

# A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO DURANTE A GESTAÇÃO EM RELAÇÃO AOS ASPECTOS QUE PODEM PREVENIR A DEPRESSÃO PÓS-PARTO

**Aline Borba da Cunha**

---

Discentes do Curso de Psicologia da Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE

**Jéssica Xister Ricken**

---

Discentes do Curso de Psicologia da Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE

**Priscila de Lima**

---

Discentes do Curso de Psicologia da Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE

**Solange Gil**

---

Discentes do Curso de Psicologia da Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE

**Luiz Arthur Rangel Cyrino**

---

Docente de Psicofarmacologia e Neurofisiologia do Departamento de Psicologia da Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE. E-mail: rangel7@uol.com.br

**RESUMO:** Este artigo apresenta alguns focos de pesquisas baseados no período gestacional onde ocorrem grandes transformações na mulher, que ocorrem nos aspectos físicos e psicológicos, gerando uma variedade de oscilações emocionais como temores, ansios, insegurança, dúvidas, tanto como alegria, euforia, que, em desequilíbrio, contribuem para o início de sintomas da depressão pós-parto (DPP). Uma busca por registros científicos centralizados nos métodos para prevenção da DPP caracteriza esse estudo onde já se comprova a utilização de estratégias psicossociais, psicofarmacológicas e hormonais, apesar de que ainda nenhuma intervenção isolada é considerada eficaz no controle do desenvolvimento da doença. Esta pesquisa trata de uma revisão de literatura científica realizada por meio dos resumos encontrados pela busca online, indexados em bases de dados virtuais. A abordagem psicoterapêutica é considerada de fundamental importância no tratamento, contando também com o apoio e acompanhamento familiar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Depressão Pós-Parto; Acompanhamento Psicológico; Prevenção.

## THE IMPORTANCE OF PSYCHOLOGICAL FOLLOW-UP DURING PREGNANCY AND ITS RELATIONSHIP WITH ISSUES THAT MAY PREVENT POST-PARTUM DEPRESSION

**ABSTRACT:** Current essay focuses on research with regard to pregnancy. Pregnancy brings about huge physical and psychological transformations in the female with a great variety of emotional oscillations, such as fear, anxiety, insecurity, doubts, happiness and others, which, because of the prevailing imbalance, contribute towards the start of post-partum depression symptoms. Scientific registers focusing on PPD prevention methods already demonstrate the use of psycho-social, psychopharmacological and hormonal strategies even though no single isolated intervention is sufficiently efficacious in the development of the disease. A review of the literature, based on on-line access to abstracts from databases, is provided. The psychotherapeutic approach is of fundamental importance in treatment, coupled to family support and follow-up.

**KEYWORDS:** Post-Partum Depression; Psychological Follow-up; Prevention.

## INTRODUÇÃO

Atualmente as aptidões referentes à saúde feminina têm ganhado espaço e vão para além do enfoque referente à mera reprodução, observando o cuidado com a mulher num todo. Assim aparecem novas condições de se tratar o bem-estar da mulher, colocando no centro das atenções atendimentos que prevaleçam à doença tanto como a profilaxia de forma especializada.

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

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

A gravidez é compreendida como um processo comum da vida reprodutiva da mulher, sendo um período muito especial em sua vida, uma vez que o período pós-parto é uma fase crucial por representar uma situação de transição intensa na vida das mesmas. Fase esta em que ocorrem os ajustes fisiológicos, de recuperação e de adaptação às transformações sofridas pelo organismo feminino em seu estado gravídico.

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

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

Ainda existe a interferência dos aspectos psicológicos, emocionais, comportamentais e econômicos. Tais fatores aplicados possibilitam que a mulher esteja também vulnerável às mais diversificadas condições durante sua gestação.

Em decorrência do parto, acontecem reações conscientes e inconscientes na gestante e em todo o seu contexto familiar, social, que despertam profundas e inesperadas ansiedades.

Os sintomas da depressão pós-parto (DPP) quando se manifestam modificam muito de maneira e intensidade, uma vez que resultam do tipo da personalidade da puérpera e das suas experiências, sem ignorar as alterações bioquímicas processadas na sua fisiologia que surgem logo após o parto.

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 de compreensão científica que a boa condição de vida no pós-parto da mulher é apenas um dos aspectos influentes nos cuidados a serem tomados, pois o mais importante diz respeito a sua psique, por estar diretamente ligado à responsabilidade com a saúde e o cuidado do bebê.

Entretanto, após a gestação e principalmente depois de ocorrido o parto, muitas transformações principalmente de ordem emocional acometem as mulheres, causada por alteração hormonal que se caracterizam por intensa tristeza, transformações no seu físico, medo, ansiedade e outros. Na maioria dos casos esses sintomas desaparecem rapidamente, mas, para algumas mães, eles persistem por um tempo maior, caracterizando a DPP.

Segundo Konradt et al. (2011)

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

Essa é uma oportunidade onde se faz indispensável o uso de uma abordagem psicoterapêutica tanto para o aconselhamento durante a gestação, como para tratar possíveis indícios de DPP, uma vez que o terapeuta auxiliará a mãe e seus familiares a constituir e organizar estruturas, tornando possível a compreensão, o planejamento de estratégias apropriadas acerca desta nova realidade vivida pela família.

O objetivo deste estudo é levantar aspectos presentes na literatura acerca da importância do acompanhamento psicológico durante a gestação, com foco nos métodos de prevenção da depressão pós-parto.

Esta pesquisa foi realizada através de uma revisão de literatura científica realizada por meio dos resumos encontrados pela busca online, indexados em bases de dados, tais como, Scielo, Google Acadêmico, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, entre outros.

## 2 DESENVOLVIMENTO

A gravidez é um período de mudança que faz parte do processo normal do desenvolvimento humano.

Frequentemente tem-se presenciado a transmutação da figura da mulher frente às obrigações familiares, ao ambiente profissional tanto quanto na vida pessoal. Contudo, nada foge ao olhar do tempo e certamente em algum momento aflora o instinto materno. A gravidez, o desejo de ser mãe são assuntos populares, carregados da experiência alheia e por isso muito polêmico. Contudo, o que se observa é que, embora o momento “gravidez” ser nato, vem carregado de dúvidas e incertezas que nem sempre

a experiência da outra vai sanar a dúvida de uma. O problema da depressão que já é uma constante no mundo moderno é também, nesse contexto, uma sombra para o sucesso de uma gravidez normal.

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

No dito popular “cada gravidez é única” o cunho de veracidade é total, sendo que cada mulher reage de maneira bem particular a essa alteração global e específica do funcionamento orgânico e psicológico de seu corpo.

Na atualidade, segundo Sarmiento e Setubal (2003), as alterações emocionais da gravidez, parto e puerpério estão amplamente reconhecidas, sendo que a maioria dos estudos tende para a ideia de ser esse período um tempo de grandes transformações psíquicas, de onde decorre uma importante transição existencial.

Segundo Szefer e Stewart (2002), para melhor compreensão do ciclo gravídico-puerperal, em que se consideram diversos fatores como: história pessoal da gestante, o contexto afetivo dessa gravidez como, por exemplo, estabilidade de vínculo, idade, período de improdutividade anterior, abortos espontâneos ou provocados, tanto quanto as características de evolução da gravidez atual, o contexto socioeconômico e o contexto assistencial.

Dawson et al. (2000, apud BRUM; SCHERMANN, 2006) demonstram que é possível encontrar explicações genéticas e biológicas sobre a prevalência de depressão na população feminina, amplamente reconhecida e comprovada, como mudanças de estado de humor durante o ciclo menstrual e parto, as quais são associadas às alterações hormonais que acontecem nesses períodos.

A depressão pós-parto (DPP), conforme

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

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

Evidentemente que são poucos os sentimentos que podem causar um conflito sem fim quanto à grande alegria da chegada de um bebê e uma cruel, infinita, profunda e desesperadora tristeza. Pois são muitas as mulheres a se depararem com essas contradições, ou seja, essas duas facetas da emoção quando da manifestação da DPP.

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

Deve-se considerar que a maioria dos casos de DPP tem se manifestado por volta da quarta semana após o nascimento do bebê e com um pico mais significativo nos seis primeiros meses. O sinal mais comum desse distúrbio depressivo é o desânimo insistente, temor de ferir o bebê, insônia, pensamentos obsessivos e culposos, falta de apetite, diminuição considerável da libido e a mais preocupante, ideias suicidas.

Além disso, Dawson et al. (2000, apud BRUM; SCHERMANN, 2006) comentam que mães deprimidas tendem a apresentar menos capacidade de interagir com a criança de forma adaptativa,

menos disposição de responder de forma continente e direta aos sinais da criança e estabelecem menos contato físico com sua criança quando confrontadas com mães não deprimidas.

São diversos os motivos para o surgimento dos sintomas da DPP, tanto quanto variados. No entanto, alguns são de ordem psicossocial e estão, em sua maior parte, associados com a depressão, como, por exemplo, o estresse, algum antecedente de ordem psiquiátrico, ansiedade pré-natal, pouco apoio social, baixa autoestima e a gestação inesperada, sem o devido planejamento.

Conforme Felix, Gomes e França (2008), com a identificação de fatores de risco para a depressão no ciclo gravídico-puerperal e uma ampliação do conhecimento sobre a vulnerabilidade biológica para os transtornos de humor no puerpério, um número crescente de estudos tem explorado várias formas de prevenir a depressão nesta fase da vida da mulher, utilizando estratégias psicossociais, psicofarmacológicas e hormonais.

Muitas abordagens dentro da psicologia são usadas nos casos de DPP cada uma com seus respectivos benefícios.

Uma delas, conforme Applebey et al. (1996, apud CANTILINO et al., 2010), é a Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) que também tem sido bastante avaliada na DPP. No ano de 1997, foi publicado 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 usando fluoxetina, TCC e fluoxetina mais TCC foram todos superiores ao que recebeu apenas placebo.

Segundo Camacho et al. (2006), a TCC tem como base analisar quais são as ideias, os pensamentos e as emoções que a pessoa tem sobre si mesma e que se encontram distorcidos, causando uma cadeia de reações comportamentais disfuncionais.

Uma questão importante a se destacar sobre as ocasiões de DPP remete para a urgente necessidade

de se fazer uma reflexão sobre a saúde reprodutiva da mulher, tendo em vista a compreensão dos aspectos psicológicos que se passam no período gestacional.

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

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

No começo da gestação diferentes reações emocionais começam a aparecer, provavelmente sendo elas de medo, ansiedade, insegurança, dúvidas, alegrias e decisões a serem tomadas, no entanto, obviamente estas elaborações emocionais são decorrentes do contexto do impacto diagnóstico da gestação.

A gravidez e conseqüentemente o parto apresentam efeitos fisiológicos, endocrinológicos e, sobretudo o mais impactante, os psicológicos sobre toda a estrutura corpórea e mental da mulher.

Szejer e Stewart (1997, apud SOUZA et al., 2002) afirmam que a gestante, em sua primeira consulta ao médico, na maioria das vezes chega acometida de uma série de dúvidas e anseios a serem auxiliados e uma delas é a própria confirmação da gravidez, ter a certeza de que seu corpo é saudável para gerar uma criança, certificar-se de que o bebê está bem e especialmente do apoio para continuar esta nova fase.

Portanto, para que se obtenha sucesso nesse período vulnerável da vida da mulher é indispensável que exista uma relação de confiança entre a paciente, seus médicos, psicólogos e outros profissionais envolvidos, para que a empatia necessária neste momento venha a beneficiar um trabalho a fim de controlar e explicar várias das fantasias que ocorrem naturalmente na gestante durante a sua gestação.

Durante o pré-natal nota-se que a ansiedade impactante da notícia sobre a gestação passa a ser dividida em trimestres, onde nesses primeiros três

meses aparecem os desconfortos por causa das primeiras alterações físicas, o medo de perder o bebê e aumento da irritabilidade são bastante comuns; no segundo trimestre ocorre certo impacto devido à percepção da existência do filho; e no terceiro trimestre as aflições aumentam pela proximidade do parto. Segundo Sarmiento e Setúbal (2003), com o desenvolvimento desses fatos é importante que os familiares e os profissionais que acompanham a gestante estejam atentos para as características comuns que aparecem nestas fases, criando condições para uma escuta de qualidade, a fim de acolher a diversidade de sentimentos que podem acontecer.

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

É de extrema importância fornecer orientações antecipatórias sobre a evolução da gestação e do parto [...]. Deve, no entanto, evitar informações excessivas, procurando transmitir orientações simples e claras e observar o seu impacto em cada paciente na sua individualidade.

Como conseqüências do conhecimento de demandas como estas é que Ross et al. (2003) buscam por medidas que deixem aos pais compreender melhor a ansiedade e os meandros evolutivos da gestação presente. Toda essa compreensão terá importante influência no processo de avaliação, análise e intervenção decorrentes desta etapa gestacional. Desta forma torna-se possível distinguir comportamentos que podem ser enquadrados como anormais a fim de que se busque tratamento adequado.

Frente às mudanças psíquicas que surgem neste período, a experiência de gestar traz um acréscimo expressivo na sensibilidade emocional, o que acaba fazendo com que a futura mãe fique bastante suscetível a vários distúrbios emocionais.

Raphael-Leff et al., (apud PICCININI, 2008) compreendem que a gestação pode tanto desencadear uma anormalidade emocional para as gestantes como estabelecer um potencial de adaptação e resolução

de conflitos. O modo como a mulher lida com estas alterações do período gestacional deverá influenciar intensamente a relação futura com a criança. Szejer e Stewart (1997, apud FRIZZO, 2004) afirmam que este momento desencadeia uma busca relacionada ao desejo de se reencontrar e restituir a estabilização invadida durante a gravidez, porém, muitas vezes essa tarefa de reorganizar sua identidade está fadada ao fracasso.

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

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

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

O período puerperal é palco dos primeiros contatos entre o bebê e o ambiente que o cerca; contudo, neste momento a principal via de comunicação do recém-nascido com o mundo é representada, quase sempre, pela figura materna. Portanto, segundo Tronick e Weinberg (apud FELIPE, 2009) a boa saúde da mãe é indispensável para que a criança constitua no início da vida uma boa matriz social, para que lhe indica um bom desenvolvimento relacional, afetivo, motor e cognitivo.

Novamente esclarece Schmidt, Piccoloto e

Müller (2005, p. 65) que:

O reconhecimento do estado depressivo da mãe é fundamental e, às vezes, difícil em razão das queixas psicossomáticas que podem sugerir somente problemas orgânicos. É necessário que esta experiência, vivida subjetivamente pela mulher, possa ser detectada para ajudá-la no processo de reconstrução.

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

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

As benfeitorias da atuação terapêutica precoce e preventiva não se restringem ao bem-estar exclusivo das mães. São atitudes que representam também um grande benefício para as crianças, pois, conforme as observações e a literatura, ocorrem grandes evidências de relação entre as desordens depressivas das mães e os distúrbios emocionais de seus filhos. Assim, as psicoterapias interpessoais e cognitivo-comportamentais têm se mostrado eficazes para o tratamento deste quadro.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez é um período especial e requer inúmeros preparativos, especificamente, internos. As consultas ao obstetra e ao psicólogo fazem com que iniciem a gestação mais saudáveis tanto física quanto

emocionalmente, indo a busca por informações sobre o desenrolar desse processo especial que engloba desde a concepção ao pós-parto, se cientificando sobre a vida do bebê, as mudanças de seu corpo e principalmente o controle emocional.

Não se pode negar a importância da figura materna para o bem-estar, desenvolvimento e crescimento do bebê. É preciso que ela tenha muita potência tanto física quanto psíquica a fim de seguir todas essas etapas, sendo capaz de protegê-lo ao mesmo tempo em que vai explanando esse novo mundo de sensações proporcionando o equilíbrio e satisfazendo suas precisões.

Contudo, se a depressão se faz atual, ocorre uma situação impactante e os cuidados físicos e emocionais para com o bebê tornam-se vulneráveis a ponto de causar um estremecimento no comportamento afetivo e intelectual da criança. Pois que desde o nascimento ele precisa da mãe para desenvolver-se com segurança e poder desenvolver suas competências motoras e cognitivas. Uma mãe em estado depressivo em circunstâncias pós-parto tende a tornar-se ausente, fatigada, empobrecendo a assistência ao seu bebê.

Há que se evitar ou, pelo menos, minimizar o aparecimento da DPP, oferecendo a assistência psicológica como um meio de prevenção a essas mães que, ao olhar do obstetra já sinalizam com alguma sintomatologia da depressão antes do convívio com seu bebê.

Porém, como nem toda boa intenção gera efeito, o que é oferecido principalmente pela saúde pública são apenas observações a gestante permeadas por uma profissionalidade onde a quantidade de consultas a se cumprir é mais relevante do que a qualidade dispensada a cada uma. Assim, as experiências pessoais como as crenças populares, as experiências familiares, os mitos são uma constante no processo gestacional por não encontrarem explicações científicas racionais que esclareçam sobre essa importante situação na vida da mulher.

A luz de todo esse material teórico pode-se perceber que é necessário dar mais enfoque tanto na saúde reprodutiva da mulher, como nas consequências psicossociais que a condição pós-parto acarreta em sua vida. Pois, em muitos casos, o recém-nascido é quem recebe maior atenção, contudo, sua saúde, bem-estar e desenvolvimento dependem naturalmente da saúde mental materna, pois os primeiros contatos que o bebê faz com o mundo externo acontecem através da mãe.

No entanto, importantes medidas devem ser tomadas para compreender com eficácia as questões que levam os pais a estarem ansiosos diante do momento gestacional. Tais medidas acarretam importantes influências no processo de avaliação, diagnóstico e intervenção, decorrentes no processo gestacional, pois, deste modo, há como diagnosticar os hábitos e comportamentos que podem ser tidos como normais ou não, a fim de que se busque um tratamento pertinente caso ocorra uma DPP.

Por fim, tão importante quanto todo o acompanhamento médico obstétrico no decorrer do pré-natal é também a assistência e orientação psicológica para as futuras mães. Cada qual em sua área contribuindo para a boa saúde mental e física das mães e dos seus bebês.

## REFERÊNCIAS

- BARUFFI, L. M. **O cuidado cultural à mulher durante a gestação:** uma contribuição para a humanização. 2004. 179 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Área Técnica da Saúde da Mulher. Parto aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.
- BRUM, E. H. M; SCHERMANN, L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. **PSICO**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 151-158, maio/ago. 2006.

- CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.
- CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 278-284, 2010.
- FALCONE, V. M. et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612-618, ago. 2005.
- FELIPE, R. P. **Análise do efeito da depressão pós-parto na interação mãe-bebê via categorias comportamentais e estilos interativos maternos**. 2009. 156 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, São Paulo, 2009.
- FELIX, G. M. A.; GOMES, A. P. R.; FRANÇA, P. S. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 51-60, jan./mar. 2008.
- FRIZZO, G. B. **A qualidade da interação pai-mãe-bebê em situação de depressão materna**. 2004. 74 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, 2004.
- IBIAPINA, F. L. P. et al. Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências. **FEMINA**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, mar. 2010.
- KONRADT, C. E. et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul**, v. 33, n. 2, jul. 2011.
- MAGALHÃES, P. V. S. **Impacto do estilo defensivo na psicoterapia breve da depressão pós-parto**. 2006. 81 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comportamento) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2006.
- PICCININI, C. A.; LOPES, R. S.; GOMES, A. G. N., T. Gestação e constituição da maternidade. Maringá/PR. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.
- ROSS, L. E. et al. Measurement issues in postpartum depression - part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression. **Archives of Women's Mental Health**, Toronto, v. 6, n. 1, p. 51-57, 2003.
- SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Revista Ciência Médica**, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-268, jul./set. 2003.
- SCHMIDT, E. B., PICCOLOTO, N. M., MÜELLER, 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.
- SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 7, n. 2, p. 231-238, 2005.
- SOUSA, D. D.; PRADO, L. C.; PICCININI, C. A. Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. **Psicologia - Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, 2011.
- SOUSA, V. F. **A depressão no ciclo gravídico – puerperal de mulheres atendidas em um ambulatório de hospital geral**. 2008. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2008.
- SOUZA, A. I. et al. Alterações hematológicas e gravidez. **Revista Brasileira Hematologia e Hemoterapia**, São José do Rio Preto, v. 24, n.1, p. 29-36, mar. 2002.
- SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 1997.

*Recebido em: 17 de julho de 2012*

*Aceito em: 12 de outubro de 2012*