento da prevalência, conseqüentemente quanto ao seu resultado no desenvolvimento infantil.

Espera-se que a revisão exercida no estudo experimente evidências que a DPP surge em períodos mais longos do que o determinado no CID-10 e no DSM-V, e que os profissionais de saúde possa analisar este período maior para a realização de seus diagnósticos na prática clínica.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SPB) define em seu site<sup>2</sup> a Depressão Pós Parto é “um transtorno de humor que inicia na gestação ou nas primeiras semanas seis semanas após o parto, podendo persistir por um ano ou

---

<sup>2</sup> SPB. Depressão Pós- parto. Disponível em: <<https://www.spb.com.br/especiais/pediatria-para-familias/nutricao/depressao-pos-parto/>> . Acesso em: 03/10/2019.

mais”, e a sua ocorrência é bastante frequente atingindo entre 10% a 20% das mulheres gestantes.

Um conjunto de sintomas esta presente no quadro de uma forma bem clara, “ansiedade e/ou irritabilidade, perder a capacidade de sentir prazer, dormir mal, sentir-se sempre cansada e desanimada, sentir-se culpada, ter o apetite diminuído, pode chegar a pensar em suicídio”, é comum o desinteresse por relações sexuais e em muitos casos a mulher não consegue cuidar da criança de forma satisfatória e pode não conseguir amamentar.

O Ministério aponta que nos primeiros dias depois do nascimento do bebê, é comum que a mãe se sinta irritada, triste e com vontade de chorar, mesmo sem motivo. Mas esses sentimentos podem ser ter um ciclo de ocorrência muito variada de muita “alegria e satisfação” entre os momentos de tristeza e irritabilidade. Isso se deve a “mudanças hormonais” que acontecem nessa fase. Esses:

Hormônios vão se estabilizando no organismo à medida que ele começa a produzir o leite materno. Essa condição é passageira e costuma desaparecer até o final da segunda semana de vida do bebê, principalmente se a mulher puder contar com o apoio da família e das pessoas que convivam com ela. Não é necessário nenhum tratamento médico para o baby blues.

Essa é uma condição que demanda tratamento médico imediato. Se não tratada, essa doença pode trazer importantes prejuízos na interação entre mãe e bebê (formação do vínculo afetivo), atrasos no desenvolvimento, comprometimento nutricional, atraso no desenvolvimento cognitivo e afetivo e na interação social com a família e outros grupos sociais, além de inseguranças no cuidado com a criança, podendo afetar significativamente a saúde da criança.

## **2.2. Assistência no pré-natal: Uma revisão integrativa sobre a saúde da mulher**

Através o pré-natal constata-se que a apreensão surpreendente da notícia sobre a gestação passa a estar partida em trimestres, onde nesses primeiros três meses apresentam os incômodos por processo das primeiras alterações físicas, o temor de perder o bebê e crescimento da irritabilidade são muito comum no segundo trimestre surge um repercussão correspondente à idéia da existência do filho; e no terceiro trimestre as agonias amplificam pela imediação do parto.

Segundo Sarmiento e Setúbal (2003), com o desenvolvimento desses fatos é importantes que os familiares e os profissionais que acompanham a gestante estejam atentos para as particularidades comuns que apresentam nestes momentos formando circunstâncias em uma percepção de categoria a ponto de admitir a contradição de sentimentos que podem surgir.

Esclarece, ainda, Sarmiento e Setúbal (2003, p. 264) que:

É com extrema consideração permitir especificações antecipatórias acerca de o progresso da gestação e do parto [...]. Deve, no durante isto conter notícias demasiadas indagando anunciar especificações simples e claras e acatar o seu embate em cada paciente na sua individualidade.

Conforme resultados da compreensão de causas quanto este é ainda que Ross ET al. (2003) pretendem por limites como deixem aos pais entender melhor a ansiedade e os meandros evolutivos da gestação presente. Com a concepção haverá elementos importantes no processo de avaliação, análise e intervenção consecutivas desta etapa gestacional. Deste aspecto faz-se aceitável determinar comportamentos quanto podem resultar enquadrados conforme anormais a fim de que providencie tratamento adequado.

Frente às substituições psíquicas que ocorrem no período, a tentativa de gestar cita um aumento relevante na vulnerabilidade afetiva o que suprime formando de acordo com que a futura mãe adquira bastante vulnerável a alguns distúrbios emocionais.

Conforme Mackenzie (apud SOUSA, 2008) em diversas ocasiões a inexistência de diagnóstico da DPP comprova que o tempo de gravidez fica negligenciado quando se trata da preocupação em relação à saúde da mulher e de toda da família. Mas tudo parece bem, o bebê recebe a sua quantia de atenção, os cuidados necessários a sua sobrevivência são adequados e então acreditam que a mãe, em condição de pós-parto, está apta e bem para continuar com suas cargas maternas e não é notado que esta mulher está experimentando uma importante e potencial fase de mudanças fisiológicas e psicológicas.

Raphael-Leffet al., (apud PICCININI, 2008) compreendem que a gestação pode tanto desencadear uma anormalidade emocional para as gestantes como estabelecer um potencial de adaptação e resolução de conflitos. O modo como a mulher lida com estas alterações do período gestacional deverá influenciar intensamente a relação futura com a criança. Szejer e Stewart (1997, apud FRIZZO,

2004) afirmam que este momento desencadeia uma busca relacionada ao desejo de se reencontrar e restituir a estabilização invadida durante a gravidez, porém, muitas vezes essa tarefa de reorganizar sua identidade está fadada ao fracasso.

Para Zampieri, (2001, apud BARUFFI, 2004, p. 78) o pré-natal é um período essencial para dar suporte à mulher, auxiliar sua gravidez por meio da troca de aprendizados simplificando essa vivência, e registra ainda que:

[...] o pré-natal visa assegurar o bem estar materno e fetal, favorecendo a compreensão e adaptação e novas vivências, oriundas de todas as transformações físicas, sociais, psicológicas, espirituais e culturais da gestante, do companheiro e dos familiares.

Para Silva e Botti (2005), uma abordagem psicoterapêutica é essencial no tratamento da DPP, uma vez que o terapeuta junto à puérpera e familiares edificarão novas composições a partir da realidade vivenciada; desta forma tornam-se possíveis o entendimento e o planejamento de ações intervencionistas adequadas acerca desta nova realidade.

Apesar de existir a distorção dos elementos psicológicos, emocionais, comportamentais e econômicos. Tais aspectos diligentes facilitam que a mulher encontre-se por outro lado vulnerável às mais diversas circunstâncias através sua gestação.

As ampliações do procedimento terapêutico antecipado e preventivo jamais se reduzem ao bem-estar privado das mães. São ações que se tornam também um gigante benefício para as crianças, porque conforme as razões e a literatura decorrem infinitas evidências de relacionamento cerca de as dissensões depressivas das mães Assim, a cognição-comportamental têm se mostrado eficazes para o tratamento desses casos.

### 2.2.1. A importância da família no contexto da depressão pós- parto

Conforme discute Gusmão (2014) a Depressão Pós Parto aflige a saúde biopsicossocial da mulher e tem repercussão na relação direta dela consigo mesma, em relação ao seu bebê e com as demais pessoas da sua rede social. Ressalta neste estudo, a desejo do recebimento de apoio social, para que as mulheres se imaginem mais preparadas em manejar com as situações, tantas vezes estressantes, que demandam o puerpério, sobretudo na depressão.



Nesse sentido, Rapoport e Piccinini (2011), especificam que a decisão da gravidez (em muitos casos) coincide o apoio da família, com a decisão de contribuir para eventuais necessidades de cuidados com o bebê, esse apoio é capaz de permitir à mãe maior descanso para cuidar do seu filho e lidar com as novas circunstâncias tendo em vista as relações de pouca afinidade com as novas tarefas e atribuições.

A família é importantíssima também como à unidade original do cuidado e, portanto, o apoio dado por ela pode ser crucial, pois percebe, na maioria dos casos, que as necessidades dos indivíduos encontrem-se mais prontamente supridas nos diferentes aspectos da vida, inclusive aquele pertinente à saúde e a doença (INOUYE, et al., 2010).

É primordial enfatizar que o grupo familiar pode conceder diversas propriedades observando-se a assistência a um quadro depressivo no ambiente familiar, desenvolve-se necessário conhecer e entender que esta doença afeta os membros da família, mesmo que indiretamente e em circunstâncias diversos e, ainda assim, conforme consequência, a conformação habitual e funcional é alterada (SILVA, et al., 2010).

É fundamental evidenciar como o a família consegue permitir distintas características buscando a subsídio a um panorama distinto da DPP, transcorre permitindo que esta doença concerne os componentes da família, inclusive que indiretamente e em oportunidades diferentes e, apesar assim, traga um valor estrutural no cotidiano e operante é inautêntica

A família abrange um grupo assistente natural, que desde sempre integra a rede social e de apoio de seus entes, podendo protegê-los ou não, de acordo com da situação, sentimentos e dinâmica intrafamiliar. Todavia espera-se que, ao menos uma pessoa se conceda a prestar este auxílio (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012).

Em uma situação como da DPP, é comum que o funcionamento familiar seja modificado, enfrentando condições de sofrimento e tensão, fato este, que pode levar à desorganização de sua dinâmica, tendo em vista que o comportamento de cada membro vai precisar ser readaptado em função das novas demandas e necessidades da mulher, bem como, das expectativas de um indivíduo em relação a outro (ARAÚJO, et al., 2013).

Conforme visto, a família consegue configurar importante origem de apoio para a mulher que indica sintomas de Depressão Pós-Parto, com efeito, comumente,

é no âmbito familiar que as ligações mais sinceras e afetuosas se combinam. Este apoio vai além das palavras de proteção e incentivo, podendo ser exposto também, defesa nas tarefas diárias e nos cuidados com a criança, possibilitando que a interação mãe-bebê seja vigente e a puérpera possa representar com tranquilidade e qualidade e o papel de mãe.

### **2.3 Políticas públicas: Saúde da mulher gestante**

Após, identificar a gestação, a mulher deve realizar o pré-natal, um acompanhamento para certificar-se e acompanhar o desenvolvimento do bebê, inicialmente através das consultas. A gestante pode manter depois da primeira consulta a frequência de uma por mês. Neste primeiro trimestre deve ser feita pelo menos uma consulta de pré-natal. É importante ir acompanhada desde o primeiro atendimento independente de qual seja a pessoa. Outro elemento de extrema importância é o Cartão da Gestante ou Carteira da Gestante, é um documento fornecido pelo serviço de saúde e que será entregue à gestante na primeira consulta de pré-natal.

Este cartão ficará com a gestante e deve ser apresentado em todas as consultas realizadas durante a gravidez. A cada consulta, o cartão é atualizado, permitindo um acompanhamento mais adequado e qualificado em qualquer serviço de saúde que venha ser utilizado pela gestante (parto, exames, situação de emergência entre outros) (INFÂNCIA SAUDÁVEL, 2013).

Qualquer mulher tem o direito aos planos reprodutivos e atenção humanizada à gravidez ao parto e ao puerpério (pós-parto), bem conforme as crianças têm o direito ao nascimento preciso e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Ratificar esses benefícios é o objetivo do Ministério da Saúde com a Rede Cegonha. Essa técnica tem o objetivo de idealizar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e está sendo implantada, passo a passo em todo o território nacional. A instituição e expansão do programa segue critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional.

O Registro da Gestante é um instrumento fundamental para o registro das informações de assistência da gestação e deve ser parte essencial do processo de

trabalho dos profissionais de saúde, sendo utilizada em todas as consultas do pré-natal. Ela é uma ferramenta com certificado e enquadrado na rotina do pré-natal dos serviços de saúde que realizam assistência das gestantes pelo SUS. As referências inseridas na caderneta apoiam o profissional no diálogo e continuidade do atendimento à gestante e nas ações de educação em saúde, além de ajudar a gestante a registrar e esclarecer dúvidas, se preparar para o parto e a amamentação, conhecer sinais de alerta e seus direitos, entre outros.

A Lei Nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde mais a Portaria Nº 569, de 01 de junho de 2000 que considera que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania.

Portanto é muito importante a gestante buscar conhecer dos seus direitos, e através das informações adquiridas os profissionais do PSF encontram-se em uma posição favorável para detectar precocemente e intervir, evitando o agravamento do processo de depressão puerperal, uma vez que a equipe faz-se mais presente na vida da população por ela assistida, além de contar com profissionais de várias categorias (Valença e Germano, 2010). O Ministério da Saúde junho do ano 2000 instituiu uma política de humanização, conhecida como Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cujo objetivo é garantir, para a gestante, acesso e qualidade durante o acompanhamento pré-natal. Este programa tem como principal objetivo garantir, às gestantes, atendimento digno e de qualidade. Assim, foi instituído o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SIS Pré-Natal) como forma de acompanhar a situação de cada gestante. O SIS Pré-natal disponibiliza a identificação individualizada de cada gestante atendida nas Unidades.

Na política de humanização, o acolhimento é um aspecto essencial, que se inicia com a recepção da gestante na unidade de saúde, responsabilizando-se pela mesma e garantindo a atenção necessária, o que implica em ouvir suas queixas, angústias e preocupações, a fim de dar continuidade ao cuidado com qualidade. Depois de acolhidas, as gestantes são submetidas a uma avaliação inicial, por

meio de consultas de enfermagem e médica. A consulta de enfermagem garante a extensão da cobertura e melhoria da qualidade do pré-natal, por meio de ações de prevenção e promoção de saúde às gestantes (Fontana & Rodrigues, 2012).

Seguindo esta tendência, em 08 de março 2004 foi lançado pelo MS o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que teve, como uma de suas ações estratégicas, a saúde da mulher portadora de transtornos mentais, visando promover o diagnóstico oportuno e o tratamento às mulheres com quadro de depressão puerperal. Rattner (2009).

O psicólogo vai contribuir de uma forma diferenciada e complementar o tratamento oferecido pela equipe. Simonetti faz referência a esse ponto dizendo que em medicina, o diagnóstico é o conhecimento do processo mórbido por meio dos seus sintomas, enquanto que na psicologia hospitalar o diagnóstico é o conhecimento da situação existencial e subjetiva da pessoa adoentada em sua relação com a doença. Com o olhar nesta direção, o papel do psicólogo na equipe, vai propiciar a busca de uma visão panorâmica dos processos que influenciam e são influenciados pela doença, ou seja, o psicólogo diante de um caso de DPP irá buscar, junto ao paciente, o sentido daquela doença para ele.

Como afirmou Lacan: “O psicólogo não dirige a vida do paciente, mas dirige o tratamento”, assim terá o papel fundamental de, em conjunto com a assistência do médico, buscar caminhos que contribuam na busca da mulher acometida pela DPP em encontrar a sua autoconfiança, compreensão e elaboração dos sentimentos vivenciados.

## **2.4 Evoluções do quadro: Fatores de Risco, desenvolvimento do tratamento e repercussões.**

### **2.4.1 Prevenção da depressão pós-parto**

Segundo Konradt et al. (2011)

A prevenção precoce da depressão pode ser realizada por meio de ações e intervenções conjuntas durante a gravidez, minimizando o risco de as mães desenvolverem DPP e prevenindo os graves problemas pessoais e familiares que dela decorrem.

Os autores sugerem, como prevenção, o uso de abordagem terapêutica logo no início da gestação, a fim de diagnosticar possíveis fatores de risco da DPP e iniciar o tratamento precocemente. O terapeuta pode auxiliar, não somente a gestante, mas as pessoas do seu convívio, possibilitando o planejamento de estratégias apropriadas acerca desta nova realidade vivida pela família.

As benfeitorias da atuação terapêutica precoce e preventiva não se restringem ao bem-estar exclusivo das mães e familiares; ela representa, também, um grande benefício para as crianças, uma vez que pode existir relação entre as desordens depressivas das mães e os distúrbios emocionais de seus filhos (Cunha et al., 2012).

Examinando a compreensão de prevenção precoce da DPP, é fundamental que o médico estabeleça uma efetiva relação profissional/paciente, que o ampare a constatar as mulheres com aspectos de risco, durante o acompanhamento pré-natal. No período, eventuais conflitos conforme à maternidade e circunstâncias psicossociais adversas podem ser definidos. Desta forma, o profissional de saúde tem a probabilidade, revestindo sua conduta de potencial para mudar a alta prevalência e o impacto social desse transtorno (Shimizu & Lima, 2009).

A intervenção psicológica em grupo durante a gestação funciona como suporte, contendo as ansiedades e fomentando as trocas de vivências e a reflexão sobre as mesmas. A interligação do falar, refletir e receber informação científica contribui para a redução dos medos e conseqüentemente para o alívio da ansiedade relativa à gravidez. Quanto mais oportunidades tiverem de falar sobre a percepção que vão tendo das suas modificações, mais aumentam as suas hipóteses de adaptação (Zimerman & Osório, 1997).

A terapêutica da depressão puerperal baseia-se na farmacologia e na psicoterapia. Porém, o uso de psicofármacos no puerpério apresenta determinadas contraindicações devido ao aleitamento materno, que pode ser comprometido com a excreção destes medicamentos no leite. Os efeitos dos medicamentos no organismo do bebê variam segundo o tipo de droga, sua farmacocinética e a sensibilidade individual (Rocha, 1999).

Os benefícios terapêuticos, no caso da DPP, não se limitam às mães e podem melhorar a qualidade de vida das crianças. Isto porque as desordens depressivas das mães podem levar a distúrbios emocionais nas crianças. Assim, a terapia é essencial na prevenção e tratamento da DPP. Na psicologia, existem

muitas técnicas e abordagens diferentes e todas derivam de teorias que dizem respeito às causas da doença mental, sendo que cada uma delas tem seus respectivos benefícios e são consideradas úteis no tratamento da DPP. (Camacho et al.,2006).

Segundo Silva & Botti (2005), o terapeuta, junto à puérpera e familiares, edificará novas composições a partir da realidade vivenciada. Sendo assim, é possível o entendimento e o planejamento de ações de intervenção adequadas acerca dessa nova realidade. Uma das abordagens mais empregadas no tratamento da DPP é a Terapia Comportamental-Cognitiva (TCC) que têm como base analisar quais são as ideias, os pensamentos e as emoções que a pessoa tem sobre si mesma e que se encontram distorcidos, causando uma cadeia de reações comportamentais disfuncionais (Camacho et al.,2006).

Esta terapia foi desenvolvida pelo psicólogo norte-americano Aaron Beck, na década de 60. Esta técnica se concentra em melhorar a autoimagem e a visão do mundo, auxiliando a puérpera na reestruturação do “eu” e, conseqüentemente, criando possibilidades para enfrentar sua nova realidade. Esta terapia é frequentemente, breve, durando de 12 a 16 sessões (AMA 2002). Outra abordagem terapêutica que pode ser usada no tratamento da DPP é Terapia Interpessoal, desenvolvida pelo psiquiatra Gerald Klerman e pela psicóloga Myrna Weissman, nos Estados Unidos, na década de 70.

Trata-se de uma técnica que visa modificar os relacionamentos pessoais que podem contribuir para a depressão, auxiliando a paciente que tem dificuldades neste tipo de relacionamento. O tratamento, geralmente, tem duração de 12 a 16 semanas. (AMA, 2002).

A AMA também cita como possibilidade de tratamento para a DPP, a Terapia Psicodinâmica ou Psicanálise. Baseada nas teorias e ensinamentos do médico austríaco Sigmund Freud, se baseia no pressuposto de que o histórico de vida e os anseios e medos inconscientes exercem um poderoso efeito sobre as emoções e o comportamento. Outra terapia citada pela AMA é a Terapia Familiar, que procura informar os familiares sobre a doença e mostrar-lhes como ajudar a paciente no tratamento. Além destas, a Terapia de Casais, também recomendada como alternativa para o tratamento da DPP pela AMA procura aliviar a tensão que esta síndrome gera entre a paciente e seu cônjuge, estimulando a discussão entre eles para resolução de seus problemas de forma saudável. (AMA, 2002).

Essa é uma conjunção na qual se gera frequência ao uso de um tratamento psicoterapêutico tanto para o encaminhamento durante a gestação, como para tratar prováveis indícios de DPP, uma vez que o terapeuta auxiliará a mãe e seus familiares a estabelecer e organizar resistência conduzindo possível a concepção o preparação de recursos apropriadas em relação a desta atual veracidade vivida pela família.

O tratamento da DPP inclui programas psico educacionais, psicoterapia e medicamentos. A análise do risco-benefício quanto às diversas opções de tratamento no pós-parto deve ser discutida com a mãe. O tratamento deve ser iniciado à partir do momento em que se consegue diferenciar depressão pós-parto de uma simples tristeza pós-parto, que é um acontecimento comum que ocorre na vida da mulher após o parto. O tratamento psicoterápico tem uma importância considerável e um enfoque diferenciado, que engloba a família e pessoas com quem a mãe tenha contato, pois foca na diminuição dos sintomas de forma a minimizar seu impacto não só na mãe como também no bebê. Contudo, o tratamento farmacológico é essencial, pois existem situações nas quais somente a medicação apresenta sucesso.

#### 2.4.2 Fármacos uso racional no acesso aos medicamentos

O tratamento da DPP inclui programas psico educacionais, psicoterapia e medicamentos. A análise do risco-benefício quanto às diversas opções de tratamento no pós-parto deve ser discutida com a mãe O tratamento deve ser iniciado à partir do momento em que se consegue diferenciar depressão pós-parto de uma simples tristeza pós-parto, que é um acontecimento comum que ocorre na vida da mulher após o parto. O tratamento psicoterápico tem uma importância considerável e um enfoque diferenciado, que engloba a família e pessoas com quem a mãe tenha contato, pois foca na diminuição dos sintomas de forma a minimizar seu impacto não só na mãe como também no bebê.

Contudo, o tratamento farmacológico é essencial, pois existem situações nas quais somente a medicação apresenta sucesso Na depressão ocorre uma diminuição de neurotransmissores como serotonina, dopamina enoradrenalina, que são substâncias químicas responsáveis pela regulação do humor e de nossas respostas emocionais. Os antidepressivos atuam nesses neurotransmissores objetivando umamelhora na sintomatologia do paciente.

Dentre os antidepressivos disponíveis no mercado para utilização destacam-se Inibidores Monoaminoxidase (IMAO), Antidepressivos Tricíclicos (ADT), Inibidores de Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRNs) e os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRSs). Antidepressivos de terceira geração têm sido utilizados como potentes armas no combate contra insônia em processos depressivos, além de diminuir os efeitos colaterais referentes à memória e disfunção sexual, agem em neurotransmissores melhorando o humor, a qualidade do sono e diminuindo o número de despertares. Uma das preocupações em relação ao emprego de fármacos no tratamento de puérperas é a excreção destes no leite materno. O estudo de Silva et al. (2003) mostrou que níveis significativos de Fluoxetina e Citalopram foram encontrados no plasma sanguíneo dos lactentes de puérperas que utilizaram esses fármacos. O mesmo não aconteceu quando foram utilizadas a Sertralina e a Paroxetina.

Os fármacos fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram e fluvoxamina, pertencentes à classe dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRSs) são utilizados para o tratamento de uma série de patologias relacionadas à fisiologia do neurotransmissor serotonina. Esses fármacos tem melhorado significamente o tratamento das patologias consideradas psíquicas e no último século, os ISRSs têm revolucionado o tratamento da depressão, essas drogas mostram alta eficácia e poucos efeitos adversos quando comparados com os antidepressivos tricíclicos, embora seus mecanismos de ação não estejam ainda de todo esclarecidos, são fármacos que não interferem nos neurotransmissores além da serotonina, atuando no neurônio pré-sináptico inibindo especificamente a recaptação desse neurotransmissor, proporcionando o efeito antidepressivo.

Weissman *et al.* (apud MAGALHÃES, 2006) sugerem que, até que esteja muito claro o conhecimento as consequências do uso de antidepressivos sobre o desenvolvimento da criança, os fármacos transmissíveis para o leite materno deveriam ser evitados.



### **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 novos 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, relação mãe e filho, causas, tratamentos.

#### **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 Gazeta 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 artigos faremos alguns recortes 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 Resultados

A Depressão Pós-Parto a partir dos estudos levantados deve ser tratada como questão de saúde pública no Brasil devido à prevalência apresentada por diversas pesquisas que estimam que 10 – 20% das mulheres apresentam este transtorno.

A Tabela 27-8 diferencia baby blues de depressão pós-parto. Uma síndrome descrita nos pais é caracterizada por alterações no humor durante a gravidez da esposa ou após o nascimento do bebê. Esses pais são afetados por vários fatores: acréscimo de responsabilidade, redução do uso de sexo como válvula de escape, menos atenção da esposa e a crença de que a criança é um vínculo forçado em um casamento insatisfatório.

Muitas mulheres experimentam sintomas afetivos durante o período pós-parto, de 4 a 6 semanas após a parturição. A maioria dessas mulheres relata sintomas compatíveis com baby blues, uma perturbação transitória do humor caracterizada por labilidade de humor, tristeza, disforia, confusão subjetiva e choro. Esses sentimentos, que podem durar vários dias, foram atribuídos a rápidas mudanças nos níveis hormonais, ao estresse de dar à luz e à consciência do aumento de responsabilidade inerente à maternidade. Nenhum tratamento profissional é necessário além de orientação e apoio para a nova mãe. Caso os sintomas persistam durante um período superior a duas semanas, indica-se avaliação para depressão pós-parto.

Falar sobre rede de saúde de apoio, assistência psicológica para gestante, assistência alimentar, médica para o neonato. As mortes materna e neonatal apresentam-se estreitamente condicionadas à falta de reconhecimento destes eventos como um problema social e político; ao desconhecimento da sua verdadeira magnitude; e à deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido. Com isso estimular a participação dos conselhos de Saúde a nível Federal, Estadual e Municipal na definição de conteúdos e estruturação para que essas gestantes tenham um acompanhamento como na implementação e acompanhamento das ações. E primordial intenção da intervenção psicológica na perspectiva de proporcionar uma

distinção denominada e reconhecida acerca evolução provendo assim uma dimensão em que a mãe possa explicar seus medos e suas ansiedades, mais à frente de beneficiar a troca de tentativas vivências e esclarecimentos sobre a depressão pós-parto para a família. A gestação e os eventos a ela relacionados, como puerpério e lactação, são marcados por profundas mudanças que interferem na vida da mulher. As mais reconhecidas são as modificações relacionadas ao corpo, sua fisiologia e metabolismo. Sob o ponto de vista da biomedicina, é inegável que são fases de maior vulnerabilidade e de grandes demandas que requerem prioridade na assistência.

O perfil de morbidade das gestantes se caracteriza pela dualidade do estado de saúde e nutrição. De um lado, o baixo peso materno e as carências específicas de micronutrientes, podendo resultar em baixo peso ao nascer, e, de outro, o sobrepeso e a obesidade, que muitas vezes associam-se ao desenvolvimento do diabetes gestacional e/ou síndrome hipertensiva da gravidez, com consequências para a saúde materna e do conceito<sup>1</sup>.

No Brasil, a assistência pré-natal inclui o acompanhamento e o monitoramento do ganho de peso gestacional e prevê orientações nutricionais voltadas às mulheres no período que vai da gravidez à amamentação.

O acolhimento é um aspecto essencial, que se inicia com a recepção da gestante na unidade de saúde, responsabilizando-se pela mesma e garantindo a atenção necessária, o que implica em ouvir suas queixas, angústias e preocupações, a fim de dar continuidade ao cuidado com qualidade.

As Políticas Públicas são as diretrizes tomadas que visam à resolução de problemas ligados à sociedade como um todo, engloba saúde, educação, segurança e tudo mais que se refere ao bem-estar do povo, são os direitos que a população possui como cidadão e como ente que faz parte de uma sociedade, nação. A depressão pós-parto pode ser considerada um problema de saúde pública. É uma condição clínica séria que ocorre no puerpério e que exige um diagnóstico preciso e o mais precoce possível. Quando não diagnosticada, pode ter um impacto negativo para a mãe e para a criança e pode atingir toda a estrutura familiar, inclusive, a vida afetiva.

Todas essas iniciativas impactam positivamente a saúde da gestante, a relação mãe e bebê o desenvolvimento infantil e custos com a saúde na rede pública e privada para essa população. A partir da metodologia de pesquisa do trabalho se

trilhou um caminho de levantamento de fontes – todas elas bibliográficas, logo após isso foi feito um trabalho de leitura, sendo que estas fontes da tinham um claro indicativo de poderem apresentar uma contribuição significativa ao levantamento bibliográfico inicial. Com relação ao projeto inicial optou-se por não se dar tanto destaque ao fenômeno *baby blues*, que será tratado correlacionado ao tema a partir do andamento do trabalho. Ao invés do fenômeno *baby blues* optou-se por dar destaque às políticas públicas de apoio à gestante, essa mudança se deu em razão da percepção de que, em muitos casos, os cuidados básicos não são fornecidos à gestante expondo, mãe e bebê, à de dano grave à saúde e mesmo risco de morte.

Para a discussão dos dados identificados, após o levantamento bibliográfico, levou-se em consideração a caracterização das informações do quadro, Assim, foi possível classificá-los em categorias que refletem os resultados desse estudo, fatores associados à depressão pós-parto e manifestações do *baby Blues*.

Com relação à depressão pós-parto são diversos os fatores que influenciam o desencadeamento, bem como são várias as consequências, danos e alterações de nível psicológico, social e familiar que essa patologia pode causar na vida da mãe, do bebê e da relação entre eles.

Vale ressaltar o que diferencia a depressão pós-parto do *baby blues*, não é o tempo de duração, mas a intensidade do sintoma, mas tudo esta mais acentuada na depressão pós-parto – Conforme o quadro explicativo.

Pode se observar que a gravidade é muito mais acentuada para a depressão pós-parto, sendo que em alguns casos o *baby blues* se manifesta e os sintomas residuais persistem e em algumas ocasiões específicas podemos ser a evolução para o quadro depressivo.

Conforme Morais *et al*, (2006) trata-se de um transtorno acompanhado de manifestações biopsicossociais associadas à ocorrência de eventos estressantes, e que apresentam sintomas multivariados. A multicausalidade é uma marca importante para esse transtorno uma vez que a dinâmica do processo de adoecimento não se define de uma maneira clara e os elementos vivenciam – uma descrição psicopatológica dinâmica deve ser considerada apesar do diagnostico normalmente ser feito a partir de uma psicopatologia descritiva. Ao se buscar entender o quadro um dos fatores primordiais a serem considerados e que esse transtorno envolve o sujeito- mãe, em sua totalidade é não se pode deixar de se considerar elementos psicossociais diretamente relacionados a gestação, um fator importante são os

cuidados médicos dos quais o bom andamento da gestação. Logo entende-se que é uma questão em que deve haver uma ação do poder público, mais especificamente da rede de saúde pública.

Complementando o processo de análise e diagnóstico do problema, para que se possa enquadrar a paciente no quadro de depressão pós-parto e se possibilitar o tratamento específico, segue-se o que se prega o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION) (2002). Portanto, para ser diagnosticada com depressão, a mãe deve apresentar pelo menos cinco dos sintomas que caracterizam o transtorno como: tristeza prolongada, baixa autoestima, crise de choro, fadiga, desmotivação, ansiedade, distúrbios do sono e/ou do apetite, irritabilidade, sensação de incapacidade para cuidar do filho ou desinteresse por ele, lapsos de memória e idéias obsessivas ou supervalorizadas de suicídio.

As expectativas criadas pela própria gestante e muitas vezes, a falta de uma figura (a mãe) representativa nesse segmento, da qual possibilita a troca de experiência e discussão acerca da maternidade, gera na grávida, sentimentos de impotência relacionados com o fato de ser uma boa mãe, desapontamento, vergonha, desilusão, fracasso e de fragilidade. A própria mãe cria em cima de si uma cobrança e pressão ligadas ao pensamento cultural de que mãe é terna, acolhedoras, férteis e sempre disponíveis, dando espaço para a depressão (AZEVEDO e ARRAIS, 2006).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar deste estudo, a partir dos resultados obtidos com o levantamento bibliográfico, pode - se entender que o desenvolvimento da DPP por puérperas propicia uma série de sintomas nas mesmas, e que os sinais apontados podem decorrer de fatores sociais e mentais. Uma vez desenvolvendo a DPP, a puérpera apresentará sintomas que modificarão a sua relação com a família, bem como a relação com o bebê, que, como consequência, irá afetar exatamente no desenvolvimento do mesmo.

O puerpério é um período favorável a crises, por processo das mudanças físicas e psicológicas que decorrem a melhor forma de combate à doença é a preocupação quando a gestante faz o acompanhamento durante a gravidez com um psicólogo para que as condições de desencadeamento do transtorno se tornam muito menores, lamentavelmente muitas mulheres não tem impulso e nem conhecimento da importância do tratamento, ou até mesmo ainda há dúvidas e tabus que a interdita de buscar ajuda.

O estudo permitiu investigar as causas da depressão pós-parto e as diferentes definições apresentadas na literatura, identificação e condução dos sintomas depressivos maternos no período pós-parto. A constatação da relação depressivo da mãe É crucial e, os momentos complexam em razão das queixas psicossomáticas que podem apontar somente questões orgânicas essenciais para esta experiência, vividas teoricamente pela mulher, consiga ser descoberta para ajuda-la no progresso de reorganização.

Ao analisar a depressão pós-parto, encontraram-se observações existentes que recomendam a assistência extensiva prévia ao parto conforme um método apropriado na precaução e autocontrole do transtorno depressivo pós-parto. A avaliação precoce durante a gestação, englobando o cônjuge e, por significado a família de seu convívio, pode incluir vantagens em longo prazo, uma vez que a saúde mental da mãe vai refletir nos cuidados diretos ao bebê e no relacionamento conjugal. Contudo quando o transtorno encerra se rompendo é necessário que adquiram profissionais da saúde instruídos para reconhecer os primeiros sinais e sintomas para um andamento imediato da paciente, conforme mais cedo o diagnóstico, menores são as ocorrências de adversidades severas do transtorno. Esta forma é necessária uma abordagem ativa nas consultas puerperais,

identificando precocemente os riscos, sinais e sintomas, prevenindo o surgimento desse transtorno mental de grande impacto na sociedade.

Conclui-se que o estudo é relevante para criar novas visões sobre a depressão pós-parto, sempre buscando características e meios de melhoria para a saúde gestacional da mulher. Muitos aspectos relacionados á depressão pós-parto. O que se sabe, contudo, é que novos estudos sobre o tema são importantes, considerando a relevância de conhecer a etiologia e características da depressão pós-parto bem como suas implicações diante do impacto causado pelos sintomas.



## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION - APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5 ed. Artmed, 2013. 1780 p.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION – APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV-TR. 4 ed. Artmed, 2000. 943 p.
- ANDRADE, R. D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Distrito Federal v. 19, n. 1, p. 181-186. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0181.pdf>> Acesso em: 25 Out. 2019
- BARBOSA, P. Z.; ROCHA, C. M. L. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 163-185. ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v19n1/12.pdf>> Acesso em: 23 out. 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. 3 ed. Brasília-DF, 2016, 31 p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/sobre-o-programa>> Acesso em: 12 Nov. 2019
- BRASIL. Ministério da saúde. Depressão pós-parto. Disponível em: <<http://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/depressao-pos-parto>>. Acesso em: 02/10/2019
- BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Saúde dentro de casa do Programa Saúde da Família (PSF). 2 ed. Brasília, 1994. 208 p.
- CAMACHO, R. S., et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: Classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 33, n° 2, p. 92 -102. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a09v33n2.pdf>> Acesso em: 16 Out. 2019
- CANTILINO A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v. 37, n° 6. p. 278-284. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n6/a06v37n6.pdf>> Acesso em: 25 set. 2019
- CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista psiquiátrica 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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200009)> Acesso em: 23 Out. 2019
- CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 17, n. 5, p. 1103-1114. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a02v17n5.pdf>> Acesso em: 30 Out. 2019

COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p. 759-773, Jul. 2008. Disponível

em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812008000300014](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000300014)> Acesso em: 11 Ago.2019

COX, J. Postnatal mental disorder: towards ICD-11. *World Psychiatry*, v.3, n.2, p.96-97, 2004.

CUNHA, A. B. *et al.* importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto.

*Saúde e Pesquisa*, v. 5, n. 3, p. 579-586 Out. 2012. Disponível em:

<<http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos>> Acesso em: 29 set. 2019

FRANCES, A. *Fundamentos do Diagnóstico Psiquiátrico: Respondendo às Mudanças do DSM-5*. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 240 p.

GOMES, A. G. *et al.* Gestação e constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, Maringá v. 13, n. 1, p. 63-72, Mar. 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf>> Acesso em: 16 Out. 2019

GOMES, C. P.; SILVA, P. A.; PESSINI, M. A. A nova configuração familiar: a família contemporânea usuária das políticas públicas. *Akrópolis*. v. 19, n. 2, p. 101-114.

2011. Disponível em:

<<https://revistas.unipar.br/index.php/akropolis/article/view/3962>> Acesso em: 29 set. 2019

GRANDO, T., *et al.* Consulta pré-natal: satisfação das usuárias do SUS. *Cogitare Enfermagem*, v. 17, n. 2, p. 336-341. Abr.2012. Disponível em:

<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/25565/18551>> Acesso em: 23 set. 2019

INFÂNCIA SAUDÁVEL, *Gestação e Parto*. Disponível em: <[www.infanciasaudavel.org.br](http://www.infanciasaudavel.org.br)>. Acesso em: 12 de Mai. 2016.

INOUYE, K. *et al.* Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. v. 23, n. 3, p. 582-592. 2010.

JORGE, H. M. F. *et al.* Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 28, n. 1, p. 140-148, mar. 2015. Disponível em:

<<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2864/pdf>> Acesso em: 01 Nov. 2019

MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 17 ed. Petrópolis: Vozes, 1990. 118 p.

MAGALHÃES, S.P.V. *et al.* Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. *Revista de psiquiatria Clínica*, São Paulo v. 33. n.5, p. 245-

248. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n5/a04v33n5.pdf> >  
Acesso em: 30 out. 2019

MENEZES, F. L. *et al.* Depressão Puerperal, no âmbito da Saúde Pública. *Saúde, Santa Maria*, v.38, n.1, p. 21-30, 2012. Disponível em:  
<<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/3822/3803>> Acesso em: 16 Out. 2019

MOURA, S. R. M; ARAUJO, M. F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia ciência e profissão*, Brasília, v. 24, n. 1, p. 44-55 mar. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n1/v24n1a06.pdf>> Acesso em: 02 Nov. 2019

NÓBREGA, S. M.; FONTES, E. P. G.; PAULA, F. M. S. M. Do amor e da dor: representações sociais sobre o amor e o sofrimento psíquico. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 22, n. 1, p. 77-87. 2005. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n1/v22n1a08.pdf>> Acesso em: 02 Nov. 2019

PICCININI, C. A, *et al.* Gestação e constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, Maringá v. 13, n. 1, p. 63-72, mar. 2008. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf>> Acesso em: 16 Out. 2019

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. O ingresso e adaptação de bebês e crianças pequenas à creche: Alguns Aspectos críticos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Rio Grande do Sul, v. 14, n.1, p. 81-94, mar. 2001.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF*, Porto Alegre v. 16, n. 2, p. 215-225. ago. 2011. Disponível em:  
<[https://www.researchgate.net/publication/262591596\\_Motherhood\\_and\\_stressful\\_situations\\_in\\_the\\_first\\_year\\_of\\_the\\_baby%27s\\_life](https://www.researchgate.net/publication/262591596_Motherhood_and_stressful_situations_in_the_first_year_of_the_baby%27s_life)> Acesso em: 21 Out. 2019

RATTNER D. Humanização na atenção a nascimentos e partos. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 2, p. 759-768. Jan. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a27v13s1.pdf>> Acesso em: 15 nov. 2019

ROCHA, F. L. *Depressão puerperal: revisão e atualização*. 2 ed. Jornal Brasileiro de Psiquiatria: Belo Horizonte, 1999. 114 p.

ROCHA, M., MOTA, C. P.; MATOS, P. M. Vinculação à mãe e ligação aos pares na adolescência: O papel mediador da auto-estima. *Análise Psicológica*, Lisboa, n. 29 v. 2, p185- 200. 2011. Disponível em:  
<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v29n2/v29n2a01.pdf>> Acesso em: 25 Out. 2019

ROSS, L. E. *et al.* Measurement issues in postpartum depression - part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression. *Archive of Women's Mental Health*, Toronto, v. 6, n. 1, p. 51-57, 2003.

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista Ciência Médica*, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-268, set. 2003. Disponível em: <https://seer.sis.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1260/1235>> Acesso em: 20 Out. 2019

SARAIVA, E.R; (2007). A experiência materna mediada pela depressão pós-parto: Um estudo das representações sociais. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M.; MÜELLER, M.C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 61-68, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v10n1/v10n1a08.pdf>> Acesso em: 10 Nov. 2019

SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, T.C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 16, n.5, p. 2575-2585. 2011.

SHIMIZU HE, LIMA MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 3, p. 387 -92. Jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/09.pdf>> Acesso em: 13 Out. 2019

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiás, v. 7, n. 2, p. 231-238, 2005. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_2/pdf/REVISAO\\_01.pdf](https://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/pdf/REVISAO_01.pdf)> Acesso em: 01 Nov. 2019

SILVA, D. K; ANDRADE, F. M. Farmacogenética de inibidores seletivos de recaptção de serotonina: uma revisão. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 30, n.1, p. 1-11. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n1s0/v30n1a04s0.pdf>> Acesso em: 12 Nov. 2019

SILVANA, G. T. *Revisão sistemática: Relação entre depressão pós-parto, conjugalidade e locus de controle*. 2011, 29 p. Monografia (especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31828/000779173.pdf?sequence=1>> Acesso em: 02 Out. 2019

SPB. Depressão Pós- parto. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/nutricao/depressao-pos-parto/> . Acesso em: 03/10/2019

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 11 n. 2, p. 129-139. Jun.2010.

WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 1983. 268 p.