

Jordana Alves Marques

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO:** uma revisão de publicações sobre  
psicoterapias

Palmas – TO

2016

Jordana Alves Marques **DEPRESSÃO PÓS-PARTO:** uma revisão  
de publicações sobre  
psicoterapias

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
elaborado e apresentado como requisito  
final para obtenção do título de bacharel

em Psicologia pelo Centro Universitário  
Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa. M.Sc. Fabiana Fleury  
Curado

Palmas – TO

2016

Jordana Alves Marques **DEPRESSÃO PÓS-PARTO: uma revisão**  
de publicações sobre  
psicoterapias

O presente Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovado para a obtenção  
do título de **Bacharel em Psicologia**, do curso de **Psicologia** do Centro

Universitário Luterano de Palmas  
(CEULP/ULBRA).

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA  
EXAMINADORA:**

---

Profa. M.Sc. Fabiana Fleury Curado

Orientadora

Centro Universitário Luterano de Palmas –  
CEULP

---

Profa. Dra. Ana Beatriz Dupré Silva

Centro Universitário Luterano de Palmas –  
CEULP

---

Profa. Esp. Rosângela V. de Freitas Morbeck

Centro Universitário Luterano de Palmas –  
CEULP

**CONCEITO DA APROVAÇÃO:** \_\_\_\_\_

As pessoas que estiveram ao meu lado, me acompanhando, apoiando e principalmente acreditando em mim: Meus pais Jose Marques e Jardelcy e meus irmãos Fernando e Marcos Vinicius.

## **AGRADECIMENTOS**

Como já dizia Camelo “É preciso força para sonhar e perceber que a estrada vai além do que se vê”. Hoje vivo a realidade de um sonho, foi necessário muito esforço, determinação, paciência e muita perseverança para chegar até aqui, mesmo sabendo que isso é só o começo de uma longa jornada que tenho pela frente. Eu jamais chegaria até aqui sozinha. Minha eterna gratidão a todos aqueles que colaboraram para que este sonho pudesse ser tornar realidade.

Em primeiro lugar agradeço a Deus, por te me proporcionado chegar até aqui.

A todos da minha família que, de alguma forma, incentivaram-me na constante busca pelo conhecimento. Em especial aos meus pais Jose Marques e Jardelcy pelo amor incondicional. Aos meus irmãos Fernando e Marcos Vinicius estando sempre presentes nas minhas conquistas e frustrações. Agradeço também a minha cunhada Jogerlany, pela força e motivação. Os meus amores João Miguel e Lara Giovana, que me inspiram ser uma pessoa melhor todos os dias.

Às minhas queridas amigas Anabel Saboia, Nayara Rios, Elisângela Rocha e Sammilla Régia que sempre estiveram por perto dispostas a me ajudar, ouvindo minhas angústias e dividindo momentos alegres. Em especial, gostaria de agradecer a Cleane Santos, Gabriela Medina e Nazaré Naualy, para mim, mais que amigas, são irmãs. Deus na sua infinita sabedoria cruzou nossos caminhos, possibilitando esta amizade sólida, honesta e verdadeira. Sou muito grata por tê-las presente em minha vida. A Isabela de Melo, Leticia Rosa, RayssaLeão e Úrssula Lopes, obrigada por todos os sorrisos, apoio e cumplicidade. Porque mesmo quando “distantes” estão presentes em minha vida, vocês já ultrapassaram os limites de amizade, somos uma família! Essa conquista eu compartilho com vocês com muita alegria, pois vocês participaram tão de perto de cada momento que tenho vivido, vocês são parte dessa vitória!

A todos os professores do curso de Psicologia, que fizeram parte diretamente desta minha trajetória acadêmica. Em especial, à minha orientadora M.Sc. Fabiana Fleury Curadoque dedicou muito do seu tempo me orientando, obrigada pelos ensinamentos, atenção, amizade, dedicação e acima de tudo paciência ao longo deste período.

Obrigada a todos que, mesmo não estando citados aqui, tanto contribuíram para a conclusão desta etapa e para a Jordana que sou hoje.

### **RESUMO**

MARQUES, Jordana Alves. **DEPRESSÃO PÓS-PARTO: uma revisão de publicações sobre psicoterapias**. 2016, 36f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2016. **RESUMO**

A depressão atualmente é apontada como a quarta doença no mundo. Estima-se que 121 milhões de pessoas sejam afetada por essa doença e calcula-se que da população mundial de 5 a 10% sofrerão pelo menos um episódio depressivo ao longo da vida. A depressão pós-parto é um sério problema de saúde na puérpera, atingindo cerca de 10 a 20% das mulheres nos seis primeiros meses, pode aparecer pelo fato de que a gravidez é um período marcado por várias mudanças na vida da mulher, tanto psicologicamente quanto fisicamente. Neste trabalho procurou-se identificar, através de bibliografia, recursos terapêuticos utilizados no tratamento da depressão pós-parto. Os dados bibliográficos foram obtidos no site de busca do Google acadêmico e bases indexadas como SciELO – Scientific Electronic Library Online, publicados entre 2005 a 2015 anos. Verificou-se na pesquisa que intervenção psicológica é tão importante quanto o tratamento farmacológico, visto que muitas mulheres deixaram ou não aceitam fazer o tratamento farmacológico quando

descobrem a gravidez ou para não atrapalhar a amamentação. Outro resultado encontrado foi o uso da terapia cognitiva-comportamental (TCC) em 6 pesquisas das 12 totais. Nessas pesquisas verificou-se que a utilização da TCC trouxe uma diminuição dos comportamentos depressivos nas mulheres com depressão pós-parto. Por fim notou-se a necessidade do aumento de produções de pesquisas sobre as intervenções da psicologia para a depressão pós-parto e os seus resultados.

**Palavras chaves:** Tratamentos na depressão pós-parto, Depressão pós-parto e a TCC, Psicoterapias e a DPP.

#### **ABSTRACT**

MARQUES, JordanaAlves. **POSTPARTUM DEPRESSION -a review of publications on psychotherapies**. 2016,36f. Work Completion of course (Graduation) - Course of Psychology, University Lutheran Center Palmas, Palmas / TO 2016.**ABSTRACT**

Depression is currently pointed as the fourth disease in the world. It is estimated that 121 million people are affected by this disease and it is estimated that the world's population of 5 to 10% suffer at least one depressive episode lifelong. The postpartum depression is a serious health problem in puerperal, reaching about 10 to 20% of women in the first six months, may appear by the fact that pregnancy is a period marked by several changes in the woman's life, so many psychologically when physical. In this work, was tried to identify through bibliography, resources therapeutic used in the treatment of postpartum depression. Data bibliographic were obtained on the site search Google scholar and bases indexed as scielo - scientific electronic library online, published between 2005 to 2015 years. It was found in research that intervention psychological is as important as the pharmacological treatment, since many women left or do not accept do pharmacological treatment



when discover pregnancy or not to interfere her breastfeeding. Another results found was the use of cognitive therapy behavioral (CTB) on 6 research of 12 total. These surveys it was found that the use of CTB brought a decrease of behaviors depressive in women with postpartum depression. Finally it was noted the need for increased production research on the intervention of psychology for the postpartum depression and their results.

**Keywords:** treatments in postpartum depression, postpartum depression and CTB, psychotherapies and BB (Baby Blues).

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1– Quadros clinicos depressivos .....	12
Tabela 2– Fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gestação .....	14
Tabela 3 - Apresentação dos artigos que foram utilizados na pesquisa .....	18

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BVC Biblioteca Virtual de Saúde

CEULP Centro Universitário Luterano de Palmas

DPP Depressão pós-parto

DSM –V Manual Diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais- 5a

edição

o

DSM-IV-TR Manual Diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais- 4a

edição  
o

ECT Eletroconvulsoterapia

LILACS Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

SciELO *Scientific Electronic Library Online*

ULBRA Universidade Luterana do Brasil

TCC Terapia Cognitivo Comportamental

TO Tocantins

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>8</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....</b>	<b>9</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2.REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
2.1Depressão e Depressão pós-parto .....	15
<b>3. FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DPP .....</b>	<b>19</b>
<b>4. TRATAMENTOS DA DPP .....</b>	<b>21</b>
<b>5. INTERVENÇÕES PSICOLOGICA E A DEPRESSÃO PÓS- PARTO .....</b>	<b>22</b>

**6. CONCLUSÃO .....  
31**

**REFERÊNCIAS ..... ERRO! INDICADOR NÃO  
DEFINIDO.**

1  
1

**1. INTRODUÇÃO**

Atualmente a depressão é apontada como a quarta doença no mundo. Estima-se que 121 milhões de pessoas sejam afetada por essa doença e calcula-se que da população mundial de 5 a 10% sofrerão pelo menos um episódio depressivo ao longo da vida (OMS, 2000). “O Transtorno Depressivo pode ser desencadeado por um episódio traumático ou uma mudança repentina na vida de uma pessoa” (Oliveira, 2015, p. 11). Segundo Konradt (2011) a Depressão pós-parto pode ocorrer no período de até 12 meses após o parto e possui as mesmas características de depressão na população em geral, sendo elas: humor deprimido, perda de interesse ou prazer pelas coisas, sentimento de baixa autoestima e baixa concentração.

Culturalmente a maternidade ainda é vista como o sonho de qualquer mulher, em que a mesma nasceu para ser mãe e que qualquer demonstração de afeto negativo em relação ao filho é algo julgado pela sociedade como não aceitável, pois o nascimento de uma criança é uma bênção divina, o maior bem que uma mulher poderia receber. Já Luz et al (2007) dizem que “a gravidez é vista como um misto de sagrado e profano e, ao constató-la, a mulher é envolvida por uma aura de mistério que, de certa maneira, revela o esforço para recriar o mundo, remodelá-lo. Quando o sagrado se manifesta, revelam-se no espaço sagrado - do corpo da mulher grávida - as relações místicas com o universo” (p. 3).

Iaconelli (2005) afirma ainda que “esta síndrome pode aparecer pelo fato de que a gravidez é um período marcado por várias mudanças na vida da mulher, entre

elas estão: o relacionamento conjugal, as mudanças nos papéis sociais e familiares e na sua rotina diária. O que pode influenciar, para uma depressão, são as expectativas irreais em relação a esses momentos na sua vida” (p. 11).

Devido a esse fato criou-se um tabu com relação a gestação e depressão pós-parto, como se toda mulher tivesse que ficar feliz com a chegada de uma criança. Isso faz com que algumas mulheres escondam dos maridos e da família suas angústias, o que dificulta o início de um tratamento.

A gravidez é considerada um período de risco para o psíquico, pois nesse período a mulher sofre com mudanças físicas e tudo fica mais intenso na sua vida (IACONELLI, 2005). A gravidez além de representar o período do desenvolvimento do feto, é também o período de desenvolvimento para a mulher, onde, ela experimenta uma nova realidade, a detornar-se mãe (TEIXEIRA, 2001, p.4).

Segundo Luz et al (2007), no período da gestação, a mulher passa a perceber o filho

1  
2

como presença real dentro de si, o que faz com que passe a ter certos cuidados como preservação da saúde de seu bebê.

A depressão pós-parto é uma síndrome que interfere na vida de uma mulher tanto emocionalmente, quanto fisicamente e cognitivamente (CAMACHO et al, 2006). Para Iaconelli (2005), a depressão pós-parto é um caso clínico que necessita de acompanhamento psicológico e psiquiátrico, e que devido à gravidade dos sintomas, há de se pensar no uso de medicamento. Durante o puerpério, acontecem grandes mudanças, que quando são associadas a fatores de risco, podem ocorrer sinais e sintomas depressivos levando ao sofrimento psíquico como a depressão pós-parto (VIANA, 2011).

O tratamento da Depressão pós-parto (DPP) tem como objetivo diminuir a intensidade dos sintomas, prevenindo assim as complicações que estão relacionadas a esse transtorno. Para Iaconelli (2005, p. 01) é de suma importância “que o diagnóstico seja feito precocemente e que a gestante seja acompanhada durante toda sua gravidez como forma de evitar ou diminuir a duração da depressão pós-parto”, ou seja, o tratamento precoce é o principal foco para que problemas futuros sejam evitados. Esse tratamento deve ter início a partir do momento em que se dê para diferenciar a tristeza materna da depressão para que não ocorra um erro de buscar tratar um estado que deve desaparecer a partir do momento em que a mãe se dê conta da sua nova realidade e se adapte a ela (FREITAS et al, 2012). No tratamento, pode-se utilizar tanto as intervenções farmacológicas, que são os usos de medicamentos, como também as intervenções não farmacológicas, ou seja, psicoterapia (COSTA, 2013, p. 16).

Partindo desse pressuposto de que no tratamento para DPP podem-se utilizar tanto formas farmacológicas quanto não farmacológicas se estabelece o nosso problema de pesquisa: Quais os recursos terapêuticos mais utilizados para tratamento de depressão pós-parto? A busca por essas respostas para o problema de pesquisa foi orientada pelo seguinte Objetivo geral: Identificar, através de bibliografia, recursos terapêuticos utilizados no tratamento da depressão pós-parto. Para isso verificou-se o tratamento mais utilizados em mulheres com DPP se são individuais ou grupais; elencou-se quais psicoterapias são mais utilizadas nos casos de DPP; verificou-se a eficácia dos tratamentos encontrados; elencou-se quais tem melhores resultados para remissão de depressão puerpério.

1  
3

Costa (2013, p. 11) diz que “cerca de 25% da população tem ou terá um

episódio moderado ou grave de depressão”. Porém as mulheres têm mais chance de ter depressão do que os homens (MS Brasil, 2006).Iaconelli (2005) afirma que “a depressão pós-parto acontece entre 10% e 20% das mulheres, podendo ter início na primeira semana após o parto e perdurar até dois anos”.

No que diz respeito aos tratamentos para DPP a prevenção precoce se tornou o principal meio para que problemas futuros sejam evitados.

Konradt et al., (2010), fala que

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 (p. 4). Oliveira (2015, p. 32) relata que foi possível perceber que existe “uma

necessidade de pesquisas sobre as intervenções da psicologia para o transtorno puerperal”. Diante disso tornou-se necessário obter um melhor e mais amplo estudo relacionando as formas de tratamento na Depressão Pós-Parto, visando apresentar novas propostas de intervenção do terapeuta de forma mais ágil, com o desígnio de diminuir os prejuízos que poderão ocorrer durante esse período.

O presente trabalho foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica e documental que segundo Gil (2008) é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Seu caráter é descritivo, que de acordo com Gil (2008, p. 42), “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno”

Os materiais utilizados para a análise dos dados foram livros, artigos científicos, computador e o uso do programa Excel que teve por finalidade o agrupamento das análises dos dados para a realização deste trabalho, facilitando

posteriormente sua interpretação, apresentação de forma qualitativa.

Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre os anos 2005 a 2015, com temática de intervenção psicológica a mulheres com depressão pós-parto. As exclusões dos artigos ocorreram por não ser relacionados a intervenções aplicadas por psicólogos. Nas buscas foram utilizadas as palavras: Depressão; Puerpério; Depressão Pós-Parto; Depressão puerperal, Psicoterapia, tratamentos da DPP.

1  
4

Dentre os artigos analisados, foram identificados os seguintes temas: depressão pós-parto, depressão, depressão puerperal, tratamentos da depressão pós-parto. Os livros discutem sobre: depressão, puerperal, depressão pós-parto e por fim, DSM-IV e DSM-V (Manual Diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais- 4a e 5a edição) Sendo importante ressaltar que para a realização desta pesquisa foram utilizados apenas 6 (seis) trabalhos que estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

1  
5

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Depressão e Depressão pós-parto**

A depressão é um transtorno que ao longo dos anos assola a sociedade, caracterizada como uma alteração do humor, tristeza, podendo afetar homens e mulheres de qualquer idade. Segundo o Ministério da Saúde (2006) as mulheres têm mais chances de deprimir (10 a 20%) do que os homens (5 a 12%). Alguns dos sintomas comuns de depressão são: irritabilidade, ansiedade e angústia; desânimo,

cansaço fácil, diminuição ou incapacidade de sentir alegria e prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis; desinteresse; sentimentos de medo, insegurança, desesperança, desespero, desamparo e vazio; a pessoa pode desejar morrer, planejar uma forma de morrer ou tentar suicídio; diminuição da libido; perda ou aumento do apetite e do peso; insônia (MS Brasil, 2006). Porém esse sintoma tem que estar presentes pelo menos duas semanas e trazer sofrimento ao paciente para que seja caracterizado depressão (BRASIL/MS, 2006, p.33).

Para Atkinson (2002), a depressão é considerada um transtorno quando os sintomas se tornam tão severos que prejudicam as atividades diárias e essas dificuldades se estendem por várias semanas seguidas.

O transtorno depressivo, caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos maiores, isto é, pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse, acompanhados por pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão que são: perda ou ganho significativo de peso; insônia ou hipersônia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade, ou culpa excessiva, ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão e pensamentos de morte recorrente (APA, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde Brasil (BRASIL/MS, 2006, p. 34), a depressão é classificada segundo os critérios leve, moderada e grave. Na leve geralmente estão presentes dois dos sintomas a seguir, humor deprimido; perda de interesse; falta de energia e mais dois entre os sintomas citados no parágrafo acima. A pessoa sofre com a presença destes sintomas, mas ainda é capaz de desempenhar a maior parte das atividades. Na moderada o paciente já apresenta dificuldade para continuar a desempenhar as atividades do dia-a-dia. Na grave a pessoa já não consegue desempenhar suas funções do dia-a-dia.

No DSM IV-TR (APA, 2002) a depressão pós-parto aparece como um distúrbio de humor que tem grau moderado a grave. Seu início pode ocorrer dentre



as quatro primeiras semanas após do parto. Ainda apresenta uma descrição das características que são específicas da desordem de humor pós-natal.

No DSM-V- Manual Diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição (APA, 2014), não reconhece a depressão pós-parto como um diagnóstico à parte. Descreve que o paciente precisa satisfazer os critérios de um episódio depressivo maior e os critérios do especificador de início perinatal, ou seja, a definição é de um episódio depressivo maior com início da gestação ou até 4 semanas após o parto.

A depressão pós-parto pode surgir logo após o parto, ou até 6 meses após o nascimento do bebê, e geralmente incluem: tristeza constante; sentimento de culpa; baixa autoestima; desânimo e cansaço extremo; pouco interesse pelo bebê; incapacidade para cuidar de si e do bebê; medo de ficar sozinha; falta de prazer nas atividades diárias; insônia (SANTOS JUNIOR et al, 2009). Para que seja diagnosticado a DPP os sintomas mais frequentes são: “sentimento de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, medo de machucar a criança. Diminuição do nível de funcionamento mental e ideias obsessivas” (COSTA, 2013, p. 10).

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-filho e praticamente de forma negativa, na maioria das vezes. Além disso, promovem um desgaste progressivo na relação com os familiares e vida afetiva do casal. De forma semelhante aos demais transtornos puerperais.

É importante ressaltar que as ocasiões de DPP remetem para necessidades de refletir sobre a saúde da mulher, visando a compreensão dos aspectos psicológicos que passam nesse período.

Camacho *et al*(2006, p. 93) afirmam 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.

A tristeza materna, depressão pós-parto e psicose pós-parto (TPP, DPP PPP) são hoje um problema de saúde pública, devido ao elevado número de mulheres que sofrem e acima de tudo, pela perturbação na saúde física e emocional da mãe e do recém-nascido e o vínculo mãe-filho. (SERDÁN, 2013).

17

Para Camacho *et al*(2006), os quadros clínicos depressivos neste período são caracteristicamente classificados como a baby blues (tristeza materna), depressão puerperal e por último a psicose puérperal. O que as diferenciam das demais formas de depressão pós-parto são os níveis de gravidade.

Para uma melhor visualização percorramos a tabela abaixo:

**Tabela 1:** Os quadros clínicos depressivos neste período são basicamente três com diferentes níveis de gravidade.

#### **TRANSTORNO CURSO QUADRO CLÍNICO FATORES DE RISCO**

##### **BABY BLUES (branda)**

Sintomas depressivos durante a gravidez, Por volta do quarto ou quinta história de depressão e quinto dias após o parto

transtorno disfórico pré- menstrual - forma grave de TPM

##### **DEPRESSÃO PUERPERAL (DPP)** De dois a três meses

Instabilidade do humor, choro fácil, irritabilidade e ansiedade

Depressão durante a gravidez, história de depressão, problemas conjugais, falta de suporte social e eventos estressantes durante a gravidez

##### **PSICOSE PÓS- PARTO**

Humor deprimido, culpa, ansiedade, medo de causar sofrimento ao bebê e pensamentos obsessivos

São três fatores de risco: Pessoas com histórico pessoal ou familiar de transtorno bipolar do humor Episódio prévio de psicose (por exemplo em uma gestação anterior); ser o primeiro filho.

**Fonte:** Arrais (2005), Camacho *et al* (2006), Brum e Schermann (2006), laconelli (2005), Silva e Botti (2005)

Entre a segunda e terceira semana após o parto

Insônia, distúrbios de humo e comportamentos incomuns ao estilo de vida do indivíduo.

O baby blue é um “quadro benigno, na medida em que estas questões possam ser elaboradas, e regride por si só por volta do primeiro mês” (IACONELLI, 2005). Camacho et al (2006) falam que no baby blues normalmente não se faz necessário o uso de medicamento. Segundo Silva e Botti (2005) e Brum e Schermann (2006), mudanças frequentes de humor, fadiga, tristeza, insônia, e ansiedade em relação ao bebê, tendo a remissão desses sintomas espontaneamente de uma semana a dez dias.

Para Arrais o baby blue (2005, p. 20):

[...] caracteriza-se basicamente pelo sentimento de tristeza, crise de choro, emotividade exacerbada, hipersensibilidade e labilidade. Podem ocorrer ansiedade, fadiga e preocupações excessivas com a lactação e com a saúde do bebê. Pode haver ainda distúrbios cognitivos leves, como dificuldades de concentrar-se, dificuldade de raciocinar e problemas com a memória e choro fácil, mas não chegam a impedir a realização das tarefas. [...] É uma condição [...] que dura de alguns dias a poucas semanas, ele é

considerado a forma mais leve dos distúrbios de humor do pós-parto. O baby blues da maternidade é mais extremo do que as reações normais do período pós-parto, é uma resposta transitória que não é tão séria e tampouco considerada como depressão pós-parto.

Na depressão puerperal as mulheres apresentam humor deprimido, perda de interesses pelas atividades do dia-a-dia, choro fácil, sentimento de culpa e sua atenção e prejudicada. E por último a psicose puerperal, na qual há perda de realidade, delírios e alucinações, nesse período não é recomendável a amamentação (IACONELLI, 2005). Arrais (2005) fala que as mulheres que vivenciam esse transtorno apresentam com muita frequência alterações de ordem cognitiva, sendo sua característica mais notável a rejeição pelo recém-nascido, pois

a mãe se sente assustada e ameaçada por ele, tendo a criança como seu inimigo, com isso aumentando o risco dela atacar o bebê, podendo chegar ao infanticídio.

Se torna muito importante o diagnóstico da DPP, pois quando se tem conhecimento precoce desse transtorno emocional, diminui muito o sofrimento, não apenas da mãe mais de todos que convivem com ela (KOGIMA, 2010).

1  
9

### **3. FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DPP**

Percebe-se que muitos fatores podem estar relacionados a DPP, sendo eles: violência doméstica, falta de ajuda por parte do companheiro, condições financeiras baixas, várias gestações, gravidez não aceitável, experiências que geram conflitos a respeito da maternidade e sobrecarga de tarefas. Alguns fatores biológicos também podem contribuir para o surgimento da DPP, como as doenças psiquiátricas na família e transtornos disfórmico-pré-menstrual, segundo CAMACHO *et al* (2006).

Camacho *et al* (2006) relata que existem outros fatores que também estão envolvidos com o desenvolvimento da DPP, que são eles: eventos estressantes sofridos no último ano, desemprego, divórcio ou ser solteira, falta de suporte familiar e menores de idade.

Segundo Konradt *et al* (2011) o suporte social pode ser entendido como o apoio emocional ou prático que a família e/ou amigos fornece para a grávida, em forma de afeto, companhia, assistência e informação, que faz com que a mulher tenha a sensação de ser amada, estimada, cuidada, valorizada e que sinta segurança.

Ou seja, o suporte social é um conjunto de fatores socioambientais que operam de forma protetora, habilitando os indivíduos a lidarem mais adequadamente

com estressores ambientais. Quando esse suporte social sofre falhas, torna-se mais difícil a adaptação da mulher ao seu novo papel social, o que explicaria a presença de sintomas depressivos. (Konradt et al, 2011).

**Tabela 2.** Principais fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gestação.

***Biológicos Psicossociais***

História de transtorno do humor ou ansiedade Abuso sexual na infância

História de transtorno disfórmico pré-menstrual Gravidez precoce

Doença psiquiátrica na família Gravidez não planejada

Gravidez não desejada ou não aceita

Abuso de substâncias/  
tabagismo

2  
0

Violência doméstica ou conflitos no lar

Baixo nível de escolaridade

Ter muitos filhos

Mães solteiras

Reduzido suporte social

Fonte: CAMACHO et al (2006, p.

3)

Considerando os fatores de risco associados a DPP a falta de suporte familiar faz com que a puérpera agrave ainda mais os sintomas. Nota-se, portanto, que entre os vários fatores de risco relacionados à DPP, existe uma tendência maior aos relacionados ao suporte psicossocial para enfrentar às grandes mudanças emoções vivenciadas na maternidade.

Então o apoio familiar se faz necessário nessa fase, dando afeto, assistência, companhia e compreendendo seu estado momentâneo, ou seja, fazer com que a mãe/mulher se sinta uma parte importante dessa família, e que a mesma dê assistência. Ressaltando que o processo terapêutico e/ou medicamentos junto com o apoio familiar faz com que essa mulher tenha uma melhora significativa desse período em que está vivendo.

2

1

#### **4. TRATAMENTOS DA DPP**

No que diz respeito aos tratamentos na depressão pós-parto podemos contar tanto com o tratamento farmacológico, que é o uso de medicamentos, como também com os não farmacológicos, que são as psicoterapias em grupo ou individual. Algumas pesquisas estão se utilizando de tratamentos farmacológicos, psicossocial, psicoterapia e tratamentos hormonais, e em alguns casos o uso de eletroconvulsoterapia (ECT) (CAMACHO et al,2006).

Esses tratamentos de DPP em geral são estabelecidos conforme a gravidade do quadro depressivo. Nota-se que os sintomas depressivos têm início logo após o período em que se pode diferenciar a tristeza materna da depressão, para que não ocorra o erro de tratar um estado que deve desaparecer apenas com a adaptação

da mãe a sua nova rotina (FREITAS et al, 2012).

O tratamento da depressão pós-parto vem se tornando um desafio para os profissionais de saúde. Assim como acontece nos casos de sintomas depressivos em outros momentos da vida, o uso de medicação e a psicoterapia são considerados as principais estratégias de tratamento.

O acompanhamento farmacológico tem se mostrado essencial, mas de igual ou maior importância é o tratamento psicoterápico que, diferentemente do tratamento de depressões comuns, tem um enfoque maior na diminuição dos sintomas, de forma a minimizar seu impacto, não só na mãe como também no bebê (FREITAS et al, 2012).

A probabilidade de que os usos de medicamentos possam gerar efeitos prejudiciais nos bebês faz com que muitas mães recusem esse tipo de tratamento. Por isso, é importante que se façam novas pesquisas que investiguem intervenções não-farmacológicas, como as intervenções psicoterápicas (MISRI & KENDRICK, 2007). Camacho et al (2006) relatam que nos casos mais severos da Depressão pós-parto, com ideias suicidas e quadro maníaco, pode se fazer necessário o uso de eletroconvulsoterapia. Afirma ainda que no uso da ECT o risco é mínimo durante a gravidez, tanto quanto em relação a própria ECT quanto aos medicamentos utilizados durante o procedimento, fazendo da ECT um recurso útil no tratamento de transtornos psiquiátricos em gestantes.

2

2

## **5. INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS E A DEPRESSÃO PÓS- PARTO**

A intervenção psicológica é um dos tratamentos utilizados na DPP e é tão importante quanto o tratamento farmacológico, visto que muitas mulheres deixaram

ou não aceitam fazer o tratamento farmacológico quando descobrem a gravidez, e se o caso for de menor gravidade, a psicoterapia pode ser uma boa opção de tratamento, no que diz respeito a medidas de descontinuação ou redução de dose de fármacos, diminuindo o risco de recaídas ou dos sintomas depressivos durante a gestação (CAMACHO et al,2006). Segundo Camacho et al (2006), nos episódios mais leves ou DPP menor, a psicoterapia pode ser benéfica para os pacientes e para o feto que inicialmente não fará uso de fármacos.

A psicoterapia na depressão pós-parto, além de ter um papel diferenciado, também conta com um planejamento especial, pois ele não acometesomente a mãe, mas também toda sua família, para que junto criem novas estruturas para que haja uma melhor adaptação à nova vida de mãe e se deem os cuidados necessários ao bebê (FREITAS et al, 2012).

Muitas abordagens da psicologia são usadas nos tratamentos de DPP, porém as psicoterapias comportamentais vem se mostrando eficientes na modificação de comportamentos de pessoas com depressão, apresentando resultados satisfatórios quando se fala em redução de sintomas, aumento no repertório social e alteração na quantidade e qualidade das atividades e das interações sociais (CARDOSO, 2011).

Entre os tipos de psicoterapias utilizadas na Depressão está a terapia comportamental ou analítico-comportamental, que “visam analisar os funcionalmente os estímulos antecedentes e consequentes relacionados os comportamento. Essa análise tem por objetivo identificar os eventos envolvidos no processo de aprendizagem do repertório comportamental do indivíduo” (CARDOSO, 2011, 5). Segundo essa abordagem a depressão é um comportamento que tanto pode ser aprendido quando desaprendido, então essa abordagem pode ajudar a puérpera a modificar ações e pensamento que podem agravar a depressão (COSTA, 2013)

Cardoso (2011) fala que a outra psicoterapia utilizada é a terapia da aceitação e do compromisso (ACT) seu objetivo é reduzir comportamentos de esquiva,



interrompendo processo de aprendizagem decorrente dos contextos socioverbais que estão presente na comunidade, que tem como estratégias de intervenção baseadas nos processos de desamparo criativo, controle dos eventos privados,

2  
3

discriminação entre o eu e o comportamento, escolha e valorização de uma direção, abandono da disputa e ao final compromisso com a mudança.

Já a psicoterapia analítica funcional (FAP) tem como foco analisar a interação cliente/terapeuta no ambiente terapêutico como base para modificação de comportamentos relevantes clinicamente (CARDOSO, 2011).

Outra abordagem que pode ser utilizada no tratamento da DPP é a Terapia Interpessoal, que é uma técnica que busca modificar os relacionamentos pessoais que podem contribuir para a depressão, auxiliando a paciente que tem dificuldade de relacionamento. (COSTA, 2013)

Costa (2013) fala ainda da Terapia Familiar e Terapia de Casais, a familiar busca informar a família sobre a DPP e mostrar maneiras de como ajudar a mulher durante o tratamento. Já a terapia de casais é utilizada como alternativa para aliviar as tensões que esse transtorno causa entre a paciente e o esposo.

Outra possibilidade de tratamento para a DPP, é a Terapia Psicodinâmica ou Psicanálise, que tem como base de que a vida e os anseios e medos inconscientes tem um grande efeito sobre as emoções e o comportamento (COSTA, 2013).

Além destas, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) que tem como objetivo avaliar as ideias, pensamentos e emoções que a pessoa possui sobre si própria e que se encontram distorcidos, provocando uma serie de reações comportamentais disfuncionais, ou seja, permite à paciente identificar e mudar processos mentais que levam à depressão. (Camacho et al., 2006).

Sobre as intervenções psicológicas em mulheres com DPP foram realizadas buscas de artigos nas plataformas SciELO e Google Acadêmico que abordasse as intervenções psicológicas para o tratamento de depressão pós-parto nos anos de 2005 a 2015. As buscas foram realizadas no período fevereiro a maio de 2016.

Após as análises dos dados, identificou-se que os tratamentos mais utilizados na depressão pós-parto, são a psicoterapia em grupos e a terapia cognitivo comportamental, além do uso de medicamentos.

Sabe-se que a psicologia apresenta diversos tipos de psicoterapias, onde vale ressaltar que nos estudos utilizados nessa pesquisa a TCC aparece em todos os seis artigos estudados como tratamento utilizado para DPP. Sobre a Terapia Cognitiva Comportamental os autores Cardoso (2011), Camacho et al (2006), Cantilino (2010), Cunha (2012), Fitelson (2011) e Ibiapina (2010) relatam que as

2

4

estratégias utilizadas nesta terapia se têm mostrado mais eficientes no tratamento da DPP. Knapp & Beck (2008) diz que Os termos terapia cognitiva (TC) e o termo genérico terapia cognitivo-comportamental (TCC) são usados com frequência como sinônimos para descrever psicoterapias baseadas no modelo cognitivo. O termo TCC também é utilizado para um grupo de técnicas nas quais há uma combinação de uma abordagem cognitiva e de um conjunto de procedimentos comportamentais (p. 8).

A TCC tem como objetivo desenvolver e aplicar estratégias que beneficiem mudanças comportamentais e cognitivas. Elas se baseiam em ensinar a pessoa a identificar e lidar com as situações que estão relacionadas aos sintomas da doença. O principal objetivo da TCC é alterar os déficits ou os excessos comportamentais relacionados ao comportamento problema (CARDOSO, 2011).

No início da década de 1960, uma “revolução cognitiva” que foi uma resposta

ao behaviorismo, que na época era a escola predominante, então a chamada revolução cognitiva começou a aparecer, embora os primeiros textos centrais sobre modificação cognitiva tenham aparecido somente na década de 1970 (KNAPP& BECK, 2008)

Essa terapia foi criada pelo americano Aaron Beck, na década de 60, a qual pretendia melhorar a autoimagem e visão de mundo, onde auxilia a gestante na reestruturação do eu e, como consequência, criar possibilidade para aceitar sua nova realidade. Essa terapia é frequentemente breve, podendo durar de 12 a 16 sessões (COSTA, 2013).

Knapp& Beck (2008) diz ainda que Aaron Beck, o criador da terapia cognitiva, estabeleceu uma base teórica coesa antes de desenvolver as estratégias terapêuticas

As diretrizes para desenvolver e avaliar o novo sistema de psicopatologia e psicoterapia foram: 1) construir uma teoria abrangente de psicopatologia que dialogasse bem com a abordagem psicoterápica; 2) pesquisar as bases empíricas para a teoria; e 3) conduzir estudos empíricos para testar a eficácia da terapia. As pesquisas seguintes envolveram diversos estágios: a tentativa de identificar os elementos cognitivos idiossincráticos derivados de dados clínicos em vários transtornos; desenvolver e testar medidas para sistematizar essas observações clínicas; e preparar planos de tratamento e diretrizes para terapia” (p.02).

2  
5

Knapp& Beck (2008) relata que o papel da cognição na depressão e na terapia foi escrito pela primeira vez na literatura há quase 45 anos atrás, e que tem havido um progresso contínuo no desenvolvimento da teoria e da terapia cognitivas.

As pesquisas empíricas das duas apuraram o modelo cognitivo com o passar dos anos. Porém, as características fundamentais da TC continuaram, em especial a “ênfase na influência do pensamento distorcido e da avaliação cognitiva irrealista de eventos sobre os sentimentos e comportamentos do indivíduo” (p. 2).

Segundo Cardoso (2011) “as principais técnicas e estratégias mais utilizadas na DPP são as que estão relacionadas ao auto monitoramento, reestruturação cognitiva, técnicas de enfrentamento, treino de habilidades sociais e resolução do problema”. Cardoso (2011) diz ainda que essas estratégias têm como finalidade ensinar a pessoa a identificar os seus sentimentos e pensamentos automáticos disfuncionais que estão relacionadas aos seus sentimentos de disforia.

Em 1997, foi realizado o primeiro grande estudo nesse sentido, onde oitenta

e sete puérperas deprimidas foram divididas em quatro grupos que receberam placebo, fluoxetina, TCC mais placebo e TCC mais fluoxetina.

Notou-se que os grupos que usaram fluoxetina, TCC e fluoxetina mais TCC foram todos superiores aos que receberam apenas placebo (CUNHA et al,

2012, p.4). Dois dos artigos utilizados nessa pesquisa utilizam medicamentos juntamente

com a Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da depressão pós-parto. A pesquisa foi realizada com 87 puérperas deprimidas que foram divididas em quatro grupos onde receberam placebo, fluoxetina, TCC com placebo e TCC com fluoxetina, onde os resultados foram que os grupos que usaram fluoxetina, TCC e fluoxetina mais TCC foram superiores aos que receberam somente placebo (CUNHA, 2012)., Cunha et al. (2012, apud Dawson, 2000; Brum; Schermann, 2016) descreve que as mães puérperas que receberam algum tipo de terapia e/ou medicação apresentaram maior capacidade de interação com a criança de forma adaptativa, maior disposição de responder de forma continente e direta aos sinais da criança e estabelecem maior contato físico com sua criança.

Para Cardoso (2011) o tratamento com a terapia cognitivo- comportamental tem se mostrado bastante eficaz no tratamento da depressão, tanto na redução dos sintomas quando na prevenção do reaparecimento da doença. Afirma ainda que pacientes tratados com TCC apresentam melhora com relação a remissão dos sintomas mais duradouros que pacientes que são tratados com medicamentos.

2  
6

Ibiapina et al (2010, p.3) dizem que a “psicoterapia individual e a terapia cognitivo-comportamental são efetivas, mas com efeito menor do que quando se utilizam medicações antidepressivas”. Relata ainda que “uma das vantagens da psicoterapia no tratamento da depressão pós-parto é a ausência de contraindicações e uma segurança provavelmente maior do que medicação antidepressivas para mulheres que estão amamentando (IBIAPINA et al, 2010, p. 3)

Segue abaixo a tabela 3 com os resultados da pesquisa.

27

Classificação, diagnóstico e  
tratamento.  
\*

**Tabela 3 – Apresentação dos artigos que foram utilizados na pesquisa**

**AUTOR ANO OBJETIVO INTERVENÇÃO  
UTILIZADA RESULTADOS  
OBTIDOS  
QUALIS**

CAMACHO et. al 2006 Transtornos psiquiátricos na  
gestação e no puerpério;

CANTILINO 2010 Transtornos psiquiátricos no  
pós-parto  
Estudo com 576 mulheres no  
pós-parto, utilizando a  
psicoterapia individual

Foram estudadas as  
Foram estudadas as  
abordagens psicoterápicas  
abordagens psicoterápicas  
mais significativas na redução  
mais significativas na redução  
da sintomatologia e verificou-se  
duas modalidades efetivas: a

87 puérperas divididas em 4  
grupos que receberam:  
TCC pode ser tão eficaz quanto  
TCC pode ser tão eficaz quanto  
o antidepressivo, mas que a  
o antidepressivo, mas que a  
psicoterapia interpessoal e a  
TCC.

\*

IBIAPINA 2010 Verificar a eficácia de algumas  
12 sessões de terapia  
A medicação é eficaz na  
A medicação é eficaz na

\*

\*

\*

intervenções terapêuticas

como psicoterapia,  
placebo, fluoxetina, TCC mais  
junção dos dois não oferece

individual. Tratamento  
antidepressivo, 70  
redução dos sintomas no curto  
redução dos sintomas no curto  
prazo. E psicoterapia individual:  
prazo. E psicoterapia individual:  
placebo e TCC mais  
fluoxetina.  
vantagem significativa.

utilizadas  
na

mulheres antidepressivos e exercício

que reduziu a depressão  
e  
que reduziu a depressão  
e

físico no tratamento de 1 e  
12

pesquisa

semanas de  
duração.  
melhorou a  
sociabilização  
melhorou a  
sociabilização

CARDOSO 2011 Psicoterapias

comportamentais  
no  
tratamento da

Estudo com adolescentes, durante 12 semanas utilizando fluoxetina e TCC

depressão

DPP receberam 8-18

semanas pós-parto cuidados primários de rotina contra uma

Apresentaram resultados  
Apresentaram resultados  
significativamente superiores  
significativamente superiores  
em relação a remissão dos  
em relação a remissão dos

das três condições de tratamento: psicodinâmica

depressão, tal como definido  
depressão, tal como definido  
por DSM-III, foram maiores  
sintomas se comparadas por DSM-III, foram maiores  
aqueles tratados apenas com para os que receberam terapia  
medicamento para os que receberam terapia

psicodinâmicas (71%) do que a  
psicodinâmicas (71%) do que a

TCC (57%) ou aconselhamento  
TCC (57%) ou aconselhamento

não diretivo (54%). No entanto,

não houve diferença entre

FITELSON 2011 Tratamento da depressão  
Amostra de 193 mulheres com

Os índices de remissão de  
Os índices de remissão de

pós-parto, com foco na gama

de farmacológica, psicoterapêutica, e outras

intervenções não farmacológicas

psicod  
ou

aconselham  
não-diretivo

			avaliação de nove meses. E diz
			que psicoterapia individual é
			um pouco mais eficaz do que o
			aconselhamento em grupo.
		placebo e TCC mais	
87 CUNHA. 2012 A importância do puérperas divididas em 4		fluoxetina	podem prevenir a depressão
grupos que receberam:	acompanhamento psicológico		pós-parto
	Os grupos que usaram		foram todos superiores ao que
	Os grupos que usaram		foram todos superiores ao que
	fluoxetina, TCC e fluoxetina,		receberam apenas placebo.
	fluoxetina, TCC e fluoxetina,		receberam apenas placebo.
	durante a gestação em		
placebo, fluoxetina, TCC mais		<b>Fonte:</b> (autoria própria).	
	relação aos aspectos que	* Não possui Qualis	
			3
			0

Em relação às mulheres que tem sintomas de DPP, é muito comum apresentarem sentimentos (humor deprimido, falta de interesse pelas atividades habituais, culpa aos cuidados com o bebê) em relação aos cuidados com o bebê e sobre sua vida. A terapia cognitivo-comportamental permite à paciente identificar e



mudar processos mentais que levam à depressão. A troca dos pensamentos negativos por pensamentos positivos, pode ajudar a melhorar o quadro depressivo. Talvez por isso a Terapia Cognitivo-Comportamental tenha tanto sucesso.

A terapia beneficia mãe e bebê por não interromper a amamentação. Muitas mulheres não aceitam ou abandonam o tratamento farmacológico quando descobrem estar grávidas, e com isso de acordo com a gravidade da doença, a psicoterapia é a melhor opção de tratamento. A psicoterapia pode ser utilizada quando há medidas de descontinuação ou redução das doses do tratamento farmacológico.

3  
1

## **7. CONCLUSÃO**

Foram encontrados 6 artigos relacionados ao tratamento da DPP, de 12 achados inicialmente. Os motivos da exclusão dos artigos aconteceram por inúmeros fatores. A principal causa ocorreu por não ser estudo de intervenção, nos artigos pré-selecionados as exclusões decorreram devido ao grande número de trabalhos que não abordavam o tratamento para DPP. Com isso notasse que existem poucas pesquisas relacionadas ao tratamento da depressão pós-parto realizadas por psicólogos. O que percebemos foi uma necessidade de pesquisas sobre as intervenções da psicologia para a depressão pós-parto. Senti a falta também de trabalhos realizados por psicólogos onde de 6 artigos de intervenção, 2 destes são da área médica.

Como vimos no decorrer do trabalho, a depressão pós-parto é uma condição clínica séria no período da gestação, em que atinge aproximadamente 10 a 20% das mulheres nos primeiros meses após o parto, onde muitas vezes essa síndrome não é diagnosticada ou tratada, podendo ocorrer impacto negativo tanto na mãe quanto

no bebê. Além disso, causam um desgaste tanto na relação com os familiares, quanto na vida afetiva do casal.

Nesse período no qual ocorrem grandes transformações na vida da mulher, tantos nos aspectos físicos quanto nos aspectos psicológicos, gerando vários sentimentos, como temores, anseios, insegurança, dúvidas, ou, alegria, euforia, que em desequilíbrio podem gerar depressão pós-parto, portando, trata-se de um período muito propício para mulher desenvolver transtornos mentais, sendo eles: tristeza pós-parto, psicose puerperal e depressão pós-parto.

Os resultados trazem que a TCC no tratamento de depressão pós-parto tem como objetivo ensinar a mulher a identificar e lidar com as situações que estão relacionadas à doença, auxiliando na reestruturação do eu da mulher e como resultado, criar possibilidade para aceitar sua nova realidade. Talvez por isso a TCC tenha resultados positivos no tratamento da depressão pós-parto.

Muitas vezes a terapia para DPP tem sucesso por si só, em outras, se faz necessário tratamento medicamentoso. Alguns estudos têm mostrado que a TCC é tão eficaz quanto os antidepressivos no tratamento DPP e que quando combinado antidepressivos e TCC pode se ter ainda mais eficaz no tratamento.

3  
2

Com base nas literaturas estudadas podemos chegar à conclusão que os resultados encontrados permitem visualizar a grande importância da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da depressão pós-parto. O que percebe-se uma necessidade de pesquisas sobre as intervenções da psicologia para a depressão pós-parto. Além disso, é importante que se façam novas pesquisas que investiguem mais intervenções não-farmacológicas para o tratamento da DPP.

Sugere-se ainda que busquemos mais estudos de recursos terapêuticos, visando obter uma compreensão de intervenção psicoterapêutica eficaz, também que realize uma avaliação no tratamento medicamentoso buscando algo que tenha menor efeito adverso. Além disso pode-se pensar como temas de futuras pesquisas acadêmicas: Novas intervenção psicológicas no tratamento da DPP, pois observa-se que dos estudos abordado nesta pesquisa são apenas revisões bibliográficas de pesquisas já existentes. E uma pesquisa a campo onde obtenha uma comprovação da eficácia da TCC no tratamento da depressão pós-parto, sendo importante ressaltar a falta de pesquisas realizadas por profissionais da psicologia.

3

3

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV:** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Tradução Cláudia Dornelles; 4. ed. rev. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV:** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al.; 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2014.

ARRAIS, A. R. **As Configurações Subjetivas da Depressão Pós-Parto para Além da Padronização Patologizante.** Brasília, 2005. (Tese de Doutorado).

ATKINSON, R. L. et al. **Introdução à psicologia.** 13. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Prevenção do Suicídio:** manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Campinas: Unicamp, 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf)>. Acesso em: 10 de dez. de 2015.

BRUM, E. H. M.; SHERMANN, L. Impacto da Depressão Materna nas Interações

Iniciais. **PSICO**. Porto Alegre, p. 151-158, 2006.

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

CANTILINO, A et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev. Psiq. Clín.** 2010, n. 37, v. 6, p. 278-284. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n6/a06v37n6.pdf>>. Acesso em 02 de nov. de 2015.

CARDOSO, L. R. D. Psicoterapias comportamentais no tratamento de depressão. **Psicol. Argum.** Curitiba, v. 29, n.67, p. 479-489, out. /dez., 2011.

COSTA, L. M. **Depressão pós-parto**. 2013. 29 f. Monografia de pós-graduação (Obtenção do Título de Especialista Saúde Coletiva e da Família)-Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp. Piracicaba. Disponível em: <[file:///C:/Users/CLIENTE/Downloads/CostaLucin%C3%A9iaMartinsda%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/CLIENTE/Downloads/CostaLucin%C3%A9iaMartinsda%20(4).pdf)>. Acesso em 07 de dez. de 2015.

CUNHA, A. B. et al. A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 3., 2012. Disponível em :<<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2427/1812>>. Acesso em: 21 de dez. de 2015.

3

4

FITELSON et al. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. **International Journal of Women's Health**. 2011, n. 3, p. 1–14.

FREITAS, L. V. et al. As implicações da depressão pós-parto na psique do bebê: Considerações da Psicologia Analítica. **Rev.: Psicol. Argum.** Curitiba, v. 30, n. 69., 2012. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/pa?dd99=pdf&dd1=5972>. Acesso em: 09 de dez. de 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, n. 2, v.30, out. 2008.

KOGIMA, E. O. **Depressão Puerperal em Adolescentes Cadastradas na Estratégia Saúde da Família do Município de Embu Guaçu - SP.** 2010.Tese (Doutorado). São Paulo.

KONRADT, et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Rev.Psiquiatr.Rio Grande do Sul.**Rio Grande do Sul, n. 33, v. 2, p. 76-79, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v33n2/1355.pdf>>. Acesso em: 21 de dez. de 2015.

IACONELLI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna.**Revista Pediatria Moderna**, n. 4, v. 41, jul/ago., 2005. Disponível em: <[http://www.institutogerar.com.br/artigos/21\\_ARTIGO\\_%20DPP,%20PSICOSE%20P%C3%93S%20PARTO%20E%20TRISTEZA%20MATERNA.pdf](http://www.institutogerar.com.br/artigos/21_ARTIGO_%20DPP,%20PSICOSE%20P%C3%93S%20PARTO%20E%20TRISTEZA%20MATERNA.pdf)>. Acesso em: 10 de dez. de 2015.

IBIAPINA, F. L. P. et al. Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidencias. **Rev FEMINA**, n. 3, v. 38, mar., 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a008.pdf>Acesso em: 16 de jan. de 2016.

LUZ, A. M. H.; BERNI, N. I. O.; SELLI, L. Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença.**Rev. bras. enferm.** Brasília, n. 1, v.60, jan./fev., 2007

MISRI,S.;KENDRICK, K. Treatment of perinatal mood and anxiety disorders: a review.**Can J Psychiatry.** n. 52, v. 8, p. 489-498, 2007.

OLIVEIRA, S. R.**Depressão Pós-Parto: Uma revisão dos fatores que influenciam a relação mãe-bebê.**2015. 43f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio:** um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra, 2000.

SANTOS, Junior H. P. O.; SILVEIRA, M. F. A.; GUALDA, D. M. R. Depressão pós-parto: um problema latente. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre n. 30, v. 3, p. 516-524, set., 2009 Disponível em: <file:///C:/Users/CLIENTE/Downloads/8062-39880-1-PB.pdf>. Acesso em: 28 de mar. de 2016.

SILVA, E. T; BOTTI, N. C. L. Depressão puerperal- Uma revisão de literatura. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. v. 07., 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/880>>. Acesso em: 17 de abr. de 2016.

SERDÁN, E. M. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol. **Reprod. Hum.*** México, n. 3, v.27, 2013.

TEIXEIRA, C.B.P.V. **Ansiedade e depressão em mulheres e homens durante a gravidez**. 2001. 62f. Tese de mestrado em Saúde Pública- Faculdade de Medicina Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.

VIANA, L.C. **Ginecologia**. 2. ed. Belo Horizonte, 2011.