

# DEPRESSÃO PÓS-PARTO: DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO.

BASSAN, Andressa<sup>1</sup>  
ALMEIDA, Debora<sup>1</sup>  
SILVA, Vandrielly<sup>1</sup>  
PARRAGA, Maria Beatriz<sup>2</sup>

## RESUMO

A depressão pós-parto (DPP) é conhecida como um conjunto de sintomas que abarcam tristeza, desespero e falta de esperança e ocorrem após o parto, no período chamado puerpério. As estatísticas de prevalência dessa condição chamam a atenção para a relevância do quadro que segundo a Organização Mundial de Saúde pode atingir até 20% das puérperas. O objetivo da presente revisão bibliográfica foi compreender os fatores que contribuem a ocorrência da Depressão Pós-parto, seus sintomas e refletir sobre como pode se dar o diagnóstico desse quadro e o acompanhamento psicológico a partir de estudos da Psicologia sobre o tema. Para tanto, foram pesquisadas as palavras-chaves: depressão pós-parto; psicologia e diagnóstico, nas plataformas Scielo; Pepsic e Lilacs respeitando um corte temporal de 2009 a 2019. Ao todo foram selecionados 22 artigos para análise, que apontaram como fatores de vulnerabilidade à DPP: alterações hormonais na gestação, romantização da maternidade, enfrentamento ao aleitamento, falta de suporte familiar, ansiedade, estresse, entre outros aspectos. Os artigos também apresentaram que são inúmeros os sintomas da DPP, podendo estes abarcar: irritabilidade, tristeza, sentimento de culpa, insegurança, medo de não ser capaz de cuidar do seu filho, nervosismo, hipersensibilidade, sentimentos contraditórios e inconciliáveis. Segundo os artigos selecionados, o acompanhamento psicológico se faz necessário desde o pré-natal, cabendo ao psicólogo possibilitar suporte a mulher, oferecer um lugar de escuta a ela em todos os momentos da gestação, parto e pós-parto, realizar o rastreio perinatal, apoio aos pais, participar de equipes multiprofissionais e estar à frente de capacitações a essas equipes.

**Palavra-Chave:** Depressão Pós-parto; Psicologia; Práticas; Diagnóstico.

## ABSTRACT:

Postpartum depression (PPD) is known as a set of symptoms that include sadness, despair and hopelessness and occur after childbirth, in the period called puerperium. The prevalence statistics for this condition call attention to the relevance of the situation, which according to the World Health Organization can reach up to 20% of postpartum women. The objective of the present bibliographic review was to understand the factors that contribute to the occurrence of Postpartum Depression, its symptoms and to reflect on how this condition can be diagnosed and psychological monitoring based on Psychology studies on the subject. For that, the keywords were researched: postpartum depression; psychology and diagnosis, on Scielo platforms; Pepsic and Lilacs respecting a time cut from 2009 to 2019. In all, 22 articles were selected for analysis, which pointed out as factors of vulnerability to PPD: hormonal changes in pregnancy, romanticization of motherhood, coping with breastfeeding, lack of family support, anxiety, stress, among other aspects. The articles also showed that the symptoms of PPD are numerous, which can include: irritability, sadness, guilt, insecurity, fear of not being able to take care of your child, nervousness, hypersensitivity, contradictory and irreconcilable feelings. According to the selected articles, psychological monitoring is necessary from the prenatal period, and the psychologist is responsible for providing support to the woman,

<sup>1</sup> Acadêmicos do curso de Psicologia do UNIVAG – Centro Universitário – MT

<sup>2</sup>Psicóloga docente do curso de Psicologia, pós-graduada no Programa de Residência Integrado Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com ênfase em atenção cardiovascular (PRIMSCAV) do Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM/UFMT)

offering a place to listen to her at all times of pregnancy, childbirth and postpartum, performing the perinatal screening, support for parents, participating in multiprofessional teams and being in charge of training for these teams.

**Key word:** Postpartum depression; Psychology; Practices; Diagnosis.

## INTRODUÇÃO

No presente estudo, abordamos a Depressão Pós-Parto, também chamada DPP, no intuito de compreender os fatores que podem contribuir ao seu desenvolvimento e também os que caracterizam sua ocorrência, no sentido de facilitar a discussão sobre a temática e pensar aspectos que podem auxiliar no diagnóstico precoce desse quadro e nas terapêuticas para com o público afetado, na grande maioria das vezes mulheres puérperas.

Segundo a Organização Pan-Americanas de Saúde (OPAS – Brasil, 2018), a depressão é caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa ou baixa autoestima, sono e apetite alterados, cansaço e falta de concentração. Quem sofre com essa condição pode também ter múltiplas queixas físicas sem nenhuma causa aparente. A depressão pode ser de longa duração ou recorrente, prejudicando substancialmente a capacidade das pessoas de serem funcionais no trabalho ou na escola, assim como a capacidade de lidar com a vida diária. Em seu estado mais grave, a depressão pode levar ao suicídio (OPAS, 2018).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) existem evidências que mostram alterações químicas no cérebro do indivíduo deprimido, principalmente com relação aos neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e, em menor proporção, dopamina), substâncias essas que transmitem impulsos nervosos entre as células. Ao contrário do que normalmente se pensa, os fatores psicológicos e sociais muitas vezes são consequência e não causa da depressão. De toda forma, a abordagem mais frequente da depressão a considera um fenômeno multifatorial, o que exige um olhar atento ao indivíduo o considerando um sujeito integral: biopsicossocial.

Um dos tipos de Depressão é a DPP, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), aponta que a depressão pós-parto é uma condição de profunda tristeza, desespero e falta de esperança que acontece logo após o parto. Raramente, a situação pode se complicar e evoluir para uma forma mais agressiva e extrema da DPP, conhecida como uma psicose pós-parto, onde ela traz inúmeras consequências ao vínculo da mãe com o bebê, sobretudo no que se refere aos aspectos afetivos.

“[...]Revela-se que o comportamento de mães deprimidas pode induzir o desenvolvimento de psicopatologias em seus filhos, ou seja, a DPP pode levar a circunstâncias de desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais” (FRIZZO; PICCININI, 2005; BRUM E SCHERMMAN, 2006; ASHMAN; DAWSON; PANAGIOTIDES, 2008; CARLESSO *et al.*, 2014; LOOSLI *et al.*, 2016 apud BRUM, 2017 p. 96).

Atualmente se observa na Classificação Internacional de Doenças (CID.10), uma tendência a considerá-la como um tipo de Transtorno do Humor, iniciado ou precipitado pelo puerpério (período pós-parto) (apud CAMPOS e RODRIGUES, 2015).

O puerpério se apresenta como uma etapa de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher, caracterizando-se como um período instável, que demanda a necessidade de um profundo conhecimento desta etapa na vida feminina, um fator essencial na determinação do limiar entre a saúde e a doença (COUTINHO e SARAIVA, 2008).

A presente pesquisa enfoca o olhar para a mulher, que frequentemente é associada à vivência desse quadro. No entanto, torna-se relevante a informação de que os homens também podem apresentar aspectos referentes a DPP e serem afetados por essa condição. O nascimento de um bebê tem sido associado a situações de estresses em algumas famílias, diante das mudanças de rotinas diárias referentes à gestação, ao parto e ao pós-parto. O incidente da Depressão materna, após o nascimento de um bebê, de acordo com Sotto-Mayor e Piccinini (2005 apud Saraiva e Coutinho, 2008), pode ser preocupante tanto para a mãe quanto para a criança, como também para a família uma vez que esse período tem sido enfatizado como propício para surgimento de problemas emocionais nas mães, destacando-se os transtornos psicoafetivos.

De acordo com Kaplan e Sadock (1990 apud Coutinho e Saraiva, 2008), entre 20% e 40% das mulheres tem sido demonstrado uma perturbação emocional ou uma disfunção cognitiva no período pós-parto. Nesta perspectiva, a experiência materna focalizada durante um puerpério merece ser compreendida e estudada, para que seja possível aprender o conhecimento oriundo vivência materna mediada pelo adoecimento psíquico (COUTINHO e SARAIVA, 2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2013 apud SILVEIRA, 2018), cerca de 10% das mulheres grávidas e 13% das puérperas apresentam um transtorno mental, e a depressão pós-parto pode atingir de 10 a 20% das puérperas. Já de acordo com a *American Psychiatric Association* (APA, 2014 apud IACONELLI, 2005), 50% dos episódios de depressão que ocorrem no puerpério se desenvolveram no início da gravidez. Além da DPP, existe também o *Baby Blues*, conhecido como estágio inicial que pode dar início a DPP. O que

distingue a DPP da Tristeza Materna (*baby blues, post-partum blues*) é a gravidade do quadro e o que ele tem de incapacitante, afetando a funcionalidade da mãe e pondo em perigo seu bem-estar e o do bebê (IACONELLI, 2005).

Os estudos apontam a relevância do tema que já pode ser considerado um problema de saúde pública, visto sua prevalência, sua complexidade e suas repercussões. Trata-se assim, de uma questão pertinente aos diversos profissionais de saúde que atuam junto a mulheres gestantes e puérperas.

O presente estudo tem por intuito contribuir, esclarecendo como acontece a DPP, o que a causa, possíveis modos de diagnosticá-la, a partir de pesquisa bibliográfica que enfoca a produção da Psicologia sobre o tema. O estudo tem também por intuito discutir a importância do trabalho do psicólogo e as práticas psicológicas possíveis a esse público. Para tanto, foram utilizadas as palavras-chaves: depressão pós-parto; psicologia e diagnóstico, pesquisadas nas plataformas Scielo; Pepsic e Lilacs respeitando o corte temporal de 2009 a 2019. A discussão dos dados coletados ocorreu com base nas teorias da Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar, que são referência para a atuação de psicólogos nos contextos de saúde.

## **PSICOLOGIA HOSPITALAR E DA SAÚDE**

A Psicologia da Saúde é uma área recente no Brasil e tem seu início demarcado na década de 70, em decorrência da reforma psiquiátrica que ampliou a possibilidade de participação da Psicologia no âmbito da saúde pública, principalmente em relação aos cuidados primários. Até então a Psicologia estava voltada a atendimentos clínicos individuais em clínicas particulares e dentro de instituições direcionadas a condições psiquiátricas. Após o movimento da reforma psiquiátrica e da consequente reivindicação da presença de psicólogos nos centros e postos de saúde, verificou-se que a prática psicológica poderia estar voltada não apenas ao viés curativo, mas também a ações preventivas e de promoção da saúde (VICTOR E AGUIAR, 2011).

A psicologia da saúde tem por objetivo a compreensão de como fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam na saúde e no processo de adoecimento dos indivíduos (APA, 2003 apud CASTRO e BORNHOLDT, 2004). Sua atuação se dá nos três níveis de atenção do Sistema Único de Saúde: primário; secundário e terciário, ou seja, pode abarcar vários contextos, desde hospitais a centros de saúde, a partir de práticas que visem pesquisa e intervenção junto a outros profissionais sanitários. De acordo com o Colégio oficial de Psicólogos da Espanha (COP, 2003 apud CASTRO E BORNHOLDT, 2004) a Psicologia da

Saúde pode ser pensada como uma disciplina que permite a aplicação de seus “princípios, técnicas e conhecimentos para avaliar, diagnosticar, tratar, modificar e prevenir os problemas físicos, mentais ou qualquer outro relevante para os processos de saúde e doença” (CASTRO E BORNHOLDT, 2004, p.49).

De acordo com Castro e Bornholdt (2004), a Psicologia da Saúde se vale do modelo biopsicossocial para pensar o processo de saúde-doença e tem o foco em atuar com indivíduos no seu cotidiano prevenindo riscos e promovendo saúde, ou seja, busca atuar antes da existência de um problema de âmbito sanitário, e por meio da educação para a saúde viabiliza a capacitação da própria comunidade para que possam transformar sua realidade.

A Psicologia da Saúde não está interessada diretamente pela situação que cabe ao foro médico. Seu interesse está na forma como o sujeito vive e experimenta o seu estado de saúde ou de doença, na sua relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo (BARROS, 1999 apud ALMEIDA e MALAGRIS, 2011). Por ainda ser uma área recente, muitos psicólogos desconhecem como podem atuar, apresentando ainda uma série de práticas descontextualizadas. É importante frisar que o psicólogo dessa área trabalha na promoção e na educação para a saúde, buscando compreender como é possível contribuir através da intervenção psicológica, para uma melhoria do bem estar dos indivíduos e das comunidades. A Psicologia da Saúde dá ênfase às intervenções no âmbito social e inclui aspectos que vão além do trabalho no hospital (BESTEIRO e BARRETO, 2003; GONZALEZ-REY, 1997 apud CASTRO E BORNHOLDT, 2004).

No Brasil confundem-se muito os termos Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar. No entanto a Psicologia hospitalar tem sua atuação centrada nos âmbitos secundários e terciários de atenção à saúde. De acordo com Simonetti (2004), a psicologia hospitalar é um campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento. O autor afirma também que o adoecimento se dá quando o sujeito é carregado de subjetividade e se depara com o “real”, denominado “doença” presente em seu próprio corpo. Ele também aponta, que o sujeito produz uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar tanto no paciente quanto na família e na equipe de profissionais, por isto a prática do psicólogo volta-se a todas essas figuras envolvidas na órbita do adoecimento, atuando por meio da escuta psicológica e do manejo situacional frente a situações concretas (psicoeducação, encaminhamentos, psicologia da ligação, análise institucional, etc.). Neste processo, também se considera a realidade institucional do hospital como aquela que afeta o sujeito ao despersonalizá-lo e por vezes reduzi-lo ao estigma do doente (ANGERAMI-CAMON, 1994).

Sabe-se que a gestação, apesar de não se caracterizar como um adoecimento passou desde século XX, de acordo com Nagahama e Santiago (2005), com a institucionalização da assistência, a ser acompanhada também em instituições de saúde. Sendo assim, as gestantes podem vir a sofrer no processo de internação com uma espécie de despersonalização de si. Ao abordar a gestação e as mulheres gestantes no hospital, a psicologia hospitalar está interessada nos aspectos psicológicos frente ao processo de pré-parto e parto, que pode abarcar muitas inseguranças, dúvidas e inclusive o medo da morte, e também aos aspectos que se manifestam no pós-parto/puerpério (ALMEIDA e ARRAIS, 2016).

No caso das gestantes torna-se importante apontar a existência do pré-natal no âmbito primário. O psicólogo inserido nos centros de saúde e programas de saúde da família (PSF) pode vir a contribuir com o esclarecimento, escuta de angústias, conflitos que envolvem esse momento muitas vezes de adaptação às mudanças da gestação (tanto psíquicas quanto biológicas), reestruturação frente a desejos, planos e inseguranças. Trata-se de um momento delicado que pode ser amparado pela ação da psicologia da saúde, que atua com foco na educação em saúde (LIVRAMENTO, 2019).

Neste sentido, o tema deste trabalho mostra-se de extrema relevância, pois habita o cotidiano das instituições de saúde. O psicólogo tanto na atenção primária quanto na secundária precisar estar atento a essas demandas e repensar práticas contextualizadas a elas.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo é uma pesquisa bibliográfica, qualitativa, de cunho exploratório descritivo, que tem como objetivo compreender os fatores que podem contribuir para o desenvolvimento da DPP, os sintomas que caracterizam sua ocorrência e como pode se dar a atuação da psicologia nesses casos. Para tanto, realizou-se uma revisão bibliográfica, da literatura produzida pela psicologia sobre o tema em questão.

Segundo Minayo (2001, p.21):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001).

A pesquisa descritiva tem como objetivo crucial a descrição das características de determinada população, ou estabelecimento de relações entre variáveis. Já as pesquisas exploratórias têm como principal função desenvolver, esclarecer e modificar os conceitos e

ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa, estas são as que apresentam menor rigidez no planejamento (GIL, 2002).

O estudo foi realizado através de pesquisa bibliográfica, que segundo Cervo e Bervian (1996), consiste em explicar um problema a partir de uma referência teórica publicada em documento, buscando conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado existente sobre um determinado assunto, tema ou problema.

Neste caso, para a realização da pesquisa bibliográfica foram utilizadas as seguintes palavras chaves: psicologia; depressão pós-parto e diagnóstico, que foram buscadas nas plataformas Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Pepsic) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), fragmentadas e cruzadas conforme detalhado na tabela 1, logo abaixo, no intuito de obter maiores resultados. O corte temporal delimitado para a coleta de dados foi de 2009 a 2019, que devido a uma pesquisa prévia para delineamento do projeto de pesquisa, apresentou um maior número de artigos sobre o tema.

Tabela 1: Número de publicações encontradas em cada base de dados por estratégia de busca, e o número de artigos incluídos.

Palavras-chaves/ tipo de Busca	Lilacs	PePSIC	Scielo	Total Inclusos para análise
Psicologia AND Depressão AND Pós-parto	54 encontrados	4 encontrados	2 encontrados	13 Lilacs 1 Pepsic 0 Scielo
Diagnóstico AND depressão AND Pós-parto	30 encontrados	1 encontrado	4 encontrados	3 Lilacs 1 Pepsic 0 Scielo
Depressão AND Pós AND parto	121 encontrados	33 encontrados	110 encontrados	6 Lilacs 5 Pepsic 0 Scielo

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

A seleção dos artigos para análise deu-se a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Nos critérios de inclusão consta a seleção de artigos científicos: dentro do corte temporal especificado; dentro das plataformas especificadas; artigos brasileiros e em português; artigos da psicologia sobre o tema; artigos com arquivo na íntegra disponível para acesso nas plataformas. Como critérios de exclusão temos: aqueles que não abarcam o tema do trabalho; que não são da área da psicologia; que não eram disponibilizados na íntegra nas plataformas

escolhidas; e aqueles que não se enquadram no corte temporal. Ademais, no caso de artigos duplicados em plataformas diferentes apenas foi considerado.

Detalhando a tabela um, no processo de busca das palavras-chaves por plataforma foram encontrados 205 artigos no site Lilacs, 38 no site Pepsic e 116 no Scielo, desses 359 artigos e através de uma leitura preliminar foram selecionados, 22 do Lilacs, 7 Pepsi e nenhum artigo do Scielo, um total de 29 artigos. Destes, foram excluídos 7, cujos artigos não foram encontrados para acesso ou não se relacionavam com o tema, restando 22 artigos para análise, que corresponderam aos critérios de inclusão já citados.

Através do gráfico abaixo é possível observar a porcentagem de distribuição dos artigos encontrados em cada base de dados a partir das combinações das estratégias de busca das palavras-chaves.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Em anexo, inserimos a tabela 2 na qual estão organizados os 22 artigos selecionados para análise de modo a explicitar o que estes dizem sobre os fatores que contribuem à DPP, os sintomas característicos da DPP e como pode se dar a atuação da Psicologia nesses casos.

Analisando a tabela em questão, enquanto fatores que contribuem ao desenvolvimento da DPP, os mais frequentemente citados pelos artigos selecionados são os de ordem psicológica, socioeconômico/cultural e de suporte social, ou seja, fatores biopsicossociais (ARRAIS, ARAUJO e SCHIAVO, 2018; ARRAIS e ARAUJO, 2016; CORRÊA e SERRALHA 2015; MORAIS *et al.*, 2017).

Segre *et al.* (2007 apud MORAIS *et al.*, 2015, p. 41) sobre a prevalência da DPP, “encontraram, como fatores preditivos, baixa renda, baixa escolaridade, baixo prestígio ocupacional, idade mais baixa, ser solteira e ter muitos filhos, sendo o nível de renda o fator mais significativo”.

Os autores abordam que as dificuldades no pós-parto recaem geralmente sobre o exercício das funções maternas e da construção de um espaço psíquico e real para o bebê (DE MORAES e CREPALDI, 2012; GREINERT e MILANI, 2015). Sousa, Prado e Piccinini, (2011) relatam que, a mãe sente-se incompetente para cuidar e fornecer o que a criança precisa, pois essa mãe idealiza uma maternidade perfeita, e ao se deparar com o bebê real, apresenta frustração frente a essa romantização da maternidade, idealizada ao longo da gestação. Através das manifestações e emoções como o bebê, assim como das representações sobre esse novo papel social de ser mãe, ela cria várias experiências inconscientes o que acaba gerando,

alterações biológicas e psíquicas, também bioquímicas e hormonais. Os autores afirmam que a irritabilidade, tristeza, sentimento de culpa, insegurança, medo de não ser capaz de cuidar do seu filho, nervosismo, tristeza, hipersensibilidade também vejo que caberia um ponto entre sentimentos contraditórios e inconciliáveis. Além disso, após o parto, também denominado puerpério, a ausência de descanso e a perda de sono constante, resultam em uma exaustão e alterações física, mental e complicações obstétricas, sendo um momento de bastante transformação, que podem deixar a mulher suscetível ao desenvolvimento da depressão pós-parto.

Segundo Maldonado (2002 apud KROB *et al.*, 2017) as mudanças na gravidez envolvem prós e contras, perdas e ganhos, trazem uma ambivalência de sentimentos para essas gestantes em relação ao bebê e a gestação em si. Por isso muitas mães têm dificuldade em aceitar a maternidade, ficando assustadas e perdidas diante dos primeiros cuidados com o filho.

A gravidez e o ser mãe são etapas críticas e de transição durante o desenvolvimento da personalidade da mulher. Por isso, nota-se o quanto difícil se torna o período, quando essas duas fases coexistem (DE MORAES e CREPALDI, 2012).

Por sua vez, alguns autores mostram a relação entre depressão materna e variáveis que dizem respeito à falta de apoio do parceiro e familiares sendo um importante fator de risco para o desenvolvimento da DPP (BRUM, GOMES E PICCININI, 2018; FRIZZO *et al.*, 2010; FRIZZO, 2011).

De acordo com Linares e Campo, (2000 apud FRIZZO, 2011), mães deprimidas têm uma exaltação do dever de cuidar do filho, como sua principal função naquele momento e, dedicam todo seu esforço aos cuidados com o bebê, como seria o esperado socialmente. É possível que todas suas ilusões, expectativas de proteção, bem como irritação e frustração por não conseguir cumprir suas supostas responsabilidades “[...] sejam então direcionadas para terceiros como, por exemplo, a família”. “Como resultado ela pode tentar negar seus sintomas para manter uma fachada aparente de que não há problema nos seus relacionamentos” (FRIZZO, 2011, p. 138).

Linares e Campo (2000 apud FRIZZO, 2011, p. 145) complementam que:

“Nas mulheres deprimidas se faria com base nas expectativas de proteção e de compensação das carências afetivas da família de origem. O depressivo desenvolve seus sintomas em uma atmosfera de desesperança, até sucumbirem de novo, no contexto conjugal, suas expectativas de obter a “nutrição emocional”. A expressão de desesperança e rancor seria instrumento potente para definir a natureza da relação, sempre e quando respeite a condição de manter as aparências” (LINARES e CAMPO, 2000 apud FRIZZO, 2011).

Para Frizzo *et al.* (2010), muitas vezes a depressão é deixada de lado pela própria mãe deprimida, companheiro ou familiares, que por vezes não conseguem identificar os sintomas, por apresentar cansaço e desgaste natural do processo do pós-parto, ou pelo acúmulo de tarefas domésticas e cuidados com o bebê. Portanto investigar como o relacionamento familiar e conjugal se estabelece em famílias em que a puérpera apresenta depressão é de grande importância, dado sua influência nos diversos aspectos dos relacionamentos do casal e da família.

Cantilino *et. al.*, (2010 apud KROB *et. al.*, 2017, p. 7) relatam:

“[...]que algumas mulheres podem apresentar um quadro de depressão mais grave, podendo causar incapacidade para o autocuidado e para o cuidado dos filhos, como por exemplo, a psicose pós-parto, sendo considerada a mais grave, e que acomete 0,1% das mulheres que acabaram de dar a luz” (KROB *et al.*, 2017).

Cesário e Goulart (2018, p. 81) defendem a hipótese de que a depressão pós-parto é uma produção subjetiva complexa que, “para além de apenas aspectos biológicos e hormonais, é configurada pela subjetividade individual da puérpera em questão, e pela subjetividade social”, que traz como padrão as experiências da maternidade aceitáveis pela sociedade, permitindo sentimento de frustração e culpa que caracterizam a representação social prevalente da depressão pós-parto.

Desse modo Cesário e Goulart (2018), citam que “[...] a normatização da maternidade acarreta no conseqüente exílio daquilo que difere desse ideal na esfera do patológico, ignorando a multiplicidade e singularidade dos processos subjetivos.”. E ainda, ressaltam que “[...] assim, a depressão pós-parto é, historicamente, produzida nessa relação de poder que termina por delimitar modos de viver e de existir no mundo” (VASCONCELOS, ZAGO, MACHADO e ROSS, 2011 apud CESARIO e GOULART, 2018, p. 83).

Para Hartman, Mendoza-sassi e Cesar (2017) mães com pouca escolaridade, que não mora com o companheiro, não esteja na sua primeira gestação, que pensaram em aborto, fizeram uso de álcool/tabaco, tiveram depressão anteriormente ou depressão na família, apresentam maior chance de desenvolver a depressão pós-parto. Em acréscimo ao exposto os autores Hartman Mendoza-sassi e Cesar (2017); Andrade *et al.*, (2017) citam que mulheres que não obtém um suporte social/familiar, manifestam um alto índice de fazer o uso do álcool e da maconha, podendo ser um grande fator para o desenvolvimento da depressão pós-parto.

A depressão pós-parto pode ser desenvolvida em fases diferentes do ciclo da gravidez e do puerpério, e quanto mais antecipadamente for identificada, maiores serão as possibilidades de prevenir e de minimizar os agravamentos dos sintomas. Já Arraias, Mourão e Fragalle

(2014), relata que todas as mulheres de todas as idades, classes sociais e todos os níveis escolares podem desenvolver a DPP. Desta forma, a identificação precoce da DPP se torna fundamental para que a mãe receba tratamento adequado. Mas, como pode se dar essa identificação precoce?

Os sintomas identificados nos artigos incluídos para análise, conforme exposto na tabela 2, são: a ansiedade, baixa autoestima, humor deprimido, anedonia, agitação ou retardo psicomotor, insônia ou hipersônia, mudanças significativas no peso e apetite, preocupação em cuidar do bebê, queixas somáticas, fadiga, cansaço, indecisão, pensamentos recorrentes de morte, tristeza, irritabilidade sentimentos de inutilidade e/ou culpa, capacidade diminuída de pensar e de concentrar-se, diminuição da feminilidade, distúrbio de sono, choro fácil, desalento, abatimento, instabilidade, anorexia, náuseas e perda do interesse sexual, entre outros. E, para a cerca de 36,3% dos teóricos os sintomas mais prevalentes são: alterações persistentes de humor, alterações no sono, choro frequente, (ANDRADE *et al.*, 2017; CORRÊA E SERRALHA, 2015; BRUM, GOMES E PICCININI, 2018; DE MORAES E CREPALDI, 2012; FRIZZO, 2011; KROB *et al.*, 2017; MORAIS *et al.*, 2015; FRIZZO *et al.*, 2019).

Segundo Krob *et al.* (2017), apresenta que a DPP é um transtorno de humor que afeta as mulheres após o parto, e traz que o mais leve de todos é o *Baby Blues*, conhecido também como tristeza pós- parto ou melancolia da maternidade (CANTILINO, ZAMBALDI, SOUGEY, e RENNO, 2010 apud KROB *et al.*, 2017 p. 7).

Segundo Kaplan e Sadock (1990 apud KROB *et al.*, 2017, p.7):

“Esse distúrbio pode ser caracterizada pela alteração de humor que acomete cerca de 50% das puérperas entre o terceiro e o quinto dia após o parto, e que geralmente some com os passar dos dias. Essa alteração de humor consiste em sentimentos de tristeza, choro, angústia e irritabilidade, e ocorre devido às mudanças hormonais, ao estresse durante o parto, e ao aumento da responsabilidade e expectativa frente à maternidade” (KAPLAN e SADOCK, 1990 apud KROB *et al.*, 2017).

Andrade *et al.* (2017) relatam que a insônia é um sintoma muito comum em mulheres no pós-parto, sendo um agravamento para o aumento do uso de álcool e maconha, pois devido a alguns efeitos relaxantes, essas substâncias podem ser utilizadas como indutor de sono a partir da automedicação.

De acordo com os autores Arrais Araujo e Schiavo, (2019), apesar das frequentes queixas depressivas na gravidez, a percepção e o manejo dos sintomas na gestação estão longe de receber atenção dos ginecologistas e obstetras, o que acaba sendo uma das preocupações em relação à DPP, pois dessa desatenção podem se desenvolver agravos e problemas futuros para mãe e bebê. A depressão pré-natal tem sido ignorada, não se dando o valor que requer, pois ela

é fator de risco para a depressão pós-natal e para o desenvolvimento DPP (PEREIRA e LOVISI, 2008 apud KROB *et al.*, 2017).

Analisando os artigos selecionados, obtemos uma divergência entre os autores, com relação ao período estabelecido para o aparecimento dos sintomas da DPP. Arrais, Araujo e Schiavo (2019); Greinert e Milani (2015) apontam que os sintomas da DPP começam a aparecer no 3º trimestre de gestação, em discordância, os autores Arrais, Mourão e Fragalle (2014), discorrem sobre outro período em que esses sintomas prevalecem, sendo esse período as quatro primeiras semanas após o parto. Brum (2017) aponta que o CID10 afirma que os sintomas podem aparecer até seis semanas após o parto e já o DSM IV alega que tais sintomas podem aparecer ainda na gestação e até quatro semanas após o parto. Outros artigos dizem ser ainda que as manifestações podem surgir até um ano após o parto (STEWART *et al.*, 2014 e MORAES *et al.*, 2017 apud BRUM, 2017).

Diante das análises realizadas pelos autores são muitos os sintomas que podem caracterizar o quadro de depressão pós-parto, e como vimos, o período em que esses sintomas se manifestam não é entendido em concordância pelos autores. Ademais, nota-se que muitos desses sintomas se assemelham aos da própria depressão e outras psicopatologias, essas imprecisões podem, a nosso ver, de alguma forma dificultar a identificação precoce da DPP.

Dentro dessa perspectiva, verifica-se a importância de se atentar ao histórico da paciente, e o contexto em que esses sintomas prevalecem a fim de identificar se existe correlação com a experiência da gestação, parto e pós-parto.

Além disso, dentre os artigos selecionados, 36,3% apresentam variadas técnicas que podem possibilitar o diagnóstico da depressão pós-parto, sendo elas; o questionário sociodemográfico, com perguntas fechadas referentes à idade, paridade, estado civil, escolaridade, atividade ocupacional e renda familiar. Temos o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), que segundo a tabela do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), no site do Conselho Federal de Psicologia (CFP), são propriedades psicométricas da versão em língua portuguesa do Inventário de Depressão de Beck, que segundo Arrais, Araujo e Schiavo (2019) Beck, é um questionário que possui 21 questões de múltipla escolha, aplicado para mensurar a rigidez da ansiedade de um sujeito, e suas questões variam sobre como o indivíduo tem transcorrido na última semana, mensurando que os “[...] sintomas comuns de ansiedade (como sudorese e sentimentos de angústia). Cada questão apresenta quatro possíveis respostas, e a que se assemelha mais com o estado mental do indivíduo deve ser sinalizada” (ARRAIS, ARAUJO E SCHIAVO, 2019 p. 26).

Outros dois tipos de técnicas de uso privativo do psicólogo apresentadas nos artigos, foram: o Inventário de Depressão de Beck - BDI II, é a escala original que traz como uma medida de auto avaliação, que “[...]consiste por 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, sobre como o indivíduo tem se sentido nas últimas semanas quanto aos sintomas depressivos como, desesperança, irritabilidade e culpa ou sentimentos de estar sendo punido, e sintomas físicos tais como; fadiga, perda de peso e diminuição da libido” (GORENSTEIN e ANDRADE, 1998, p.2). As respostas são contabilizadas em pontos, onde classificam o nível que se encontra a depressão categorizando entre eles, como; mínima, leve, moderada e severa (BECK E ALFORD, 2014; CUNHA, 2001 apud ARRAIS E ARAUJO E SCHIAVO, 2019).

E por último, não sendo de uso exclusivo da psicologia, e sendo mais aplicada por outros profissionais, temos a escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS), que parece com frequências nos artigos citados, pois é um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento de sintomas depressivos, e ele consiste em uma ferramenta de auto avaliação composta por 10 itens, “[...] dividido em 4 graduações, onde mede a presença e a intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias” (FIGUEIRA *et al.*, 2009, p. 81), sua utilidade é rápida e simples, o amplo uso da escala pode ser associado a um aumento nos índices de diagnóstico e tratamento da doença, minimizando assim seus possíveis efeitos deletérios sobre mãe e filho (FIGUEIRA *et al.*, 2009; FONSECA, SILVA e OTTA, 2010).

Os autores Arrais, Araujo e Schiavo (2018), em um dos artigos analisados, apontam que as técnicas apresentadas confirmam apenas parcialmente os fatores de risco e proteção citados pela literatura da área, o que leva a concluir que fatores individuais e subjetivos de cada mulher, a cultura em que está inserida, a qualidade das relações com sua rede de apoio afetam diretamente a vivência de sua maternidade e devem ser consideradas no processo diagnóstico.

Pensando sobre a complexidade da DPP e sobre a sua relevância e riscos, nota-se que é extremamente importante que o profissional psicólogo, como profissional de saúde mental que compõe as equipes interdisciplinares nas mais diversas instituições de saúde, possa considerar todas essas nuances sobre a DPP e refletir acerca de sua prática profissional no amparo a mulheres que vivenciam esse quadro, assim como ponderar sobre as possibilidades de enfrentamento da DPP ainda em caráter preventivo.

Cesário e Goulart (2018) apontam que o tratamento e cuidado fornecido a puérperas diagnosticadas com depressão pós-parto busca a eliminação dos sintomas e retorno vida “normal”, sem observar as produções subjetivas que levaram essa mulher a ser encaixada em tal diagnóstico. Nesse sentido, vemos que a Psicologia, interessada não apenas nos sintomas,

mas também na compreensão do sentido deles para a mulher, tem muito a contribuir por meio da escuta e apoio às mulheres e as equipes.

No artigo de Arrais, Araujo e Schiavo (2018) traz que em relação à DPP se torna essencial para a Psicologia o planejamento e execução de ações preventivas ainda na fase pré-natal, favorecendo a promoção do cuidado integral à gestante e puérpera, desprendendo-se da exclusividade do modelo biomédico e concretizando as diretrizes das políticas públicas mais recentes e os avanços nas áreas de Psicologia Clínica e da Saúde e até mesmo da Obstetrícia e Saúde da Mulher.

Assim sendo, cabe ao psicólogo, frente ao quadro de DPP, atuar de forma que possa auxiliar as mulheres que passam por esse quadro no apoio social, ajudar equipes na prevenção, planejar suportes psicológicos a família, planejar e executar ações preventivas, atuar no acolhimento e escutas, realizar rastreios perinatal afetivo e psicossocial assegurando o bem estar da gestante ainda na gestação e no pré-natal.

De acordo com todos os artigos apresentados na tabela 2 e analisados, 70% deles apresentam a importância de programas de intervenção desde o pré-natal como dito acima. Arrais, Mourão e Fragalle (2014, p. 251), sugerem um dos programas de atuação, como o “[...] pré-natal psicológico (PNP), no qual consiste em uma prática complementar ao pré-natal tradicional, voltado para maior humanização do processo gestacional, e se propõe a prevenir situações adversas potencialmente decorrentes desse processo”. Arrais, Araujo e Schiavo (2019), programam um estudo da implantação desse projeto do Pré-Natal Psicológico (PNP), sendo ofertado desde das redes primárias chegando até a terciária, como uma ferramenta de prevenção a DPP, podendo possibilitar a diminuição dos fatores apresentado acima, na vida da mulher.

Uma das formas também de atuação do psicólogo, conforme os autores De Moraes e Crepaldi (2012); Alvarenga *et. al.* (2016) e Prando (2012) é o espaço para a escuta onde a mãe sente necessidade de falar e ser ouvida como forma de alívio e buscando a possibilidade de dar sentido a sua experiência, resgatando elementos importantes, desde a gravidez e parto, auxiliando na elaboração de conflitos e podendo ajudar a mãe a lidar com a criança e a maternidade em todas as suas demandas.

A autora Brum (2017), apresenta em seu estudo que mesmo após o término do período considerado para o aparecimento da DPP, surgem novos casos, levando muitas mães a não serem diagnosticadas conforme os manuais oficiais, e em forma de encontrar uma solução a autora destaca três modelos como atuação, sendo eles; a relevância em efetuar o rastreio perinatal afetivo, possibilitando identificar mulheres com necessidades psicológicas podendo

assim proporcionar um tratamento antecipado assegurando o seu bem estar; proporcionar a prevenção do tratamento frente a sua doença e para finalizar um rastreio psicossocial, ofertando intervenções até aos seis meses após o nascimento possibilitando ser capaz de captar o início de novos casos (BRUM, 2017 p. 96).

Ressalta-se que as estratégias de atuação discutidas pelos autores vão de encontro com as perspectivas da psicologia da saúde exposta no referencial do trabalho. Analisamos durante a pesquisa o baixo número de estudos desenvolvidos pela psicologia sobre o tema, sendo este mais discutido pelas áreas da enfermagem, psiquiatria, medicina e nutrição. Ressaltamos assim, a importância de novos estudos da área da psicologia frente a essa temática que vem se mostrando cada vez mais prevalente e habitando os espaços em que o Psicólogo, principalmente da Saúde e hospitalar trabalham.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo objetivou compreender os fatores que influenciam o desenvolvimento da DPP; os sintomas da DPP, como pode se dar o diagnóstico e atuação da psicologia nesses casos. A partir de uma pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados Lilacs, Scielo e Pepsic com as palavras-chaves Psicologia; depressão pós-parto e diagnóstico; respeitando o corte temporal de 2009 a 2019, foram selecionados 22 artigos.

Conforme os estudos analisados, a depressão pós-parto está interligada também com históricos passados de depressão prévia ou na família, com a idade materna, a escolaridade, residir ou não com o cônjuge, nível socioeconômico, dificuldades de aceitar a gravidez, ansiedade, romantização da maternidade, vulnerabilidade social, mulheres que fazem o uso do álcool e da maconha por não obter o apoio social, a idealização perfeita com o aleitamento materno, a violência obstétrica e entre outros, podendo gerar sintomas, como: irritabilidade, tristeza, sentimento de culpa, insegurança, medo de não ser capaz de cuidar do seu filho, nervosismo, tristeza, hipersensibilidade, sentimentos contraditórios e inconciliáveis. Ressalta-se que não possui uma queixa exata para o real diagnóstico do surgimento da doença e sim um conjunto de fatores, que podem vir a desenvolver a DPP.

Diante disso, a atuação do psicólogo neste contexto é a de poder atuar frente à prevenção da DPP, ofertando a capacitação psicológica desde a equipe multidisciplinar até a família, dando suporte ao apoio social, acolhimento e a escuta. Uma das possibilidades mais apresentadas para o enfrentamento da DPP, nos artigos analisados, é a implantação dentro das políticas públicas da intervenção em programas de prevenção iniciando nos centros de saúde,

como: Unidade Básica de Saúde (UBS), a partir do pré-natal, até a maternidade. E também uma das formas de atuação do psicólogo, quando a DPP já está instalada, conforme De Moraes e Crepaldi (2012) traz é, o espaço para a escuta onde a mãe sente necessidade de falar e ser ouvida como forma de alívio e buscando a possibilidade de dar sentido a sua experiência, resgatando elementos importantes, desde a gravidez e parto, auxiliando na elaboração de conflitos e podendo ajudar a mãe a lidar com a criança e a maternidade em todas as suas demandas.

Com base, nos artigos apresentados, analisamos a escassez de estudos da área da psicologia frente à DPP, sendo um tema mais discutido pelas áreas de enfermagem, psiquiatria, medicina e nutrição. Ressaltamos a importância de obtermos mais estudos sobre essa DPP na área da psicologia que vem cada vez mais habitando as instituições de saúde e se mostrando uma demanda à atuação do psicólogo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Raquel Ayres de; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. A prática da psicologia da saúde. **Revista da SBPH**, v. 14, n. 2, p. 183-202, 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000200012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012)>

ALMEIDA, Natália Maria de Castro; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 4, p. 847-863, 2016. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000100251&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000100251&script=sci_abstract&tlng=pt)>

ALVARENGA, Patrícia et al. As relações entre depressão materna e relatos maternos acerca do envolvimento paterno: um estudo longitudinal. *Temas em Psicologia*, v. 24, n. 3, p. 911-925, 2016. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2016000300008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000300008)>

American Psychiatric Association. DSM-V. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5th ed. Porto Alegre: ARTMED; 2014.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar A. et al. Psicologia hospitalar: teoria e prática. São Paulo: Pioneira, 1994.

ANDRADE, André Luiz Monezi et al. Fatores associados à depressão Pós-Parto em mulheres em situação de vulnerabilidade social. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 13, n. 4, p. 196-204, 2017. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1806-69762017000400004&lng=en&nrm=is.&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-69762017000400004&lng=en&nrm=is.&tlng=pt)>

ARRAIS, Alessandra da Rocha; MOURÃO, Mariana Alves; FRAGALLE, Bárbara. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 251-264, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2014.v23n1/251-264/>>

ARRAIS, Alessandra Da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. **Revista Psicologia e Saúde**, p. 23-34, 2019. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2177-093X2019000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2177-093X2019000200003)>

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 4, p. 711-729, 2018. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-98932018000500711&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-98932018000500711&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. **Revista da SBPH**, v. 19, n. 1, p. 103-116, 2016. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582016000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100007)>

BRASIL Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. Ministério da Saúde Brasil. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/depressao>> Acesso em: 05 de Jun. de 2019.

BRUM, Evanisa Helena Maio de. Depressão pós-parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 17, n. 2, p. 92-100, 2017. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1519-03072017000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-03072017000200009&lng=pt&nrm=iso)>

BRUM, Evanisa Helena Maio de; GOMES, Aline Grill; PICCININI, Cesar Augusto. Proposta para análise da psicoterapia pais-bebê: evidências de dois casos. **Psico**, v. 49, n. 3, p. 304-316, 2018. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/28329>>

CAMPOS, Bárbara Camila de; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 46, n. 4, p. 483-492, dez. 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-53712015000400009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712015000400009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 05 jul. 2020.

CASTRO, Elisa Kern de; BORNHOLDT, Ellen. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 48-57, Sept. 2004. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-9893200400030000](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-9893200400030000)>

CERVO, Amado Luiz & BERVIAN, Pedro Alcino. *Metodologia Científica*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1996.

CESÁRIO, Rafaella Pinheiro; GOULART, Daniel Magalhães. Depressão pós-parto para além do diagnóstico: representações sociais e subjetividade. **Revista Subjetividades**, v. 18, n. 1, p. 79-91, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/6068/0>>

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque. Depressão pós-parto: considerações teóricas. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, dez. 2008. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S18082812008000300014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18082812008000300014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 11 jun. 2019.

CORRÊA, Fernanda Pavão; SERRALHA, Conceição Aparecida. A depressão pós-parto e a figura materna: uma análise retrospectiva e contextual. **Acta Colombiana de Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 113-123, 2015. Disponível em: <<https://editorial.ucatolica.edu.co/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/147>>

DE MORAES, Maria Helena Cruz; CREPALDI, Maria Aparecida. A clínica da depressão pós-parto. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 19, n. 1-2, p. 61-67, 2012. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/3041>>

FIGUEIRA, Patrícia et al. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 79-84, Aug. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000800012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 de Maio de 2020.

FONSECA, Vera Regina JRM; SILVA, Gabriela Andrade da; OTTA, Emma. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cadernos de saúde pública**, v. 26, n. 4, p. 738-746, 2010. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000400016](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400016)

FRIZZO, Giana Bitencourt et al. Depressão pós-parto: evidências a partir de dois casos clínicos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 1, p. 46-55, 2010. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722010000100007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722010000100007&script=sci_abstract&tlng=pt)

FRIZZO, Giana Bitencourt et al. Aspectos relacionais da depressão: o conceito de "honorable fachada" em dois casos clínicos. **Psicologia Clínica**, v. 23, n. 1, p. 133-155, 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-56652011000100009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-56652011000100009&script=sci_arttext&tlng=pt)

FRIZZO, Giana Bitencourt et al. Coparentalidade no Contexto de Depressão Pós-Parto: Um Estudo Qualitativo. **Psico-USF**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 85-96, janeiro de 2019. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712019000100085&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712019000100085&lng=en&nrm=iso). Acesso em 05 de julho de 2020.

GIL, Antônio Carlos, 1946- Como elaborar projetos de pesquisa Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GORENSTEIN, Clarice; ANDRADE, L. H. S. G. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev Psiq Clin**, v. 25, n. 5, p. 245-50, 1998.

GREINERT, Bruna Rafaela Milhorini; MILANI, Rute Grossi. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Psicologia: teoria e prática**, v. 17, n. 1, p. 26-36, 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872015000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000100003)

HARTMANN, Juliana Mano; MENDOZA-SASSI, Raul Andrés; CESAR, Juraci Almeida. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00094016, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000905013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000905013&script=sci_abstract&tlng=pt)

IACONELLI, Vera. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Revista Pediatria Moderna**. Minas Gerais, 2005, v. 41, n° 4.

KROB, Adriane Diehl et al. Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 3-16, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2177-093X2017000300001&lng=pt&nrm=i](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2177-093X2017000300001&lng=pt&nrm=i)

LIVRAMENTO, Débora do Vale Pereira do et al. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472019000100420&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472019000100420&script=sci_arttext)

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MORAIS, Maria de Lima Salum et al. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. **Estudos de psicologia (Natal)**, v. 20, n. 1, p. 40-49, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/epsic/v20n1/1413-294X-epsic-20-01-0040.pdf>>

MORAIS, Adriana Oliveira Dias de Sousa et al. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00032016, 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000605012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000605012&script=sci_abstract&tlng=pt)>

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, setembro de 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 de junho de 2020

OPAS Folha informativa – Depressão. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS – Brasil). Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095)> **Acesso em: 05 de Jun. 2019.**

PRANDO, Nadia Regina. Algumas considerações sobre a transferência num caso de depressão pós-parto em consulta terapêutica mãe-bebê. **Psicologia Revista**, v. 21, n. 2, p. 233-245, 2012. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/15136>>

SATEPSI. Lista dos Testes psicológicos aprovados, 2019. Disponível em: <<http://satepsi.cfp.org.br/imprimelistateste.cfm?status=1>>. Acesso em: 05 de Jul. 2020.

SILVEIRA, Mônica Silva et al. A depressão pós-parto em mulheres que sobreviveram à morbidade materna grave. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 378-383, Dec. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2018000400378&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000400378&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 de maio de 2020.

SIMONETTI, Alfredo. Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.

SOUSA, Daniela Delias de; PRADO, Luiz Carlos; PICCININI, Cesar Augusto. Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 24, n. 2, p. 335-343, 2011. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722011000200015](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000200015)>

VICTOR, Rita Meurer; AGUIAR, Fernando. A clínica Psicanalítica na Saúde Pública: desafios e possibilidades. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 40-49, 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932011000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 de maio de 2020.

**ANEXO 1 – TABELA 2**

Tabela 2: Catalogação dos artigos pesquisados e usados como base de dados.

<b>Referências (ANO)</b>	<b>Método e Amostra</b>	<b>Fatores que contribuem a DPP e sintomas da DPP.</b>	<b>Atuação da Psicologia</b>
------------------------------	-----------------------------	--	------------------------------

Alvarenga et al. (2016)	Um Estudo Longitudinal com mães, que realizavam o acompanhamento no pré-natal.	Fatores: perda significativa, estresse, episódio depressivo prévio, gravidez indesejada, dificuldades para lidar com o bebê devido ao temperamento deste ou a doenças, conflito marital, baixo apoio social e dificuldades econômicas Sintomas: depressivos	Apoio social
Andrade et al. (2017).	Questionário - com 102 puérperas que residiam no alojamento do Hospital Maternidade Escola da Cidade de São Paulo durante os primeiros dias após o parto.	Fatores: uso do álcool e da maconha e mulheres que não recebem um suporte social. Sintomas: alterações persistentes de humor deprimido, perda de interesse e/ou prazer por atividades diárias, alterações das funções vegetativas e psicológicas.	Auxiliar equipes na prevenção, planejar suporte, observar perfis.
Arrais, Araujo e Schiavo, (2019)	Pesquisa experimental de campo com gestantes do 3º trimestre de gestação, com 76 mulheres.	Fatores: Ansiedade e Depressão. Sintomas: insatisfação, inquietude, insegurança, medo, sentimento de incompetência, alterações do sono e tensão muscular.	Suporte psicológico a equipe e família. Prevenção.
Arrais, Mourão e Fragalle, (2014)	Pesquisa ação com 10 participantes.	Fatores: todas as idades, classes sociais e de todos os níveis escolares. Sintomas: a melancolia da maternidade (baby blues), a depressão pós-parto e a psicose puerperal.	Assistência psicológica, intervenção em grupo.
Arrais, Araujo e Schiavo, (2018)	Pesquisa ação com 198 gestantes.	Fatores: fisiológicos/ hormonais, psicológicos e sociais. Sintomas: Conforme DSM-V	Planejamento e execução de ações preventivas ainda na fase pré-natal, promoção do cuidado integral à gestante e puérpera.
Arrais e Araujo (2016)	Pesquisa de intervenção psicoeducativa realizada no âmbito hospitalar	Fatores: Fatores: crenças pessoais, familiares, sociais, culturais, limitações psicossociais. Sintomas: Não consta	Grupos de orientação.
Brum (2017)	Pesquisa qualitativa com revisão crítica da literatura.	Fatores: socioeconômicos, baixo nível escolar, paridade, dificuldade de aceitar a gravidez. Sintomas: não encontrado no artigo.	Realizar o rastreio perinatal efetivo e psicossocial, assegurar o bem-estar prevenir a cronicidade.
Cesario e Goulart (2018)	Pesquisa qualitativa.	Fatores: cultural-histórica, biológicos, hormonais. Sintomas: estado de morbidez, irritabilidade,	Estratégias de assistência por meio da

		choro frequente, baixa energia e motivação, falta de prazer e de interesse sexual, sentimento de desamparo e culpa, perda de concentração, bem como ideias de morte ou suicídio.	fala, acolhimento às experiências.
Corrêa e Serralha (2015)	Pesquisa exploratória - descritiva qualitativa, realizada com cinco mães.	Fatores: Idealização de uma maternidade perfeita, pressão da sociedade, alto estresse psicológico, falta de suporte, social, emocional e psicológico; Sintomas: perturbação emocional, humoral e reativa, desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, redução do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de idéias obsessivas, irritabilidade, choro frequente, sentimento de desamparo e desesperança, falta de energia ou fadiga, falta de motivação, sensação de ser incapaz de lidar com as mudanças que ocorrem, assim como presença de queixas psicossomáticas.	NÃO ENCONTRADO NO ARTIGO.
De Brum, Gomes e Piccinini (2018)	Estudo de caso, realizada com duas famílias.	Fatores: relações familiares. Sintomas: Psicofuncionais - como distúrbios de sono e alimentação, em angústias de separação, nos distúrbios de apego, nos distúrbios relacionais pais-bebê.	Psicodinâmicas, processo psicoterápico.
De Moraes e Crepaldi, (2012)	Revisão teórica.	Fatores: Sentimentos contraditórios, história individual, elaboração da perda do seu “bebê ideal” para o “bebê real”. Sintomas: Instabilidade emocional, lágrimas imotivadas, tristeza súbita e transitória, introversão, irritabilidade e cansaço.	Espaço para a escuta; Auxiliar na elaboração de conflitos; Ajudar a mãe a lidar com a criança e a maternidade em todas as suas demandas.
Fonseca, Silva e Otta (2010).	Questionários com mães gestantes, atendidas pela Unidade básica de saúde de São Paulo.	Fatores: perda significativa, estresse, episódio depressivo prévio, gravidez indesejada, dificuldades para lidar com o bebê, conflito marital, baixo apoio social e dificuldades econômicas. Sintomas: não encontrado	NÃO ENCONTRADO NO ARTIGO.
Frizzo et. al. (2010)	Estudo de caso, realizado com duas famílias.	Fatores: Fatores: problemas conjugais Sintomas: cansaço e desgaste natural	Psicoterapia familiar
Frizzo et. al. (2011).		Fatores: transição para a parentalidade, amamentação, disponibilidade de tempo, fragilidade. Sintomas: humor deprimido (triste ou irritadiço), perda de interesse por atividades, alterações no apetite e no sono, cansaço, dificuldade de concentração, sentimento de inutilidade e culpa, ideação suicida, pouco apoio e depreciação coparental, fragilidade na comunicação e no relacionamento da tríade mãe-pai-bebê.	Proposta de intervenção de apoio aos pais, intervenções visando o acompanhamento e o tratamento.
Frizzo et al.	Coparentalidad	Fatores: transição para a parentalidade,	Proposta de

(2019)	e no contexto de Depressão pós-parto: Um estudo qualitativo.	amamentação, disponibilidade de tempo, fragilidade. Sintomas: humor deprimido (triste ou irritado), perda de interesse por atividades, alterações no apetite e no sono, cansaço, dificuldade de concentração, sentimento de inutilidade e culpa, ideação suicida, pouco apoio e depreciação coparental, fragilidade na comunicação e no relacionamento da tríade mãe-pai-bebê.	intervenção de apoio aos pais, intervenções visando o acompanhamento e o tratamento.
Greinert e Milani (2015)	Pesquisa de cunho descritivo e qualitativo.	Fatores: despreparo, incapacidade ante a maternidade, idealização da maternidade, preocupação com a vida profissional e preocupação com a situação financeira. Sintomas: fisiológica, emocionais, medos, dúvida, angústia, nervosismo, tristeza.	Elaboração de novos programas de intervenção para contribuir na prevenção.
Hartman, Mendoza -sassi e Cesar (2017)	Questionários com mães, realizadas a cada 3 anos .	Fatores: Idade, multiparidade, escolaridade, sobrecarga da família. Sintomas: Transformações em nível hormonal, físico e emocional.	Suporte; apoio; acolhimento;
Krob et al. (2017)	Referencial bibliográfica revisado.	Fatores: construção social de um ideal de ser mãe, estresse emocional, desamparo familiar, depressão e ansiedade. Sintomas: alterações de humor, passividade e inquietude, alterações físicas, emocionais e hormonais.	Capacitação da equipe multidisciplinar.
Morais et al. (2017)	Pesquisa realizada com 1.140 mães no pré-natal.	Fatores: hormonal, físico, psicológico, familiar e social. Sintomas: depressivos e ansiosos	Apoio social.
Morais et al (2015)	Questionários padronizados a 462 mulheres.	Fatores: socioeconômico/ cultural e de suporte social, baixa renda, baixa escolaridade, baixo prestígio ocupacional, idade mais baixa, ser solteira e ter muitos filhos, sendo o nível de renda o fator mais significativo. Sintomas: rebaixamento do humor, redução de energia e da atividade, alteração na capacidade de experimentar prazer e concentração diminuída, podendo ser acompanhados por problemas de sono, diminuição da autoestima e sentimentos de culpa.	Apoio social; Ajudar a mulher a inserir-se em uma rede de apoio social e trabalhar o relacionamento conjugal.
Prando (2012)	Revisão bibliográfica.	Fatores: vivência da experiência de perda, dor e tristeza. Sintomas: humor alterado, irritabilidade, sentimento de desvalia, baixa motivação, além de transtorno alimentar e de sono, entre outros sintomas psicossomáticos.	Atendimento psicoterapêutico. Oferecer um lugar de escuta e acolhimento.
Sousa, Prado e Piccinini, (2011).	Estudo de caso realizado com duas mães.	Fatores: representações negativas acerca da maternidade, sentimento de incapacidade ao cuidar do bebê, pouco apoio do companheiro. Sintomas: ambivalentes	As escutas, planejamento e prevenção das representações maternas.

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras