

FACTORES PSICOSSOCIAIS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Reflexão baseada na depressão pós-parto na maternidade

Francislina de Jesus S. Colombo¹

Mestre em Ciências da Educação

Uma bordagem bibliográfica na Maternidade Augusto Ngangula em Luanda.

Luanda, 01 de Agosto de 2024

¹ Mestre em Ciências da Educação; Coordenadora do Curso de Psicologia no Instituto Superior politécnico Tocoísta.

RESUMO

Uma abordagem reflexiva perante questões psicossociais, visam compreender os tais factores que estão na base da depressão pós-parto na maternidade Augusto Ngangula em Luanda. Entendemos ao longo desta abordagem os factores psicossociais que estão na base da depressão pós-parto assistidas na maternidade. Os antecedentes históricos da depressão pós-parto, o luto, a melancolia, a autoestima, os factores psicossociais, transtorno depressivo maior e puérperas, foram tidos como aspectos teóricos. Realizou-se uma reflexão no estudo bibliográfico, tendo esta maternidade como amostra de muitas outras, o que permitiu a compreensão desta problemática. O nível de escolaridade das mulheres que possuem apenas o primeiro ciclo é maior e outras são iletradas nesta depressão, com indicadores bibliográfico, quanto ao estado civil na sua maioria são solteiras, as mesmas afirmam ser importante o acompanhamento psicológico como forma a minimizar a depressão pós-parto.

Palavras-chave: Depressão, psicossociais, parto, maternidade.

ABSTRACT

A reflective approach to psychosocial issues aims to understand the factors underlying postpartum depression at the Augusto Ngangula maternity hospital in Luanda. Throughout this approach, we understand the psychosocial factors that underlie postpartum depression in maternity hospitals. The historical background of postpartum depression, mourning, melancholy, self-esteem, psychosocial factors, major depressive disorder and puerperal women were taken as theoretical aspects. A reflection was made on the bibliographic study, with this maternity hospital as a sample of many others, which allowed us to understand this problem. The level of schooling of the women who only have the first cycle is higher and others are illiterate in this depression, with bibliographic indicators, as for their marital status most of them are single, they affirm that psychological monitoring is important as a way of minimizing postpartum depression.

Keywords: Depression, psychosocial, childbirth, maternity.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS - Organização Mundial da Saúde

DSM V- Manual Estatísticos dos Transtornos Mentais

HIV - Vírus de Inomodeficiência humana

DTS - Doenças Transmissíveis

SexualmenteABN - Agência

Brasileira de Notícia

DPP - Depressivo Pós-Parto

DPP – Depressão Pós-Parto Materna

PMDD - História de desordem disfórica pré-

menstrualTPM - Tensão pré-menstrual

1. Introdução.

A gravidez é considerada um período muito especial para a gestante e para todo o seu contexto familiar. Nesta fase a gestante passa por grandes transformações que ocorrem em aspetos fisiológicos e psicológicos podendo causar oscilações emocionais como medo, insegurança, dúvidas, assim como estado eufórico, que em desequilíbrio colabora para o aparecimento de sintomas da depressão pós-parto.

A Depressão Pós Parto (DPP) é caracterizada como Transtorno Depressivo Pós-Parto ou Depressão Pós-Parto Materna (DPP-M) de acordo com o DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição) o qual trata - se do transtorno depressivo maior que afecta mulheres no período da gravidez e/ ou pós parto, onde nas quatro primeiras semanas após o parto ou ainda no período gestacional, estas mulheres sofrem de sintomas depressivos (APA, 2013).

Apesar da DPP está relacionada a algumas mudanças biológicas e hormonais devido à gravidez e o parto, ela também pode estar relacionada a outros factores, como por exemplo, factores psicológicos, sociais, relação familiar, factores relacionados à criança e outros².

1.1. Reflexão da problemática.

Entendemos durante a consulta bibliográfica sobre o tema, a depressão pós-parto é um transtorno que traz consequências para o lar como um todo, tanto para a mãe, quanto para todo o sistema familiar em que a mesma está inserida. Identificar os factores que possuem relação com a depressão pós-parto é importante para que possamos compreender os mecanismos que causam o desenvolvimento do transtorno, possibilita desenvolver métodos de prevenção e também tratamento eficaz (BOYCE, 2003). Depressão Pós-Parto (DPP) trata-se de um tipo de Transtorno de Humor semelhante ao Transtorno Depressivo Maior em termos de sintomatologia, sendo assim considerada pelo DSM-V, como uma forma específica de depressão sendo o especificador a ocorrência dos sintomas depressivos no início do periparto. Devido as grandes transformações que o corpo da mulher em seu período gravítico apresenta,

² Estes aspectos interferem na saúde da gestante possibilitando que a mesma esteja mais vulnerável a várias condições durante a gestação.

muito tempo acreditava-se que esta poderia ser a causa mais provável para o desenvolvimento da doença. Assim sendo, o presente trabalho busca-se levantar aspectos presente na literatura científica acerca dos factores que possuem relação com a depressão pós-parto, sendo possível desta forma, formular métodos de intervenção na busca pela prevenção de tal transtorno.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009) a DPP atinge cerca de 10% a 15% das mulheres em países desenvolvidos, além disso, mulheres que já tiveram episódios de depressão maior em algum momento antes da gravidez têm o risco aumentado em 25% a 50%³.

1.2. Etiologia da DPP.

Etiologia da depressão pós-parto não é completamente conhecida, mas acredita-se que a interacção entre as flutuações hormonais, a susceptibilidade biológica e os estressantes psicossociais encontram-se entre os agentes causais (ANDREWS-FIKE1999). Nenhum factor hormonal é firmemente considerado o principal responsável. Os estrogénios, a progesterona, as hormonas tiroideias, a ACTH e o cortisol são algumas das hormonas que têm sido investigadas.

Estudos epidemiológicos sugerem veementemente que as flutuações dos esteróides gonadais femininos podem baixar o limiar para o aparecimento de sintomas e episódios relacionados com distúrbios do humor (RUBINOW 2006). Esta teoria é apoiada por um estudo que refere o aumento, para o dobro, do número de hospitalizações psiquiátricas devido à depressão pós-parto incidente nos 5 meses que se seguem ao parto (MUNK-OLSEN. ET AL. 2006).

Além disto, a susceptibilidade para um humor deprimido durante uma transição reprodutiva (ie, distúrbio disfórico pré-menstrual) confere vulnerabilidade para futuros distúrbios do humor relacionados com as hormonas reprodutivas (PARRY BL 1995; FREEMAN ET AL. 2004; PAYNE ET AL. 2007). A presença de auto-anticorpos tiroideus ou níveis mais elevados de TSH durante o período pós-parto poderão estar relacionados com a sintomatologia depressiva mesmo quando a depressão clínica não está presente. Estes factos podem contribuir, sozinhos ou em associação, em conjunto com os factores de risco psicossociais e fisiológicos para a depressão pós-parto (MCCOY AT AL. 2008).

³ Assim, pode-se perceber a necessidade de reflexão sobre o tema bem como sua pesquisa bibliográfica.

2. Depressão.

De acordo com Ruschi (2009) depressão é um termo utilizado na psiquiatria para designar um transtorno de humor, uma síndrome em que a principal queixa apresentada pelos pacientes é o humor depressivo e às vezes irritável, durante a maior parte do dia⁴. A palavra "depressão" vem do latim *depressio*, de *deprimere*, que significa “apertar firmemente”, “para baixo”. Depressão é um transtorno psicológico relativamente comum que é caracterizado por tristeza persistente que acaba afetando toda a vida da pessoa. veja que sintomas ficar atento, quais as principais causas, todas as opções de tratamento e como ajudar alguém com depressão. (ARAÚJO, 2018).

3. Gravidez.

De acordo com Silva (2011), gravidez pode ser definida como uma experiência corporal que ocorre no interior do corpo da mulher, num período de cerca de 40 semanas e que vai desde a concepção até ao momento do parto. A grávida irá desenvolver e integrar diversas implicações psicológicas, em simultâneo com o normal desenrolar das adaptações fisiológicas que acompanham, numa sequência cronológica, o crescimento e desenvolvimento do novo ser humano. Estas adaptações psicológicas integradas num conjunto de tarefas permitem que a mulher se aceite «como um ser que traz dentro de si outro ser, que em relação a si é potencialmente diferente autónomo e do qual se vai separar» (Camarneiro, 2007, p.12), incorporando a ideia de um novo elemento na sua esfera pessoal, familiar e social.

Segundo o autor acima citado, são essas adaptações psicológicas e respectivas tarefas inseridas num contexto de “normalidade” da vivência da gravidez que, seguidamente, se descrevem numa sequência de três fases, correspondentes, sensivelmente, no plano cronológico, aos três trimestres de gravidez:

- a) Primeiro Trimestre – denominado de fase de integração; fase de aceitação; ou fase de confirmação da gravidez;
- b) Segundo Trimestre – denominado de fase de diferenciação; fase de individualização ou fase de incorporação/diferenciação fetal;
- c) Terceiro Trimestre – denominado de fase de separação; fase de preparação para o nascimento ou fase de transição de papel.

Nossa abordagem ainda indica que: segundo Camarneiro, (2007, p.12), relata o sobre os 3

⁴ No entanto, a depressão é considerada muito mais profunda do que a tristeza.

trimestres de gravidez que pode ocorrer e seus respectivos momentos:

Primeiro trimestre. Durante os três primeiros meses de gravidez, a futura mamãe pode viver momentos de uma grande flutuação emocional. Essas mudanças são mais comuns entre a sexta e a décima semana. É normal experimentar ansiedade, ambivalência e frequentes alterações no humor. Aceitar a nova situação leva tempo e são frequentes os temores sobre a capacidade de saber confrontar a nova situação. A mulher mais segura pode se tornar frágil e experimentar mudanças de humor bruscas que vão do riso ao choro, da euforia à tristeza ou da alegria ao mal humor.

São mais frequentes nas mulheres que manifestam sintomas físicos importantes devido sua gravidez, como vômitos e náuseas matinais, mal-estar geral, enjoos e indisposição digestiva. O apetite sexual também pode diminuir devido ao cansaço, aos incômodos físicos e ao medo de causar danos ao feto⁵.

Segundo trimestre. Caracteriza-se por ser um período de tranquilidade emocional, já que as alterações hormonais tenham se estabilizado, e a futura mamãe já teve tempo para se adaptar psicologicamente à gestação. Essa adaptação repercute positivamente na aceitação das mudanças que repercutem na sua atividade habitual, dado que sua ordem de prioridades foi mudada. Os incômodos físicos do primeiro trimestre já desapareceram e a futura mamãe pode experimentar de novo um maior desejo sexual, favorecido pelo aumento da sensibilidade.

Gravidez é o período de cerca de nove meses de gestação nos seres humanos, contado a partir da fecundação e implantação de um óvulo no útero até ao nascimento. Durante a gravidez, o organismo materno passa por diversas alterações fisiológicas que sustentam o bebê em crescimento e preparam o parto. A fecundação pode dar-se através de relações sexuais ou ser medicamente assistida. (LEAL, 2005)

⁵ A compreensão do casal é fundamental para suportar todas essas mudanças que acontece durante a gestação.

Terceiro trimestre. As dificuldades psíquicas retornam devido ao volume da barriga, que dificulta o bem-estar da futura mamãe. Como consequência aparece a dificuldade para dormir, incontinência urinária, dores nas costas e cansaço, entre outros incômodos, que não contribuem para o bem-estar emocional. Por outro lado, no terceiro trimestre, o tempo passa lentamente e aumenta a ansiedade em conhecer o bebê, o medo do parto e a insegurança em relação à criança. Nessa fase, aumenta a necessidade de mudanças na casa, de deixar tudo limpo e preparado para a chegada do bebê.

De acordo (Canavarro, 2001), a gravidez representa um período de construção e desenvolvimento que conduz a uma transformação biológica, pessoal e social que põe o indivíduo em contacto com os seus sentimentos, comportamentos e significados que residem lá bem no fundo da natureza humana, podendo ser, simultaneamente, uma experiência gratificante e confusa.

A gestação é um evento complexo, onde ocorrem diversas mudanças na vida da mulher. Trata-se de uma experiência repleta de sentimentos intensos, variados e ambivalentes que podem dar vazão a conteúdos inconscientes da mãe. A relação da mãe com seu filho se inicia na gestação e será a base da relação mãe-bebê, a qual se estabelecerá depois do nascimento e ao longo do desenvolvimento da criança. (CAMPOS, 2000).

Após a fecundação, o óvulo fecundado desloca-se ao longo de uma das trompas de Falópio e implanta-se na parede do útero, onde forma o embrião e a placenta que o alimentará. O desenvolvimento do embrião tem início com a divisão do óvulo em múltiplas células e é nesta fase que se começam a formar a maior parte dos órgãos, muito deles funcionais. A partir das oito semanas de idade gestacional, o embrião passa a ser designado feto e apresenta já a forma humana que se desenvolverá continuamente até ao nascimento. (SILVA, 2011).

Ao longo da gravidez, a mulher passa por diversas alterações fisiológicas perfeitamente normais, incluindo alterações cardiovasculares, hematológicas, metabólicas, renais e respiratórias, que têm trimestres, cada um com a duração aproximada de três meses⁶. Os obstetras definem cada trimestre com a duração de 14 semanas, num total de 42.

⁶ Embora não haja limites precisos entre eles, esta distinção é útil para descrever as diferentes.

4. Maternidade.

É uma aprendizagem, ou seja, nenhuma mulher sabe o que é ser mãe sem ter vivido essa experiência. Essa é uma fase que marca o início de novas responsabilidades e deixa menos tempo para si mesma. (ALIANE, 2011).

A maternidade é uma experiência que vai além da idade, ou seja, o vínculo existente entre mãe e filho é marcado pelo instinto de proteção que uma mãe tem sempre para com seu filho, mesmo quando este estiver adulto e puder tomar suas próprias decisões. Ela é um instinto de proteção marcado pelo amor incondicional, generoso e sem limites que toda mãe sente por um filho. Trata-se de um amor desinteressado que nutre a autoestima do filho através desta aceitação incondicional e cuidado. Os cinco pilares que unem as várias maternidades na nossa zona são fundamentais para a qualidade da assistência à maternidade e ao nascimento. Que são:

1. Assistência personalizada: cada gestante e bebê recebem atenção individualizada, considerando suas necessidades específicas. Isso promove um cuidado mais humano e adaptado.
2. Continuidade dos cuidados: desde a gravidez até o primeiro ano de vida do bebê, é essencial manter uma abordagem contínua e integrada. Isso garante que a gestante e o bebê recebam suporte consistente em todas as fases.
3. Estreita relação entre a gestante e a parteira: a comunicação e o vínculo entre a gestante e a parteira são cruciais. Essa relação de confiança permite uma assistência mais eficaz e empática.
4. Adequação do cuidado: cada gestante tem necessidades específicas, e o cuidado deve ser adaptado a essas particularidades. Isso inclui considerar fatores culturais, emocionais e físicos.
5. Organização do trabalho das profissionais: uma estrutura organizada e eficiente é fundamental para garantir que os serviços de maternidade funcionem de maneira coordenada e eficaz.

5. Factores psicológicos.

São elementos que influenciam o comportamento humano e estão relacionados aos processos mentais, emoções, crenças, valores e experiências individuais. Eles desempenham um papel fundamental na forma como as pessoas percebem e interpretam o mundo ao seu redor, bem como na maneira como elas se comportam e tomam decisões. Esses fatores podem ser determinantes na saúde mental e emocional de um indivíduo, afetando sua qualidade de vida e bem-estar geral. (BARBOSA, 2013).

5.1. Gravidez

É um processo natural e normal que permite que uma mulher em idade fértil tenha um filho. Após a primeira menstruação, que ocorre entre 10-15 anos a mulher já possui óvulos e pode engravidar. (ALMEIDA, 2003).

5.2. Gestação

Condição daquela (mulher ou fêmea) cujo óvulo foi fecundado por um espermatozoide, fazendo com que um feto se desenvolva, em seu útero. (ALMEIDA, 2003).

5.3. Parto

É o momento do nascimento da criança, ou seja, o fim de uma gravidez. O parto pode ser normal ou cesariana, ocorrendo intervenção cirúrgica nesse último caso. (CAMPBELL, 2022)

5.4. Psicossociais

Se refere a relação entre o convívio social do ponto de vista da psicologia. Consiste num ramo de estudo que abrange os aspectos da vida social em conjunto com a psicologia clínica. (AREIAS, 2005).

6. Epidemiologia.

A maioria das mulheres desenvolve depressão pós-parto nos três primeiros meses após o nascimento do bebê (COOPER ET AL. 1998), revelando-se um pico da incidência por volta da 4.^a à 6.^a semana (COX ET AL. 1993). A prevalência varia de acordo com a rapidez com que a mulher é diagnosticada no pós-parto, com a altura do pós-parto em que se tenta obter um diagnóstico e com os métodos e testes utilizados para diagnosticar a depressão pós-parto.

A Depressão Pós-Parto 2019 Estima-se que relativamente à prevalência, a depressão pós-parto atinja cerca de 10- 20% das mulheres (COX ET AL. 1996; O'HARA ET AL. 1996; STEINER 1998), com alguma variação entre as populações (HALBREICH AND KARKUN 2006). Nas adolescentes verificou-se uma prevalência entre 16-44%, quase duas vezes superior à das gestantes adultas, o que pode estar relacionado com a falta de maturidade afectiva e dos relacionamentos, bem como, o facto de grande parte delas terem de abandonar os estudos em devido à maternidade (SZIGETHY AND RUIZ 2001).

A depressão é um problema que pode afectar a mulher durante a gravidez, logo após o nascimento do bebé, ou até o filho completar 1 ano de idade, podendo durar duas semanas ou mesmo meses, se não for diagnosticada e tratada adequadamente. Caracterizada com a alteração do comportamento da mulher depois do parto, com os constantes questionamentos sobre a mudança da vida depois da vinda do bebé, a depressão pós-parto é um problema que não deve ser ignorado e carece de intervenção de especialistas na matéria.

6.1. Caracterização da Depressão Pós-Parto.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) a depressão foi apontada como a terceira causa de morbilidade no mundo. Resultados de estudos literários apontam que mulheres apresentam maiores chances do que os homens para desenvolverem depressão⁷.

O período gravídico/puerperal é considerado um período de grandes transformações biopsicossocial, sendo considerada uma fase de alta vulnerabilidade podendo resultar na ocorrência de transtornos psiquiátricos (ZAMBALDI, CANTILLINO, SOUGEY, & RENNÓ JR, 2010). Por se tratar de um período de grandes mudanças e reestruturações para a mulher, e por sua preparação associada aos novos papéis maternos (Canavarro, 2009), as exigências desta fase está ligada à quadros de perturbações da saúde mental.

A Depressão Pós-Parto (DPP) é caracterizada como Transtorno Depressivo Pós-Parto, o qual trata-se do estado depressivo maior que afecta mulheres no período da gravidez e/ou no pós-parto. De acordo com o DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição), a DPP é definida como Transtorno Depressivo Pós-Parto ou Depressão Pós-Parto Materna (DPP – M) que afecta mulheres em seu período gravídico e/ou puerperal, onde ocorre

⁷ Este fato está ainda mais associado à fase da vida em que se encontram no dever de cuidar de seus filhos.

nas quatro primeiras semanas após o parto, tendo normalmente, início durante a gestação (APA, 2013), no qual sofrem de sintomas depressivos semelhantes aos sintomas do Transtorno Depressivo Maior que afecta a população em geral.

A DPP não é considerada uma categoria de diagnósticos independentes no DSM-V da Associação Americana de Psiquiatria APA (2013). Mas o DSM-V reconhece que a Depressão Pós-Parto 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 e/ou no período pós-parto (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA, 2013). Assim, a depressão pós-parto não apresenta uma fenomenologia específica, sendo semelhante clinicamente em termos de sintomatologia, à depressão que ocorrem em outros períodos da vida (MILGROM & GEMMILL, 2014).

No entanto, o DSM-V traz a compreensão da DPP não como diagnóstico, mas como especificador, já que os sintomas da Depressão pós-parto não diferem dos sintomas apresentados em episódios de alteração de humor que ocorrem fora do período puerperal. De acordo com o DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA, 2013) as principais características podem ser analisadas de acordo com alguns quesitos para o diagnóstico do Transtorno Depressivo, manifestando no período e aspectos apresentados a seguir:

“Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer” (APA, 2013, p.160).

CONCLUSÃO

O presente estudo dedica-se a um problema psicossocial segundo reflexão bibliográfica, partindo do preocupante e difícil diagnóstico feito por profissionais de saúde. A depressão pós-parto possui maior risco de se desenvolver em pessoas mais vulneráveis tanto socialmente como economicamente, sendo normalmente detectada em pessoas de baixa renda, desempregadas, sem apoio do companheiro e/ou da família, sendo este perfil encontrado em pessoas com maior dificuldade de acesso a saúde.

A depressão pós-parto configura-se em um transtorno de humor assim como o transtorno depressivo maior, que traz consigo consequências para a relação mãe e filho capaz de deixar sequelas por um longo tempo, principalmente no desenvolvimento do bebê. Deste modo, necessita-se do preparo por parte dos profissionais de saúde afim de promover métodos de prevenção e tratamento da doença e meios de diagnosticar possíveis mulheres que já se encontra deprimida no período gravítico. Porém, ainda há dificuldades na realização do diagnóstico, principalmente pelo despreparo dos profissionais de saúde e a falta de instrumentos adequados para a identificação de tal transtorno.

Os factores psicossociais que estão na base da depressão pós-parto em puérperas visando apontar possibilidades de prevenção e tratamento para a mesma, tendo em vista a sua necessidade e nesta senda deixamos como sugestões o seguinte:

Para sociedade:

Convidando os demais membros da sociedade académica, mestres e doutores na promoção de palestras, workshop, e cursos intensivos sobre o papel da psicologia nas diversas instituições, de modo a alavancarmos a psicologia em mais um pedestal no nosso país.

Ao Ministério da Saúde que:

- Que periodicamente realize vários Seminários de refrescamento para que as enfermeiras do departamento de maternidade continuem a prestar um bom trabalho.
- Criar mais campanhas publicitárias para a Saúde mental e medidas de prevenção de doenças, tanto nas vias públicas e não só também através dos órgãos de informação e divulgação massiva.

- Procurar estar sempre presente nas resoluções dos problemas da mesma.
- O carinho e o afecto devem ser fundamentais para um bom desenvolvimento psico - emocional dos pacientes que tiveram sua perda.
- Que nas unidades Hospitalares reforcem as áreas de atendimento psicológico.

Bibliografia

- ARAÚJO, M. E SCHIAVO, C. *As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante*. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília. (2018).
- AREIAS, M. E. G.; AUGUSTO, A. R.; FIGUEIREDO, B.; CALHEIROS, J. M. E FIGUEIREDO, E. *Psicologia do puerpério: a depressão pós-parto* – revisão sobre epidemiologia, etiologia e extensão das consequências, Arq-Med, 6(2): 104-108..., (2005).
- BECK, C. T. *Predictors of postpartum depression*: An update. Nursing Research, 50, 275-285, 2001
- BECK, JUDITH. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Artmed, 2007. Beck, J. S. *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997
- BATISTA, M. N.; BATISTA, A. S. D.; OLIVEIRA, M. G. *Depressão e gênero: porque as mulheres se deprimem mais que os homens?* In: BATISTA, N. (org), *Suicídio e depressão: actualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2004, p. 50-59. (2014)
- CAMPBELL, S.; COHN, J. *implicações psicológica da Depressão* 2022
- CANTILINO, AMAURY ET AL. *Transtornos psiquiátricos no pós-parto*. Archives of Clinical Psychiatry, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010.
- DIAS, M.N. *Teoria, Aplicações de casos clínicos*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. S.A (2003)
- DSM – IV. (1994). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 4ª ed..
- DA CUNHA, Aline Borba et al. *A Importância do Acompanhamento Psicológico Durante a Gestação em Relação aos Aspectos que Podem Prevenir a Depressão Pós- Parto*. Saúde e Pesquisa ISSN 2176-9206, v. 5, n. 3, 2012.
- DESEN, MARIA AUXILIADORA; BRAZ, MARCELA PEREIRA. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 16, n. 3, p. 221-231, 2000.
- DE CAMPOS, BÁRBARA CAMILA; RODRIGUES, OLGA MARIA PIAZENTIN ROLIM. *Depressão pós-parto materna*: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. Psico, v. 46, n. 4, p. 483-492, 2015.
- DSM - V – TR - *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Trad.
- FREUD S. *Luto e melancolia*. In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. (1976).

FAISAL-CURY, ALEXANDRE; MENEZES, PAULO ROSSI. *Depressão* Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 34, n. 4, p. 446-450, 2012.

FELIX, GISELLE MARIA ARAUJO; GOMES, ANA PAULA RIBEIRO; FRANÇA, PAULO SÉRGIO *Depressão no ciclo gravídico-puerperal*, p. 51-60, 2008.

FONSECA, ANA; CANAVARRO, MARIA CRISTINA. *Depressão Pós-Parto*.

PROPSICO: Programa de atualização em Psicologia Clínica e da Saúde–Ciclo 1, p. 111-164, 2017

KACHELE, H; KORDY, H *Sobre os resultados das psicoterapias*. RJ: Revista de Psiquiatria. Rio de Janeiro. (1993)

KONRADT, CAROLINE ELIZABETH 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, 201

