

## **DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SEUS EFEITOS NA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ**

Isabel de Oliveira\*  
Flávia Carvalho Barbosa†

### **RESUMO**

A depressão pós-parto ocorre no período entre quatro a seis semanas após o parto, ou mais tardiamente, afetando cerca de 10% a 35% das mulheres no período pós-parto. A depressão pós-parto provoca efeitos negativos no relacionamento da mãe com o bebê, o que pode ocasionar reações futuras mais ou menos severas dependendo da gravidade da patologia. O objetivo geral do estudo foi discutir o impacto da depressão pós-parto na relação mãe-bebê, considerando-se os efeitos negativos na vida de ambos. Os objetivos específicos incluíram: contextualizar a depressão pós-parto em relação a sua classificação e fatores de risco, e descrever as principais alternativas de intervenções terapêuticas para o tratamento da depressão pós-parto. Para a consecução do estudo foi realizada uma pesquisa classificada como descritiva e bibliográfica, com abordagem qualitativa. A pesquisa bibliográfica resultou em 17 artigos, publicados no período de 2006 a 2016. Os resultados da pesquisa evidenciaram que a depressão pós-parto pode afetar o desenvolvimento infantil, se manifestando por meio de problemas comportamentais e cognitivos, inclusive com prejuízo da linguagem, em alguns casos. Filhos de mães deprimidas apresentam mais afeto negativo.

Descritores: Depressão pós-parto. Desenvolvimento infantil. Relações mãe-filho.

### **ABSTRACT**

Postpartum depression occurs in the period between four to six weeks after birth or later, affecting about 10% to 35% of women in the postpartum period. Postpartum depression causes negative effects on the mother's relationship with the baby, which can cause more or less serious future reactions depending on the severity of the condition. The overall objective of the study was to discuss the impact of postpartum depression on the mother-child relationship, considering the negative effects on the lives of both. Specific objectives included: to contextualize postpartum depression in relation to its classification and risk factors, and to describe the main alternatives of therapeutic interventions for the treatment of postpartum depression. To achieve the study a survey was conducted classified as descriptive and bibliographic search, with a qualitative approach. The literature search resulted in 17 articles published from 2006 to 2016. The survey results showed that postpartum depression can affect child development, manifesting through behavioral and cognitive problems, including a loss of language, in some cases. Children of depressed mothers have more negative affect.

Keywords: Depression postpartum. Child development. Mother-child relations.

---

\* Graduada em Psicologia, Faculdade Ciências da Vida, Sete Lagoas - Minas Gerais - Brasil; e-mail: morenaisabeloliveira@hotmail.com.

† Psicóloga. Mestre em Psicologia. Professora na Faculdade Ciências da Vida, Sete Lagoas – Minas Gerais – Brasil; e-mail: flacaba@gmail.com.

## 1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento esperado e, na maioria das vezes, previsto para muitas mulheres. Esse período é concebido como de intensa felicidade e satisfação para a mãe, o pai e todo o grupo familiar. Espera-se, portanto, que mãe e filho sejam saudáveis e tenham uma convivência agradável e amorosa (AZEVEDO; ARRAIS, 2006; SANTOS JÚNIOR; SILVEIRA; GUALDA, 2009). Entretanto, nem sempre esse período após o parto transcorre de forma tão amena para a mulher, devido à pressão pelo cumprimento do papel social idealizado e às alterações metabólicas e hormonais complexas do período (AZEVEDO; ARRAIS, 2006).

O período pós-parto pode ser uma fase difícil, devido à transição a ser enfrentada e a mulher pode se sentir sobrecarregada com os cuidados com o filho que acaba de nascer, consigo mesma e com a vida familiar e social. Além disso, há a recuperação da gestação e do parto e modificações no organismo, sendo que a mulher também precisa se adaptar à emergência de novas demandas, como, por exemplo, o aleitamento (COSTA, 2013; SANTOS, 2014; TAVARES *et al.*, 2014). Esse quadro pode levar ao surgimento de sentimentos nocivos à mãe e/ou ao bebê. É frequente um período em que a mãe apresenta humor oscilante após o parto, porém, com remissão espontânea e sem repercussões. Em geral, esse quadro tem duração de cerca de duas semanas (SANTOS, 2014).

Em alguns casos, essa situação pode se intensificar e prolongar. Assim, o que inicialmente seria considerado um período de aprendizagem e adaptação pode passar a um processo de maior gravidade emocional e psíquica, levando ao surgimento da depressão pós-parto (DPP). Nessa fase, dificuldades na relação entre a mãe e o bebê ocorrem, inclusive, pela incapacidade da mãe de oferecer ao filho os cuidados necessários (SANTOS, 2014; SCHWENGBER; PICCININI, 2003; ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005).

Os sintomas apresentados pela mulher com DPP podem incluir irritabilidade, dentre outros, como insegurança e despreparo no cuidado, choro frequente, sentimentos angustiantes de desamparo e de desesperança, sentimento de culpa e de inadequação, alterações do sono, mudanças alimentares, perda de energia e motivação, dores de cabeça, nas costas e/ou abdominal (BRASIL, 2006; SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005).

Diante do exposto foi definida a seguinte questão norteadora do estudo: quais são os principais efeitos da DPP na relação mãe-bebê? A hipótese que se defende no estudo é de que a DPP afeta a relação entre mãe e bebê, gerando impacto negativo para ambos, com reflexos no desenvolvimento da criança.

O objetivo geral do estudo foi discutir o impacto da depressão pós-parto na relação mãe-bebê, considerando-se os efeitos negativos na vida de ambos. Para a sua consecução foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: a) contextualizar a depressão pós-parto em relação a sua classificação e fatores de risco e b) descrever as principais alternativas de intervenções terapêuticas para o tratamento da DPP.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CLASSIFICAÇÃO E FATORES DE RISCO

A DPP é definida como um transtorno de humor, cujo início ocorre, em geral, no período de até quatro semanas após o parto, "[...] alcançando sua intensidade máxima nos seis primeiros meses, podendo ser de intensidade leve e transitória ou agravar-se até uma neurose ou desordem psicótica" (SANTOS JÚNIOR; SILVEIRA; GUALDA, 2009, p. 517). Em relação ao período de ocorrência da DPP, alguns estudiosos do assunto já estão sugerindo que esse período seja estendido até os três meses após o parto (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011). Em revisão recente, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), quinta edição (DSM-V), evidencia o surgimento da DPP durante a gestação ou em até quatro semanas após o parto (BMJ BEST PRACTICE, 2014).

A DPP é classificada de acordo com a presença de determinados sintomas e seu tempo de duração, segundo o DSM-IV, DSM-V e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10). Os três instrumentos apresentam critérios diagnósticos semelhantes, porém, a distinção ocorre na classificação do estado depressivo: o DSM-IV indica a presença de determinados sintomas e o tempo de ocorrência, enquanto a CID-10 é pautada

pela presença quantitativa destes para determinar a gravidade do quadro de DPP. O DSM-V indica a associação de sintomas com o tempo de ocorrência e seu início no período perinatal ou pós-parto (*BMJ BEST PRACTICE*, 2014; VIEIRA, 2008).

De acordo com o *DSM-V*, a DPP não é considerada como um diagnóstico específico. Para o diagnóstico de DPP, as pacientes precisam satisfazer os critérios de um episódio depressivo maior e os critérios do especificador de início perinatal. Portanto, a definição é de um episódio depressivo maior com início na gestação ou em até quatro semanas após o parto. Para a classificação da DPP, o *DSM-V* indica a associação de sintomas com o tempo de ocorrência e seu início no período perinatal ou pós-parto (*BMJ BEST PRACTICE*, 2014).

Os principais sintomas associados à DPP incluem: desânimo, fadiga, sentimentos de culpa, alterações no sono, no apetite e na libido, dificuldade de concentração, além de preocupações relativas aos cuidados com o filho, medo de machucá-lo, sentimentos de opressão, idéias obsessivas e/ou suicidas, choro frequente, entre outras (CAMACHO *et al.*, 2006; CANTILINO *et al.*, 2010; RUSCHI *et al.*, 2007; SANTOS JÚNIOR; SILVEIRA; GUALDA, 2009; MENEZES *et al.*, 2012). Esses sintomas são frequentes em outros tipos de quadros depressivos e pouco específicos (CAMACHO *et al.*, 2006; FERREIRA, 2011; RUSCHI *et al.*, 2007). A sintomatologia e sua intensidade variam também em função do tipo de personalidade da mulher e da sua história pregressa de vida (GUEDES-SILVA; SOUZA; MOREIRA, 2003).

Os principais transtornos mentais que afetam as mulheres no período pós-parto são: a tristeza pós-parto, conhecida também como melancolia da maternidade ou *baby blues*, a DPP e a psicose puerperal ou psicose pós-parto (MENEZES *et al.*, 2012; SANTOS JÚNIOR; SILVEIRA; GUALDA, 2009; SCHWENGBER; PICCININI, 2003; SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005).

O *baby blues* é um transtorno depressivo brando e transitório, com frequência acentuada, podendo acometer entre 50% a 70% das puérperas. 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). Os principais sintomas do *baby blues* são caracterizados por "[...] fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria, sentimentos de incapacidade" (BRASIL, 2006, p. 38). 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).

A DPP cursa com o agravamento dos sintomas depressivos da mãe. É um transtorno menos frequente que o *baby blues*, sendo sua prevalência estimada entre 10% a 15% entre as puérperas, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Os sintomas de DPP podem se apresentar de forma moderada ou severa. Inicialmente, há dificuldade em se distinguir os sintomas do *baby blues* e da DPP. Essa distinção torna-se possível a partir do tempo de duração e manutenção dos sintomas, assim como do seu agravamento (AGUIAR, 2011). Esse quadro inclui sintomas como "[...] perturbação do apetite, do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê", entre outros (BRASIL, 2006, p. 38).

A psicose puerperal é um quadro clínico grave, com sintomas acentuados, que incluem "[...] ruminações graves ou pensamentos delirantes a respeito do bebê, relacionados a um risco significativamente aumentado de danos ao mesmo" (SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005, p. 62). É um transtorno menos frequente, com início nas duas ou quatro semanas subsequentes ao parto, sendo sua prevalência estimada com variação entre 0,1% a 0,2%, de acordo com dados da literatura apresentados por Ruschi *et al.* (2007) e Santos, Silveira e Gualda (2009). Schwengber e Piccinini (2003), também com base em dados da literatura, relatam prevalência mais elevada, de dois a quatro casos por mil partos, o que corresponde a uma variação de 0,2% a 0,4%. Seu início é brusco e marcado por "[...] alterações no humor, na percepção da realidade, idéias delirantes, alucinações, alterações de ordem cognitiva rejeição do bebê como se este fosse seu inimigo, com risco para o infanticídio ou outras formas de ataque e agressão ao bebê" (AGUIAR, 2011, p. 21).

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).

A DPP surge de maneira sutil, sem sintomas específicos, afetando as funções emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas da puérpera. No período pós-parto, as atenções se voltam para o bebê e, muitas vezes, as necessidades maternas são esquecidas ou ignoradas, tanto pela própria puérpera como pelos demais integrantes do círculo próximo (GOMES *et al.*, 2010).

Ainda não se conhece a exata etiologia da DPP, porém, alguns fatores de risco para essa patologia já foram identificados (CAMACHO *et al.*, 2006). Entre esses fatores pode-se citar: idade inferior a 16 anos ou acima dos 40 anos, baixa renda, baixa escolaridade, sexo do bebê, histórico prévio de transtorno psiquiátrico, estresse durante o período gestacional, personalidade desorganizada, histórico de abortos anteriores, ter muitos filhos, desentendimentos com o cônjuge, separação do cônjuge/companheiro durante o período gestacional, ser solteira ou divorciada, estar desempregada ou ter cônjuge desempregado, falta de suporte social e/ou emocional, entre outros aspectos (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010; GOMES *et al.*, 2010; GUEDES-SILVA; SOUZA; MOREIRA, 2003; SCHARDOSIM; HELDT, 2011).

Além desses aspectos, há suspeita de que as alterações hormonais presentes no período gestacional e no pós-parto possam contribuir para a ocorrência da DPP, porém, os estudos realizados ainda apresentam resultados inconclusivos ou contraditórios. Considera-se também que a hereditariedade, casos prévios e/ou familiares de depressão, aspectos relacionados à saúde da gestante e obstétricos estejam envolvidos na gênese da DPP (ALIANE; MAMEDE; FURTADO, 2011).

A atenção aos fatores de risco já conhecidos favorece o acompanhamento médico e o encaminhamento da puérpera a serviço de apoio específico, com melhor qualidade no diagnóstico e acesso ao tratamento adequado. Essas intervenções podem contribuir para tratar o quadro já instalado e evitar o seu agravamento (ALIANE; MAMEDE; FURTADO, 2011; GOMES *et al.*, 2010).

## 2.2 IMPACTOS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ

A relação mãe-bebê é fundamental para a mãe, que encontra oportunidade de satisfazer seu instinto materno, e também para o bebê, que depende dela para a sua sobrevivência. Contudo, na ocorrência de DPP, a dedicação e a forma da mãe

prover cuidados ao bebê são alteradas, gerando reflexos negativos para ambos (DEZIDÉRIO; MILANI, 2013).

O período imediato ao pós-parto é um momento crítico para a mãe, que se depara com uma criança real, que impõe várias transformações na sua vida. Esse momento parece ser crucial para o estabelecimento da relação entre ambos, além da construção de intimidade entre a mãe e o bebê. Para algumas mães, a dificuldade em superar essa situação inicial pode levar à DPP, causando o estabelecimento de uma "[...] relação mãe-bebê menos adequada e [...] manifestações mais negativas das mães sobre a experiência da maternidade" (BORSA; FEIL; PANIÁGUA, 2007, p. 8).

Essas dificuldades são evidenciadas pela falha na comunicação entre ambos, sendo que a mãe não consegue interpretar adequadamente as necessidades do bebê. Essa situação leva a modificações do humor materno, que podem surgir, alternadamente, sob a forma de hostilidade e rejeição, seguidas por compensações, com solicitude extrema nos cuidados com o bebê (BORSA; FEIL; PANIÁGUA, 2007).

Outros conflitos que podem surgir nesse período para a mãe com DPP e que influenciam sua interação com os bebês são: o desejo de prover os cuidados adequados à criança e não se sentir apta ou não conseguir realizá-los, a necessidade de relegar os cuidados com a criança a terceiros e a não consolidação do desejo manifestado durante a gestação e a consecução da maternidade (BORSA; FEIL; PANIÁGUA, 2007).

Apesar da importância reconhecida do suporte social, mães com DPP se ressentem de terem que relegar a terceiros os cuidados com seus bebês. Essas mães têm seu sofrimento aumentado pela incapacidade em atender às necessidades dos bebês, às expectativas próprias e de terceiros em relação à maternidade e, ao mesmo tempo, têm que lidar com sentimentos contraditórios, de alívio por receberem ajuda e de culpa, pela sua inadequação e incapacidade (ARRAIS, 2005).

A DPP materna influencia negativamente o desenvolvimento motor, mental e comportamental do bebê. Entre outros aspectos, bebês de mães deprimidas podem apresentar prejuízo na interação com as próprias mães, assim como com estranhos, por meio do desvio do olhar e da orientação da cabeça em relação a esses indivíduos. Essas crianças costumam ser mais irritadiças, chorar mais e apresentar

feições mais tristes, além de apresentarem alterações no ritmo cardíaco e dos níveis de cortisol<sup>‡</sup>, e, durante o desenvolvimento, evidenciarem dificuldades de aprendizado, propensão a transtornos depressivos e sintomas de ansiedade, depressão, retraimento, entre outros aspectos (MOTTA; LUCION; MANFRO, 2005).

Os bebês têm, desde os primeiros dias de vida, a capacidade de perceber o afeto e a proximidade do cuidador, ou seja, da primeira pessoa de quem recebem cuidados. A fragilidade dos cuidados proporcionados pela mãe com DPP, gera uma vinculação insegura, que pode ser considerada preditora de problemas futuros de comportamento, de impulsividade, de relações conflituosas com os cuidadores, autoestima reduzida e problemas no relacionamento com outras crianças, o que confirma as repercussões negativas da DPP no desenvolvimento social da criança (GONÇALVES, 2008).

As repercussões para os filhos de mães com DPP podem incluir, além da falta de cuidados iniciais adequados: desordens comportamentais, afetivas e cognitivas, distúrbios do sono, distúrbios nutricionais, atrasos no crescimento e no desenvolvimento da linguagem, baixo desempenho escolar, ansiedade, autoimagem negativa, dificuldades com as relações de apego e disforia, entre outros problemas (CAMACHO *et al.*, 2006; COSTA, 2012; LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011; SILVA, 2014; TAVARES *et al.*, 2014; ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005).

A qualidade do sono em bebês é citada por Lopes *et al.* (2010) como indicativo do relacionamento deste com a mãe. O autor afirma que mães com DPP, devido à dificuldade de comunicação e compreensão das necessidades do bebê, podem apresentar dificuldades em interpretar e atender às necessidades destes, o que gera impacto negativo nos padrões de sono, com aumento dos despertares e redução da quantidade de tempo que a criança dorme.

A relação das mães com DPP e seus bebês pode ser marcada pela pouca expressão de afeto em relação à criança, pois, elas são menos propensas ao contato físico, às vocalizações e expressões positivas dirigidas aos bebês. Há também risco dessas mães interromperem precocemente a amamentação, influenciando a interação e intimidade características dessa fase (CANTILINO *et al.*, 2010). As mães com DPP podem oferecer pouca atenção, afeto e estímulos ao

---

<sup>‡</sup> "O cortisol é um hormônio [...] produzido pela [...] glândula supra-renal. [...] quando este se encontra em excesso no sangue, poderá causar danos à saúde. [...]. A exposição a longo prazo ao cortisol resultará na danificação das células do hipocampo, levando à diminuição da capacidade de aprendizagem e colocando em risco os sistemas de cognição" (ARAGÃO, [201-]).

bebê, ou atuar de maneira totalmente oposta, com estímulos excessivos, sendo ambos os estilos de interação inadequados. A alternância entre esses extremos pode resultar em comportamentos negativos dos bebês, tais como maior tempo de choro e alterações no tempo de sono, como forma de atraírem a atenção materna (CARLESSO; SOUZA, 2011; COSTA, 2012, 2013).

As interferências na relação com o bebê podem levar à ausência ou ao excesso de cuidados, como também se prolongar em alternâncias entre o atendimento imediato às necessidades da criança ou o afastamento gradual da mãe, promovendo um cuidado precário. Em casos extremos, a DPP pode levar ao suicídio da mãe, aos maus tratos com a criança e ao infanticídio. De modo geral, o vínculo mãe-bebê pode ficar abalado e causar repercussões na vida futura da criança, comprometendo seu desenvolvimento e relacionamentos em longo prazo (SAMPAIO NETO; ÁLVARES, 2013).

É importante ressaltar que nem todas as crianças expostas à DPP materna apresentam problemas no seu desenvolvimento. Há reconhecimento de que alguns fatores, entre eles a rotina, a presença do pai e o suporte social, podem exercer efeito protetivo para essas crianças. Entretanto, não se pode identificar previamente aquelas crianças que sofrerão ou não as consequências da DPP materna, o que reforça a importância da atenção a essa patologia (SILVA, 2014).

### 2.3 PRINCIPAIS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS PARA TRATAMENTO DA DPP

As alternativas para o tratamento do *baby blues*, DPP e psicose puerperal são distintas. Os casos mais leves e moderados podem envolver a psicoterapia, isolada ou associada a intervenções medicamentosas, e, naqueles casos mais graves, pode ser recomendada, além da psicoterapia e intervenções medicamentosas, a internação da puérpera (BMJ BEST PRACTICE, 2014; COSTA, 2013; HIGUTI; CAPOCCI, 2003; SANTOS, 2014).

O *baby blues* costuma ter remissão espontânea, sendo que, na maior parte dos casos, não é necessária qualquer intervenção, bastando manter ou melhorar o suporte emocional à puérpera, demonstrar efetivamente compreensão e prover auxílio para os cuidados com o bebê (CANTILINO *et al.*, 2010; CORREIA, 2006).

Entretanto, a psicoterapia pode ser recomendada, como forma de prover apoio emocional à mulher (FERNANDES; COTRIM, 2013; SILVA; BOTTI, 2005).

Já nos casos de DPP e psicose puerperal é recomendada a intervenção medicamentosa adicional à psicoterapia, considerando-se a possibilidade de complicações para a mãe e o bebê (CANTILINO *et al.*, 2010). O tratamento farmacológico, em geral, é indicado para casos de maior gravidade e não responsivos à psicoterapia, podendo também ser associado a esta. Ainda que os riscos provenientes do uso de antidepressivos durante o aleitamento materno não sejam totalmente definidos e conhecidos, deve-se considerar que os riscos provenientes de uma DPP não tratada poderão ser mais expressivos, afetando tanto a mãe quanto o bebê. O uso de fármacos deverá ser objeto de análise e decisão conjunta entre psiquiatra, obstetra e puérpera (NOMURA; PINTO E SILVA, 2007).

A psicoterapia é considerada opção de tratamento para casos de menor gravidade da DPP, ou seja, casos leves a moderados, por oferecer maior segurança à mãe em relação ao período de amamentação do bebê (BRUM, 2010; IBIAPINA *et al.*, 2010; KIM, 2014). A ausência de contra-indicações para a psicoterapia é mais um fator positivo nessa modalidade de intervenção, o que, possivelmente, eleva a possibilidade de adesão ao tratamento da DPP (IBIAPINA *et al.*, 2010).

Essa intervenção contribui para a melhor compreensão da paciente em relação à "[...] 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" (SAMPAIO NETO; ÁLVARES, 2013, p. 182). Essa conduta propiciará à mulher com DPP condições para reencontrar sua autoconfiança, como também, para compreender o que está acontecendo e como lidar com os sentimentos que são vivenciados. Sob essa perspectiva, a mulher poderá expor e compreender com mais clareza o que se passa e adotar ações e comportamentos que favoreçam a superação das condições impostas pela DPP (SAMPAIO NETO; ÁLVARES, 2013).

O tratamento psicoterápico tem sido considerado bastante eficaz para a DPP, uma vez que se concentra em atender às necessidades emocionais da mulher, permitindo, principalmente, a verbalização das suas dificuldades e sentimentos (HIGUTI; CAPOCCI, 2003).

O tratamento farmacológico da DPP é o mesmo adotado para os casos de depressão em geral (HIGUTI; CAPOCCI, 2003; SANTOS, 2014; SILVA; BOTTI,

2005). A sugestão de tratamento, visando evitar a interrupção da amamentação, é de utilização de medicamentos antidepressivos com reduzida "[...] probabilidade de acumulação no leite materno", como, por exemplo, a paroxetina e a sertralina (FÉLIX; GOMES; FRANÇA, 2008, p. 55).

Entretanto, há resistência entre as puérperas quanto ao uso de fármacos, devido à possibilidade de excreção no leite materno e a preocupação em expor os bebês a efeitos colaterais, tais como irritabilidade, alterações no sono, alimentação, redução no ganho de peso e dependência, entre outros. Essa visão negativa pode influenciar a adesão e causar abandono do tratamento (COSTA, 2013; FÉLIX; GOMES; FRANÇA; 2008; KIM, 2014; MAGALHÃES *et al.*, 2006). Alguns casos de DPP, devido à sua gravidade, poderão impor a necessidade de tratamento farmacológico, motivo pelo qual é sugerido avaliar o risco-benefício aceitável. O tratamento deverá ser individualizado, buscando-se a melhor alternativa para cada mulher nessa fase, discutindo-se claramente o tempo de uso da medicação, seus efeitos e benefícios para a usuária e o bebê, como ainda, o risco proveniente de suspensão arbitrária da medicação (NOMURA; PINTO E SILVA, 2007).

Para casos mais graves, envolvendo psicose puerperal, delírios e/ou alucinações, presença ou suspeita de outras patologias psiquiátricas, entre outros aspectos, a psicoterapia pode ser associada à intervenção psiquiátrica. Nesses casos pode ser necessária a adoção de terapia farmacológica, sendo em casos mais graves, possível a internação (FÉLIX; GOMES; FRANÇA, 2008; SANTOS, 2014).

### **3 METODOLOGIA**

Para desenvolvimento do estudo foi realizada uma pesquisa descritiva, que é aquela que procura expor as características de um fenômeno, e bibliográfica, que se baseia em obras – livros, revistas, jornais etc. - disponíveis ao público em geral (VERGARA, 2004). A abordagem adotada foi qualitativa, uma vez que se busca a descrição de um fenômeno e sua interpretação (GIL, 2002).

A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da *Scientific Electronic Libray Online* (SCIELO), Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PEPSIC) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Para a busca das publicações foram utilizados os seguintes termos e expressões, na língua portuguesa: depressão pós-parto, depressão puerperal, impactos da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil, relações mãe-filho, interação mãe-bebê, tratamento da depressão puerperal e possibilidades de tratamento da depressão pós-parto.

O período delimitado para a busca compreendeu os anos de 2006 a 2016. Os critérios de inclusão adotados foram: publicação entre os anos de 2006 e 2016, língua portuguesa e disponibilidade de material completo, abordando o tema de pesquisa. Os critérios de exclusão, por consequência, foram o não atendimento às condições inerentes ao período, idioma e disponibilidade de material completo.

As publicações selecionadas foram lidas integralmente, apurando-se as informações de que atenderam às exigências do estudo. Em seguida, foi realizada nova leitura do material, visando a seleção e organização das informações, que permitiram a elaboração dos textos para desenvolvimento do estudo.

Para a análise dos dados, adotou-se a técnica de revisão de conteúdo, conforme proposta de Bardin (1977), que inclui três fases: a primeira é denominada de pré-análise, fase em que ocorre a organização do material; a segunda é a exploração do material, em que é feita a seleção das publicações a serem analisadas; e a terceira se refere ao tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, fase em que são sintetizados os resultados obtidos e realizada a análise consoante os objetivos propostos.

A pesquisa resultou em 97 publicações, das quais foram descartadas 42, devido à abordagem distinta da proposta, 26 por não haver disponibilidade do material completo, além de outras 12, que evidenciaram duplicidade nas bases de dados consultadas. A amostra final resultou em 17 publicações para análise.

## **4 RESULTADOS**

A literatura consultada atribui, de forma geral, às mães com DPP menor disponibilidade emocional e cognitiva para a criança, de forma que estas tornam-se menos responsivas às demandas do bebê, relativamente àquelas não deprimidas. Essas mães, com frequência, apresentam também pouca atenção e sensibilidade às

necessidades de seus bebês. Nesse sentido, a dependência extrema que o bebê tem dos cuidados maternos aumenta sua vulnerabilidade à situação (CARLESSO; SOUZA, 2011; FRIZZO; PICCININI, 2007; MORAES; CREPALDI, 2011; SERVILHA; BUSSAB, 2015).

A DPP leva a mãe a sentir dificuldades na interação com o bebê, oferecendo menor contato físico, menos verbalizações e expressões de afeto, além de menor disposição para brincar e confortar, o que pode gerar comportamento negativo também na criança. Filhos de mães com DPP podem apresentar reações futuras de desamparo e desconfiança, evidenciando afetos negativos (CARLESSO; SOUZA, 2011; FERNANDES; COTRIN, 2013; RAMOS; FURTADO, 2007).

Muitas mães deprimidas se sentem tristes e chorosas, demonstram impaciência e comportamento agressivo, com irritação em relação ao bebê e aos familiares. Ocorre um distanciamento afetivo que corrobora as informações anteriores quanto à pouca disponibilidade afetiva para cuidar do filho e atender às suas necessidades (COSTA, 2012; FERNANDES; COTRIN, 2013; MORAES; CREPALDI, 2011; SARAIVA; COUTINHO, 2008; SILVA *et al.*, 2010).

É importante destacar a função que têm as trocas de olhares, sorrisos e vocalizações entre mãe e bebê. Os olhares entre mãe e bebê indicam disponibilidade afetiva e também apego. As vocalizações demonstram atenção e afetividade. Quando há separação física ou emocional dos pais, os bebês podem reagir com choro. O toque materno configura ao bebê segurança pela proximidade da mãe (FELIPE, 2009).

O afastamento da mãe em consequência da DPP pode subtrair ao bebê essas expressões emocionais, de forma que ao ser privado dessas trocas, a criança tenha seu desenvolvimento futuro comprometido, especialmente, em relação a aspectos comportamentais e cognitivos, inclusive no desenvolvimento da linguagem (CARLESSO, 2011; CARLESSO; SOUZA, 2011; COSTA, 2012; FELIPE, 2009; FERNANDES; COTRIN, 2013; SERVILHA; BUSSAB, 2015).

Um aspecto que pode se transformar em dificuldade é a amamentação, exigindo adaptação da mãe e da criança. A amamentação exclusiva afeta o sono da mãe, exigindo disponibilidade para o bebê em horários diurnos e noturnos. Assim, são afetados os sentimentos maternos em relação à sua habilidade em amamentar, quanto à qualidade do leite e o ciclo vigília-sono fica alterado (MAIA, 2011; SARAIVA; COUTINHO, 2008; SILVA *et al.*, 2010).

O período pós-parto pode incluir também a intensificação das dificuldades conjugais. O pai, em geral, se sente um pouco excluído da relação com o filho, devido ao fato de a mãe se dedicar integralmente ao bebê e se empenhar na satisfação de todas as suas necessidades (SILVA; PICCININI, 2008).

O apoio paterno pode aliviar os efeitos da depressão, para a mãe e o bebê. Para o bebê, o pai pode se tornar "[...] um moderador dos efeitos da depressão materna sobre o [seu] desenvolvimento", participando dos cuidados e suprindo parte da lacuna deixada pela pouca ou total ausência de responsividade da mãe deprimida (SILVA; PICCININI, 2009, p. 8). Entretanto, a sobrecarga gerada por alguns casos de depressão materna pode induzir o pai também a algum transtorno psicológico, incluindo a depressão (SILVA; PICCININI, 2008).

Entre as abordagens psicoterápicas mais utilizadas e que têm apresentado resultado positivo nos casos de DPP está a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (CAMACHO et al., 2006). A TCC busca mudanças comportamentais e cognitivas, "[...] considerando que os transtornos psicológicos são decorrentes de uma forma distorcida ou disfuncional de perceber os acontecimentos influenciando o afeto e o comportamento" (SILVA; TAKASE, 2013, p. 113-114).

A TCC auxilia a mãe a identificar crenças e pensamentos disfuncionais relacionados aos papéis dos pais, à situação do parto, de amamentação, da sexualidade e do modelo idealizado para o filho, que, nem sempre, condiz com a realidade ou o desenvolvimento de cada faixa etária (BARBOSA, 2013; MELO-DE-AGUIAR et al., 2013; MORAES; CREPALDI, 2011). Esta é uma terapia de curta duração e pode ser utilizada isoladamente ou em conjunto com intervenções farmacológicas para o tratamento da DPP, dependendo da gravidade do quadro apresentado (CAMACHO et al., 2006; CARVALHO; PUPO; MELLO, 2011).

A Psicologia, nesse contexto, configura uma alternativa favorável a todos os envolvidos, especialmente, a mãe, que pode se beneficiar da psicoterapia mediante reavaliação e melhor compreensão da situação vivenciada. Esse benefício se estende também ao bebê e aos demais familiares envolvidos, uma vez que a psicoterapia pode agir na modificação de comportamentos, de concepções e das relações interpessoais presentes na DPP (FÉLIX; GOMES; FRANÇA, 2008).

## 5 DISCUSSÃO

A pesquisa realizada mostrou que a DPP é considerada um problema de saúde pública por diferentes autores. Esses autores enfatizaram que as estimativas de prevalência desse transtorno podem estar subestimadas em relação à população. Isso se deve ao reconhecimento de que as pressões culturais continuam se manifestando e encontram repercussão na conduta das mulheres, que ainda incorporam o mito da maternidade como instintivo e inato (AZEVEDO; ARRAIS, 2006; COUTINHO; SARAIVA, 2008; KONRADT *et al.*, 2011). Compete ressaltar que nesse contexto há divergências quanto ao período de início da DPP.

Alterações na vida pessoal, social e profissional da mulher ainda são pouco consideradas, tanto pela própria mulher como pelo grupo ao seu entorno, como também as de ordem hormonal, psicológica, emocional e física, entre outras. As variações de humor e de comportamento passam despercebidas ou ficam em segundo plano, considerando-se normal sua ocorrência. Toda a atenção é concentrada no bebê, de forma que a mãe, muitas vezes, pode carecer do apoio necessário, incluindo-se o suporte social (CARLESSO, 2011; FERNANDES; COTRIN, 2013; KONRADT *et al.*, 2011; MAIA, 2011; SERVILHA; BUSSAB, 2015; SILVA *et al.*, 2010; SOUSA; PRADO; PICCININI, 2011; TAVARES *et al.*, 2014). Sob o aspecto das variações de humor percebeu-se entre os autores uma reconhecida dificuldade em estabelecer o momento em que o *baby blues* se transforma em DPP, ou seja, o momento em que ocorre o agravamento dos sintomas depressivos.

A DPP segue sendo uma patologia preocupante, uma vez que seu início é insidioso e seus sintomas pouco específicos podem ser atribuídos ao cansaço próprio do puerpério. A tristeza inicial e o humor disfórico podem dar lugar ao agravamento do quadro depressivo, que, sem intervenção adequada, pode resultar em efeitos deletérios para o grupo familiar. Os principais efeitos são sentidos pelo bebê, devido à sua situação de total dependência dos cuidados maternos (CARLESSO; SOUZA, 2011; FRIZZO; PICCININI, 2007; MORAES; CREPALDI, 2011; SERVILHA; BUSSAB, 2015). A mãe, nesse contexto, parece não fazer parte do quadro de interesse e atenção gerais, ou mesmo ser merecedora de um período de descanso para recompor suas condições físicas e emocionais, e talvez isso contribua para reforçar os sentimentos negativos que marcam o puerpério.

Os autores pesquisados revelaram unanimidade quando aos sintomas presentes no *baby blues*, na DPP e na psicose puerperal, como também em relação à dificuldade em diagnosticar a DPP (FRIZZO; PICCININI, 2007). Isso pode se relacionar com o fato de as mães serem, preferencialmente, assistidas por ginecologistas e obstetras, que dão mais atenção à sua recuperação física após o parto. Esses profissionais, possivelmente, não recebem ou valorizam as queixas de cansaço e alterações de humor, quando estas são relatadas espontaneamente pela puerpera, uma vez que sua busca não é pertinente às especialidades.

Um dos principais efeitos da DPP materna é o distanciamento afetivo da mãe com o bebê, acompanhado por cuidados precários, ou mesmo pela sua ausência. O afastamento progressivo entre mãe e bebê repercute também na irritabilidade e pouca disposição da mãe para enfrentar sua relação conjugal e mesmo manter os vínculos familiares (CARLESSO; SOUZA, 2011; COSTA, 2012; FERNANDES; COTRIN, 2013; MORAIS; CREPALDI, 2011; RAMOS; FURTADO, 2007; SARAIVA; COUTINHO, 2008; SILVA *et al.*, 2010).

Um aspecto preocupante quanto à DPP é relativo à extensão e duração dos seus efeitos nos bebês. Alguns autores acreditam que esses efeitos podem perdurar por muitos anos na vida da criança, afetando seus vínculos afetivos futuros, além de comprometer o desenvolvimento motor e cognitivo (CARLESSO, 2011; CARLESSO; SOUZA, 2011; COSTA, 2012; FELIPE, 2009; FERNANDES; COTRIN, 2013; SERVILHA; BUSSAB, 2015). Apesar dessas considerações é importante destacar que esses efeitos ainda não estão claramente estabelecidos, quer em sua dinâmica, quer em sua duração. A suspeição de efeitos amplos não é suficiente para suportar decisões acerca de alternativas para sua solução ou minimização. Seguem a necessidade de se esclarecer esses aspectos e entender melhor sua ocorrência.

Vários estudos abordam a relação mãe-bebê, ora aprofundando nos aspectos relativos à mãe, ora naqueles pertinentes à criança, ressaltando aspectos dificultadores do relacionamento e suas consequências (CARLESSO, 2011; CARLESSO; SOUSA, 2011; COSTA, 2012; FELIPE, 2009; FERNANDES; COTRIN, 2013; FRIZZO; PICCININI, 2007; MAIA, 2011; RAMOS; FURTADO, 2007; SERVILHA; BUSSAB, 2015; SILVA *et al.*, 2010). Essas abordagens se restringem aos sentimentos, sem atentar para a vida prática. Não são aprofundados elementos do estado de saúde geral da mãe e/ou às consequências da DPP nas suas atribuições em diferentes áreas da vida, como, por exemplo, a vida profissional. Em

relação à criança, elementos do seu desenvolvimento e estratégias para lidar com o pouco afeto e cuidado recebidos são explorados superficialmente, sem abordar aspectos objetivos quanto à saúde física e desenvolvimento escolar, por exemplo.

O grupo familiar é pouco estudado, à exceção da abordagem proposta por Konradt *et al.* (2011) sobre o suporte social. O suporte promovido por familiares e amigos mais próximos é fundamental para que a mãe possa se equilibrar na nova função. As reações disfóricas e a depressão afetam, certamente, essas relações, mas, ainda não se sabe como e se isso pode ser revertido. Apesar de vários autores citarem a importância do suporte social, a abordagem não se aprofundou sobre o seu papel para a mãe com DPP e sua relação com o bebê.

Silva *et al.* (2010) também abordaram a percepção de familiares acerca dos cuidados oferecidos por mães com DPP a seus filhos. O estudo mostrou o pouco conhecimento dos familiares acerca da DPP, como também disposição para o auxílio. Apesar da abordagem voltada à família, percebeu-se que o centro das atenções foram as alterações emocionais, sem se aprofundar nos seus efeitos. O círculo familiar mais próximo é de grande importância para a mãe e o bebê, pois é dele que poderá vir o auxílio imediato. Entretanto, os efeitos dessa relação não são avaliados em profundidade e/ou ao longo do tempo de convivência entre o grupo.

A DPP apresenta repercussões para a vida da mulher, do bebê e do grupo familiar, que indicam e confirmam a importância do diagnóstico precoce.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

De acordo com os objetivos específicos propostos, verificou-se que a DPP é um transtorno de início insidioso, que afeta parcela significativa das mulheres no pós-parto, mais frequentemente, em duas semanas após o parto. Contudo, não pode ser descartada a possibilidade de ocorrência tardia da DPP, no primeiro ano após o parto. Suas principais características são a tristeza, o choro e os sentimentos de desamparo e distanciamento da mãe em relação à criança.

A mulher se sente desamparada, com dificuldades em cuidar do bebê, tem alterações no sono e suas relações com o grupo familiar são alteradas. Os seus sentimentos tomam aspectos negativos em relação ao bebê. Entretanto, na maioria

das vezes e por grande parte das pessoas, inclusive a própria puérpera, esses sintomas são entendidos como normais e decorrentes de cansaço.

Em atendimento ao objetivo geral do estudo identificou-se, na literatura pesquisada, que a DPP pode afetar o desenvolvimento infantil, se manifestando por meio de problemas comportamentais e cognitivos, com prejuízo da linguagem, em alguns casos. Filhos de mães deprimidas apresentam mais afeto negativo quando comparados com filhos de mães não deprimidas.

Ressalta-se que a intervenção do psicólogo, por meio da psicoterapia para tratamento isolado ou em conjunto com a farmacologia, foi mencionada grande parte das publicações pesquisadas. As menções à intervenção desse profissional e da psicoterapia foram positivas, sendo recomendado seu uso sem restrição e mencionada também sua possibilidade na prevenção da DPP. A ausência de contraindicações para a psicoterapia é positiva, pois possibilita às mulheres uma opção segura de tratamento. Esse aspecto tende a favorecer a adesão ao tratamento, que é fundamental para a sua continuidade e obtenção de resultados favoráveis.

Diante do exposto sugere-se que sejam desenvolvidos novos estudos, aprofundando a abordagem à multiplicidade de fatores de risco para a DPP e sua influência no desencadeamento do transtorno, como ainda, nos sintomas e seus efeitos na puérpera com DPP e no bebê ao longo dos primeiros anos de vida, visando, evidenciar o comprometimento de seu desenvolvimento e os possíveis fatores de proteção. Em estudos com abordagem qualitativa, a inclusão de entrevistas com as mães puérperas, bem como, a proposta de um pré-natal psicológico poderiam contribuir para um exame mais próximo da realidade da DPP em nosso país.

## REFERÊNCIAS

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.

ALIANE, P. P.; MAMEDE, M. V.; FURTADO, E. F. Revisão sistemática sobre fatores de risco associados à depressão pós-parto. **Psicologia em Pesquisa**, v. 5, n. 2, p. 146-155, dez. 2011.

ARAGÃO, S. R. **Relação entre estresse e cortisol**: medidas preventivas e terapêuticas. [201-]. Disponível em: <<http://www.consultoriapsi.net/news/estresse-e-cortisol%3A-rela%C3%A7%C3%B5es-bioquimicas,-psicofisiologicas-e-comportamentais/>>. Acesso em: 6 mai. 2016.

ARRAIS, A. R. **As configurações subjetivas da depressão pós-parto**: para além da padronização patologizante. 2005. 158f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006.

BARBOSA, E. **Impacto da ansiedade nas mães com filhos hospitalizados na pediatria do hospital Dr. Agostinho Neto**. 2013. 86f. Monografia (Licenciatura em Psicologia) - Universidade Jean Piaget de Cabo Verde, Cidade da Praia, Cabo Verde, 2013. Disponível em: <<http://bdigital.cv.unipiaget.org:8080/jspui/bitstream/10964/398/1/Mem%C3%B3riaEv elise%20final.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. L. A. Reto; A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BMJ BEST PRACTICE. **Depressão pós-parto**. 2014. Disponível em: <<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/512.html>>. Acesso em: 30 out. 2015.

BORSA, J. C.; FEIL, C. F.; PANIÁGUA, R. M. **A relação mãe-bebê em casos de depressão pós-parto**. 2007. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt>>. Acesso em: 2 mai. 2016.

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).

BRUM, E. H. M. **Psicoterapia pais-bebê no contexto da depressão pós-parto investigando o processo psicoterápico**. 2010. 293f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, 2010.

CAMACHO, R. S. *et. al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

CANTILINO, A. *et. al.* Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 6, p. 278-284, 2010.

CARLESSO, J. P. P. **Análise da relação entre depressão materna e índices de risco ao desenvolvimento infantil**. 2011. 161f. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

CARLESSO, J. P. P.; SOUZA, A. P. R. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1119-1126, dez. 2011.

COSTA, A. R. F. M. O. **Representações mentais de mães com depressão pós-parto e o seu impacto nas interações mãe-bebê**. 2012. 101f. Dissertação (Mestrado em Educação e Cuidados na Primeira Infância). Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Educação, Beja/Portugal, 2012. Disponível em: <<http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/3984/1/Projecto%20de%20interven%20a7%20c3%a3o.pdf>>. Acesso em: 3 mai. 2015.

COSTA, L. M. **Depressão pós-parto**. 2013. 29f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva e da Família) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade de Campinas, Piracicaba, 2013.

COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. Depressão pós-parto: considerações teóricas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, a. 8, n. 3, p. 759-773, 2º sem 2008.

DEZIDÉRIO, D.; MILANI, R. G. **As influências da depressão pós-parto na relação mãe-bebê**. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR, 8., 22-25 out. 2013, Maringá/PR. Disponível em: <[http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit\\_mostra/Daniele\\_Deziderio.pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Daniele_Deziderio.pdf)>. Acesso em: 6 mai. 2016.

FELIPE, R. P. **Análise do efeito da depressão pós-parto na interação mãe-bebê via categorias comportamentais e estilos interativos maternos**. 2009. 156p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

FÉLIX, G. M. A.; GOMES, A. P. R.; FRANÇA, P. S. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 19, n. 1, p. 51-60, 2008.

FERNANDES, F. C.; COTRIN, J. T. D. Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. **Revista Panorâmica On-Line**, Barra do Garças, v. 14, p. 15-34, jul. 2013. Disponível em

<<http://oca.ufmt.br/revista/index.php/revistapanoramica/article/viewFile/454/132>>.  
Acesso em: 7 jun. 2015.

FERREIRA, F. M. S. **A criança com depressão**. 2011. 256f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) - Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Departamento de Ciências da Educação, Lisboa, 2011. Disponível em: <[http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1641/tese\\_fernanda.pdf?sequence=1](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1641/tese_fernanda.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 4 mai. 2015.

FONSECA, V. R. J. R. M.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 4, p. 738-746, abr. 2010.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 3, p. 351-360, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, L. A. *et al.* Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Revista Rene**, São Paulo, v. 11, n. esp., p. 117-123, 2010.

GONÇALVES, J. I. C. **Depressão pós-parto da mãe e retraimento social do bebê**. 2008. 119f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade do Minho, Minho/Portugal, 2008.

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

HIGUTI, P. C. L.; CAPOCCI, P. O. Depressão pós-parto. **Revista de Enfermagem UNISA**, v. 4, p. 46-50, 2003.

IBIAPINA, F. L. P. *et al.* Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências. **Femina**, v. 38, n. 3, p. 161-165, mar. 2010.

KIM, H. R. **Psicoterapia breve operacionalizada em puérperas com sintomas depressivos no pós-parto**. 2014. 112f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

KONRADT, C. E. *et al.* Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, n. 2, p. 76-79, jul. 2011.

LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 4, p. 369-379, out./dez. 2011.

LOPES, E. R. et al. Depressão pós-parto e alterações de sono aos 12 meses em bebês nascidos na zona urbana da cidade de Pelotas/RS. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 2, p. 88-93, 2010.

MAIA, B. M. M. R. **Perfeccionismo e depressão pós-parto**. 2011. 295f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2011. Disponível em: <[https://eg.sib.uc.pt/bitstream/10316/18179/1/Tese%20doutoramento\\_Berta%20Rodrigues%20Maia\\_pdf.pdf](https://eg.sib.uc.pt/bitstream/10316/18179/1/Tese%20doutoramento_Berta%20Rodrigues%20Maia_pdf.pdf)>. Acesso em: 5 jun. 2015.

MELO-DE-AGUIAR, A. et al. Atendimento psicoeducativo em grupo para mulheres no pós-parto: relato de experiência. **Aletheia**, Canoas, n. 41, p. 174-184, mai./ago. 2013.

MENEZES, F. L. et al. Depressão puerperal no âmbito da saúde pública. **Saúde**, Santa Maria, v. 38, n. 1, p. 21-30, 2012.

MORAES, M. H. C.; CREPALDI, M. A. A clínica da depressão pós-parto. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 19, n. 1-2, p. 61-67, jan.-dez. 2011.

MOTTA, M. G.; LUCION, A. B.; MANFRO, G. G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. **Revista de Psiquiatria**, v. 27, n. 2, p. 165-176, mai./ago. 2005.

NOMURA, M. L.; PINTO E SILVA, J. L. C. Riscos e benefícios do uso dos inibidores seletivos da recaptção de serotonina para a depressão durante a gravidez e a lactação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 7, p. 333-336, 2007.

RAMOS, S. H. A. S.; FURTADO, E. F. Depressão puerperal e interação mãe-bebê: um estudo piloto. **Psicologia em Pesquisa**, v. 1, n. 1, p. 20-28, jan.-jun. 2007.

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.

SAMPAIO NETO, L. F.; ÁLVARES, L. B. O papel do obstetra e do psicólogo na depressão pós-parto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 15, n. 1, p. 180-83, 2013.

SANTOS, I. R. A. **Fatores determinantes da depressão pós-parto avaliados pelo enfermeiro durante o acompanhamento do pré-natal**. 2014. 20f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2014.

SANTOS JÚNIOR, H. P. O.; SILVEIRA, M. F. A.; GUALDA, D. M. R. Depressão pós-parto: um problema latente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 516-524, set. 2009.

SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L. O sofrimento psíquico no puerpério: um estudo psicossociológico. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v. 8, n. 2, p. 505-527, jun. 2008.

SCHARDOSIM, J. M.; HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 159-66, mar. 2011.

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

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

SERVILHA, B.; BUSSAB, V. S. R. Interação mãe-bebê e desenvolvimento da linguagem: a influência da depressão pós-parto. **Psico**, Porto Alegre, v. 46, n. 1, p. 103-111, jan.-mar. 2015.

SILVA, A. P. C. **Depressão materna e comportamento de crianças: estressores, práticas parentais e suporte social**. 2014. 170f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. Depressão puerperal - uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 231-238, 2005. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 23 set. 2015.

SILVA, F. C. S. *et al.* Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 411-416, 2010.

SILVA, J. V. A.; TAKASE, E. Um caso clínico de TDAH: possibilidades, dificuldades e limites no processo psicoterapêutico. **Revista Científica CENSUPEG**, n. 1, p. 111-121, 2013.

SILVA, M. R.; PICCININI, C. A. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. **Estudos de Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 5-12, jan./abr. 2009.

SOUSA, D. D.; PRADO, L. C.; PICCININI, C. A. Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 2, p. 335-343, 2011.

TAVARES, G. L. *et al.* Eu e a depressão puerperal: um relato de experiência. **Estudos**, Goiânia, v. 41, n. 2, p. 291-305, abr./jun. 2014.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

VIEIRA, K. F. L. **Depressão e suicídio**: uma abordagem psicossociológica no contexto acadêmico. 2008. 159f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

ZINGA, D.; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, supl. 2, p. S56-S64, out. 2005.