

**Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC**

**Curso de Medicina**

**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Maternity Blues e sua possível evolução para depressão no período puerperal**

Gama-DF  
2021



(61) 3035-3900



[www.uniceplac.edu.br](http://www.uniceplac.edu.br)



Área Especial para Indústria  
Lote nº 02, Bloco A, Sala 304,  
Setor Leste, Gama, Brasília, DF  
CEP 72.445-020

**NÁDIA OLIVEIRA QUIRINO**  
**SUAHD SHAWQI HILAL NASER**

## **Maternity Blues e sua possível evolução para depressão no período puerperal**

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Medicina do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Orientadora: Profa. Esp. Valderêz de Souza Vergara Aguillón

Gama-DF  
2021



Q8m

Naser, Suahd Shawqi Hilal.  
*Maternity Blues* e sua possível evolução para depressão no período puerperal / Suahd Shawqi Hilal Naser, Nádía Oliveira Quirino. – 2021.

42 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC, Curso de Medicina, Gama-DF, 2021.

Orientação: Prof. Esp. Valderêz de Souza Vergara Aguillón.

1. *Baby blues*. 2. Puerpério. 3. *Maternity Blues*. I. Naser, Suahd Shawqi Hilal. II. Título.

CDU: 6



**NÁDIA OLIVEIRA QUIRINO  
SUAHD SHAWQI HILAL NASER**

**Maternity Blues e sua possível evolução para depressão no período puerperal**

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Medicina do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Orientadora: Profa. Esp. Valderêz de Souza Vergara Aguillón

Gama, 10 de junho de 2021.

**Banca Examinadora**

---

Profa. Esp. Valderêz de Souza Vergara Aguillón  
Orientadora

---

Prof. Me. Alessandro Ricardo Caruso da Cunha  
Examinador

---

Prof. Me. Flavio Jose Dutra de Moura  
Examinador



## RESUMO

**Introdução:** o puerpério, período pós-parto, é um momento de grande desafio e necessidade, pois as mulheres se adaptam às mudanças hormonais e físicas, se recuperam do parto, mudam as responsabilidades familiares e suportam a privação de sono, enquanto cuidam e nutrem seu recém-nascido. **Objetivo:** neste sentido, o objetivo do estudo é conhecer e caracterizar o puerpério e a Maternity Blues, analisando de que maneira este distúrbio psíquico nesta fase pode evoluir para o acometimento da depressão pós-parto. **Métodos:** pesquisa qualitativa, realizada por meio de revisão da literatura, mediante sites de busca como PubMed, SciELO e BestPractice, totalizando 38 artigos datados de 2005 a 2021. **Resultados:** o acompanhamento pós-parto é particularmente preocupante para mulheres com condições crônicas de saúde ou complicações na gravidez que enfrentam riscos de saúde a curto e longo prazo. Associada a este período está a Maternity Blues, que se trata de um transtorno do humor transitório incapacitante, historicamente negligenciado nos cuidados de saúde, deixando as mulheres sofrendo com medo, confusão e silêncio. **Conclusão:** as puérperas que apresentam Maternity Blues mais severa têm risco aumentado de desenvolvimento de depressão pós-parto. Existe uma tendência maior à repetição da depressão puerperal nas próximas gravidezes e mesmo fora da gestação. Não há na literatura seguimento adequado dessas pacientes que possa estabelecer um prognóstico acurado, especialmente em relação às várias formas de tratamento plausíveis.

**Palavras-chave:** Blues. Puerpério. Maternity Blues. Depressão pós-parto. Blues puerperal.



## ABSTRACT

**Introduction:** the puerperium, postpartum period, is a time of great challenge and need, as women adapt to hormonal and physical changes, recover from childbirth, change family responsibilities and support sleep deprivation, while caring and nurturing your newborn. **Objective:** In this sense, the objective of the study is to know and characterize the puerperium and Maternity Blues, analyzing how this mental disorder at this stage can evolve into the onset of postpartum depression. **Methods:** qualitative research, carried out through literature review, through search sites such as PubMed, SciELO and BestPractice, totaling 38 articles dated from 2005 to 2021. **Results:** postpartum monitoring is particularly worrying for women with chronic health conditions or pregnancy complications that face short- and long-term health risks. Associated with this period is Maternity Blues, which is a disabling transient mood disorder historically neglected in health care, leaving women suffering in fear, confusion and silence. **Conclusion:** postpartum women who have more severe Maternity Blues are at increased risk of developing postpartum depression. There is a greater tendency to repeat puerperal depression in the next pregnancies and even outside the pregnancy. There is no adequate follow-up of these patients in the literature that can establish an accurate prognosis, especially in relation to the various plausible forms of treatment.

**Keywords:** Baby Blues. Puerperium. Maternity Blues. Baby Blues. Puerperal blues.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|        |  |
|--------|--|
| BA     | Ativação comportamental BAI - Inventário de Beck Ansiedade                 |
| BDI    | Inventário de Beck de Depressão  |
| CID    | Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde |
| DPP    | Depressão pós-parto  |
| DSM-IV | Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais                        |
| EPDS   | Edinburgh Postnatal Depression Scale                                       |
| ISSL   | Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp                                 |
| PTM    | Processo de tornar-se mãe  |
| SPM    | Sucesso no papel materno   |
| TDM    | Transtorno depressivo maior  |
| TDP    | Transtorno depressivo persistente  |



## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>9</b>  |
| <b>1.1 Objetivos</b> .....  | <b>11</b> |
| <b>1.1.1 Objetivo Geral</b> .....                                   | <b>11</b> |
| <b>1.1.2 Objetivos Específicos</b> .....                            | <b>11</b> |
| <b>1.2 Justificativa</b> .....                                      | <b>12</b> |
| <b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....                                | <b>13</b> |
| <b>2.1 O puerpério</b> .....  | <b>13</b> |
| <b>2.1.1 Alterações fisiológicas</b> .....                          | <b>14</b> |
| <b>2.1.2 Adaptações psicológicas</b> .....                          | <b>17</b> |
| <b>2.2 Maternity Blues</b> .....                                    | <b>22</b> |
| <b>3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....                        | <b>29</b> |
| <b>3.1 Depressão puerperal como complicação do Baby Blues</b> ..... | <b>29</b> |
| <b>3.1.1 Fisiopatologia</b> .....                                   | <b>31</b> |
| <b>3.1.2 Fatores de Risco</b> .....                                 | <b>32</b> |
| <b>3.1.3 Diagnóstico</b> .....                                      | <b>33</b> |
| <b>3.1.4 Estudos sistemáticos</b> .....                             | <b>33</b> |
| <b>2.5 Queixa principal</b> .....                                   | <b>34</b> |
| <b>3.1.6 Acompanhamento psicológico no puerpério</b> .....          | <b>35</b> |
| <b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....                                 | <b>36</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | <b>38</b> |





## 1 INTRODUÇÃO

Desde os séculos XVII e XVIII, os transtornos psíquicos associados ao puerpério já eram identificados; eram relatados como casos de “insanidade puerperal” e surgiram, inicialmente, na literatura médica francesa e alemã (CANTILINO *et al.*, 2009, p. 278).

O puerpério é conceituado como o período do ciclo grávido-puerperal no qual ocorrem transformações locais e sistêmicas, advindas da gravidez e do parto no organismo da mulher, voltando ao cenário do estado pré-gravídico. Tem início cerca de uma a duas horas depois da retirada da placenta, possuindo término indeterminado, visto que no período de amamentação a mulher estará sofrendo mutações da gestação (lactância), seus ciclos menstruais, por exemplo, não retornam ainda, à normalidade. É possível, de forma didática, dividir o puerpério em três períodos, a saber: imediato (do 1º ao 10º dia), tardio (do 11º ao 42º dia) e remoto (a partir do 43º dia) (BRASIL, 2001).

O puerpério é uma fase da vida da mulher que requer uma avaliação minuciosa, compreende variadas alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental dessa paciente (CAMACHO *et al.*, 2006). Acontecem, também, súbitas mudanças nos níveis dos hormônios gonadais, nos níveis de ocitocina e no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, conectadas ao sistema neurotransmissor (CANTILINO *et al.*, 2009).

Além dessas variações, destacam-se algumas alterações fisiológicas, como: aumento da temperatura axilar nas primeiras 24 horas; transformações pós-parto no sistema cardiovascular devido à elevação do volume circulante, que pode ser detectado pela presença do sopro sistólico de hiperfluxo; recuperação da função original do padrão respiratório pela volta do diafragma às suas funções, que haviam sido limitadas pelo volume abdominal; por fim, ocorrência de modificação fisiológica no volume urinário devido à redistribuição dos líquidos corporais (BRASIL, 2001).

No período pós-gravídico, as oscilações do humor e volubilidade emocional são comuns, dessa forma, faz-se necessária a avaliação criteriosa do psicológico da mulher, a fim de que os



sintomas de intensa apatia ou de psicose puerperal possam ser identificados e tratados precocemente (BRASIL, 2001).

A tristeza puerperal é conhecida como Maternity Blues ou Postpartum Blues, tem por definição um transtorno de humor que ocorre no período puerperal e possui caráter brando e transitório, possui origem nos primeiros dias após o parto, persistindo até 10 dias depois. Esta condição é recorrente em até 85% das puérperas, a depender de critérios estabelecidos, e, ainda, é possível que o quadro venha a confundir os profissionais de saúde quanto ao diagnóstico de depressão pós-parto. Afirmam Cavalcante Júnior *et al.* (2015) que, por sua vez, a depressão pós-parto apresenta quadro e sintomas graves, originando-se mais tardiamente (entre 2 a 4 semanas após o parto), demandando diagnóstico precoce e conduta ativa.

Fatores como esgotamento emocional, temores durante a gestação, cansaço por privação do sono, ansiedade e preocupações com a imagem corporal contribuem para o aparecimento do Baby Blues. E como contribuição para a Depressão pós-parto, há fatores como a presença do Baby Blues no puerpério, a depressão pós-parto já vivenciada anteriormente em alguma outra gestação, o diagnóstico de depressão em pré-natal, estresse excessivo no período gravídico e/ou após o parto e falta de apoio social. Conforme Cavalcante Júnior e colaboradores (2015), ao verificar a presença de algum dos fatores de risco para depressão pós-parto, recomenda-se o uso de escalas de depressão, como a "Edinburgh Postnatal Depression Scale" ou a "Escala de Depressão Pós-Parto de Triagem", com a finalidade de orientação do diagnóstico precoce.

A depressão pós-parto é uma complicação da tristeza puerperal, uma vez que a identificação dos sintomas é tardia. Cerca de 50% das mulheres com esse transtorno não são corretamente diagnosticadas porque os profissionais de saúde desconsideram e não sabem avaliar os sintomas depressivos (WISNER *et al.*, 2006).

A quantidade de puérperas que exibiram sintomas depressivos, no período pós-gravídico imediato, ressalta a necessidade e a importância da capacitação dos profissionais de saúde em realizar uma avaliação do estado de humor da puérpera precocemente (MENEZES *et al.*, 2012), visto que os sintomas de sofrimento mental não reconhecidos ou não valorizados podem originar consequências imediatas e/ou tardias para a puérpera e o recém-nascido (BRITO *et al.*, 2015).



Considerando a grande prevalência da Maternity Blues em mulheres após o parto, é essencial prestar atenção aos principais sintomas da depressão na maternidade e implementar programas educacionais para profissionais de saúde e mães após o parto (REZAIIE-KEIKHAIE, *et al.*, 2020).

Neste sentido, o objetivo do estudo é conhecer e caracterizar o puerpério e a Maternity Blues, analisando de que maneira este distúrbio psíquico nesta fase pode evoluir para o acometimento da depressão pós-parto.

Para alcançar o objetivo proposto, buscou-se elucidar o conceito de puerpério, suas características destacando o transtorno psíquico, conhecido como Baby Blues; conhecer as manifestações clínicas do transtorno psíquico Maternity Blues; ressaltar a importância do diagnóstico precoce da alteração psíquica do puerpério como o Baby Blues e suas complicações em virtude do reconhecimento tardio, que é capaz de se transformar em depressão puerperal.

## 1.1 Objetivos

### 1.1.1 Objetivo Geral

Conhecer e caracterizar o puerpério e a Maternity Blues, analisando de que maneira este distúrbio psíquico nesta fase pode evoluir para o acometimento da depressão pós-parto.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Elucidar o conceito de puerpério, suas características destacando o transtorno psíquico, conhecido como Baby Blues;
- Conhecer as manifestações clínicas do transtorno psíquico Maternity Blues;
- Ressaltar a importância do diagnóstico precoce da alteração psíquica do puerpério como o Baby Blues e suas complicações em virtude do reconhecimento tardio, que é capaz de se transformar em depressão puerperal.



## 1.2 Justificativa

O tema possui relevância na área de saúde pública, social e acadêmica, em razão da importância de conscientizar e orientar os indivíduos desconhecedores do puerpério e as principais consequências psíquicas envolvidas nessa fase.

Acredita-se, pois, que as informações contidas no trabalho possam atualizar e informar o leitor sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce das alterações psiquiátricas. A pesquisa é possível de ser realizada, uma vez que existem várias referências bibliográficas que corroboram o referido assunto.

A abordagem transcultural para transtornos psíquicos pós-natais oferece uma oportunidade única, não apenas para testar hipóteses sobre as contribuições sociais e culturais para a etiologia das reações psicóticas e não psicóticas ao filho, mas também uma oportunidade para estudar as maneiras pelas quais os fatores sociais podem influenciar a evolução de psicopatologia. Também é possível que, em algumas sociedades, a família e o meio social desempenhem um papel importante em proteger os bebês dos efeitos adversos da doença pós-natal materna, mas as evidências são anedóticas. A pesquisa sistemática entre o meio social leva a um melhor reconhecimento das doenças maternas, bem como a uma melhor prevenção e gestão.



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O puerpério

Este capítulo descreve as principais alterações fisiológicas e psicológicas que ocorrem na mulher após o parto. Sucedem-se várias adaptações sistêmicas em todo o seu corpo. Além disso, a mãe e a família se ajustam psicologicamente ao acréscimo. O nascimento de uma criança muda a estrutura familiar e os papéis de seus membros. As adaptações são dinâmicas e continuarão evoluindo à medida que ocorram mudanças físicas e novos papéis emergjam.

O período cronológico conhecido como puerpério ou pós-parto é variável e acarreta modificações locais e sistêmicas no organismo da mulher, ocasionadas pela gravidez e parto. As transformações iniciadas no puerpério, com o objetivo de restabelecer o organismo da mulher de volta à situação não gravídica, não acontecem apenas nos aspectos genital e endócrino, e sim em sua totalidade (MORAES FILHO, 2006). O puerpério tem início cerca de uma ou duas horas depois da saída da placenta, sendo imprevisto o seu término, visto que enquanto a mulher amamenta, ela permanece sofrendo alterações advindas da gestação (lactância) (FEBRASGO, 2010).

No Brasil, as políticas públicas focadas em um olhar multidisciplinar para assistência às mulheres no período gravídico-puerperal vêm se ampliando, motivadas principalmente pelas taxas elevadas de cesarianas e pelo índice crescente de mortalidade materna e perinatal. O período gravídico-puerperal carrega expectativas e anseios tanto para a vida da mulher como de toda a estrutura familiar (BEZARES *et al.*, 2009).

Apesar das avançadas conquistas científicas na medicina, produzindo conhecimentos importantes na obstetrícia e proporcionando ao médico habilidades fundamentais em sua prática, elas necessitam ser potencializadas, abarcando, além de habilidades técnicas, uma compreensão dos processos psicológicos inseridos nesse período. Reconhecido como período de transição, o ciclo gravídico-puerperal apresenta mudanças nos aspectos fisiológico, psicológico e social, compreendendo transformações psíquicas importantes (FEBRASGO, 2010).



Embora a gestação, o parto e o puerpério sejam considerados períodos de bem-estar emocional para a mulher, representam também períodos de exposição a diferentes distúrbios emocionais e de maior vulnerabilidade aos transtornos mentais, quando comparados a qualquer outra época da vida (CANTILINO, 2010). Diante desse contexto de vulnerabilidade, observa-se o impacto potencial sobre o bem-estar da mãe, do recém-nascido e dos que os cercam.

### 2.1.1 Alterações fisiológicas

No período pós-gravídico, as oscilações do humor e volubilidade emocional são comuns, dessa forma, faz-se necessária a avaliação criteriosa do psicológico da mulher, a fim de que os sintomas de intensa apatia ou de psicose puerperal possam ser identificados e tratados precocemente (BRASIL, 2001).

O período pós-parto é um importante momento de transição para a mãe, para o recém-nascido e para a sua família do ponto de vista fisiológico e psicológico. O puerpério tem início, como verificado anteriormente, após a saída da placenta, e sua duração é indefinida, durando cerca de 6 semanas, conforme a literatura. Durante esse período, o corpo da mulher começa a retornar ao seu estado pré-gestacional; tais mudanças geralmente ocorrem até a sexta semana pós-parto (BECK, 2011). Entretanto, o período pós-parto pode incluir, também, transformações em todos os aspectos da vida da mulher que acontecem durante o primeiro ano após o nascimento do bebê. Alguns acreditam que o período de adaptação pós-parto dura o ano todo, fazendo com que o quarto estágio do trabalho de parto seja o mais extenso de todos. Tendo isso em mente, o período pós-parto verdadeiro pode durar entre 9 e 12 meses, enquanto a mãe luta para perder o peso que ganhou durante a gestação, ajusta-se psicologicamente às mudanças em sua vida e assume o seu novo papel de mãe (LEUNG; KAPLAN, 2009).

Esse período é marcado por diferentes acontecimentos divididos didaticamente desde a entrada no hospital, os primeiros contatos com o recém-nascido, a chegada em casa, o resguardo, a retomada das relações sexuais e as relações com o bebê nos primeiros meses. Pode ainda ocorrer





o mau puerpério ou o puerpério influenciado pela morte do feto ou por malformações congênitas que podem fazer o recém-nascido permanecer internado (CANTILINO, 2010).

O mais importante nesse período são os sintomas que não se ajustam à adaptação característica do puerpério e o desestruturam, tornando necessária a reorganização psíquica da mulher (CANTILINO, 2010).

Nesse cenário, é possível destacar a necessidade de abordar os aspectos emocionais – ansiedades, medos, mudanças nos vínculos afetivos – durante a gestação e o puerpério com a finalidade de prevenir, minimizar o sofrimento e elaborar psicologicamente os problemas mais emergentes, promovendo a ampliação do potencial de cuidados na prática clínica cotidiana. Desse modo, mantendo a atenção e a aptidão para lidar com as particularidades específicas desse período, tanto o médico como a equipe de saúde que assiste a mulher tendem a tornar singular, empática, intensa e mais humanizada a relação com suas pacientes e familiares. Portanto, a ampliação dessa prática traz à tona maior compreensão sobre os aspectos emocionais e um olhar sobre a saúde mental das gestantes.

Os profissionais da saúde que atendem a família que teve um filho deve considerar todos os aspectos culturais, incluindo a comunicação, o espaço e os papéis familiares. A comunicação engloba não só a compreensão da linguagem da pessoa e a sonoridade da fala, mas também o significado de toques e gestos. O conceito de espaço pessoal e as dimensões das zonas de conforto variam de uma cultura para outra. Tocar, colocar a paciente em proximidade com outros e tirar pertences pessoais pode reduzir a segurança pessoal da paciente e aumentar sua ansiedade (BECK, 2011).

Os profissionais precisam ser sensíveis ao modo como as pessoas reagem ao serem tocadas e devem abster-se de tocá-las se a resposta da paciente indicar que isso é indesejável. As normas culturais influenciam também os papéis, as expectativas e os comportamentos da família associados à posição do membro na família. Por exemplo, a cultura pode influenciar se o parceiro participa ativamente da gestação e do parto. Os profissionais envolvidos com cuidados de maternidade nos EUA esperam que todos os homens se envolvam, mas essa expectativa de papel pode conflitar com a de muitos dos diversos grupos que agora vivem no país. Norte-americanos de origem mexicana,



árabe, asiática e judeus ortodoxos, por exemplo, costumam ver a experiência do parto como um assunto estritamente feminino (PURNELL, 2014).

Apesar de provisório e essencial, do ponto de vista de alteração emocional o puerpério é considerado um período de maior fragilidade psíquica para a mulher. Corresponde a um estado de alteração emocional em que a mãe se liga intensamente ao recém-nascido, adaptandose e atendendo às suas necessidades básicas. Há um predomínio da comunicação não verbal, o que confere ao binômio inicial mãe-bebê pouca estruturação, mas grande intensidade emocional (PEDROSA, 2011).

Nesse período, a mulher costuma vivenciar muitas ansiedades e o surgimento de sintomas depressivos. A necessidade de amparo e proteção durante o período gestacional se mantém, os quais são por vezes confundidos com depressão patológica (CANTILINO, 2010).

Associados às perdas vivenciadas e à necessidade de adaptações da mulher após a chegada de um filho, observam-se estados de humor rebaixado – Baby Blues ou blues puerperal – transitórios, brandos e de curta duração, que, em razão das bruscas alterações hormonais e que resultam nas alterações de humor, acometem 70% a 90% das mulheres no puerpério. Nessa fase, é importante notar os sentimentos vivenciados:

- Vivência de lutos: como a mulher realizou a transição gravidez-parto-puerpério e as perdas percebidas em casa fase.
- Imagem corporal: construção/desconstrução; corpo grávido e não grávido; retorno ou não do corpo.
- Relação mãe-bebê: a transposição do bebê idealizado para o bebê real.
- Necessidades mãe-bebê: as necessidades adiadas ou mesmo não realizadas da mãe em função das do bebê.

Um quadro de alteração da saúde mental nesse período que causa grande preocupação é a depressão pós-parto (DPP) que tem início após 4 semanas do nascimento e está especificada como transtorno depressivo maior. Os sintomas incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo, desinteresse e desesperança, falta de energia e de motivação, desinteresse sexual,





alterações alimentares e do sono, não se considerar capaz de lidar com as novas situações e a presença de queixas psicossomáticas. A sintomatologia não difere de episódios sem relação com o parto; contudo, observa-se quadro de instabilidade de humor, como intensa preocupação com o bem-estar do bebê, variando de exagerada a delirante. Na vigência da DPP, também podem ser observados pensamentos de morte, ideação suicida e o sentimento de rejeição direcionado ao bebê (BECK, 2011).

É preciso dar atenção aos estados de depressão, ansiedade confusional e psicose puerperal que surjam de modo abrupto. Devem ser observados sintomas como insônia, inapetência, apatia, desinteresse pelo recém-nascido ou surgimento de ideias paranoides (ideias de que alguém quer prejudicar ou roubar o bebê). Cabe avaliar, de acordo com cada caso, a necessidade de acionar o psiquiatra para providenciar suporte medicamentoso associado à psicoterapia (PEDROSA, 2011).

### 2.1.2 Adaptações psicológicas

O processo de tornar-se mãe exige muito trabalho psicológico, social e físico. As mulheres experimentam maior vulnerabilidade e enfrentam enormes desafios conforme fazem essa transição. Os profissionais da saúde têm uma oportunidade extraordinária de ajudar mulheres a aprender, a ganhar confiança e a experimentar crescimento à medida que assumem a identidade de mãe (RICCI, 2019).

A transição para a maternidade/paternidade, embora seja um momento estimulante de celebração pela vida do filho, impõe aos genitores novos desafios como exaustão física, sobrecarga de desempenho e redução do tempo disponível para si mesmos e para os parceiros (VELOTTI, CASTELLANO, E ZAVATTINI, 2015). As experiências de gestação dos pais e das mães são necessariamente diferentes; essa diferença continua após o parto, conforme ambos se ajustam às suas novas funções de pais. Muitos casais têm muita dificuldade para se adaptar à paternidade/maternidade. A maternidade/paternidade envolve cuidar física e emocionalmente dos recém-nascidos para promover seu crescimento e o desenvolvimento de adultos responsáveis e afetuosos. Um conjunto substancial de pesquisas não encontra diferenças de base biológica entre



mães e pais em termos de sensibilidade aos recém-nascidos, de capacidade de prestar cuidados ou de aquisição das habilidades parentais. Após 15 minutos segurando um recém-nascido, os homens apresentam níveis elevados de ocitocina, cortisol e prolactina. Os níveis aumentados desses hormônios são iguais em homens e mulheres expostos a recém-nascidos (DAVIES, 2015). Outros membros da família do recém-nascido, como irmãos e avós, também passam por muitas mudanças em virtude do nascimento da criança. O contato mãe-filho logo após o nascimento melhora os comportamentos de apego (MERCER; WALKER, 2006).

Pressupõe-se que o parto seja o período mais alegre da vida de uma mulher. Ele envolve a experiência quase espiritual de dar à luz e ser capaz de dar vida a outro ser. Para muitos, pode ser um evento de mudança de vida, e ao longo dos séculos tem sido aguardado com entusiasmo e alegria, sendo referido como uma bênção. Na realidade, o parto e a criação dos filhos são muito estressantes, financeiramente desafiadores e emocionalmente desgastantes.

Muitas pessoas consideram o parto um momento de felicidade e bem-estar, contudo, as mulheres comumente apresentam alterações do humor nesse período. Isso pode incluir sensação de fadiga, irritabilidade ou preocupação e, com frequência, esses sintomas se tornam graves o suficiente para exigir intervenção médica. No período pós-parto, os transtornos de humor podem ser divididos em três entidades distintas, em ordem crescente de gravidade: tristeza, depressão pós-parto e psicose materna. No entanto, esses transtornos não foram claramente demarcados e não há um consenso a respeito de se são distúrbios isolados ou um transtorno único que varia ao longo de um espectro de gravidade (FINLEY EBRIZENDINE, 2015).

Até 85% das novas mães apresentam um transtorno de humor pós-parto de curta duração denominado “melancolia pós-parto” ou “melancolia materna” que se caracteriza por manifestações depressivas leves, ansiedade, irritabilidade, oscilações do humor, perda de apetite, transtornos do sono, crises de choro (frequentemente sem motivo aparente), aumento da sensibilidade e fadiga (FLYNN, 2015). A melancolia alcança seu máximo tipicamente no 4º e no 5º dia após o parto, pode durar horas ou dias e geralmente desaparece até o 10º dia. Embora esses sinais e sintomas possam ser angustiantes, não refletem uma psicopatologia e tipicamente não influenciam a



capacidade funcional da mãe nem a capacidade dela de cuidar do recém-nascido (BEZARES *et al.*, 2009).

A maternidade é um evento positivo e altamente antecipado para a maioria das mulheres. A sociedade construiu muitas imagens ideais de maternidade, criando padrões que as mulheres precisam atingir e, com frequência, preparando-as para o desapontamento. A maioria das mulheres consegue vivenciar essa incompatibilidade entre sua personalidade ideal e sua personalidade verdadeira e se adapta com discrepância mínima (ADAMS, 2015). A puérpera apresenta várias respostas conforme se ajusta ao novo membro da família e aos desconfortos do pós-parto, às mudanças em sua imagem corporal e à realidade das mudanças em sua vida. No início de 1960, Reva Rubin (1984) identificou três fases pelas quais uma pessoa passa durante o ajuste ao seu novo papel de mãe. A estrutura do papel materno de Rubin pode ser usada para monitorar o progresso da paciente conforme ela “experimenta” seu novo papel como mãe. A ausência desses processos ou a incapacidade de progredir ao longo das fases de modo satisfatório podem impedir o desenvolvimento adequado do papel materno (RUBIN, 1984). Embora as teorias de desenvolvimento do papel materno de Rubin sejam válidas, algumas das suas observações sobre a duração de cada fase podem não ser totalmente relevantes para a mulher contemporânea do século XXI. Atualmente, muitas mulheres conhecem o sexo do filho, “viram” o feto no útero por meio da ultrassonografia 4D e têm conhecimentos a respeito do parto e dos cuidados com a criança. São menos passivas do que no passado e progridem ao longo das fases para alcançar o papel materno em um ritmo muito mais rápido do que Rubin teria imaginado. Ainda assim, a estrutura proposta por Rubin é atemporal para avaliar e monitorar os comportamentos de papel esperados ao planejar os cuidados e intervenções adequadas.

Ricci (2019) descreve três fases de adaptação da puérpera à maternidade: dependente, dependente-independente e independente. A fase dependente é o momento imediatamente após o parto, quando a puérpera precisa dormir, depende de outras pessoas para satisfazer suas necessidades e revive os acontecimentos que envolveram o processo de parto. Essa fase tem por característica um comportamento de dependência. Durante as primeiras 24 a 48 horas após o parto, as puérperas muitas vezes assumem um papel muito passivo no cumprimento de suas próprias



necessidades básicas de alimentação, hidratação e repouso, deixando que o enfermeiro tome por elas as decisões em relação a atividades e cuidados. Passam o tempo contando sua experiência de parto para quem quiser ouvir. Essas ações ajudam a puérpera a integrar a experiência do nascimento à realidade – ou seja, a gestação terminou e o recém-nascido agora é um indivíduo único, separado dela. Ao interagir com o neonato, a puérpera gasta tempo afirmando que ele é seu e tocando-o, comumente identificando características específicas do recém-nascido, como “ele tem o meu nariz” ou “os seus dedos são longos como os do pai” (RICCI, 2019).

A fase dependente-independente, a segunda fase de adaptação materna, é caracterizada pelo comportamento materno dependente e independente. Essa fase começa tipicamente no 2º ou no 3º dia após o parto e pode durar várias semanas (PEDROSA, 2011).

Conforme a paciente recupera o controle sobre suas funções corporais durante os dias seguintes, ela vai se apegando e se tornando preocupada com o presente. Ela se preocupará particularmente com sua saúde, com a condição da criança e com sua capacidade de cuidar do filho. Ela demonstra maior autonomia e domínio do funcionamento de seu próprio corpo e um desejo de assumir o comando, com o apoio e a ajuda de outras pessoas. Ela vai mostrar independência cuidando de si mesma e aprendendo a cuidar de seu recém-nascido, mas ainda precisa da garantia de que está se saindo bem como mãe. Ela expressa forte interesse em cuidar sozinha da criança (RICCI, 2019).

Na fase interdependente, a terceira etapa de adaptação materna, a puérpera restabelece relações com outras pessoas. Ela se adapta à maternidade por meio de seu novo papel como mãe. Ela agora assume a responsabilidade e os cuidados do recém-nascido com um pouco mais de confiança (EDELMAN, KUDZMA E MANDLE, 2014). O foco dessa fase é seguir em frente, assumindo o papel de mãe e separando-se da relação simbiótica que ela e seu recém-nascido tiveram durante a gestação. Ela define um estilo de vida, que inclui o recém-nascido. A mãe abandona a criança da fantasia e aceita a criança real.

Os profissionais da saúde têm reconhecido a importância do processo de tornar-se mãe (PTM) desde o relato de Rubin sobre o sucesso no papel materno (SPM). As percepções da mãe em relação à sua competência ou confiança, ou ambas, na maternidade e em suas expressões de



amor por seus filhos incluíram a idade, o relacionamento com o pai da criança, a condição socioeconômica, a experiência de parto, o estresse experimentado, o apoio disponível, os traços de personalidade, o autoconceito, as atitudes relacionadas com a educação da criança, a tensão no papel, o estado de saúde, a preparação durante a gestação, as relações com a própria mãe, a depressão e a ansiedade. As variáveis infantis identificadas como sendo fatores que influenciam o SPM/PTM incluem a aparência, a capacidade de resposta, o temperamento e o estado de saúde (DIPIETRO *et al.*, 2015). Uma pesquisa mais atual levou à renomeação das quatro etapas pelas quais a mulher progride no estabelecimento de uma identidade materna na PTM:

1. Comprometimento, apego ao feto e preparação para o parto e a maternidade durante a gestação.
2. Entendimento/apego ao recém-nascido, aprender a cuidar da criança e restauração física durante as primeiras 2 a 6 semanas após o parto.
3. Seguir rumo à nova normalidade.
4. Chegar a uma identidade materna por meio da redefinição de si para incorporar a maternidade (cerca de 4 meses). A mãe sente-se autoconfiante e competente em suas habilidades como mãe e expressa amor e prazer em interagir com seu filho (MERCER E WALKER, 2006).

O trabalho da mulher na primeira etapa é comprometer-se com a gestação e com o parto seguro e cuidado de seu futuro filho. Esse compromisso está associado a uma adaptação positiva à maternidade. Durante a segunda fase – em que a mãe está colocando a criança em seu contexto familiar e aprendendo a cuidar de seu filho –, seu apego e atitude em relação a seu filho e sua autoconfiança ou senso de competência no papel de mãe, ou ambos, indicam consistentemente uma interdependência entre essas duas variáveis. Os cuidados prestados durante as duas primeiras fases são especialmente importantes para ajudar as puérperas que começam a ser mães. É necessário acompanhamento enquanto as puérperas evoluem em direção a uma nova normalidade e reconhecem que uma transformação de si mesmas no processo de tornarem-se mães pode continuar a reforçar as suas capacidades (MERCER, 2006).



Os profissionais de saúde que interagem com as pacientes por um longo período durante a gestação, o parto e durante o atendimento do recém-nascido ajudam a construir a competência materna. A gestação, o parto e o processo de assumir a maternidade representam coletivamente um período crítico de turbulência física e emocional na vida de uma mulher. A necessidade de uma abordagem holística do cuidado, que apoie a saúde física e emocional da mulher, é imperativa (SPITERI *et al.*, 2014).

A transição para teorias de maternidade (RUBIN E MERCER, 2014) descreve as mulheres em um papel prescrito, o de ser mãe e, na verdade, um tipo predeterminado de mãe.

Nesse sentido, a transição para a teoria de maternidade é centrada no recém-nascido/lactente.

Novas teorias precisam ser elaboradas e estas devem ser centradas nas mulheres e conceitualizar a mulher como alguém poderoso em sua própria vida.

## 2.2 Maternity Blues

O Maternity Blues (Blues Puerperal, Baby Blues) é considerado por Louzã Neto (2007) como a situação mais branda dentre os quadros depressivos, e seus sintomas originam a partir dos primeiros dias pós-parto, atingindo o seu pico por volta do quinto dia.

Já para Lacerda (2009, p.75) o blues é considerado uma variação de humor não patológica que se resolve dentro de 2 a 3 semanas após o parto. Cunningham *et al.* (2009), definem que o blues puerperal se trata de um estado de relatividade emocional aumentada e transitória, vivenciada por cerca de 50% das mulheres, e ocorre, geralmente, uma semana após o parto. Neste contexto, observa-se que, na literatura, a definição consensual do Baby Blues é a de: transtorno de humor de caráter brando e transitório em período puerperal (CUNNINGHAM *et al.*, (2009).

Lacerda descreve que as alterações hormonais do parto são consequências fisiopatologia do blues, muito embora exista na literatura conflito entre os autores acerca deste tema. O autor explicita ainda que as drásticas alterações hormonais advindas do parto, análise feita em seu estudo,





tiveram implicações no blues puerperal, não obstante demais estudos tragam resultados diferentes e conflitantes (LACERDA 2009).

Em relação aos fatores de risco diretamente relacionados ao Baby Blues, Cunningham *et al.* (2009) citam que:

Provavelmente se deve a certos fatores como esgotamento emocional depois da excitação e do medo vivenciado durante a gravidez e o parto; desconfortos comuns no puerpério imediato; fadiga por privação do sono; ansiedade quanto a capacidade de cuidar adequadamente do bebê; preocupações relacionadas com a imagem corporal.

A tristeza puerperal é conhecida como Maternity Blues ou Postpartum Blues, e as manifestações clínicas caracterizam-se por choro, irritabilidade e rápidas mudanças de humor. A incidência de Maternity Blues varia de 50 a 80% e, frequentemente, aparece entre o 3º e 10º dia pós-parto, é transitório e remite de forma espontânea em no máximo duas semanas, porém a condição pode evoluir para um transtorno grave (KAPLAN; SADOCK, 1999).

O primeiro estudo acerca da Maternity Blues foi publicado em 1962, e até hoje o tema é avaliado criticamente. Trata-se da depressão transitória frequentemente mencionada como um achado comum entre os partos. Pode apresentar desconforto físico e dificuldade psicológica no início da lactação, dor perineal e alterações hormonais (PITT, 1973), sendo considerado um fator de risco para a depressão pós-parto (AUSTIN *et al.*, 2007). As três principais condições psíquicas associadas ao parto são a tristeza da maternidade, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto (KUMAR, 1994).

Nesse sentido, podem ser mantidos espaços de trocas e escutas e oferecido o acompanhamento de uma equipe profissional que mantenha um bom contato com a paciente e considere suas queixas como possibilidades e realidades (CUNHA 2001). Ademais, podem ser propiciados momentos de avaliação para o diagnóstico de fatores de risco (rede de apoio social e familiar empobrecida, relacionamento conjugal insatisfatório, relacionamento conflituoso com a mãe, falta de apoio do pai do bebê e/ou gravidez não planejada, falta de suporte socioeconômico e transtornos de humor prévios, entre outros) e de proteção (gravidez planejada e/ou desejada, suporte familiar, relacionamentos saudáveis com mãe e com o pai do bebê e suporte socioeconômico). A realização de inventários (Inventário de Beck de Depressão [BDI] e de



Ansiedade [BAI]) e Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp [ISSL]) para alterações psiquiátricas, como para DPP, pode auxiliar o processo diagnóstico/prognóstico para a tomada de decisões (CARVALHO, 2012).

Pôde-se observar que o puerpério é uma fase da vida da mulher que requer uma avaliação minuciosa, compreende variadas alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental dessa paciente (CAMACHO *et al.*, 2006). Acontecem, também, súbitas mudanças nos níveis dos hormônios gonadais, nos níveis de ocitocina e no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, conectadas ao sistema neurotransmissor (CANTILINO *et al.*, 2009). Entender que o puerpério pode acentuar aspectos psicológicos corrobora a importância de manter o acompanhamento e/ou observar e avaliar possíveis alterações dos aspectos psicológicos sinalizados durante o ciclo gravídico-puerperal.

O intercâmbio entre o clínico ou obstetra e o psicólogo, revendo a capacidade de a paciente suportar a espera e a incógnita, promove a discussão quanto ao caminho de profilaxia em caso de desestruturação psíquica. É importante não desmentir a mulher e ajudá-la a lidar de modo adequado, ressignificando as vivências e acolhendo e validando seus sentimentos conforme as notícias são dadas em cada etapa vivenciada (REZAIE-KEIKHAIE *et al.*, 2020).

Ao se conhecerem os estressores, busca-se realizar o planejamento e a execução de ações preventivas de modo a favorecer o acompanhamento adequado – multidisciplinar se necessário – com uma rede de apoio da saúde emocional, familiar e social. Para isso são necessários acolhimento e trabalho multidisciplinar, humanizado, voltado para a melhoria da qualidade de vida, bem como da saúde mental da mulher e dos familiares durante todo o ciclo gravídico-puerperal (HIRST E MOUTIER, 2010).

Nos estudos de Bezares *et al.* (2009); Cantilino *et al.* (2010); Hirst e Moutier (2010), há a afirmação de que alguns fatores de risco para depressão pós-parto, como a ocorrência de depressão pré-natal e o Baby Blues cumprem um papel fundamental para a triagem da DPP. Para Scrandis *et al.* (2007) pode-se acrescentar ainda a: a incidência da depressão maior pós-parto ocorrida em uma gestação anterior, o histórico pessoal da mãe de depressão anteriormente à gravidez, traumas e estresses percebidos durante a gravidez e/ou pós-parto, bem como a falta de apoio social.





Para Hirst e Moutier (2010), o diagnóstico deve ser fortemente considerado quando há a ocorrência clássica de cinco sintomas, e também quando, na Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), a puérpera ultrapassa 12 pontos, apresentando sintomas que ocasionem disfunção social moderada a grave, informe qualquer indício ou relato de ideação suicida, como também apresente sintomas evolutivos por mais de 10 dias. Os mesmos autores observaram que é bastante provável o quadro evolutivo do Baby Blues para uma depressão pós-parto a partir da intensidade e da gravidade do humor deprimido da puérpera, quando ele se eleva em vez de reduzir durante o período propício à Maternity Blues. Já nos estudos de Ross *et al.* (2005), os autores relataram que há na literatura episódios comuns de DPP até 2 anos após o parto, e essa afirmação contrasta em termos com a descrição de Hirst e Moutier (2010), que em suas pesquisas verificaram que o período de ocorrência da DPP pode se estender por até 12 meses.

Não há clareza na literatura acerca da etiologia dos transtornos de humor durante o puerpério. Estudos indicam que algumas mulheres podem ter maior sensibilidade a alterações hormonais durante o ciclo menstrual e em eventos como menopausa, gravidez e puerpério, por exemplo (HIRST; MOUTIER, 2010). Afirmam Cantilino *et al.* (2010) que na transição para o puerpério, principalmente, há diversas alterações biológicas, psicológicas e sociais no corpo da mulher, e que as transformações hormonais possuem estreita relação ao blues puerperal. Conforme o estudo de Harris *et al.* (1994), o período de maior instabilidade hormonal acontece por volta do quarto ou quinto dia pós-parto, coincidindo com o período de maior intensidade na diminuição das concentrações séricas hormonais, especialmente de progesterona e também de estrógeno e de cortisol. Neste período, elevam-se também os níveis de prolactina.

Não obstante os achados de concentrações hormonais sérica, nos estudos de Harris *et al.* (1994), os autores apontam, ainda, uma associação envolvendo o Baby Blues e modificações na concentração de progesterona livre, como por exemplo, a mensuração de progesterona salivar. Esta reflete de forma precisa as concentrações plasmáticas do hormônio livre, independentemente das condições alteradas da saliva.

Durante a gravidez, a concentração elevada de progesterona e de seus metabólitos (especialmente alloprenanolone), traz propriedades sedativas e ansiolíticas, conforme Scrandis e



colaboradores (2007). No pós-parto acontece uma diminuição abrupta nos níveis de progesterona endógena, o que incorre no aparecimento de sintomas diversos como o transtorno de humor e insônia, por exemplo (ROSS *et al.*, 2005).

Harris *et al.* (1994) também observaram que as concentrações dos hormônios esteroides no líquido cefalorraquidiano possuem correlação direta com as concentrações plasmáticas de hormônio não ligado, assim, as concentrações salivares são capazes de refletir precisamente as concentrações no líquido cefalorraquidiano.

Observaram Cantilino *et al.* (2010) e Ross *et al.* (2005) que, no puerpério, as quedas acentuadas nos níveis hormonais gonadais possuem estreita relação com esse período de grande vulnerabilidade das mulheres, promovendo eventos de transtornos psiquiátricos. Ademais, ocorrem também modificações no eixo hipotálamo-hipofisário e alterações dos níveis de ocitocina. As oscilações de humor são ainda capazes de alterar a qualidade do sono, sendo que há uma maior incidência de queixas em relação à insônia em quadros depressivos (HIRST; MOUTIER, 2010).

Ross e colaboradores (2005) verificaram uma série de estudos na tentativa de revelar a macro arquitetura do sono mediante inquéritos de auto relato. Por meio desta pesquisa, foi possível identificar uma majoração na ocorrência de sonolência e insônia em púrpelas quando comparadas a mulheres não gestantes. Mesmo havendo estudos que demonstrem contradições ante estas conclusões, as pesquisas polissonográficas observadas pelos autores puderam verificar uma série de alterações que são características da má qualidade do sono na gravidez e no pós-parto.

Outro dado relevante verificado por Ross *et al.* (2005) e ratificado por Scrandis *et al.* (2007) é o de que os efeitos do sono REM (fase do sono distinta do sono profundo, na qual os olhos se movem rapidamente, devido ação do tálamo; nesta fase, a atividade cerebral é similar ao estado de acordado) são variáveis, conforme relatados de gestantes. Não foram encontrados estudos capazes de qualificar a sonolência com medidas objetivas, conforme os autores. Assim, Ross e colaboradores (2005) afirmam que são necessários mais estudos polissonográficos longitudinais a fim de confirmar a hipótese de que há relação direta entre a manifestação da DPP e as alterações na qualidade do sono.



Quanto à tomada de decisão em face à possibilidade de uma evolução do Baby Blues para a DPP, Scrandis e colaboradores (2007) verificaram um consenso entre os estudos analisados de que não há necessidade de tratamento medicamentoso para o Baby Blues. Em relação à depressão pós-parto, o tratamento pode ser híbrido em não medicamentoso e medicamentoso.

Basicamente a psicoterapia representa o tratamento não medicamentoso. Este tipo de tratamento, tanto individual como em grupo, tem sido efetivo de acordo com a literatura (HARRIS *et al.*, 1994; CANTILINO *et al.*, 2010). Os estudos de Hirst e Moutier (2010) e também os de Scrandis *et al.* (2007) observaram as modalidades de terapia interpessoal e de terapia cognitivo-comportamental, enfatizando-as no tratamento para a DPP, ambas foram consideradas amplamente efetivas, independentemente de serem realizadas individualmente ou em grupo. Já Cantilino *et al.* (2010) mencionam somente a psicoterapia cognitivo-comportamental, concluindo que ela possui eficácia semelhante à terapia medicamentosa, todavia, sem maiores benefícios quando utilizadas de forma combinada. Diferentemente, Bezares *et al.* (2009) e Hirst e Moutier (2010) observaram que há o benefício com a psicoterapia, tanto combinada com a terapia medicamentosa, quanto realizada de forma profilática.

Para Cantilino e colaboradores (2010), a primeira linha de tratamento para a DPP é a terapia medicamentosa. A medicação mais utilizada é do tipo inibidor seletivo da recaptção da serotonina, e também antidepressivos tricíclicos, todavia, não há evidência de maior efetividade entre uma classe e outra. Entretanto, há um destaque para os inibidores seletivos da recaptção da serotonina para tratar a DPP moderada a grave, em consequência de seus efeitos adversos favoráveis, bem como por causa da sua relativa segurança quando comparados aos antidepressivos tricíclicos. Conforme os estudos de Hirst e Moutier (2010), os fármacos Sertralina e Nortriptilina estão sendo mais utilizados e indicados nos estudos de tratamento.

Mencionam Hirst e Moutier (2010) que a partir do uso de Sertralina no pós-parto, estudos comprovaram a diminuição da ocorrência de depressão maior. No entanto, conforme os estudos de Scrandis *et al.* (2007), os inibidores de receptores da serotonina oferecidos às puérperas durante o terceiro trimestre incorreram, em alguns casos, na síndrome de abstinência. No entanto, é importante salientar que a maioria destes medicamentos é excretada no leite materno, e não há



estudos suficientes capazes de avaliar de forma correta quais as consequências de sua ingestão pelos recém-nascidos, sendo, portanto, necessário, que hajam mais pesquisas acerca dessa temática (HIRST; MOUTIER, 2010).

Assim, é de suma importância que se pondere os riscos e benefícios que envolvem cada medicamento, sendo, ainda, necessário que se realize uma terapia individualizada para cada paciente, considerando o quadro histórico da paciente e sua relação com os medicamentos. Conforme Scrandis *et al.* (2007), além da psicoterapia e do uso de medicamentos, outra alternativa para se tratar a DPP é a terapia com estrogênio. Como exemplo, tem-se a utilização de  $17\beta$ -estradiol sublingual, que vem proporcionando resultados positivos, quando utilizado a partir da primeira semana após o parto, em mulheres com concentração de estradiol sérico baixa. Há, também, estudos que sugerem a utilização de progesterona como tratamento da DPP, por causa de seus efeitos ansiolíticos e hipnóticos. No entanto, ainda há a necessidade de mais estudos para confirmações nessa área (SCRANDIS *et al.*, 2007).

Ross e colaboradores (2005) observaram que ainda se encontram em fase de estudo as terapias que buscam melhorar a qualidade do sono e do ritmo circadiano (luz-terapia, estimulação magnética, por exemplo) como adjuvante no tratamento da depressão pós-parto, porém, já apresentam resultados positivos. Assim, no futuro, tanto a hormonioterapia como as terapias para melhorar o sono, podem ser opções terapêuticas.

Observaram Scrandis e colaboradores (2007) que por meio de novas pesquisas elucidativas que relacionam o mecanismo hormonal os transtornos de humor no puerpério, uma perspectiva futura para tratamento da DPP é a utilização do tratamento hormonal.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo tem por finalidade levar o conhecimento sobre o puerpério e suas consequências no âmbito psiquiátrico. Ademais, objetiva-se ressaltar a importância da prevenção e do diagnóstico precoce da Maternity Blues que podem levar à depressão pós-parto.



Trata-se de uma revisão bibliográfica. Dado o caráter teórico-argumentativo do estudo, são consideradas obras, artigos, dissertações e teses em língua portuguesa e inglesa, realizadas desde 2005. As referências mais atualizadas têm prioridades e todas estão presentes nas bases BEST PRACTICE, SciELO, Springer Link e PUBMED.

Os critérios de inclusão selecionam materiais que possuem (i) os descritores da busca como parte do título; (ii) que se relacionam diretamente com o objetivo do estudo; e (iii) que estão direcionados para o puerpério, a Maternity Blues e a depressão pós-parto. Os critérios de exclusão incluem artigos que (i) não estão disponíveis na íntegra; e (ii) não oferecem informações relevantes para esta revisão.

Na apuração dos artigos é feita, primeiramente, uma busca com os descritores selecionados, seguido da leitura de todos os títulos e dos resumos. Quando identificada compatibilidade entre o conteúdo do artigo e o tema proposto, prossegue-se com a leitura na íntegra do manuscrito, selecionando aqueles que parecem mais relevantes para a pesquisa.

O método utilizado na pesquisa é o exploratório com abordagem qualitativa, o que permite diversas possibilidades de se estudar os fenômenos de áreas variadas envolvendo os seres humanos, bem como suas relações sociais.

Por fim, a monografia é o método adotado neste trabalho, tendo em vista que a pesquisa visa a análise do tema proposto em consonância com a literatura já existente e com a demanda de atualizações.

### **3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

#### **3.1 Depressão puerperal como complicação do Baby Blues**

Em psiquiatria, a depressão pode se referir a coisas ambíguas, como ao sintoma de depressão, mas também como menção genérica a algum dos diversos subtipos sindrômicos listados nos manuais diagnósticos, a exemplo do transtorno depressivo maior (TDM) ou do transtorno depressivo persistente (TDP). No campo das psicoterapias comportamentais, como a ativação





comportamental (BA), o termo depressão refere-se ao conjunto de comportamentos depressivos, como tristeza, diminuição de interações sociais, faltas ao trabalho, irritação, anedonia, ideações suicidas, ruminações, hipersonia e insônia. Dado repertório normalmente envolve uma combinação particular de comportamentos depressivos em cada pessoa (Martell *et al.*, 2001). Nesse sentido, a investigação clínica deve se ater ao caráter idiográfico individual do repertório de cada cliente, ainda que alguns sintomas sejam comuns a mais de um caso. Esses comportamentos adquirirão funções e topografias singulares conforme a história e o contexto em que eles atualmente ocorrem.

Considerando a grande prevalência da Maternity Blues em mulheres após o parto, é essencial prestar atenção aos principais sintomas da depressão na maternidade e implementar programas educacionais para profissionais de saúde e mães após o parto (REZAIE-KEIKHAIE, *et al.*, 2020).

A depressão pós-parto é uma complicação da tristeza puerperal, uma vez que a identificação dos sintomas é tardia. Cerca de 50% das mulheres com esse transtorno não são corretamente diagnosticadas porque os profissionais de saúde desconsideram e não sabem avaliar os sintomas depressivos (WISNER *et al.*, 2006).

A depressão pós-parto, embora há tempo reconhecida como entidade mórbida, não possui uma definição precisa; na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde (CID-10), aparece como (F53.0): “Transtornos mentais e comportamentais leves associados ao puerpério não classificados em outra parte, com início até seis semanas depois do parto” (FEBRASGO, 2010, p. 173). O DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais - Quarta Edição (APP, 2000), utiliza o especificador “com início no pós-parto” com intenção de incluir um episódio de depressão maior não psicótico dentro de 4 semanas após o parto. As nuances clínicas observadas nessa patologia não são contempladas da melhor maneira pelo conceito atual, visto que se acredita que o período intervalado temporal deveria ser estendido ao menos por noventa dias (WISNER *et al.*, 2010). Não obstante o dilema temporal, há dúvida no que diz respeito à heterogeneidade conceitual, visto que a definição não delimita de forma adequada a depressão propriamente dita, possibilitando algum grau de



superposição com a Maternity Blues, quadros psicóticos, transtornos bipolares e de ansiedade e também estresse pós-traumático.

Um número expressivo de mulheres em todo o mundo é atingido pela depressão puerperal, que possui prevalência de até 20% nos primeiros três meses do puerpério (GAVIN *et al.* 2005). Essa condição possui grande repercussão econômica, emocional e financeira, podendo alterar substancialmente a vida da mulher, influenciando no vínculo entre a mãe e o bebê, na relação conjugal e, até na atividade profissional. A depressão é uma calamidade que representa, nos Estados Unidos da América, a maior causa de internamento não obstétrico; nos anos 2000, 205.000 mulheres, entre 18 e 44 anos, obtiveram alta com esse diagnóstico (O'HARA, 2005).

A quantidade de puérperas que exibiram sintomas depressivos, no período pós-gravídico imediato, ressalta a necessidade e a importância da capacitação dos profissionais de saúde em realizar uma avaliação do estado de humor da puérpera precocemente (MENEZES *et al.*, 2012), visto que os sintomas de sofrimento mental não reconhecidos ou não valorizados podem originar consequências imediatas e/ou tardias para a puérpera e o recém-nascido (BRITO *et al.*, 2015).

### 3.1.1 Fisiopatologia

Não há uma definição correta de fatores etiológicos para a depressão pós-parto. Na literatura, acredita-se que há uma possível causa hormonal, vistas às transformações fisiológicas corporais da mulher, juntamente com o aspecto psicossocial do evento, em que o apoio do núcleo familiar, muitas vezes inadequado, é deliberativo no processo de enfrentamento das dificuldades ocasionadas pela necessidade de acolhimento do nascituro e do sentimento de inadequação experimentado por muitas puérperas (BECK *et al.*, 2011).

Conforme Leung e Kaplan (2006), a deficiência de elementos que formam as membranas ácido, os graxos n-3, que são, ainda, indispensáveis na comunicação celular, tem associação em diversas pesquisas, com uma incidência maior de DPP, assim como a deficiência de vitamina B12, vitamina D, selênio, ácido fólico, zinco e ferro. Existe, ainda, maior predisposição genética para a



vulnerabilidade emocional nesse período, todavia, conforme Segman (2010), a pesquisa é ainda incipiente.

### 3.1.2 Fatores de Risco

Uma grande quantidade de fatores psicossociais tem associação com a depressão pós-parto, dentre é possível destacar: a ocorrência de uma gravidez não planejada, ou indesejada, seguida, ainda da tentativa de abortamento frustrada; ambiente social inadequado, com suporte emocional insuficiente e/ou inexistente; situação financeira preocupante; ausência de núcleo familiar e de amigos; relacionamento conjugal inadequado, por vezes acontecendo sob violência física e emocional; Tudo isso é preponderante para a ocorrência da DPP, sendo estes os fatores mais fortes de risco. Ademais, por sua incipiente formação emocional, bem como pelas angústias atribuídas ao período de vida, a gestante adolescente também tem maior probabilidade de desenvolver a doença, visto, ainda que há, concomitante, a chance de menor aceitação social em relação às gestantes neste período de vida. Alguns fatores de menor importância também estão associados à DPP, como as patologias associadas à gestação, tais quais: as síndromes hipertensivas, a hiperêmese e o parto prematuro, bem como os partos operatórios – a fórceps ou cesariano (ROBERTSON *et al.*, 2004). A Tabela 1 aborda os fatores de risco, de acordo com sua natureza.

**Tabela 1 - Fatores de risco para depressão pós-parto**

| Psicossociais                        | Obstétricos             |
|--------------------------------------|-------------------------|
| Gravidez não planejada ou indesejada | Pré-eclâmpsia/eclâmpsia |
| Idade materna <18 anos               | Hiperêmese gravídica    |
| Depressão/ansiedade na gravidez      | Parto prematuro         |
| Baixo nível socioeconômico           | Parto cesáreo           |
| Histórico de doença psiquiátrica     | Parto a fórceps         |
| Eventos traumáticos                  | -                       |





**Tabela 1 - Fatores de risco para depressão pós-parto**

| Psicossociais                       | Obstétricos |
|-------------------------------------|-------------|
| Ausência de suporte social adequado | -           |
| Problemas conjugais                 | -           |

Fonte: Elaborada pelos autores com base em FEBRASGO, 2011.

### 3.1.3 Diagnóstico

Conforme a literatura, não há diagnóstico apropriado para cerca de metade dos casos pelos profissionais de saúde. Não há expressiva diferença do quadro clínico de depressão em outras fases da vida: humor depressivo, labilidade emocional, irritabilidade, perda de interesse pelas atividades rotineiras, sentimento de culpa, insônia e inapetência (SCIORILLI *et al.*, 2006). O diagnóstico é obtido por meio da aplicação da entrevista clínica estruturada para o DSMIV, feita, geralmente, por psiquiatra (FEBRASGO, 2010).

Em vista de sua confiabilidade e praticidade, também são utilizadas escalas autoaplicáveis, como o EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Score), implantado no Brasil desde no final da última década de 1980 (SANTOS *et al.*, 1999).

Entretanto, não há evidências conclusivas acerca do custo-benefício e utilidade clínica da triagem de depressão pós-parto, sendo necessário para a melhor avaliação estudos mais completos (HEWITT, 2009). O American College of Obstetricians and Gynecologists admite que triagem para a patologia tem potencial para beneficiar as pacientes, devendo ser considerada fortemente (COMMITTEE OPINION NO. 453, 2010).

### 3.1.4 Estudos sistemáticos

No início da década de 1960, foram realizadas duas investigações sistemáticas da sintomatologia dos transtornos depressivos a fim de se delinear o quadro clínico típico, e também para sugerir subgrupos típicos de depressão (GRINKER, *et al.* 1961.). No entanto, os estudos não



contavam com um grupo controle de pacientes psiquiátricos não depressivos para comparação, somente com pacientes em quadros de depressão, assim, não foi possível de se determinar quais conjuntos de sintomas eram característicos da doença ou de seus diversos subgrupos e quais estariam propícios de acontecer em qualquer paciente psiquiátrico ou até em indivíduos normais. Depois de se analisar as principais queixas, os sintomas depressivos foram descritos sob quatro aspectos principais: emocionais; cognitivos; motivacionais; físicos e vegetativos (BECK *et al.*, 2011).

Quanto a estes aspectos, observa-se, pois, na literatura, relatos de delírios e alucinações. Ademais:

Algumas dessas divisões podem parecer arbitrárias, e não resta dúvida de que alguns dos sintomas descritos separadamente podem apenas ser diferentes facetas do mesmo fenômeno. Não obstante, parece-nos necessário neste ponto apresentar a sintomatologia da maneira mais ampla possível, apesar da inevitável sobreposição. Segue-se uma seção sobre observação comportamental à categorização dos sintomas. As descrições nesta última seção foram obtidas pela observação direta do comportamento não verbal e verbal dos pacientes (BECK *et al.*, 2011, p. 22).

Nesta mesma pesquisa, o autor constatou que há poucos estudos sistemáticos que têm por objetivo delinear os sinais e sintomas característicos da depressão.

## 2.5 Queixa principal

Conforme Beck *et al.* (2011), a queixa principal dos pacientes deprimidos, muito embora possa sugerir uma perturbação física, frequentemente aponta para o diagnóstico de depressão. Mediante um habilidoso questionamento, geralmente é possível determinar se os sintomas relatados fazem parte de um diagnóstico de um quadro depressivo básico (BECK *et al.* 2011).

Assim, a queixa principal pode assumir formas diversas, como: estado emocional desagradável; mutações nas atitudes perante a vida; sintomas somáticos de ordem especificamente depressiva; sintomas somáticos atípicos na depressão. As queixas subjetivas mais comuns (LEWIS, 1969) incluem, ainda, declarações como: “Eu me sinto infeliz”, “Eu só me sinto sem esperança”, “Estou desesperado”, “Estou preocupado com tudo” (BECK *et al.*, 2011, p. 22).



Muito embora, em geral, a DPP seja considerada um transtorno afetivo, é necessário explicitar que nem todos os pacientes que sofrem dessa patologia descrevem uma mudança subjetiva de humor. Assim como em demais transtornos, a não existência de uma característica clínica importante não pode vir a descartar o diagnóstico do transtorno. Por exemplo, o paciente pode fazer as seguintes afirmações: “Eu não tenho mais objetivo algum”, “Eu não me importo mais com o que acontece comigo”, “Eu não vejo mais sentido em viver”. Às vezes a queixa principal é um sentimento de frivolidade com relação à vida (BECK *et al.*, 2011, p. 22).

### 3.1.6 Acompanhamento psicológico no puerpério

A mulher que não realizou o acompanhamento psicológico durante o pré-natal pode iniciá-lo no puerpério, e aquelas que tiveram a oportunidade podem dar seguimento, mantendo o mesmo objetivo da intervenção psicológica: proporcionar espaços de expressão dos sentimentos, medos e ansiedades, trocas de experiências, descobertas e informações, mediante uma escuta qualificada e diferenciada.

A psicoterapia interpessoal, a terapia psicodinâmica e a terapia cognitiva comportamental, são capazes de melhorar a sintomatologia da depressão pós-parto, todavia, de modo geral, conforme os estudos de Dennis e colaboradores (2007), não são tão efetivos quando comparados ao tratamento medicamentoso por meio de antidepressivos, além de demandarem mais tempo, a não ser que seja realizado com suporte intenso de profissionais como enfermeiras e parteiras, obtendo efeito protetor de 32% (DENNIS *et al.*, 2007).

Wisner e colaboradores (2006) desenvolveram um ensaio clínico randomizado no qual puderam comparar um antidepressivo tricíclico (nortriptilina) e um inibidor da recaptação de serotonina (sertralina) com placebo, e obtiveram 60% de resposta ao tratamento e um percentual de 50% de remissão pelo período de 4 semanas, não havendo diferença significativa entre os medicamentos utilizados. Para Moses-Kolko e colaboradores (2009) há temores relacionados ao prazo de uso de antidepressivos a longo por lactantes, todavia, nada pôde ser comprovado acerca dos efeitos deletérios sobre os lactentes. A utilização do estradiol natural como monoterapia, em



que pesem as considerações teóricas que encorajam seu uso, carece, ainda, de mais pesquisas que as respalde.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio desta pesquisa foi possível observar, mediante a literatura utilizada, que o Baby Blues, ou Maternity Blues, ou blues puerperal ocorre em até 85% das mulheres na fase do puerpério, sendo, muitas vezes, possível confundir seu quadro com o diagnóstico de depressão pós-parto. O mais importante nesse período são os sintomas que não se ajustam à adaptação característica do puerpério e o desestruturam, tornando necessária a reorganização psíquica da mulher.

Verificou-se que o puerpério é um período em que as mulheres passam por transformações físicas e psicológicas e modificações hormonais, e a atenção dada a esta fase pode permitir aos profissionais de saúde observar, compreender e atuar em face à evolução de transtornos de humor, seus sinais e sintomas, que podem levar a quadros graves de DPP.

Por meio da revisão de literatura, foi possível compreender os fenômenos analisados. O material utilizado indicou a necessidade de realização de mais pesquisas, tanto na fisiopatologia dos transtornos de humor que acontecem no puerpério, bem como nas formas de tratamento para o Baby Blues, medicamentosos ou não medicamentosos, e sua possível evolução para a depressão pós-parto.

O blues puerperal é considerado uma variação de humor não patológica que se resolve dentro de 2 a 3 semanas após o parto. Trata-se de um estado de relatividade emocional aumentada e transitória, e ocorre, geralmente, 1 semana após o parto.

As alterações hormonais do parto são consequências fisiopatologia do blues, muito embora exista na literatura conflito entre os autores acerca deste o tema. As drásticas alterações hormonais advindas do parto têm implicações no Baby Blues.

O tratamento do blues puerperal, conforme encontrado na literatura, não necessita de medicamentos, todavia, seu quadro é perfeitamente passível de evolução para a depressão pós-



parto, no qual o tratamento é dividido em não medicamentoso, envolvendo a psicoterapia, e medicamentoso, por meio da utilização de inibidores seletivos da recaptação da serotonina ou de antidepressivos tricíclicos.

Ante a novas pesquisas elucidativas que envolvem o tratamento para a melhoria do sono adjunto a tratamentos hormonais, ambos se apresentam como terapias úteis dentro de uma perspectiva futura nessa perspectiva.



## REFERÊNCIAS

ADAMS, M. (2015). **Motherhood: A discrepancy theory. Research and Theory for Nursing Practice**, 29(2), 143–157.

AMERICAN PSYCHIATRIC PUBLISHING (APP). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed. Association AP, editor: American Psychiatric Publishing, Inc; 2000.

BECK, Aaron T. **Depressão** [recurso eletrônico]: causas e tratamento / Aaron T. Beck, Brad A. Alford ; tradução: Daniel Bueno ; revisão técnica: Elisabeth Meyer. – 2. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2011.

BEZARES, B.; SANZ, O.; JIMENEZ, I. **Patologia puerperal**. An. Sist. Sanit. Navar, Pamplona, v. 32, p.169-175, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es)>. Acesso em 19 mai. 2021.

BOWERS, P.; CEBALLOS, K. (2015). **Cultural perspectives in childbearing**. Nurse.com, disponível em: <<http://ce.nurse.com/course/ce263-60/cultural-perspectives-in-childbearing/>>. Acesso em 3 abr. 2021.

BRITO, C. N. O.; ALVES, V. A.; LUDERMIR, A. B.; ARAÚJO, T. V. B. A. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 33, 2015.

CANTILINO, A.; ZAMBALDI, C. F.; SOUGEY, E. B.; RENNÓ JUNIOR, J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 6, n. 37, p. 278-284, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010160832010000600006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832010000600006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em 19 mai. 2021.

CARVALHO, Gutemberg Jailson Rocha de. **Análise das condições do estresse em pacientes com diagnóstico de doença cardiovascular**. - Manaus: UFAM, 2012.



COMMITTEE OPINION NO. 453: Screening for depression during and after pregnancy. **Obstet Gynecol.** 2010 Feb;115(2 Pt 1):394-5.

CUNHA, Jurema Alcides. **Manual da versão em português das escalas Beck.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DENNIS, C.; ROSS, L.; GRIGORIADIS, S. Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. **Cochrane Database Syst Rev.** 2007(3):CD006309.

DIPIETRO, J. A.; GOLDSHORE, M. A.; KIVLIGHAN, K. T.; PATER, H. A.; COSTIGAN, K. A. (2015). The upsand downs of early mothering. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, 36(3)94–102.

EDELMAN, C. L., KUDZMA, E. C., & MANDLE, C. L. (2014). **Health promotion throughout the life span** (8th ed.). St. Louis, MO: MosbyElsevier.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério Manual de Orientação.** Comissões Nacionais Especializadas Ginecologia e Obstetrícia. FEBRASGO, 2010.

FINLEY, P. R., BRIZENDINE, L. (2015). Enhancing our understanding of perinatal depression. **CNS Spectrums**, 20(1), 9–10. Flynn, R. (2015).

GAVIN NI, GAYNES BN, LOHR KN, MELTZER-BRODY S, GARTLEHNER G, SWINSON T. **Perinatal depression:** a systematic review of prevalence and incidence. **Obstetrics and Gynecology.** 2005 Nov;106(5 Part 1):1071- 83.

GRINKER R, MILLER J, SABSHIN M, NUNN R, NUNNALLY J. **The Phenomena of Depressions.** New York, Hoeber;1961.





HEWITT C, GILBODY S. Is it clinically and cost effective to screen for postnatal depression: a systematic review of controlled clinical trials and economic evidence. **BJOG**. 2009 Jul;116(8):1019-27.

HIRST, K. P.; MOUTIER, C. Y. **Postpartum major depression**. American Family Physician, California, v. 82, n. 8, p. 926-933, 15 out. 2010. Review. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2010/1015/p926.html> >. Acesso em 19 mai. 2021.

LACERDA, A. L. T.; QUARANTINI, L. C.; MIRANDA-SCIPPA, A. M. A.; PORTO, J. A. **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LEUNG B, KAPLAN B. Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link--a review of the literature. **J Am Diet Assoc**. 2009 Sep;109(9):1566-75.

MENEZES, F. L.; OLIVEIRA, A. M. N.; LEMOS, L. A. P., SILVA, P. A., KERBER, P. C., SILVA, M. R. S. Frequência da depressão puerperal na maternidade de um hospital universitário da Região Sul. **Revista Electrónica Trimestral de Enfermería**, v. 27, p. 419429, 2012.

MERCER, R., & WALKER, L. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, 35(5), 568–582.

MOSES-KOLKO E, BERGA S, KALRO B, SIT D, WISNER K. Transdermal estradiol for postpartum depression: a promising treatment option. *Clin Obstet Gynecol*. 2009 Sep;52(3):516-29. 16 - Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. **Am J Obstet Gynecol**. 2009 Apr;200(4):357-64.

O'HARA M. Postpartum depression: what we know. **J Clin Psychol**. 2009 Dec;65(12):125869.

PEDROSA, Ana Maria Ferreira. **Competências das puérperas no cuidar do recém-nascido: estudo de factores associados**. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de





Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia  
COIMBRA, Setembro de 2011.

REZAIIE-KEIKHAIE, K.; ARBABSHASTAN, M.E.; RAFIEMANESH, H.; AMIRSHAHI, M.; OSTADKELAYEH, S.M.; ARBABISARJOU, A. Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. **J ObstetGynecol Neonatal Nurs**, 2020.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

ROBERTSON E, GRACE S, WALLINGTON T, STEWART DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. **General Hospital Psychiatry**. 2004 Jul-Aug;26(4):289-95.

ROSS, L. E; MURRAY, B. J.; STEINER, M. Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. **Journal of Psychiatry & Neuroscience**, Toronto, v. 30, n. 4, p. 247-256, 2005.

Review. Disponível em: < <http://jpn.ca/vol30-issue4/30-4-247/>>. Acesso em 19 mai. 2021.

RUBIN, R. (1984). **Maternal identity and the maternal experience**. New York, NY: Springer.

SANTOS MFSd, MARTINS FC, PASQUALI L. Escalas de depressão pós-parto: estudo no no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 1999;26(2):5.

SCIORILLI CR, SCARAMBONI CF, SYLVIA RC, AMAURY C, KARINA GB, ÉRIKA B, *et al*. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 2006;33(2):10.

SCRANDIS, D. A.; SHEIKH, T. M.; NIAZI, R.; TONELLI, L. H.; POSTOLACHE, T. T. Depression after Delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations. **Scientific World Journal**, Washington, D.C., v. 7, p. 1670-1682, 22 out. 2007. Review. Disponível em: <<http://www.hindawi.com/journals/tswj/2007/354680/abs/>>. Acesso em 19 mai. 2021.



SEGMAN R, GOLTSEY-DUBNER T, WEINER I, CANETTI L, GALILI-WEISSTUB E, MILWIDSKY A, *et al.* Blood mononuclear cell gene expression signature of postpartum depression. **Mol Psychiatry**. 2010 Jan;15(1):93- 100, 2.

SPITERI, G., BORGXUEREB, R., CARRICK-Sen, D., KANER, E., & MARTIN, C. R. (2014). Preparation for parenthood: a conceptual analysis. **Journal of Reproductive & Infant Psychology**, 32(2), 148–165.

VELOTTI, P., CASTELLANO, R., & ZAVATTINI, G. C. (2015). Adjustment of couples following child birth. **European Psychologist**, 16, 1–10.

WISNER K, MOSES-KOLKO E, SIT D. Postpartum depression: a disorder in search of a definition. **Arch Womens Ment Health**. 2010 Feb;13(1):37-40.

WISNER KL, HANUSA BH, PEREL JM, PEINDL KS, PIONTEK CM, SIT D KY, *et al.* Postpartum depression: A randomized trial of sertraline versus nortriptyline. **Journal of Clinical Psychopharmacology**. 2006 Aug;26(4):353-60.

WISNER, K.; CHAMBERS, C.; SIT, D. K. Y. Postpartum depression: A major public health problem. **Journal of the American Medical Association**, v. 6, p. 2616-2618, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**: World Health Organization; 2007. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> (acessado em 01/04/2010).

