

Faculdade UnYLeYa
Curso de Pós-Graduação em Psicoterapia Breve Psicodinâmica
Bárbara Spina Donadio de Godoy

**A IMPORTÂNCIA DO PSICÓLOGO DENTRO DAS
MATERNIDADES PARA O TRATAMENTO DA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO.**

São Paulo - SP
2017

Faculdade UnYLeYa
Curso de Pós-Graduação em Psicoterapia Breve Psicodinâmica
Bárbara Spina Donadio de Godoy

**A IMPORTÂNCIA DO PSICÓLOGO DENTRO DAS
MATERNIDADES PARA O TRATAMENTO DA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO.**

Projeto de pesquisa apresentado à
Faculdade Unyleya como pré-requisito para
formação no curso de pós-graduação
em Psicoterapia Breve Psicodinâmica.
Aline Vilela

São Paulo - SP
2017

SUMÁRIO

1. - Referencial Teórico	Pág. 4
2. - Introdução	Pág. 4
2.1. - Tema	Pág. 4
2.2 - Problema	Pág. 5
2.3 - Justificativa	Pág. 5
2.4 - Objetivos	Pág. 5
2.4.1 - Objetivos Geral	Pág. 5
2.4.2 - Objetivos Específicos	Pág. 6
3. - Metodologia	Pág. 6
4. - Cap. 1: A Depressão Pós-Parto (DPP)	Pág. 6
5. - Cap. 2: Atuação Do Psicólogo Dentro Das Maternidades.....	Pág. 12
6. - Cap. 3: Tipos De Intervenção Psicológica	Pág. 14
7. - Cap. 4: A Importância Do Diagnóstico Precoce	Pág. 19
8. - Cap. 5: Fatores De Risco.....	Pág. 26
9. - Cap. 6: Prevenção E Tratamento	Pág. 32
10. - Considerações Finais	Pág. 33
11. - Referência Bibliográficas.....	Pág. 35

1. REFERENCIAL TEORICO

No presente estudo será abordado questões sobre mulheres brasileiras como um todo, que vivenciaram a depressão na fase do puerpério e período após o nascimento do bebê, e a influência do psicólogo atuando dentro das maternidades na melhora dos sintomas. Com base da literatura encontrada, os psicólogos desempenham um papel importante neste processo, principalmente se houver um diagnóstico precoce, pois dessa forma podem realizar um tratamento adequado e auxiliar no desenvolvimento emocional da mulher, favorecendo melhor qualidade de vida para as pacientes e familiares. Porém, ainda há grande demanda, pois não são todas as instituições que prestam serviços psicológicos. Além da importância do apoio às mães, é preciso que o psicólogo oriente a equipe sobre o manejo dos aspectos emocionais envolvidos na depressão pós-parto.

Segundo Simonetti, 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. Nesse sentido, a função do psicólogo na equipe é proporcionar a busca, junto à paciente, do sentido daquela doença para ela, como lidar com a dor e sofrimento, e oferecer apoio emocional durante todo o processo.

2. - INTRODUÇÃO

2.1- Tema:

A importância do psicólogo dentro das maternidades para o tratamento da depressão pós-parto.

2.2- Problema:

Como é possível a atuação do psicólogo dentro das maternidades nos períodos gestacionais e pós-parto da mulher?

2.3- Justificativa:

O presente estudo foi realizado para todas as mães, que de alguma forma, necessitaram de um suporte emocional em situações de sofrimento, enquanto pacientes dentro de uma maternidade. Pois há um grande número de mulheres que passam por algum tipo de sofrimento durante e após sua gestação, e muitas vezes não são amparadas por um profissional especializado, por conta da ausência destes dentro das instituições.

Espera-se que esse estudo possa conscientizar a importância das mulheres realizarem atendimentos psicológicos durante a gestação para detectar um diagnóstico precoce da depressão pós-parto, pois dessa forma beneficiará no tratamento dos sintomas. Além disso, deseja-se esclarecer as instituições e os profissionais da área de saúde, as vantagens do psicólogo atuar junto com a equipe dentro das maternidades, afim de propor melhorias não somente aos pacientes, mas seus familiares.

2.4 - Objetivos:

2.4.1 - Objetivo geral:

A pesquisa deverá esclarecer a importância da atuação do psicólogo no âmbito emocional das pacientes que realizaram o tratamento psicológico com a melhora do quadro da depressão pós-parto dentro das maternidades.

2.4.2 - Objetivos específicos:

- Explicar a atuação do psicólogo dentro das maternidades.
- Descrever as intervenções psicológicas que podem ser realizadas.
- Apresentar os fatores de risco
- Identificar os benefícios que o psicólogo pode trazer aos pacientes e familiares durante o processo da depressão pós parto.

3. - Metodologia:

O presente trabalho foi desenvolvido por meio de uma revisão bibliográfica, no qual foi levantado informações através de artigos científicos e teorias sobre o tema abordado.

Buscou-se apresentar a importância das intervenções terapêuticas dentro das maternidades e o impacto positivo na vida de mulheres que passam por algum sofrimento nesse período.

Foi realizada uma revisão do assunto, pontuando alguns aspectos relevantes para ser analisado a importância da atuação do psicólogo no tratamento da depressão pós-parto e o suporte emocional que este pode oferecer às mulheres que passam por algum tipo de sofrimento, como forma de conscientização para os profissionais da área de saúde e pacientes.

4. - CAPITULO 1: A DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP)

A depressão pós-parto (DPP) é um importante problema de saúde pública, afetando tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento de seu filho. A manifestação desse quadro acontece, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando habitualmente sua

intensidade máxima nos seis primeiros meses. A depressão relacionada ao nascimento de um bebê refere-se a um agrupamento de sintomas que envolvem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança. Além disso, há falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, a sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas (SCHWENGBER & PICCININI, 2003).

Segundo 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 repercute na interação mãe e 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.

Segundo Camacho (2006), existem três categorias de depressão: 1) o baby blues, conhecida também como “tristeza puerperal” que é a forma mais comum e leve de depressão, pode iniciar-se nas duas semanas após o parto; 2) a depressão puerperal, que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas; 3) as psicoses puerperais, que ocorre em casos mais raros, caracterizadas por delírios, alucinações, transtornos cognitivos, hiperatividade, ideação de suicídio e/ou infanticídio.

Sobre esses diferentes quadros depressivos maternos, Delassus (2002) denominou-os como “doenças da maternidade”, ou seja, trata-se de patologias

interacionais que ocorrem com todas as mães, de forma consciente ou inconsciente, que envolvem menor ou maior ansiedade e tem diferentes graus de implicações na vida intra e inter-psíquica destas mulheres e, por consequência, também na relação entre mãe-bebê.

Apesar de não serem “reconhecidos” como entidades diagnósticas específicas pelos sistemas classificatórios atuais, os transtornos mentais no puerpério apresentam peculiaridades clínicas que merecem atenção por parte de clínicos e pesquisadores” (CANTILINO E COL., 2010, p. 278).

A depressão pós-parto (DPP), conforme Ibiapina et al.(2010), é um sério problema de saúde no ciclo gravídico-puerperal, acometem aproximadamente 10 a 20% das mulheres nos primeiros meses após o parto prejudicando a mãe, a criança, e a família.

A depressão pós-parto pode levar as mães a um estilo de apego considerado inseguro em relação às mães que não apresentam, assim como também, podem fazer com que estas visualizem seus filhos como mais difíceis de lidar, mais lentos, exigentes e não adaptados. Na relação das mães com seus bebês, as mães com depressão pós- parto apresentam níveis de hostilidade maior na interação com seus filhos, aparentando maior rejeição, negligência e agressividade. (MEREDITH, 2003)

Para Bydlowski (1997) a depressão pós-parto pode ser limitante e durar meses sem melhora espontânea, e se não houver ajuda, se torna uma provação dolorosa no primeiro ano de vida com o bebê.

No que respeita ao início dos sintomas, a maior parte das mulheres desenvolve sintomas de DPP nos três primeiros meses pós-parto, embora um segundo pico de incidência de sintomatologia depressiva ocorra entre os seis e oito meses pós-parto (MILGROM, 1999).

Os sinais e sintomas do estado depressivo variam quanto à maneira e intensidade com que se manifestam, pois dependem do tipo de personalidade da puérpera e da sua própria história de vida, além das mudanças bioquímicas que

se processam logo após o parto (BERNAZZANI, CONROY, MARKS, SIDDLE, GUEDENEY, BIFULCO, 2004).

A etiologia parece ser multideterminada, podendo ter influências genéticas, de estressores psicológicos, do contexto cultural e de mudanças fisiológicas no seu desenvolvimento e severidade. Alguns autores têm sugerido que, por vezes, os sintomas da depressão materna podem surgir em algum outro momento do primeiro ano de vida do bebê, e não necessariamente nas primeiras semanas após o seu nascimento, embora ainda fortemente associados à maternidade. (ZAGONEL, 2003)

É sabido que a DPP acontece com mulheres de todas as idades, classes sociais e de todos os níveis escolares. Ela pode ocorrer com mulheres que desejam muito ter um filho, bem como com aquelas que não aceitam o fato de ter engravidado (ARRAIS, 2005).

Os achados da revisão feita por autores sugerem que “a prevalência de sintomas depressivos no pós-parto no Brasil encontra-se acima da média mundial, e próxima àquela encontrada em países similares do ponto de vista socioeconômico” (LOBATO E COL., 2011, p. 377).

A prevalência da DPP encontrada em um estudo realizado em Pelotas/RS foi de 19,1%, maior que a de outros estados brasileiros. A alta prevalência de DPP reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento. O acompanhamento cuidadoso de gestantes, em especial as de baixa renda, por meio de ação integrada que leve em conta as variáveis associadas à depressão, pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que decorrem da DPP (MORAES, 2006)

O baby blues é um transtorno depressivo brando e transitório, com frequência acentuada, podendo acometer entre 50% a 85% das puérperas. Podem aparecer sintomas como irritabilidade, mudanças bruscas de humor, indisposição, tristeza, insegurança, baixa autoestima e sensação de

incapacidade de cuidar do bebê. O que distingue a depressão da Tristeza Materna é a gravidade dos quadros. (IACONELLI, 2005). Pode ocorrer até o terceiro dia após o parto e tem duração de cerca de duas semanas. A remissão do quadro depressivo é espontânea. (BRASIL,2006). O baby blues dificilmente carece de intervenção profissional, bastando o suporte familiar para que a puérpera se recupere (AGUIAR, 2011). Entretanto, a persistência ou intensificação desse quadro e seus sintomas podem ser indicativos do desenvolvimento de DPP (RUSCHI et al., 2007).

Os estudos de Reck (2008) incidiram na relação entre blues gestacional, ansiedade e prevalência de depressão pós-parto. Os resultados foram concordantes com suposição de partida, tendo encontrado três variáveis correlacionadas: ser mãe pela primeira vez, história de blues gestacional e retorno ao trabalho após nascimento. Levando os autores a propor aos técnicos de saúde, para que nas duas semanas pós-parto estejam atentos às mulheres que revelaram blues gestacional e que procedam a rastreios de sinais de ansiedade e de sintomas de depressão da recém-mãe com o 36 objetivo de proporcionar uma oportunidade de prevenção e intervenção terapêutica. Também O'Hara (1986, cit. in LEAL, 2005) refere que um número elevado de mulheres que desenvolvem depressão pós-parto já se encontravam deprimidas na gravidez.

As psicoses puerperais caracterizam-se por um episódio psicótico e são frequentemente acompanhadas pelos seguintes sintomas: desorganização de pensamento, comportamentos bizarros, falta de insight, delírios de referência, perseguição, de ciúme ou grandiosidade, perturbação sensorial e autonegligência. O risco de suicídio nas mulheres com psicose puerperal é muito elevado e, atendendo ao quadro psicótico em curso, considera-se que os filhos das mulheres afetadas por esta condição clínica se encontram em particular risco, quer por negligência/incapacidade de prestação de cuidados, quer pela influência das alucinações/delírios (EPPERSON & BALLEW, 2006; O'HARA,

2009). Do ponto de vista de tratamento, a psicose puerperal requer tratamento psiquiátrico e hospitalização (MILGROM, 1999).

A literatura indica que o período gravídico puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar, prevenindo dificuldades futuras para o filho. A intensidade das alterações psicológicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante. (MALDONADO, 2000)

Tanto a psicose pós-parto quanto a depressão pós-parto manifestam um quadro clínico severo e de início abrupto, mas que podem ocasionar um bom prognóstico. A identificação precoce dos sintomas iniciais é indispensável para o planejamento da terapêutica adequada.

A maior parte dos casos de psicose puerperal ocorre em mulheres com histórico anterior à gravidez e ao parto de alterações psicóticas. Em geral, a vigência de psicose puerperal não exige o afastamento da mãe e do bebê, somente vigilância acentuada dos familiares (AGUIAR, 2011). Em alguns casos, pode ser necessário que uma outra pessoa assuma a tarefa de cuidar do bebê, visando oferecer os cuidados necessários e afeto, a fim de preservar o seu desenvolvimento tanto físico quanto emocional (GUEDES-SILVA; SOUZA; MOREIRA, 2003). A psicose puerperal é considerada uma emergência médica, uma vez que seu agravamento pode induzir ao suicídio ou ao infanticídio (CAMACHO et al., 2006).

O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, na sua quarta edição e com texto revisado (DSM-IV-TR), não distingue os transtornos do humor do pós-parto dos que acontecem em outros períodos, exceto como especificador “com início no pós-parto”, que é utilizado quando o início dos sintomas ocorre no período de quatro semanas após o parto (CANTILINO, 2003).

No entanto, a DSM-5 reconhece que a DPP pode ser uma forma específica de depressão, ao considerar o especificador “com início no periparto”,

para se referir aos sintomas depressivos que ocorrem durante a gravidez ou quatro semanas após o parto (APA, 2013).

Além disso, a DPP parece também incluir outras categorias de diagnóstico consideradas na DSM-5, como a depressão menor (que é similar à perturbação depressiva major em termos de sintomatologia, mas requer a presença de apenas dois a cinco sintomas depressivos) ou a perturbação de adaptação com humor deprimido (que se caracteriza por sofrimento marcado e limitações no funcionamento habitual, em resposta a um acontecimento indutor de stress bem identificado; (MILGROM, MARTIN, & NEGRI, 1999).

5. - CAPITULO 2: ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO DENTRO DAS MATERNIDADES

A contribuição da Psicologia no contexto da saúde, em especial na área hospitalar, foi de extrema importância nestes últimos anos para resgatar o ser humano para além de sua dimensão físico-biológica e situá-lo num contexto maior de sentido e significado nas suas dimensões psíquica, social e espiritual (PESSINI & BERTACHINI, 2004).

De acordo com a definição do órgão que rege o exercício profissional do psicólogo no Brasil, o Conselho Federal de Psicologia (2003), o psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar tem sua função centrada nos âmbitos secundário e terciário de atenção à saúde, com o papel de promover uma efetiva relação psicoterapêutica, abordando cada indivíduo e cada caso numa perspectiva relacional. A finalidade da Psicologia Hospitalar, segundo Angerami-Camon (2013) “é a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização”;

O papel do psicólogo dentro das instituições de saúde tem o objetivo tratar os aspectos psicológicos frente a alguma disfunção ou sofrimento psíquico, por meio do atendimento psicoterapêutico. Além disso, o profissional pode utilizar

variadas condutas, como por exemplo: avaliação psicológica de pacientes e familiares; Suporte de pacientes, familiares e também da equipe de saúde; Acolhimento; Acompanhamento terapêutico de pacientes e familiares; Evolução de Prontuário; e Protocolos realizados pela equipe de saúde.

Para Sebastiani e Maia (2005), o psicólogo atua como minimizador da angustia e ansiedade do paciente, favorecendo a expressão dos sentimentos e auxiliando na compreensão da situação vivenciada, proporcionando verbalização das fantasias, bem como reforçando a confiança entre paciente e equipe de saúde. Contudo, sua função dentro das maternidades é contribuir de uma forma diferenciada e complementar ao tratamento oferecido pela equipe multidisciplinar.

Para Winnicott (1978), no período puerperal a mulher entra em um estado especial, denominado de “preocupação materna primária”, em que ocorre um contexto de sensibilidade aumentada, cujo objetivo é capacitar a mulher a se preocupar com o seu bebê. Nesse sentido, o psicólogo poderá contribuir para que a mulher encontre em si essa capacidade e que elabore o novo papel de mãe, além de realizar um acolhimento adequado desses sentimentos diversos.

Confirma Camacho et al. (2006, p. 93) que:

A gestação e o puerpério são períodos da vida da mulher que precisam ser avaliados com especial atenção, pois envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental dessas pacientes.

Com a chegada de um filho, a mulher, por ser na maioria das vezes a principal cuidadora do bebê, vê-se diante de uma reorganização do seu mundo representacional. Essa reorganização pode implicar na reelaboração de vários esquemas a respeito de si mesma, sobre o bebê, sobre o companheiro e

também sobre a sua família de origem, os quais podem concorrer para o aparecimento de sintomas de depressão pós-parto (STERN,1997).

Os benefícios que o psicólogo pode oferecer no tratamento dessas pacientes, na relação terapêutica, inclui uma melhora na qualidade de vida, no sentido de resgatar sua essência de vida que foi interrompida pela consequência da maternidade, considerando-as como um ser humano em sua globalidade e integridade.

6. - CAPITULO 3: TIPOS DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

Uma das intervenções que podem ser utilizadas é a de grupos de apoio, que permite diminuir o isolamento da mãe, junto a outras mães que passam pela mesma experiência. Segundo Silva (2002), os grupos possibilitam às gestantes ressignificar a experiência social e exercitar o respeito a si próprias e ao outro. O grupo de apoio permite quebrar o isolamento social que geralmente acompanha a depressão pós-parto (GRUEEN, 1992; MAY, 1995).

As contribuições que um grupo de suporte pode propiciar às gestantes, se direciona para a promoção de saúde, favorecendo no surgimento de fatores terapêuticos, como a percepção de que essas mães não estão sós, pois o compartilhar sentimentos com pessoas na mesma situação, melhora na redução da ansiedade, e auxiliar uma melhor compreensão e maior controle cognitivo da situação que estão atravessando, que também funcionam como um suporte social.

Além disso, com a troca de informações sobre o ciclo gravídico-puerperal, pode ser desenvolvido entre as mães o sentimento de altruísmo, proporcionando mais segurança e maior conscientização sobre os aspectos que envolvem a gestação, o parto e o puerpério.

Promover ocasiões de interação mãe-bebê de forma mais adequada, sem que a mãe seja substituída nos cuidados do bebê, é um tipo de intervenção, com o objetivo de oferecer uma estimulação com mais tato entre mães deprimidas e seus bebês.

A psicoterapia interpessoal, tem tido sucesso no caso da depressão em relação à maternidade, pois considera a necessidade de ajudar a mulher a resolver seus conflitos existentes, tais como os matrimoniais, e os papéis de transição que ocorrem com o nascimento do bebê (STUART & O'HARA, 1995; SPINELLI, 1997). Episódios depressivos leves ou depressão menor podem ter boa resposta ao tratamento psicoterápico, sendo benéfico às mães e ao feto tentar inicialmente o tratamento não farmacológico nesses casos.

Dever-se ter em conta que a depressão pós-parto não é uma depressão qualquer, mas uma depressão atípica que acontece em estreita relação com o fato de a mulher ter tido um filho (LOCICERO, WEISS, & ISSOKSON, 1997). Segundo Rocha (1999), as medidas preventivas dos transtornos depressivos puerperais devem ser tomadas com o apoio emocional e físico da família e do companheiro, durante a gravidez, parto e puerpério. Além do encaminhamento da mãe com grandes riscos para desencadear a depressão pós-parto para aconselhamento ou psicoterapia.

Ainda que os antidepressivos possam ser eficazes na DPP, existem aflições com relação ao seu uso devido à transmissão pelo leite materno de possíveis efeitos tóxicos que ocorrerão no bom desenvolvimento do bebê, conforme Weissman et al. (MAGALHÃES, 2006). Por isso, em estudos qualitativos, as puérperas têm preferido tratamentos psicossociais.

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.

O acompanhamento psicológico pré-natal caracteriza-se por ser de seguimento psicoterápico na modalidade de psicoterapia breve, fundamentado por Fiorini (2004), que visa oferecer apoio contínuo à gestante. Possui como objetivo: auxiliar no enfrentamento e na resolução de dificuldades/conflitos, bem como na redução dos riscos psicossociais presentes no processo gravídico.

Nesse caso, o fluxo de agendamento ocorre direto com o Serviço de Psicologia, tendo em vista que a paciente já fora atendida na consulta psicológica trimestral. As sessões podem ser agendas semanalmente ou conforme a disponibilidade da paciente e possuem duração máxima de 50 minutos. Além disso, é previsto em torno de 12 sessões, lembrando que a brevidade do processo psicoterapêutico não está relacionada à delimitação do tempo, mas sim ao conceito de foco. Sendo assim, "o terapeuta atua mantendo *in mente* um 'foco', termo que pode ser traduzido como a *interpretação central sobre a qual se baseia todo o tratamento*" (FIORINI, 2004, p. 29, - grifo do autor).

A psicoterapia breve, baseada em Fiorini (2004), fornece subsídios para prática profissional do psicólogo nesse contexto. Nessa perspectiva, o psicólogo deve ter um papel ativo e pautar suas intervenções tendo em vista que, ao esclarecer aspectos elementares da situação presente do paciente, ocorre um fortalecimento na sua capacidade de adaptação e compreensão da realidade vivida. No ambulatório de alto-risco, o foco das intervenções psicológicas envolve, principalmente, as intercorrências do período gravídico, as mudanças geradas por estas, além dos sentimentos suscitados.

Schwengber, Prado e Piccinini (2009) investigaram as mudanças nas representações acerca da maternidade mães com indicadores de depressão ao longo de uma psicoterapia breve pais-bebê. As representações foram examinadas em três momentos: antes, durante e após a psicoterapia. Os resultados mostraram que durante a psicoterapia houve um importante movimento de reorganização psíquica em torno dos vários temas da constelação

da maternidade que envolve a mãe após o nascimento de um filho (STERN, 1997), os quais passaram por transformações ao longo do processo psicoterápico. Foram identificadas que as mudanças nas representações das mães acerca do relacionamento com suas próprias mães desempenharam um papel central na reelaboração de esquemas sobre si mesma, sobre o bebê e sobre o relacionamento conjugal. Identificou-se ainda que as representações estavam relacionadas às suas histórias de vidas, sugerindo uma associação entre os conflitos pregressos e a atual interação com o bebê e com o marido.

O profissional de saúde que atua do pré-natal ao puerpério, deve estimular a tomada de decisão das gestantes quanto ao seu cuidado e assistência, respeitando sua privacidade, dignidade e confidencialidade. Esses princípios asseguram a proteção, a promoção e o suporte necessário para se atingir um cuidado perinatal efetivo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Vale ressaltar a importância da promoção da integridade biopsicossocial das gestantes, e para isso, existe o pré-natal psicológico – PNP, que é uma forma de atendimento dificilmente encontrada em atividades de obstetrícia. Refere-se de um recente conceito em atendimento perinatal, direcionado para o crescimento da humanização dentro do processo gestacional, do parto, e do desenvolvimento da parentalidade. O objetivo é a integração da gestante e da família a todo o processo gravídico-puerperal, através de encontros temáticos com ênfase na preparação psicológica para a maternidade e paternidade.

Complementar ao pré-natal tradicional, tem caráter psicoterapêutico e oferece apoio emocional, discute soluções para demandas que podem surgir no período gravídico-puerperal, como aquelas relacionadas aos mitos da maternidade, à sua idealização, à possibilidade da perda do feto ou bebê, à gestação de risco, à malformação fetal, ao medo do parto e da dor, aos transtornos psicossomáticos, aos transtornos depressivos e de ansiedade, às mudanças de papéis familiares e sociais, às alterações na libido, ao conflito conjugal, ao ciúme dos outros filhos, ao planejamento familiar, além de

sensibilizar a gestante quanto à importância do plano de parto e do acompanhante durante o trabalho de parto e parto (CABRAL E COL., 2012).

É também uma forma de intervenção, denominada de psicoprofilaxia por Bortoletti (2007), justifica-se segundo Maldonado (1986) por ser preventivo em vários aspectos: modificações da identidade da gestante; acompanhar a gestação do vínculo pais-bebê; trabalhar o desenvolvimento da confiança na própria percepção e na própria sensibilidade; ampliar recursos do casal como agente de prevenção com outras pessoas da família; e conscientização dos pais em relação ao atendimento que recebem e à reivindicação de suas necessidades. Além desses aspectos preventivos, o grupo pode colaborar e desmistificar alguns temas importantes, como cuidados com amamentação, cuidados com o bebê, a maternidade idealizada, conforme discutida por Arrais (2005).

De acordo com Winnicott (1987/2006) a melhor forma de auxiliar as mães é reforçando a sua confiança em si mesma, ou seja, a sua capacidade de ser mãe daquele bebê. O mais importante não é instruir as mães no que elas têm de fazer, mas sim mostrar-lhes como são os seus bebês e o que se passa na relação entre eles, habilitando elas a descobrir a maternidade em si própria. Gutman (1993) complementa a ideia apontando que ao invés de conselhos, as mães precisam de apoio para sustentar suas próprias referências internas, sua essência e jeito de matinar. Para entrar em harmonia com seu bebê, ela precisa ser sincera consigo mesma, admitindo seus sentimentos ambivalentes e hostis.

Estudos brasileiros (SCHWENGBER, PRADO & PICCININI, 2009; SOUSA, PRADO & PICCININI, 2011) tem trabalhado com a temática das representações maternas em mães com indicadores de depressão. Para esses autores, a escuta das representações maternas é imprescindível para o planejamento de estratégias de prevenção e intervenções voltadas para a interação mãe-pai-criança.

7. - CAPÍTULO 4: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Atualmente, dentro das instituições, existem equipes multidisciplinares que possuem todo o cuidado com a gravidez e a preocupação com a mãe e bebê. Porém, o que se percebe é a falta de psicólogos dentro das maternidades com a finalidade de oferecer um suporte emocional necessário tanto para as gestantes, quanto para mulheres após o parto e suas famílias, quando há algum sofrimento por parte do paciente. Nesse sentido, nota-se a importância de um profissional da área de psicologia dentro das maternidades, onde há demanda por parte das pacientes, principalmente quando se trata da depressão pós-parto.

A gestação e o puerpério são fases da vida da mulher que necessitam de um olhar especial, pois envolvem uma série de alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, podendo refletir diretamente na saúde mental dessas mulheres. Cada vez mais se tem dado uma maior importância a este tema e atualmente os estudos visam delinear melhor os fatores de risco para transtornos psiquiátricos nesse período da vida, para poder realizar o diagnóstico e tratamento o mais precoce possível (CAMACHO et al, 2006).

De acordo com Barreto, Arranz e Molero (1997), o desafio para os técnicos de saúde, que pode ser prestado por psicólogos, mas também por outros técnicos de saúde, como os enfermeiros, residirá na escuta ativa, na observação e vigilância dos sinais de mau - estar e ansiedade. A intervenção terapêutica consistirá essencialmente em medidas preventivas, revestindo-se de procedimentos dirigidos aos fatores de risco acrescido. Barros (2003), defende que na primeira infância toda a atividade profissional deve focar-se nos pais e cuidadores do bebê, levando-os a vislumbrar que a sua responsabilidade não é somente o evitamento de acidentes e doenças, mas sobretudo 16 nas aprendizagens que enformarão padrões de comportamento que forneçam bases sólidas a um desenvolvimento saudável e harmonioso.

Em relação ao tratamento da saúde da mulher o Ministério da Saúde, no Programa de Assistência Humanizada a Mulher (BRASIL, 2001, p. 11), ressalta que:

A saúde não deve se restringir ao tradicional conceito da prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas deve ser abordada também no contexto cultural, histórico e antropológico, onde estão os indivíduos que se querem ver saudáveis ou livres de doenças.

Os atendimentos em Obstetrícia baseados somente em habilidades técnicas necessitam ser potencializados, principalmente, pela compreensão dos processos psicológicos envolvidos no período gravídico-puerperal. Inclusive, considera-se que, atualmente, os aspectos psicodinâmicos da gravidez são amplamente reconhecidos (SARMENTO & SETÚBAL, 2003).

Silva e Botti (2005) ressaltam que a sociedade contemporânea representa um cenário estressante para a saúde da mulher, já que o ritmo acelerado possibilita a criação de sentimentos de ansiedade, expectativa, preocupações em diversos âmbitos (pessoal, familiar e trabalhista), podendo refletir em comportamentos isoladores e introspectivos.

Segundo Maldonado (1997), os primeiros dias após o parto são retratados por uma série de emoções e expectativas diversas vivenciadas pela mulher, e por sua vez, a turbulência destes sentimentos promovem uma instabilidade no quadro emocional que se alterna entre a euforia e a depressão.

Os hormônios femininos, durante a gravidez, sofrem um aumento em sua concentração, modificando o corpo da mulher para proporcionar o crescimento adequado do bebê, o que pode trazer mudanças orgânicas e comportamentais significativas para a mulher, inclusive o desencadeamento ou a exarcebação de

sintomatologia depressiva, podendo apresentar sintomas como ansiedade, baixa concentração, irritabilidade, mudança no apetite, insônia, hipersônia e perda de energia (BAPTISTA; BAPTISTA, 2005, p. 155-156).

Embora as alterações do ciclo gravídico sejam comuns a todas das mulheres, "a maneira como cada uma reage varia de acordo com a personalidade, circunstâncias em que ocorreu a gravidez, relação com o parceiro, repercussões que a nova situação desencadeou etc." (BORTOLETTI, 2007, p. 21).

Como indica Zugaib (2008), o gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, como a intensidade das alterações psicológicas relacionada a fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da própria personalidade da gestante. Este autor defende que 25% a 35% das mulheres desenvolvem sintomas depressivos na gestação, incluindo desde quadros transitórios benignos até situações graves que podem culminar em prejuízos irreparáveis para a gestante.

Segundo o Ministério da Saúde (2006) a gravidez, além de ser um acontecimento que envolve grandes alterações e transformações bioquímicas, é um período de transição que implica profundas modificações e maturações no plano psicológico, cultural e social. Durante a gestação, a mulher necessita de um acompanhamento adequado, pois caso a assistência prestada no pré-natal não atenda às suas reais necessidades, o processo reprodutivo transforma-se em situação de risco tanto para a mãe quanto para o feto, podendo levar ao óbito.

Registra Schmidt, Piccoloto, Müller (2005, p. 65) que:

É importante a investigação a respeito das vivências da mulher durante a gravidez e, especialmente, como está se sentindo no pós-parto, bem como se ela conta com uma rede de apoio social que dê sustentação às mudanças

psíquicas vividas com o nascimento de um bebê.

Falcone (2005) afirma que neste período há grandes transformações, não só na saúde da mulher, bem como no seu bem-estar, adulterando seu psiquismo e o seu papel sócio familiar. Portanto, provavelmente em nenhuma outra fase possui maiores alterações em relação ao funcionamento e forma do corpo humano em tão curto espaço de tempo, conforme Souza et al. (2002).

Segundo Piccinini (2008), 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.

A literatura indica que a depressão ao longo do primeiro ano pós-parto tende a ser leve. Entretanto, mesmo que seja leve, pode trazer muito prejuízo para a nova mãe, porque faz com que frequentemente não seja diagnosticada, podendo eventualmente tornar-se tão severa que pode ser necessária uma internação. Essa severidade da depressão parece estar relacionada com uma grande frustração das expectativas da maternidade, com seu papel materno, com o bebê e com o tipo de vida que é estabelecido com a chegada da criança. (MALDONADO, 2000)

Novamente esclarece Schmidt, Piccoloto e Müller (2005, p. 65) que:

O reconhecimento do estado depressivo da mãe é fundamental e, às vezes, difícil em razão das queixas psicossomáticas que podem

sugerir somente problemas orgânicos. É necessário que esta experiência, vivida subjetivamente pela mulher, possa ser detectada para ajudá-la no processo de reconstrução.

No acompanhamento pré-natal é possível identificar adequadamente e precocemente as gestantes que tem mais chances de apresentar uma evolução desfavorável, acolhendo-a desde início da gravidez (SPINDOLA; PENNA; PROGIANTI, 2006).

O impacto da depressão pós-parto para as interações iniciais entre a mãe e o bebê tem recebido crescente atenção dos pesquisadores do desenvolvimento infantil nas últimas décadas. A maior parte dos estudos desenvolvidos tem investigado as implicações da depressão da mãe para a qualidade da interação com o bebê e, conseqüentemente, para o desenvolvimento posterior da criança (SCHWENGBER & PICCININI, 2003).

Sendo assim, é relevante que a paciente tenha um acompanhamento psicológico com o intuito de possibilitar uma vivência mais equilibrada de todas as emoções e manifestações que ocorrem durante o ciclo gravídico-puerperal.

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.

A maior parte dos autores concorda que os técnicos de saúde não estão preparados para identificar as mães com depressão pós-parto, assim como não

estão preparados para as apoiar. (GRUEEN, 1990; MILLIS & KORNBLITH, 1992).

De acordo com Angerami (2001), como profissional de saúde, o psicólogo deve observar e ouvir com paciência a linguagem verbal e não-verbal dos pacientes, já que ele é quem mais pode oferecer, no campo da terapêutica humana, a possibilidade de confronto do paciente com sua angústia e sofrimento na fase da hospitalização, buscando superar os momentos de crise.

A variabilidade na apresentação e na sintomatologia da DPP contribui para as dificuldades na sua avaliação e diagnóstico, especialmente se as mulheres não reconhecerem os seus sintomas como sintomas depressivos ou se existir uma grande predominância de sintomas somáticos (POPE, 2000). Apesar das consequências negativas da DPP, a investigação mostra que poucas mulheres (20-40%) procuram ajuda profissional para lidar com os sintomas depressivos no período pós-parto (FONSECA, GORAYEB, & CANAVARRO, 2015).

O diagnóstico da depressão pós-parto muitas vezes é negligenciado pela própria paciente, marido e familiares, atribuindo os sintomas ao cansaço e desgaste naturais do puerpério, causados pelo acúmulo de tarefas caseiras e cuidados com o bebê.

Essa dificuldade em identificar possíveis sintomas pode estar relacionada à etiologia da DPP que parece ser multideterminada, podendo ter influências genéticas, de estressores psicológicos, do contexto cultural e de mudanças fisiológicas no seu desenvolvimento e severidade. Alguns autores têm sugerido que os sintomas da depressão materna podem surgir em algum outro momento do primeiro ano de vida do bebê, e não necessariamente nas primeiras semanas após o seu nascimento, embora ainda fortemente associados à maternidade. (FRIZZO, 2005)

Quando recorrem aos cuidados de saúde primários, as queixas das mulheres com sintomatologia depressiva centram-se frequentemente nos tópicos

relacionados com a saúde da criança, não abordando com o profissional de saúde os seus problemas psicológicos (Pope, 2000). Por esse motivo, a DPP é uma condição clínica subdiagnosticada e, conseqüentemente, subtratada (GJERDINGEN & YAWN, 2007).

A chave para um diagnóstico seguro é o reconhecimento da instalação dos sintomas e o desenvolvimento dos mesmos, considerando o início do primeiro ano após o parto. (KAPLAN & SADOCK, 1999). Deve-se, portanto, avaliar cada caso com especial atenção, afim de estabelecer a melhor estratégia de tratamento para cada situação em particular, de acordo com gravidade e o tipo de sintoma.

Para que o acesso das mulheres a ajuda profissional não esteja dependente da sua capacidade de comunicar com os profissionais de saúde acerca da sua sintomatologia depressiva, é importante que os profissionais de saúde incluam na sua avaliação o questionamento acerca do estado de humor das mulheres, do seu bem-estar emocional e saúde em geral, de forma a eliciar a informação necessária para uma avaliação inicial da sua saúde mental (POPE, 2000).

Segundo Zinga e colaboradores (2005), em uma consistente revisão de literatura, a DPP ainda não pode ser prevenida, pois a revisão apontou que a maior parte das intervenções psicoeducativas e hormonais tem mostrado pouco efeito para a prevenção da DPP. Porém, estudos que se utilizaram de intervenções de enfoque psicoterapêutico, especialmente os realizados em grupo, mostraram alguns resultados promissores nos esforços para prevenir a ocorrência de depressão no pós-parto.

A percepção da puérpera em relação aos fatores que podem ocasionar os transtornos psiquiátricos é um aspecto importante para o diagnóstico inicial da patologia, bem como para um bom prognóstico, visto que a mãe que tem consciência do seu estado mental adere mais facilmente ao tratamento proposto com chances para ter um resultado mais rápido e eficaz. Resultando em melhora

significativa no relacionamento afetivo materno, estabelecendo assim o fortalecimento intrafamiliar, cuja expansão permitiria configurar uma rede social mais efetiva para uma melhor qualidade de vida para a mãe e o bebê (MOURA; FERNANDES; APOLINÁRIO, 2011).

8. - CAPITULO 5: FATORES DE RISCO

Dentre os fatores que influenciam a ocorrência de transtornos associados ao puerpério, é importante salientar os biológicos e psicológicos, assim como a associação destes com o meio cultural e social da mulher. Os fatores biológicos resultam da variação nos níveis de hormônios sexuais circulantes e de uma alteração no metabolismo das catecolaminas, causando alteração no humor e que pode contribuir para o início de um quadro depressivo. Enquanto os psicológicos se originam de sentimentos que causam conflitos na mulher em relação a si mesma, como mãe ou como filha da sua própria mãe; ao bebê e; ao companheiro (MOURA; FERNANDES; APOLINÁRIO, 2011).

Cooper e Murray (1995) relataram que independentemente dos fatores causais serem biológicos ou intrapsíquicos, a depressão pós-parto ao longo do primeiro ou segundo ano de vida do bebê continua sendo um diagnóstico específico, diferenciado de depressões que não têm seu início no puerpério, por envolver não só a mãe, mas também o bebê.

Acerca dos fatores que podem estar envolvidos na etiologia desse transtorno, evidencia-se uma provável associação entre a ocorrência da DPP e o pouco suporte oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento, o não-planejamento da gestação, o nascimento prematuro e a morte do bebê, a dificuldade em amamentar e a dificuldades no parto. Além disso, alguns estudos 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. (SARAIVA, 2007)

O que pode predispor a mãe para a depressão é o conflito conjugal, pois tende a ser o relacionamento mais importante no puerpério. Mulheres que vivenciaram muito estresse na gestação e no parto e mulheres que não podem contar com apoio social, especialmente do cônjuge, têm grandes chances de desenvolver depressão. Também devem ser considerados como fatores relacionados ao surgimento da DPP: história pessoal e familiar de transtornos de humor, e o ajustamento psicológico da mulher antes e durante a gravidez. (FRIZZO, 2005)

Silva e Botti (2005) citam que outro fator importante é o sentimento de incapacidade que é bastante frequente nas puérperas, pois normalmente se dedicam completamente aos cuidados com o bebê e esperam, ansiosas, pelo reconhecimento de todos que estão a sua volta, principalmente os retornos afetivos da criança, que pode ser percebido através da figura infantil satisfeita, calma, tranquila.

Destacam-se os estudos de Frizzo e Piccinini (2005), que descrevem haver uma grande importância em acompanhar e oferecer suporte para a paciente, uma vez que a relação mãe-filho pode ser afetada e é no puerpério que se inicia concretamente o vínculo mãe-bebê.

É importante a identificação de fatores de risco para a depressão no ciclo gravídico-puerperal e o conhecimento sobre a vulnerabilidade biológica para os transtornos de humor no puerpério, para que haja a prevenção utilizando estratégias psicossociais, psicofarmacológicas e hormonais. Deve-se realizar atento acompanhamento à gestante ainda durante o pré-natal, sendo-lhe dada a oportunidade de uma relação estratégia saúde da família-paciente favorecedora da resolução de eventuais conflitos quanto à maternidade e situações psicossociais desfavoráveis. Assim, a equipe de saúde tem a oportunidade de atuar não apenas no diagnóstico, mas também em uma perspectiva de

prevenção e promoção da saúde, revestindo sua conduta de potencial para modificar a elevada prevalência e impacto social desse transtorno (FÉLIX *et al.*, 2008).

Estudos como o de Camacho (2006) focam o prejuízo que fatores psicológicos podem ocasionar à saúde da mãe, bem como ao desenvolvimento do feto, ao trabalho de parto e à saúde do bebê. A gravidez pode se caracterizar como um período de luto, no sentido de ser um período de elaboração de uma nova situação, uma nova vida (HAHN, 2005). Para a autora, há a opção de aceitar a mudança como algo possível de ser vivido, assumindo riscos, enfrentando desafios e criando recursos para investir no novo, na nova identidade de ser mãe.

Os estudos de Surkan, (et al., 2006) referem que as mulheres, recentes mães, sujeitas a discriminação racial ou a qualquer outro tipo de discriminação, as que vivem em pobreza, as que têm uma relação conjugal mais pobre e as que têm mais filhos pelo acréscimo de responsabilidades estão provavelmente mais sujeitas a sintomas depressivos nos dois anos consecutivos ao parto.

Howell, et al., (2006) nos seus estudos acerca de existência de sintomas depressivos precoces no pós-parto, revelaram que das 720 mães inquiridas, 39% apresentaram resultados positivos para depressão. As análises multivariadas revelaram que as sintomáticas eram normalmente mulheres não brancas, que tinham menor escolaridade, com história anterior de depressão, com menor apoio social, tinham bebês com mais cólicas e tinham menor nível de auto eficácia. Estes autores sugeriram que em posteriores estudos se investigasse se um maior suporte social e programas de esclarecimento e apoio reforçam a auto eficácia, reduzindo os sintomas de depressão pós-parto.

Figueiredo (2004) refere que a avaliação da forma como o parto foi vivenciado pode revelar aos profissionais de saúde as necessidades de intervenção de forma a prevenir desajustamentos psicológicos decorrentes de experiências indesejadas com o parto. Os estudos empíricos revelam que por

volta do 3º, 4º dia após o parto, a grande maioria das mulheres sente mau - estar físico e psicológico: tanto exalta energia e alegria, como de repente chora, aparentemente sem motivo (STEIN, 1982; YALOM, 1968; CANAVARRO, 2006)

Os primeiros dias após o nascimento são carregados de emoções intensas e variadas. As primeiras vinte e quatro horas constituem um período de recuperação da fadiga do parto. A sensação de desconforto permanece lado a lado com a excitação pelo nascimento do filho. Assim, compreende-se o quanto é complexo este momento para vida da mulher possibilitando inúmeros sentimentos ambivalentes. A labilidade emocional é o padrão mais característico da primeira semana após o parto, já que a euforia e a depressão alternam-se rapidamente, essa última podendo atingir, em muitos casos, grande intensidade (MALDONADO, 2002).

Um número considerável de autores concorda que o desequilíbrio emocional, considerado consequência específica do parto, é reversível, podendo chegar a perturbação psicológica puerperal unicamente nas mulheres com vulnerabilidade psicopatológica prévia (BEARN, 1990; CANAVARRO, 2006).

Os estudos de Capponi & Horbacz (2008) acerca da relação entre suporte social e manifestação de ansiedade, avaliada numa população de mulheres primíparas ao oitavo mês de gestação, e no pós-parto: no primeiro e no terceiro mês. O questionário aplicado referia-se à satisfação com o suporte social e a escala de ansiedade de Spielberger- STAI. Os resultados indicam que a manifestação de ansiedade e a satisfação com o suporte social explicam 35 a 48% da variância dos estados de ansiedade.

Afirma Sousa, Prado e Piccinini (2011) que, com a chegada de um filho, na maioria das vezes a mulher é a principal cuidadora do bebê e se vê diante de uma reorganização de seu mundo representacional. Essa reorganização pode confundir a reelaboração de vários esquemas a respeito de si mesma, sobre o bebê, sobre o companheiro e a sua família, os quais podem contribuir para o surgimento de sintomas de DPP.

Segundo Tavares (1990), as mulheres com elevados níveis de estresse durante a gravidez e pós-parto, encontram-se mais propensas ao desenvolvimento de depressão pós-parto, principalmente se vierem acompanhadas de acontecimentos adversos de vida.

Acerca dos fatores de proteção da DPP são medidas preventivas ou situações já estabelecidas que funcionam como proteção contra problemas emocionais no período da gravidez e do pós-parto (GOLSE, 2002), a saber: o apoio de outra mulher, detecção precoce da depressão (RUSCHI e col., 2007), suporte social (FRIZZO E PICCININI, 2005), intervenção multidisciplinar logo que os sintomas sejam detectados (SCHWENGBER E PICCININI, 2003)

Também são considerados como fatores de proteção o otimismo, elevada autoestima, suporte social adequado e preparação física e psicológica para as mudanças advindas com a maternidade (CANTILINO E COL., 2010), boa relação conjugal e suporte emocional do companheiro (FRIZZO E PICCININI, 2005; ARRAIS, 2005).

Maldonado (1988), ressalta que a gravidez é uma transição que faz parte do processo de desenvolvimento e envolve a necessidade de reestruturação em várias dimensões; uma delas é a mudança de identidade e a nova definição de papéis.

Assim, tais transformações podem condicionar níveis de perturbações psicológicas, o que, por sua vez, aliado a outros fatores adversos, de natureza biológica, física e psicossocial, conduz ao desenvolvimento progressivo/gradual de doença psiquiátrica. (GONÇALVES, 2008)

Segundo Brito (2009), a mulher sente-se culpada pelos seus sentimentos, podendo ocultar o seu estado depressivo, visto que enquanto mãe pode até tratar funcionalmente do bebé, mas pode sentir-se sem capacidade para transmitir emoção e afeto na sua relação com ele.

É frequente que a depressão pós-parto aconteça em mulheres sem história psiquiátrica previa, dificultando que os sintomas sejam identificados. Por

esse motivo, é relevante que durante a gravidez, a paciente tenha contato com um profissional da área para informar a respeito da depressão pós-parto, afim de obter uma descoberta mais precoce.

Foi realizado um estudo para estimar a prevalência de DPP sua associação com TMC nas mulheres atendidas por duas unidades da ESF, da cidade de São Paulo/SP. Utilizaram-se SRQ-20, para rastreamento de TMC e a EPDS, para avaliação de DPP. A prevalência de TMC e de DPP foi de 37,1%, devido à alta prevalência e impacto negativo sobre a mãe e seu filho, é importante sensibilizar o profissional de saúde para a importância da DPP. A EPDS e/ou o SRQ-20 são úteis para rastrear DPP e/ou TMC, podem ser usados por obstetras, enfermeiros e demais profissionais de saúde. (CRUZ, 2005)

9. - CAPITULO 6: PREVENÇÃO E TRATAMENTO

Para Dias (2004), é necessária a criação de programas preventivos na rede pública voltados para as gestantes, mas também para a saúde da mulher em geral, identificando as que apresentarem fatores de risco. Cabe à equipe de saúde o preparo e a percepção de sintomas iniciais da doença, para que haja uma intervenção rápida e de maneira adequada e garantida.

A prevenção e o tratamento da DPP devem envolver a ação coordenada de uma equipa interdisciplinar composta por diferentes profissionais envolvidos na prestação de cuidados às mulheres no período perinatal. Além disso, o tratamento da DPP deve privilegiar uma abordagem biopsicossocial (HOROWITZ & GOODMAN, 2005).

As intervenções preventivas para a DPP são intervenções psicossociais (e.g., aulas de preparação para o parto, visitas a casa por profissionais de saúde) ou psicoterapêuticas, iniciadas durante a gravidez ou no início do período pós-parto (STUART, O'HARA, & GORMAN, 2003), que têm como objetivo prevenir a

ocorrência de sintomas depressivos no período pós-parto. Os resultados da eficácia das intervenções preventivas da DPP são inconsistentes, e isso parece relacionar-se com a grande variabilidade das características das intervenções (e.g., universal vs. seletiva, psicoeducação vs. psicoterapia, pré-natal vs. pós-natal).

As opções de tratamento para a DPP incluem a terapia farmacológica e a psicoterapia (individual ou em grupo), que podem ser utilizadas de forma isolada ou podem ser conjugadas (HOROWITZ & GOODMAN, 2005).

O uso de psicofármacos no puerpério apresenta algumas contra indicações devido ao aleitamento materno e que pode ser comprometido com a excreção e concentração destes medicamentos no leite. E para a mulher que vivencia um transtorno depressivo puerperal é muito importante manter o vínculo, mãe-filho. A amamentação é um momento fundamental para que se mantenha esse vínculo, além de situar a puérpera no cenário da maternidade (SILVA; SOUZA; MOREIRA, 2003)

No que se refere as consequências pela falta de tratamento, Godfroid (1997) e Chaudron & Pies (2003) descreveram os efeitos da depressão pós-parto, dividindo-as em precoces e tardias. As consequências precoces incluem: suicídio e/ou infanticídio (0,2% dos casos), negligências na alimentação do bebê, bebê irritável, vômitos do bebê, morte súbita do bebê, machucados "acidentais" no bebê, depressão do cônjuge e divórcio; já as tardias seriam: criança maltratada, desenvolvimento cognitivo inferior, retardo na aquisição da linguagem, distúrbio do comportamento e psicopatologias no futuro adulto. Desta forma, as repercussões de uma depressão pós-parto são múltiplas. A mulher que está sofrendo da síndrome corre o risco de suicídio, como em qualquer outra situação depressiva; as relações interpessoais são perturbadas; o casal - se for o caso - também sofre, o que pode provocar uma ruptura e, por fim, as interações precoces mãe-bebê são alteradas, comprometendo o prognóstico cognitivo-

comportamental do bebê (STOWE & NEMEROFF, 1995; CHAUDRON & PIES, 2003).

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise de como o psicólogo pode beneficiar futuras mães e pacientes no processo da depressão pós-parto dentro das maternidades, por meio de um acompanhamento psicológico no período puerpério, uma vez que a paciente sintasse parada emocionalmente para vivenciar a doença com menor sofrimento possível.

Durante o andamento da terapia, o papel do psicólogo é identificar a principal demanda da paciente e aplicar uma intervenção, que pode variar de acordo com o nível do quadro de sintomas e necessidade de cada mãe.

Outro aspecto relevante discutido na pesquisa, se refere a possibilidade em constatar um diagnóstico precoce, evitando a intensidade e prolongamento dos sintomas e uma melhora mais eficaz no quadro da depressão pós-parto.

Portanto, o presente trabalho veio dar possibilidades para o psicólogo complementar a assistência pré-natal dentro das instituições, com a atuação direcionada ao suporte emocional, a fim de contribuir para melhor amparo às mulheres na vivência da maternidade.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, D. T. Quando ser mãe dói: história de vida e sofrimento psíquico no puerpério. 2011. 98f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA]. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association

ANGERAMI, C. V. A. (2001). *E a Psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar (Org.). *Psicologia Hospitalar Teoria e Prática*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

ARRAIS, A. R. *As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante*. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2005.

BAPTISTA, Adriana Said Daher; BAPTISTA, Makilim Nunes. *Avaliação de depressão em gestantes de alto-risco em um grupo de acompanhamento*. *Interação em Psicologia*, Curitiba: Ed. Universidade Federal do Paraná, v. 9, n. 1, p. 155-163, jan./jun. 2005.

BARRETO, P., ARRANZ, P., & MOLERO, M. (1997). *Counselling. Instrumento fundamental en la relación de ajuda*. In M. Martorell & R. González (Eds). *Entrevista y Consejo Psicológico*. (pp. 83-104). Madrid: Síntesis.

BARROS, L.(2003). *Psicologia pediátrica. Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores..

BERNAZZANI, O., CONROY, S., MARKS, M. N., SIDDLE, K. A., GUEDENEY, N., BIFULCO, A. et al. (2004). *Contextual assessment of the maternity experience: Development of an instrument for cross-cultural research*. *Br J Psychiatry*, 46, 24-30

BORTOLETTI, F. F. (2007). *Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal*. In: F. F. Bortoletti (Org.), *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar* (pp. 21-31). São Paulo: Manole.

BORTOLETTI, F. F. *Psicoprofilaxia no ciclo gravídico puerperal*. In: BORTOLETTI, F. F. et al. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. Barueri: Manole, 2007. p. 37-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno n. 5)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Parto aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.

BRITO, I. (2009). A saúde mental na gravidez e primeira infância. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 600-604.

BYDLOWSKI, M. (2000). *Eu sonho uma criança*. Paris: Éditions Odile Jacob.

CABRAL, D. S. R.; MARTINS, M. H. F.; ARRAIS, A. R. Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. *Encontro: Revista de Psicologia*, Valinhos, v. 15, n. 22, p. 53-76, 2012

CAMACHO RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: Classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista Psiquiatria Clínica*. 2006. 33(2): 92-102.

CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

CAMACHO, Renata Sciorilli et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo: Ed. USP, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006. Disponível em: . Acesso em: 05 maio 2009.

CANAVARRO, M. C. (2006). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. 2ª ed. Coimbra: Publidisa, SA

CANTILINO, A. et al. - Validação da Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (versão em português) no Nordeste do Brasil. In: Resumos do XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria. XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2003, Goiânia.

CANTILINO, A. et al. Postpartum psychiatric disorders. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 7, n. 6, p. 278-284, 2010.

CAPPONI, I. & HORBACZ, C.(2008). Le devenir mère: anxiété et temporalité de l'accompagnement. *Pratiques psychologiques*, 14, 389-404.

CFP – *CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA*. Página oficial da Instituição, 2003. www.pol.org.br (em 14/09/2003).

CHAUDRON, L. H., & PIES, R. W. (2003). The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: A review. *J Clin Psychiatry*, 64, 1284-92.

COOPER, P.J. MURRAY, L., WILSON, A. & ROMANIUK, H. (2003). Controlled trial of the short and long term effect of psychological treatment of post-partum depression: Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419. doi: 10.1192/bjp.182.5.412

CRUZ EBS, SIMÕES GL, CURY AF. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(4):181-8.

DELASSUS, J. M. (2003). Tornar-se mãe: o nascimento de um amor. São Paulo: Edições Paulinas.

DIAS, V. Identificação de fatores de risco pode evitar depressão pós-parto. *USP Notícias*. Boletim n. 1526, 2004

EPPERSON, C., & BALLEW, J. (2006). Postpartum Depression: A common complication of childbirth. In V. Hendrick (Ed.), *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum: Principles and treatment*. New Jersey: Humana Press.

FALCONE, V. M. et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 39, n. 4, p. 612-618, ago. 2005.

FÉLIX, G.M.A. et al. *Depressão no ciclo gravídico-puerperal. Comissão de Ciência e Saúde*. Brasília DF, v.19, n.1, p.51-60, mar., 2008.

FIGUEIREDO, B. (2004). Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP). *Porto. Psicologia Saúde & Doenças*, 5 (1), 159-187.

FIORINI, H. J. (2004). *Teoria e técnicas de psicoterapias*. (M. S. Gonçalves, trad.). São Paulo: Martins Fontes.

FONSECA, A., GORAYEB, R., & CANAVARRO, M. C. (2015). Women's help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Sociodemographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help. *Midwifery*, 31, 1177-1185. doi:10.1016/j.midw.2015.09.002

FRIZZO GB, PICCININI CA. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicol Est*. 2005;10(1):47-55.

FRIZZO, G.B.; PICCININI, C.A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n.1, pp. 47-55, janeiro, 2005.

GJERDINGEN, D. K., & YAWN, B. P. (2007). Postpartum depression screening: Importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *Journal of American Board of Family Medicine*, 20, 280-288.

GODFROID, O. (1997). Une vue d'ensemble sur la dépression du post-partum. *Ann Med Psychol*, 155, 379-385.

GOLSE, B. Depressão do bebê, depressão da mãe: conceito de psiquiatria perinatal. In: CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E. G.; FRANÇA, P. S. (Org.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*. Brasília, DF: LGE, 2002. p. 232-248.

GONÇALVES, J. (2008). *Depressão pós-parto e retraimento social do bebê*. Braga. Porto editora.

GRUEN, D. (1990) Postpartum depression: a debilitatin yet often unassessed problem. *Healt and Social Work*, 15 (4), 261-270.

GRUEN, D. S. (1992). A group psychotherapy approach to postpartum depression. *International Journal of Group Psychotherapy* , 43 (2), 191-202.

GUEDES-SILVA, D.; SOUZA, M. R.; MOREIRA, V. P. Depressão pós-parto: prevenção e conseqüências. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, v. 3, n. 2, p. 439-450, set. 2003

GUTMAN, L. (2014). *A maternidade e o encontro com a própria sombra: o resgate do relacionamento entre mães e filhos*. Rio de Janeiro: Best Seller.

HOROWITZ, J. A., & GOODMAN, J. H. (2005). Identifying and treating postpartum depression. *Journal of Obstetrics, Gynecological, and Neonatal Nursing*, 34, 264-273. doi:10.1177/0884217505274583

HOWELL, A. E., MORA, P., & LEVENTHAL, L. (2006). Correlates of earl Postpartum depressive symptoms. *Maternal and Child Health Journal*, 10(2), 149-157.

IACONELLI V. (2011) Depressão pós parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Pediatria Moderna*. 2005;41(4):41-55.

IBIAPINA, F. L. P. et al. Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências. *FEMINA*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, mar. 2010.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B. J., *Tratado de Psiquiatria*. 6° ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

KONRADT, C. E. et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul*, v. 33, n. 2, jul. 2011

LEAL, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de século – edições.

LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 11, n. 4, p. 369-379.

LOCICERO, A., WEISS, D., & ISSOKSON, D. (1997). Postpartum depression: proposal for prevention through an integrated care and support network. *Applied & Preventive Psychology*, 6, 169-178.

MAGALHÃES, P. V. S. Impacto do estilo defensivo na psicoterapia breve da depressão pós-parto. 2006. 81 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comportamento) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2006.

MALDONADO, M. T. P. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

MALDONADO, M. T. P. *Psicologia da gravidez*. Petrópolis: Vozes, 1986.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 14 ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MALDONADO, Maria T. *Psicologia da Gravidez – parto e puerpério*. 16ªed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MALDONADO, MT. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva; 2000.

- MEREDITH P, NOLLER P. Attachment and infant difficultness in postnatal depression. *Journal of Family Issues*. 2003;24(5):668-86.
- MILGROM, J., MARTIN, P. R., & NEGRI, L. M. (1999). *Treating postnatal depression: A psychological approach for health care practitioners*. West Sussex: Wiley.
- MILLIS, J., & KORNBLITH, P. (1992). Fragile beginnings: identification and treatment of postpartum disorders. *Health and Social Work*, 17 (3), 192-199.
- MINAYO, Maria Cecília de Sousa. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em conhecimento*. Rio de Janeiro: UCITEC-ABRASCO, 1994. 269 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005
- MORAES, IGS; PINHEIRO, RT; SILVA, RA; HORTA, BL; SOUSA, PLR; FARIA, AD. Prevalência da depressão pós -parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(1):65-70.
- MOURA, Elaine C.C.; FERNANDES, Márcia A.; APOLINÁRIO, Flayda I.R. Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho. *Rev. Bras. Enferm*. Brasília, 64(3): 445-450, mai-jun. 2011.
- O'HARA, M. W. (2009). Postpartum depression: What we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1258-1269. doi:10.1002/jclp.20644
- PESSINI, L. & BERTACHINI, L. (2004). *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo: Loyola.

PICCININI, C. A.; LOPES, R. S.; GOMES, A. G. N., T. Gestação e constituição da maternidade. Maringá/PR. *Psicologia em Estudo*, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.

POPE, S. (2000). *Postnatal Depression: A systematic review of published scientific literature to 1999*. Australia: National Health and Medical Research Council.

RECK, C., STEHLE, E., REINIG, K. & MUNDT, C. (2008). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 113, 77-87.

ROCHA, F. L. Depressão Puerperal: revisão e atualização. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Belo Horizonte, v.48, n.3, p. 105-114, mar 1999.

RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 29, n. 3, p. 274-280, 2007.

RUSCHI, G. et al. Postpartum depression epidemiology in a Brazilian sample. *Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul, Porto Alegre*, v. 29, n. 3, p. 274-280, 2007.

SARAIVA, ERA; COUTINHO, MPL. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. *Psico-USF*. 2007; 12(2):319-26.

SARMENTO, R; SETÚBAL, M, S, V. (2003). Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Rev. Ciências Médicas*, 12(3), 261-268. Recuperado em 15 mai. 2012

SCHMIDT EB, Piccoloto NM, Muller MC. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil . *Psico-USF*. 2005; 10(1):61-8.

SCHMIDT, E. B., PICCOLOTO, N. M., MÜELLER, M. C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *PsicoUSF*, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005

SCHWENGBER, D. D. DE S. & PICCININI, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud. psicol. (Natal)*, 8(3), 403-411.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia, Campinas*, v. 8, n. 3, p. 403-411, 2003.

SCHWENGBER, D., PRADO, L. C., & PICCININI, C. A. (2009). O impacto de uma psicoterapia breve pais bebê para as representações acerca da maternidade no contexto da depressão.

SEBASTIANI, R. W. MAIA, E. M. C. Contribuições da Psicologia da saúde hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. São Paulo: *Acta Cirúrgica Brasileira [online]* v.20, n.1, pp.50-55, 2005.

SILVA, Damiana G.; SOUZA, Marize R.; MOREIRA, Vilma P. Depressão pós-parto: prevenção e conseqüências. *Revista Mal-Estar e Subjetividade, Fortaleza*, 3(2):439-450, set. 2003.

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. Depressão puerperal – Uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 07, n. 02, p. 231-238, 2005.

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.

SILVA, R. C. Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania. São Paulo: Vetor, 2002.

SIMONETTI, A. Manual de psicologia hospitalar. O mapa da doença. 6ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.

SOUZA, D. D.; PRADO, L. C.; PICCININI, C. A. Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. *Psicologia - Reflexão e Critica, Porto Alegre*, v. 24, n. 2, 2011.

SOUZA, A. I. et al. Alterações hematológicas e gravidez. *Revista Brasileira Hematologia e Hemoterapia*, São José do Rio Preto, v. 24, n.1, p. 29-36, mar. 2002.

SPINDOLA, Thelma.; PENNA, Lucia H.G.; PROGIANTI, Jane M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 40(3):381-8, jun-out. 2006.

SPINELLI, M. (1997) Interpersonal psychotherapy of depressed antepartum women: a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1028-1030.

STERN, D. N. (1997). A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia /bebê. Porto Alegre: Artes Médicas.

STERN, D. N. (1997). A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê. Porto Alegre, RS: Artes Médicas

STOWE, Z. N., & NEMEROFF, C. B. (1995). Women at risk for post partum-onset major depression. *Am J Obst Gynecol*, 173, 639-645.

STUART, S., & O'HARA, M. (1995). Treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 52, 75-77.

STUART, S., O'HARA, M. W., & GORMAN, L. L. (2003). The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6, s57-s69. doi:10.1007/s00737-003-0003-y

SURKAN, J. P., PETERSON, E. K., HUGHES, D. M., & GOTTLIEB, R. B. (2006). The role of social networks and support in postpartum women's depression: A multiethnic sample.

SZEJER, M.; STEWART, R. Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 1997.

TAVARES, L. (1990). Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e pós-parto. *Análise Psicológica*, 4, 389-398.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

Winnicott D. Preocupação materna primária. In: Russo J, tradutor. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1978. p. 491-8.

WINNICOTT, D. W. (2006). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1987).

ZAGONEL IPS, MARTINS M, PEREIRA KF, ATHAYDE J. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2003

ZINGA, D. et al. DPP: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 27, p. 556-564, 2005. Suplemento 2

ZUGAIB, Marcelo et al. *Obstetrícia*. São Paulo: Manole, 2008.