



UNIVERSIDADE DE UBERABA

CURSO DE PSICOLOGIA

**PRÉ NATAL PSICOLÓGICO: O PAPEL DO PSICÓLOGO NA PREVENÇÃO
DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Anna Clara Reis

UBERABA - MG
2022

Anna Clara Reis

**PRÉ NATAL PSICOLÓGICO: PAPEL DO PSICÓLOGO NA PREVENÇÃO DA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade de Uberaba
como requisito parcial para obtenção do
título de bacharel no Curso de Psicologia.

Orientadora: Prof^a Me. Jéssika
Rodrigues Alves.

UBERABA - MG
2022
DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos profissionais de
saúde que acreditam na importância de um
trabalho humano, respeitoso e afetuoso.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à minha família, que sempre estiveram presentes e acreditaram na minha capacidade, me proporcionando essa oportunidade de crescimento profissional e pessoal, me dando forças para continuar mesmo nas situações mais difíceis.

Agradeço também à minha filha, Liz, minha força diária e incentivo, que me fez enxergar a maternidade e a gravidez com outros olhos. Esse é só o nosso começo.

Agradeço ao meu namorado pela paciência, incentivo, pela força deixando essa trajetória mais leve.

Agradeço também às pessoas que cruzaram meu caminho durante o percurso da graduação, os quais me transmitiram seus conhecimentos e me fizeram evoluir como profissional. Aos funcionários da Universidade de Uberaba e corpo docente do curso de Psicologia que trouxeram afeto e aconchego mesmo em um ambiente, muitas vezes, desgastante e que me fizeram apaixonar ainda mais pela profissão.

Deixo um agradecimento especial à minha orientadora, Mestre Jéssika Alves, por toda dedicação, paciência, apoio e empenho dedicados ao meu trabalho.

Por fim, agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão desta etapa da minha vida.

SUMÁRIO

RESUMO	7
1. INTRODUÇÃO	7
2. MÉTODO	9
2.1 TIPO DE ESTUDO	9
Bases Indexadoras	10
Critérios de inclusão e exclusão	10
3. RESULTADOS E DISCUSSÕES	10
3.1 TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS PUERPERAIS	10
3.1.1 A disforia puerperal	11
3.1.2 Depressão pós-parto	11
3.1.3 Psicose Puerperal	12
3.2 ETIOLOGIA E FATORES QUE INFLUENCIAM A DEPRESSÃO PÓS- PARTO	13
3.3 IMPACTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ	16
3.4 O PRÉ NATAL PSICOLÓGICO	20
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

RESUMO

O pós-parto é marcado por diversas alterações no âmbito biológico, psicológico e social, sendo considerado um dos períodos mais vulneráveis da vida da mulher, o que contribui para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, sendo eles: a disforia puerperal, a depressão pós-parto e a psicose puerperal. A depressão pós-parto possui uma prevalência em torno de 13% nas mulheres, causando prejuízo na relação mãe-bebê, na dinâmica familiar e relacionamentos e, por isso, deve ser tratada. Dessa forma, o objetivo do trabalho foi investigar a importância de um pré-natal psicológico como forma de prevenção da depressão pós-parto. Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura que investigou artigos, livros, revisões, monografias e teses publicados nos últimos vinte anos na língua inglesa e portuguesa, encontrados nas bases indexadoras eletrônicas SciELO, PePSIC, LILACS, BVS. Conclui-se com o presente estudo, que a depressão pós-parto afeta a mulher, o bebê e a rede de apoio na qual estão inseridos e que pode ser prevenida ainda durante a gestação. O psicólogo tem o papel fundamental no pré-natal de humanizar o processo gestacional, parto e pós-parto. Dentro de uma perspectiva complementar ao pré-natal tradicional, o psicólogo, além de oferecer apoio emocional, pode investigar fatores de risco, trazer um espaço de escuta qualificada e acolher as demandas subjetivas, realizando uma preparação psicológica para a maternidade e paternidade. Ao trabalhar o protagonismo da família, autoestima e o apoio social que essa mãe recebe no pré-natal, o psicólogo atua de forma a prevenir o surgimento de uma depressão pós-parto.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto; Pré-Natal Psicológico; Apoio Social.

1. INTRODUÇÃO

A gestação e o pós-parto são marcados por mudanças físicas, biológicas, psicológicas e sociais que impactam de forma direta a vida da mulher, sendo assim, este momento é considerado o mais vulnerável a transtornos psiquiátricos. (CANTILINO et. al, 2010).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2002), a depressão pós-parto é caracterizada pela presença de humor deprimido que se manifesta duas semanas após o parto. Santos (2001) traz que a mulher possui uma vivência de contínua tristeza ou diminuição da capacidade de sentir prazer, podendo ser transitória ou não. A partir disso, é possível perceber que, esta tristeza deve se assistida de forma adequada para que não se torne crônica, resultando em transtornos psiquiátricos puerperais.

Cantilino et. al (2010) aponta três desses distúrbios, sendo eles: a disforia puerperal; a depressão pós-parto e por fim, a psicose puerperal. A depressão pós-parto possui uma taxa de incidência de 20% após o parto (SANTOS, 2001; ROSEMBERG, 2007). Nos últimos 20 anos, a sobrecarga materna e distúrbios psiquiátricos puerperais tem sido crescentes, seguindo contrário à concepção de que a gravidez é um momento mágico e de alegria para todas as mulheres. (ZINGA, PHILLIPS e BORN, 2005)

A depressão pós-parto está ligada a fatores multideterminados. SCHMIDT, PICCOLOTO e MÜLLER (2005), apontam que existem diversos fatores de risco ligados à depressão materna: o primeiro diz respeito aos relacionamentos interpessoais da mulher; o segundo relaciona-se à gravidez e no que se diz respeito a episódios estressantes; e por fim, o terceiro refere-se a problemas socioeconômicos. Os autores ainda apontam outros fatores que podem ser levados em conta como: a baixa autoestima, problemas conjugais e socioeconômicos, gravidez não planejada ou não desejada, luto, decepções profissionais e pessoais, volta ao trabalho, solidão materna. Outros fatores etiológicos da depressão pós-parto ligados ao bebê e fatores estressantes, como a prematuridade, problemas neonatais, bebês com má formação congênita. Podem também ser incluídas as modificações hormonais, saúde física da mãe e psicopatologias anteriores.

Um dos principais fatores da proteção à depressão pós-parto é o apoio social. O apoio pode ser consolidado através de informações, materiais, demonstrações de afeto, empatia e até mesmo provisão de recursos. Crockenberg (1981) aponta que o apoio social contribui positivamente para a maternidade, mesmo sob eventos adversos, fazendo com que a mãe tenha

uma rede de apoio presente para auxiliá-la, fazendo com que a mesma se sinta mais segura, confiante e consiga assim atender às demandas do seu bebê.

Alvarenga et al. (2013) elucida que existe uma relação significativa entre o apoio social e a depressão durante a gravidez, revelando que mulheres grávidas que possuem menor apoio social apresentam mais sintomas depressivos. Desta forma, a falta de apoio social durante a gravidez é um forte preditor de depressão pós-parto.

Sendo assim, é notável que a experiência que a mulher possui durante o pré-natal e a gravidez, influencia no psicológico. Vivenciar a gravidez perante fatores negativos fazem com que a mãe necessite de mais atenção da rede de apoio e dos profissionais de saúde, desde a primeira consulta do pré-natal. (THIENGO et. al, 2012). Desta maneira, é fundamental que os profissionais de saúde identifiquem os fatores de risco nos quais a mulher está inserida.

O pré-natal tradicional oferta serviços visando a dimensão biológica da mulher e por diversas vezes deixa de lado seus aspectos psicológicos. Desta maneira, o Pré-Natal Psicológico possui uma abordagem diferente dos cursos tradicionais voltados às gestantes, por sua vez, ele atua com uma visão integral de atendimento, voltado para maior humanização do processo gestacional, parto e puerpério. Espaço onde as grávidas recebem uma escuta qualificada, e diferenciada, podendo se expressar sem julgamentos. (ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012).

Dito isto, o presente trabalho tem como objetivo apresentar a atuação do psicólogo no Pré Natal Psicológico como fator preventivo da depressão pós parto.

2. MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura. De acordo com Rother (2007) as revisões narrativas se caracterizam por discutir o “estado de arte” de um determinado assunto constituído pela análise da literatura científica na interpretação e análise crítica do autor. As revisões narrativas contribuem para o debate de diversas temáticas, colaborando com a aquisição e atualização do conhecimento.

Bases Indexadoras

Foram utilizados os indexadores eletrônicos SciELO, PePSIC, LILACS, BVS. Foram utilizados os unitermos na língua portuguesa e inglesa “depressão pós-parto”, “puerpério”, “pré-natal psicológico”.

CrITÉrios de inclusão e exclusão

Foram incluídos artigos, livros, revisões, monografias e teses publicados nos últimos vinte anos na língua inglesa e portuguesa.

Foram excluídos materiais publicados em outras línguas se não a inglesa e portuguesa, que não apresentassem resumo na integra das bases de dados, materiais repetidos, materiais que se distanciassem do tema de pré-natal psicológico, apoio social e depressão pós-parto.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS PUERPERAIS

O período de gestao e pós-parto  marcado por mudanças biológicas, psicológicas e sociais que impactam diretamente na vida da mulher, sendo assim, considerado o momento mais vulnerável a transtornos psiquiátricos puerperais. (CANTILINO et al., 2010) Além de todas as mudanças hormonais e físicas, as alteraes sociais são frequentes bem como a organizao familiar e a nova identidade que a maternidade três para a mulher.

Segundo Cantilino (2010), transtornos psiquiátricos associados ao puerpério têm sido identificados há muito tempo. Nos séculos XVII e XVIII, relatos de casos de “insanidade puerperal” começaram a aparecer na literatura médica francesa e alemã. Embora a maioria dos pesquisadores ainda utilizem o termo “depressão pós-parto” para designar qualquer episódio depressivo que aconteça nos meses subsequentes ao nascimento do bebê. (CANTILINO et. al 2009) são três os transtornos mentais que se apresentam no puerpério, sendo eles: a disforia puerperal; a depressão pós-parto e por fim, a psicose puerperal.

3.1.1 A disforia puerperal

Segundo o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de dois anos (2019) disponibilizado pelo Ministério da Saúde, a disforia puerperal ou popularmente conhecida como *baby blues*, é uma condição comum e passageira que acomete as mulheres no pós parto, que pode ser causada em parte por alterações hormonais e, também, pela necessidade de adaptação emocional à nova condição materna e todas as mudanças relacionadas à chegada de um bebê. A condição se inicia aproximadamente por volta do quarto ou quinto dia do pós-parto e se remitem de forma espontânea em cerca de duas semanas.

A disforia puerperal é a mais leve dos quadros puerperais e pode ser identificada em 50% a 85% das puérperas, sendo um fenômeno por diversas vezes, já esperado e que não necessita de intervenção farmacológica, sendo assim não existe apenas uma única intervenção isolada capaz de melhorar os sintomas do baby blues, mas o suporte emocional provindo da rede de apoio é importante para a prevenção dos sintomas nas mulheres. (CAMPOS; CARNEIRO, 2021 *apud* BASS; BAUER, 2018; KIBLE; WELLS, 2019).

Dentre os sintomas, se encontram labilidade afetiva, irritabilidade e comportamento hostil para com familiares e acompanhantes. Algumas mulheres podem apresentar sentimentos de estranheza e despersonalização e outras podem apresentar elação (CANTILINO et. al, 2010).

3.1.2 Depressão pós-parto

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV (2002) traz a depressão pós-parto já incluída nos Transtornos Depressivos, A depressão pós-parto encontra-se como um especificador do transtorno depressivo maior e compreende o período gestacional e as quatro semanas subsequentes ao parto. Já a Classificação Internacional de Doenças, CID-10 (1989), a depressão pós-parto se encontra na categoria de transtornos mentais e de comportamento associadas ao período do puerpério, com início na sexta semana do pós-parto.

De acordo com Iscaife et. al (2020 *apud* Goodman 2004), mesmo os estudos sobre os sintomas de depressão pós-parto serem, em grande maioria, realizados em até seis meses após

o parto, várias outras pesquisas ainda registram taxas altas de sintomas depressivos até um ano após o nascimento do bebê.

A depressão é um transtorno psiquiátrico que apresenta uma prevalência em torno de 5% da população geral. Por ser um transtorno multifatorial observa-se que diversas são as variáveis que podem desencadear ou manter a sintomatologia depressiva, bem como diversos fatores de risco estão implicados neste transtorno, tais como gênero, aspectos neuro endocrinológico, indicadores familiares e sociais, estratégias de enfrentamento, dentre outros (Baptista, 2004).

Ainda de acordo com Baptista (2004), um estudo promovido pela American Psychiatric Association - APA (1994), a prevalência de depressão em mulheres varia de 5 a 9 % e entre os homens de 2 a 3%, e o risco de desenvolver o transtorno durante a vida é de 10 a 15% para as mulheres e 5 a 12% entre os homens, sendo o índice entre as mulheres cerca de duas vezes maior.

Esse fator também é observado em uma metanálise realizada por O'Hara e Swain (1996) que evidenciou a prevalência da depressão pós parto em 59 estudos realizados. Ao total, 12.810 mulheres participaram e a taxa de prevalência da depressão pós-parto foi de aproximadamente 13%. Ainda de acordo com os autores, a depressão pós parto possui uma causa multifatorial. Ou seja, não é considerado apenas um fator para a ocorrência de depressão pós parto, mas sim uma combinação de vários fatores que aumentam a vulnerabilidade da mãe, fazendo com que a mesma seja mais propensa a desenvolver a depressão. (O'HARA; SWAIN, 1997)

3.1.3 Psicose Puerperal

Segundo Madeira (2012), a psicose puerperal ocorre com uma frequência aproximada de um caso para cada 1000 puérperas. Ainda de acordo com o autor a psicose puerperal se inicia entre o segundo e décimo quarto dia de puerpério. Além disso, quadros psicóticos tem 25% mais chance de ocorrer em puerpérios subsequentes. As mulheres que apresentaram psicose puerperal possuem mais probabilidade de desenvolver episódios de alguma doença psiquiátrica ao longo da vida. (MADEIRA; ALT (2012); BENETTI *apud* ROBLING, PAYKEL, DUNN, ABBOTT & KATONA (2008)

Os sintomas maniformes, psicóticos e catatônicos são frequentes, as puérperas também podem apresentar perplexidade, confusão, desorganização de pensamentos, comportamentos incomuns, delírios auto referenciais, ausência de insight, e por fim, ideação suicida e homicida. (MADEIRA et al 2002. *apud* SPINELLI 2009). Em situações extremas, a mãe pode chegar a cometer infanticídio (ALT; BENETTI, 2008 *apud* Alcade, 2002)

A psicose puerperal tem ainda maior incidência em puérperas que já possuíam o diagnóstico da doença bipolar (MADEIRA et, al, 2002 *apud* BROCKINGTON, 2009).

3.2 ETIOLOGIA E FATORES QUE INFLUENCIAM A DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A etiologia da depressão pós-parto está ligada a fatores biopsicossociais. A OMS (1996) – Organização Mundial de Saúde – defende uma abordagem do homem como um ser biopsicossocial espiritual, onde ele é tratado nas esferas biológicas, mentais, sociais e espirituais, implicando o cuidar da pessoa como um todo.

Os riscos da depressão materna podem ser colocados em três categorias: a primeira diz respeito aos relacionamentos interpessoais da mulher; a segunda relaciona-se à gravidez e no que se diz respeito a episódios estressantes; e por fim, a terceira refere-se a problemas socioeconômicos. (SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005 *apud* READING; REYNOLDS, 2001)

Durante o puerpério, a mulher passa a assumir um diferente papel, fazendo com que a mesma redimensione sua identidade. Durante esse período, a mãe reelabora diversos aspectos sobre si mesma, em diversos casos, surge um sentimento de perda subjacente ao sentimento de ganhos que a maternidade traz, podendo estar relacionado aos sintomas depressivos (SCHWENGBER; PICCININI 2003). Os autores ainda apontam quatro fatores de riscos identificados em estudos recentes, sendo eles: a baixa autoestima, problemas conjugais e socioeconômicos, gravidez não planejada ou não desejada. (SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005 *apud* BECK, 2002). Além disso, também é possível acrescentar fatores sociais, como luto, decepções profissionais e pessoais, volta ao trabalho, solidão materna. (SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005 *apud* CARNES, 1983; COOPER; MURRAY, 1995; GUEDENEY; LBOVICI, 1999; MAZET; STOLERU, 1990; MEREDITH; NOLLER, 2003).

Outros fatores etiológicos da depressão pós-parto ligados ao bebê e fatores estressantes, como a prematuridade, problemas neonatais, bebês com má formação congênita. Podem também ser incluídos as modificações hormonais, saúde física da mãe psicopatologias anteriores (SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005 *apud* MAZET E STLOLERU, 1990).

Um estudo realizado na Índia por Chandran et al. (2002) mostra que a vulnerabilidade social, problemas econômicos, problemas com sogros, eventos adversos na gravidez e até o nascimento de uma filha quando o desejado era um filho e a falta de amparo médico após o parto contribuem significativamente para a incidência da depressão pós-parto.

O citado estudo foi realizado com 991 gestantes nos mais variados estágios da gestação. Dentre elas, 384 haviam completado 34 semanas e aceitaram participar do estudo. Das 384 gestantes, apenas 359 foram avaliadas no período de pós-parto, que durou 9,8 semanas. A incidência da depressão foi de 33/301 sendo 11% entre as mulheres sem histórico de depressão. Das 58 mulheres com depressão pré-parto, 38 continuaram depressivas na avaliação pós-parto. Sendo assim, a prevalência da depressão teve um aumento de 16% pré-parto para 19,8% no pós-parto. (CHANDRAN et al. 2002)

Os fatores obstétricos também entram em pauta. Segundo Wolff e Waldow (2008) expõem que a mulher que sofre violência obstétrica carrega marcas que perduram durante toda sua vida. Tais condutas contribuem com efeitos na saúde física e mental da paciente. O momento do parto, que supostamente deve ser lembrado com alegria, torna-se outro viés totalmente traumático.

Sendo assim, a depressão pós-parto pode ser considerada uma combinação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos. (SCHWENGBER E PICCININI, 2003 *apud* COOPER; MURRAY, 1995; READING; REYNOLDS, 2001; O'HARA, 1997).

Levando em consideração os fatores etiológicos, destaca-se um, sendo ele o apoio social, considerado um dos mais fortes fatores para o desenvolvimento da depressão pós-parto. (ALVARENGA et al. 2013 *apud* BECK, 2001; ROJAS et al., 2010).

Valla (2006) define o apoio social como sendo qualquer informação, falada ou não, ou auxílio material oferecido por pessoas conhecidas que fazem com que quem recebe o apoio social tenha efeitos emocionais e até mesmo comportamentos positivos. Segundo o autor o apoio social possui efeitos sobre a imunidade do corpo ou pode provocar o aumento da

capacidade das pessoas lidarem melhor com o stress. Ainda no mesmo sentido, o apoio social contribui para a sensação de coerência da vida, afetando benéficamente o estado de saúde de uma pessoa. Dito isto, é possível afirmar que a ausência de apoio social, o ser humano pode se tornar mais propenso a adoecer.

O apoio emocional, sendo este relacionado a demonstrações de afeto, empatia, encorajamento, amor confiança. O apoio afetivo se relaciona com demonstrações físicas de afeto, como abraços, beijos. O apoio de informações que se refere às informações ou orientações fornecidas pela rede e por fim o apoio instrumental que diz respeito à provisão de recursos, serviços como, por exemplo, a ajuda em tarefas domésticas e até mesmo ajuda financeira. (ALVARENGA et. al 2013 apud BOUTIN-FOSTER; ALEXANDER, 2006 e BOWLING, 2003)

O apoio social contribui positivamente para a maternidade no sentido de que a facilita, principalmente sob eventos estressantes, possibilita a nova mãe contar com pessoas que estejam presentes durante sua maternagem, fazendo com que ela esteja mais disponível tanto afetivamente quanto fisicamente, e se sinta mais segura atendendo assim de forma efetiva as demandas do bebê. (CROCKENBERG, 1981).

O Ministério da Saúde (2012) ainda salienta:

“A atuação preventiva no puerpério deve proporcionar à mãe o apoio de que ela necessita para enfrentar os eventuais episódios de depressão ou outras formas de sofrimento psíquico. De igual forma, o atendimento precoce à mãe representa a possibilidade de prevenção contra o estabelecimento de uma interação patológica com o bebê, o que pode trazer repercussões para o seu desenvolvimento posterior”.

Um estudo realizado por Konradt et. al (2011) na cidade de Pelotas no Rio Grande do Sul, com o objetivo de verificar a falta de apoio social durante a gestação como fator de risco para o período de 30 a 60 dias pós parto, revelou que das 1.019 mulheres avaliadas, 168 apresentaram depressão pós parto. As mulheres que não receberam apoio dos companheiros, familiares e de amigos demonstraram maior risco de ter depressão pós-parto, sendo assim, o suporte social é visto como um fator protetor da depressão pós-parto.

Em particular à gravidez e maternidade, o apoio social recebido proporciona sentimentos e emoções benéficos à grávida. Sendo assim, o apoio conjugal se mostra primordial para o comportamento da nova mãe, sendo visto como a principal fonte de apoio social, um

conjugue que apoia demonstra através da execução das suas funções parentais, auxiliando a mãe a desempenhar seu papel de forma mais competente. (RAPOPORT; PICCININI,2006

No período pós-parto, concomitante ao desamparo vivido pelo recém-nascido, a mãe vive seu próprio desamparo, ficando vulnerável diante de tantas responsabilidades e mudanças. Desta maneira, Winnicott (2000) coloca o pai na posição de protetor da mãe, transmitindo confiança e proteção de modo em que ela possa desempenhar sua função materna plenamente.

Alvarenga et al. (2013) elucida que existe uma relação significativa entre o apoio social e a depressão durante a gravidez, revelando que mulheres grávidas que possuem menor apoio social apresentam mais sintomas depressivos (ALVARENGA et al apus GOLBASI; KELLECI; KISACIK e CETIN, 2010; KAZI et al., 2006; MARCUS; FLYNN; BLOW e BARRY, 2003; RECORDS e RICE, 2007; RUBERTSSON e WALDENSTROM, 2003). Desta forma, a falta de apoio social durante a gravidez é um forte preditor de depressão pós-parto. (ALVARENGA et al. 2013 apud BECK, 2001)

3.3 IMPACTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ

Todo recém-nascido precisa de acolhimento desde o momento em que nasce. O mesmo não é capaz de sobreviver sem acolhimento do outro. A mãe se configura como a principal figura responsável por acolher o recém-nascido e assim contribuir para seu desenvolvimento saudável. (GORETTI; ALMEIDA; LEGNANI, 2014). Esse Outro é propriamente a estrutura da qual a criança pequena deverá extrair a argamassa e os tijolos com os quais construirá a sua subjetividade (GORETTI; ALMEIDA; LEGNANI, 2014 *apud* KUPFER 2010b, p. 270).

Donald W. Winnicott (1960/1983), psicanalista inglês, defende que o processo primordial no desenvolvimento psíquico do bebê é o amadurecimento. O autor postula que a maternidade possui um papel ativo no desenvolvimento da criança, não em um sentido edípico tal qual a teoria de Freud, mas este sendo substituídos pelas noções de carinho e continência. (ESTECA, 2012)

Winnicott possuía a crença sobre a necessidade de satisfação do bebê, mas que essa satisfação só é possível se existir proximidade suficiente com a mãe, resultado em reciprocidade, de adoecer com e pelo bebê, fazendo com que ele comece a existir e sentir a vida de forma real. Desta maneira, essa mãe não deve ser complacente uma vez que o bebe confia

sua sobrevivência. Surge então a ideia de dependência possibilitadora da independência, onde Winnicott discorre dando ênfase a capacidade de preocupação com o outro e de reconhecimento da alteridade. (WINNICOTT, 1990)

Ainda explorando a teoria winnicottiana, temos que o bebê recém-nascido se encontra em um estado de total dependência e necessita nessa fase, de um ambiente que responda às suas necessidades, ambiente este representado pela mãe. (ESTECA, 2012)

Winnicott (1990) reafirma essa concepção:

“Seu amor por seu próprio bebê provavelmente é mais verdadeiro, menos sentimental do que o de qualquer substituto; uma adaptação extrema às necessidades do bebê pode ser feita pela mãe real sem ressentimento”. (p. 132)

Em um primeiro momento, o bebê experimenta seus instintos como qualquer outro animal. Posteriormente, pode se reconhecer pelos cuidados de algo externo, normalmente a mãe. Esse cuidado materno permite a instauração do *‘self’* no bebê, diferenciando seu próprio ego de um ego externo, o do cuidador. Winnicott afirma que só posteriormente da formação do self o bebê tem a capacidade de se relacionar e se identificar com sua mãe. Essa mãe sendo identificada como parte do ambiente externo, passa, com o amadurecimento da criança a ser vista como uma mãe objeto, e conseqüentemente, sendo diferenciada do *‘self’* do bebê. A partir daí, os cuidados que a criança recebe da mãe passam a produzir na criança um processo de diferenciação das suas próprias vontades e das vontades da mãe. (Brasil e Costa, 2018 apud. Winnicott, 1960/1983)

Ainda sobre a teoria winnicottiana, seu fundador traz o conceito de “mãe suficientemente boa” (Winnicott, 1960/1983, p. 133). Em sua obra, o psicanalista traz a referência às “boas mães comuns”, ilustrando que as mães suficientemente boas são aquelas que, por determinado período, possa depositar sua atenção total no seu bebê, cuidar além do que demanda as necessidades primitivas e de sobrevivência de um bebê. A mãe que cumpre um papel suficientemente bom supre as necessidades fisiológicas e afetivas do seu bebê, se identifica com ele, permite que ele comece a ser. (Brasil e Costa, 2018 apud. Winnicott, 1960/1983)

Nesse mesmo sentido, Spitz (2004) afirma que o humor depressivo da mãe, origina na criança, uma tendência depressiva.

“A mãe depressiva bloqueia o desenvolvimento normal do bebê quando se afasta dele por achar-se deprimida. A mudança radical de sua atitude emocional transforma-a num objeto “mau”. Enquanto o objeto “bom” atrai as oportunidades para trocas de

ação com a criança, a mãe que se afastou por depressão evita-as e nega-as. A criança é, assim, privada da oportunidade de completar a fusão. Em sua necessidade de trocas de ação, ela segue a mãe na atitude depressiva e adquire, então, sua tendência incorporativa global, tentando manter aquilo que já conseguiu no caminho das relações objetais.” (Spitz, 2004, p 264).

Na relação mãe-bebê deve-se pensar a diferença entre o papel que a criança desempenha e o papel da mãe. Pela estruturação, o início dessa relação o ego da criança ainda se encontra rudimentar, incompleto e com inúmeras lacunas entre os espaços do ego. Desta maneira, a criança pode sobreviver apenas com um ego auxiliar, servido pela mãe. Spitz (2004) ainda cita:

“Os dois juntos, mãe e filho, constituem a díade, e a maioria das ações da criança depende da ligação com as ações da mãe e do modo como prossegue nelas. A maneira pela qual essas ações são realizadas, facilita das afetivamente em cada um de seus desdobramentos ou insensivelmente bloqueadas, baseia-se na atitude consciente ou inconsciente da mãe”. (SPITZ, 2004, p 266).

Spitz (2004) afirma que o afeto é essencial na infância, sendo o período de maior importância em relação aos posteriores. Como visto anteriormente, a atitude emocional da mãe e seu afeto orientam o bebê, conferindo qualidade de vida à sua experiência, já que o seu aparelho perceptivo e discriminação sensorial não estão maduros.

Para Jerusalinsky (2009), existem quatro operações que constituem o sujeito, sendo elas: o estabelecimento da demanda; suposição do sujeito; alternância e alteridade. A primeira é onde a mãe realiza as demandas do bebê em relação às suas urgências vitais, como o choro, no qual o bebê engaja seu funcionamento ao saber da mãe e esse saber materno é o que permite satisfação ao filho. Já a suposição do sujeito é a operação onde a mãe supõe que seu bebê seja alguém que sabe sobre seus desejos, possibilitando à mãe enxergar que seu bebê a possibilidade de realizar aquilo que a mesma já antecipou, sendo possível frustrar, atender ou priorizar as demandas que o bebê exige da mãe; já a alternância ocorre quando a mãe não se coloca como pura presença ou pura ausência:

“é preciso que a mãe não se coloque nem como pura presença nem pura ausência nos cuidados do bebê, mas que sustente, em relação aos objetos de pulsão uma alternância presença-ausência: olhar-não olhar, voz-silêncio, fome-saciedade, sono-vigília”. (JERUSALINSKY, 2009 p 103).

E por fim, a alteridade, que se diz respeito à quando a mãe não toma o bebê como puro objeto de sua satisfação e não coloca a satisfação acima da lei:

“Assim, o bebê sofre os efeitos de uma alteridade: por não ficar referindo simplesmente ao próprio corpo na busca pela satisfação, mas ao Outro encarnado; e na medida em que, ao atrelar-se a esse Outro, seu gozo passa a ser interdito”. (JERUSALINSKY, 2009 p 104).

De acordo com a teoria winnicottiana, a depressão possibilita o ser humano sentir remorso e se preocupar com o objeto amado que foi atacado, buscando repará-lo. Este estado de preocupação é o que possibilita a mãe viver a maternidade de forma que não adoça, sendo capaz de preocupar-se com seu bebê, se identificar com as necessidades por ele apresentadas, sem entrar em um estado patológico (Prando 2012 *apud* Winnicott 1954). Por sua vez, uma mãe que não tem uma boa maternagem e não elabora de forma efetiva essa posição depressiva, conseqüentemente irá adoecer no pós-parto.

No mesmo sentido, Souza (2014) declara que a vivência que a mulher terá no puerpério pode depender de várias condições, desde aquelas intrínsecas à mulher e à gestação, até aquelas relacionadas diretamente ao sistema de saúde, à qualidade do serviço e ao cuidado dos profissionais. A assistência recebida pode ter relação direta no desenvolvimento de desordens psiquiátricas, incluindo a depressão pós-parto.

Quando não há intercorrências na relação mãe-bebê, a mãe ajusta seu comportamento ao do bebê, tornando os comportamentos atentos e afetivos em sincronia. Porém quando a mãe não está disponível emocionalmente para o bebê, podem vir a ocorrer falhas no desenvolvimento do mesmo, dificuldades na organização dos comportamentos atento e afetivos. (FRIZZO; PICCININI, 2005 *apud* FIELD, 1995; FIELD, HEALY, GOLDSTEIN & GUTHERTZ, 1990)

Entretanto, a relação mãe-bebê, primordial, pode vir a ter empecilhos quando ocorrem problema durante a gestação, parto e até mesmo nos primeiros meses do bebê. Mães diagnosticadas com depressão pós-parto tendem a lidar com seus bebês de forma indecisa, insensível e confusa. (FRIZZO & PICCININI *apud* TETI E GELFAND 1991). As mães deprimidas também possuem tendências à reclusão o que pode acarretar uma falta de atenção e sensibilidade à saúde, segurança e necessidades psicológicas do filho. (FRIZZO & PICCININI *apud* TETI E GELFAND 1997).

Frizzo e Piccinini (2005) ainda trazem um estudo realizado por Radke-Yarrow e Zahn-Waxler em 1990, entre as mães depressivas e não depressivas. Foi sugerido que as mães depressivas têm a tendência a serem mais hostis, menos consistentes afetivamente, menos afetuosas, menos comunicativas e menos habilidosas no trato com o bebê. São menos propensas a punir e a usar a disciplina e são mais críticas com as crianças, menos responsivas, e mais negativas na interação com os seus bebês. Sendo assim:

“mães deprimidas apresentam comportamento predominantemente deprimido ou ansioso, menos comportamentos imitativos das expressões faciais do bebê, brincam menos com seus filhos e filhas e expressam mais atitudes punitivas e controladoras no cuidado com suas crianças. Além disso, as mães deprimidas também tendem a relatar mais dificuldades no cuidado com suas crianças e expressam mais insatisfação associada com seus filhos do que mães não deprimidas”. (FRIZZO e PICCININI 2005 apud FIELD e cols. 1985)

3.4 O PRÉ NATAL PSICOLÓGICO

Como apresentado anteriormente os fatores etiológicos da DPP devem ser levados em conta no momento do pré-natal. Os principais fatores de risco para a presença de sintomas depressivos na gestação são: a história anterior de depressão ou doença mental, gravidez não planejada ou indesejável, ausência de parceiro ou de suporte social, alto nível de estresse, baixa autoestima e ter sofrido eventos adversos na vida, história de abuso ou violência doméstica, história passada ou presente de complicações gestacionais e perda fetal. Além desses fatores, também são apontados dificuldade financeira, baixa escolaridade, desemprego e dependência de substâncias psicoativas. (RWAKAREMA et. al 2015; SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005; BECK, 2002).

Vivenciar a gravidez perante esses fatores podem exacerbar e até mesmo desencadear a depressão, influenciando de forma negativa o pré-natal das gestantes e o autocuidado. (THIENGO et. al, 2012). Sendo assim, essas mulheres que estão vivenciando os fatores, requerem mais atenção dos familiares e dos profissionais de saúde desde o pré-natal, o que raramente é realizado pelos mesmos.

Desta maneira, é fundamental a investigação dos fatores de risco, da identificação precoce dos sinais e sintomas depressivos e assim dar início a um tratamento imediato como parte intrínseca ao atendimento pré-natal (PEREIRA et al. 2009)

O pré-natal tradicional oferta serviços privilegiando a dimensão biológica da saúde da mulher e do bebê, não havendo, na maioria das vezes, o tratamento de aspectos psicossociais. Desta maneira, o pré-natal psicológico, atua com uma visão integral e como uma forma de intervenção benéfica junto às gestantes, levando em conta o estado emocional e a vivência das mães. (ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n.o 569, de 1/6/2000, objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

Em diversos municípios é possível notar que as instituições de saúde oferecem cursos às gestantes com número prévio de encontros, assuntos previamente definidos e com temáticas relacionadas ao parto, primeiros cuidados com o recém-nascido, amamentação, primeiras vacinas, entre outros, não levando em conta a subjetividade das grávidas (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

Diante desta realidade, complementar ao pré-natal tradicional, o Pré Natal Psicológico, ainda pouco encontrado nos serviços de saúde, propõe uma abordagem psicoterapêutica e preventiva com a finalidade de acompanhar gestantes e casais oferecendo apoio emocional, orientação para a elaboração de um plano de parto e diversos assuntos que possam emergir, como os mitos de idealização da maternidade, a possibilidade de perda do bebê, má formação fetal, síndromes, medo do parto, medo de violência obstétrica, transtornos de ansiedade, depressão, falta de libido, planejamento familiar e mudanças na nova rotina. (ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012).

O principal objetivo dessa intervenção psicológica, no contexto do pré-natal psicológico, é oferecer uma escuta qualificada e diferenciada na gestação, fornecendo um espaço em que a mãe ou o casal possam se expressar sem medo de julgamentos, com troca de experiências e informações ajudando os pais a desenvolverem confiança, autonomia e dando ênfase à importância da rede de apoio na gestação e no pós-parto, tanto familiar, quanto social e até mesmo dos profissionais de saúde (ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012).

Uma equipe de psicologia de uma maternidade privada de Brasília implantou um programa de cuidado integral para as gestantes em acompanhamento pré-natal em 2006. Desde então, realizaram-se 13 grupos de gestantes com números variados de sessões e participantes. Como foi visto que estava sendo benéfico, a proposta foi estendida a comunidades carentes e gestantes de alto risco, executada em postos de saúde, maternidades públicas e hospitais universitários da cidade e região (ARRAIS; CABRAL; MARTINS,

2012).

O Pré-Natal Psicológico se utiliza de grupos psicoeducativos sobre gestação, parto e pós-parto, os quais propiciam suporte sócio emocional, informacional e instrucional. O programa mais longo teve 21 sessões semanais e o mais breve cinco sessões quinzenais. Foi visto ainda que uma média de seis a sete sessões eram suficientes para cumprir os propósitos dos grupos. A duração das sessões variava de duas a cinco horas. Dependendo da disponibilidade de cada participante do grupo, a participação das mesmas oscilou de 1 a 18 sessões (ARRAIS; ARAÚJO, 2016).

Sendo assim, o Pré Natal Psicológico não se restringe ao atendimento de gestantes e casais que estejam passando por crises emocionais, mas sim de todos aqueles que buscam compreender e até mesmo aprimorar essa nova estrutura familiar, visto que o vínculo mãe-bebê demanda tempo e elaboração. (ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012)

O programa ainda tem o objetivo de propiciar um espaço para que a gestante possa se entrosar com outras mulheres que estão passando pela mesma situação, que compartilhem sentimentos e emoções, o que favorece a identificação e a sensação de apoio. Esses encontros do PNP têm finalidade acolhedora e procura dar voz às gestantes para que as mesmas passem por esse processo da melhor maneira possível. Existem diversos temas que podem ser trabalhados ao longo dos encontros, levando-se em conta a singularidade de cada grupo (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

Quem busca o Pré Natal Psicológico e contam com um profissional especializado para o atendimento, possui a oportunidade de refletir e compartilhar sobre questões subjetivas, como medos no período gestacional e pós-parto, ansiedade, anseios, além de receberem todo o aporte biológico relacionado à alimentação, sinais de parto, análise e identificação de violências obstétricas, amamentação. (ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012).

Conhecer os fatores de risco e de proteção da Depressão Pós-Parto faz com que os profissionais de saúde tenham a possibilidade de planejar e executar ações que previnam a doença. Conforme Zinga, Phillips e Born (2012), o profissional atuando de forma precoce e utilizando temas relevantes às gestantes, podem fazer com que haja uma redução significativa na sintomatologia depressiva.

O Ministério da Saúde (2012) afirma que:

“Entre as medidas preventivas contra o sofrimento mental puerperal destacam-se o apoio emocional e físico durante a gravidez, o parto e o puerpério; o apoio da família, dos amigos e do companheiro; a discussão com o companheiro a respeito da importância de que a mulher se sinta amada e segura; e o encaminhamento da mãe com risco elevado de depressão pós-parto aos serviços de saúde mental” (ROCHA, 1999)

É função do psicólogo a tarefa de humanizar o pré-natal e o pós-parto da nova mãe. Começando com a definição de humanizar: tornar humano, dar condição humana, humanar, instruir, suavizar, amenizar. Em tudo o que foi apresentado, é notável que o termo é uma condição dada a partir da ação de outra pessoa, no sentido de que essa humanização só seja possível a partir da ação de um outro, na maternidade, esse “outro” pode ser o psicólogo. (WALDOW; BORGES, 2011).

Humanizar o processo de gestação, parto e nascimento, vai muito além de apenas tratar bem as pessoas, é necessário dar uma assistência que respeite e seja sensível, valorizando os sujeitos e respeitando a singularidade dos mesmos (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilitou uma aproximação com a temática proposta sendo ela a atuação do psicólogo de maneira a prevenir a depressão pós-parto. Ao final deste estudo, foi possível concluir que os trabalhos grupais realizados pelo pré-natal psicológico possui efeito positivo quanto a prevenção da depressão pós-parto, uma vez que reconhece e minimiza os impactos dos fatores de risco presentes, traz o espaço como um lugar de escuta qualificada, acolhedora, humanizada, onde surgem aspectos subjetivos do ciclo gravídico puerperal.

É notório que a temática da depressão pós-parto vem tomando espaço nos últimos anos, quebrando barreiras de estigmas, preconceitos e estereótipos. Por outro lado, uma parcela da sociedade ainda carrega a concepção de mostrar apenas o lado mágico e bonito da maternidade, como se mães não tivessem o direito de se sentirem cansadas, sobrecarregadas, deprimidas. Esta exposição do lado real da maternidade traz às mães que participam de grupos de pré-natal psicológico, o sentimento de pertença, pois através das trocas de experiências surge a ideia de pertencimento, de alívio e a concepção de que não estão sozinhas.

A depressão pós-parto apresenta-se como um fenômeno multifatorial, o que dificulta captar sua totalidade. Sendo assim, ela precisa ser prevenida e tratada, pois traz consequências severas para a própria mãe, para o bebê e para a rede de apoio que os cercam.

Assim, como visto durante o estudo, uma maior oferta de apoio social, seja familiar, conjugal e até mesmo dos profissionais de saúde, intrínsecos às informações, acompanhamento físico e exames, irão preparar a gestante e a rede de apoio para a nova rotina com um bebê. Desta maneira, o estudo contribui no sentido de levar uma visão mais humanizada da gestação e do parto, possibilitando os profissionais de saúde e rede de apoio a atuarem de forma a identificar os fatores de risco da depressão pós-parto e preveni-la, fornecendo um espaço onde a mãe possa expressar seus medos, incertezas e anseios, e posteriormente, fazendo com que a mãe tenha uma maternagem mais satisfatória.

Destaca-se o trabalho do Ministério da Saúde em campanhas a favor do parto natural, campanhas de amamentação, mas ainda nota-se uma falha no que diz respeito à assistência psicológica às grávidas e puérperas. Muito se fala sobre preparação do corpo para o parto, hormônios, amamentação, cuidados com o bebê, vacinas, mas pouco no quesito psicológico e subjetivo.

Ainda há ainda muitas lacunas e pontos a serem explorados e compreendidos dentro desta temática tão complexa. Como limitações de estudo é possível apontar: a falta de adesão dos municípios a um pré-natal psicológico o que contribui muito para a escassez de estudos quanto à sua efetividade, materiais repetidos e materiais que se encontravam anteriores ao prazo limitado do estudo.

Desta maneira, é ideal que o Pré Natal Psicológico seja ofertado nas maternidades, Unidades Básicas de Saúde como um instrumento preventivo da depressão pós-parto e que, visto sua efetividade, deveria ser implementado como uma política pública em todo o país.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALT, M.S; BENETTI, S.P.C. **Maternidade e depressão**: impacto na trajetória de desenvolvimento. *Psicologia em Estudo* [online]. 2008, v 13, n2, pp. 389-394. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200022>>.

ALVARENGA, P. et al. **Relações entre apoio social e depressão pós-parto em puérperas**. *Interação em Psicologia*, Curitiba, v 17, n. 1, 2013. DOI: [dx.doi.org/10.5380/psi.v17i1.20159](https://doi.org/10.5380/psi.v17i1.20159).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM-IV**. Draft, 2002.

ARRAIS, A; ARAÚJO, T. C. **Pré-Natal Psicológico**: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. Revista da SBPH, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100007>.

ARRAIS, A; CABRAL, D; MARTINS, M. H. **Grupo de Pré- Natal Psicológico**. Revista de Psicologia, São Paulo, v. 15, n. 22, p. 53-76. 2012. Disponível em: <<https://revista.pgsskroton.com/index.php/renc/article/view/2480>>.

ARRAIS, A; MOURÃO, M. **Proposta de atuação do psicólogo hospitalarem maternidade e UTI neonatal baseada em uma experiência de estágio**. Revista Psicologia e Saúde, v. 5, n. 2, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000200011>.

ARRAIS, A; MOURÃO, M; FRAGALLE, B. **O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto**. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 251-264, 2014. DOI: <10.1590/S0104-12902014000100020>

BAPTISTA, M. N., BAPTISTA, A. S. D., e OLIVEIRA, M. G. (2004). **Depressão e Gênero: por que as mulheres se deprimem mais que os homens?** Suicídio e Depressão: atualizações. p.50-61. 2004. Rio de Janeiro

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D; TORRES, E. C.R. **Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes**. Revista Psic, São Paulo , v. 7, n. 1, p. 39-48, 2006 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000100006&lng=pt&nrm=iso>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

CAMPOS, P. A.; FÉRES-CARNEIRO, T. **Sou mãe: e agora? Vivências do puerpério**. Psicologia USP [online]. 2021, v. 32. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-6564e200211>>;

CANTILINO, A et al. **Transtornos psiquiátricos no pós-parto**. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) [online]. 2010, v. 37, n. 6, p. 288-294. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>>.

CANTILINO, A. Depressão pós-parto: prevalência, pensamentos disfuncionais e comorbidade com transtornos ansiosos [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2009.

CHANDRAN, M; THARYAN, P; MULIYIL, J; ABRAHAM, S. 2002. **Post-partum depression in a cohort of women from a rural área of Tamil Nadu, India**: Incidence and risk factors. British Journal of Psychiatry. Disponível em: <DOI: 10.1192/bjp.181.6.499>;

CROCKENBERG, S.B. **Infant Irritability, Mother Responsiveness, and Social Support Influences on the Security of Infant-Mother Attachment.** v. 52, no. 3. 1981, p. 857-865. DOI: <https://doi.org/10.2307/1129087>

ESTECA, F.M. **A mãe e o desenvolvimento infantil nas teorias psicanalíticas.** Revista da Universidade Ibirapuera - São Paulo, v. 4, p. 11-16. 2012.

FRIZZO, G.B. et al. **Maternidade Adolescente: A Matriz de Apoio e o Contexto de Depressão Pós-Parto.** Psicologia: Teoria e Pesquisa [online]. 2019, v. 35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3533>.

FRIZZO, G.B.; PICCININI, C.A. **Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos.** Psicologia em Estudo [online]. 2005, v. 10, n. 1, p. 47-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000100007>

GORETTI, A. C.S; ALMEIDA, S.F.C; LEGNANI, V.N. **A relação mãe-bebê na estimulação precoce: um olhar psicanalítico.** Estilos clin., São Paulo , v. 19, n. 3, p. 414-435, dez. 2014 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282014000300003&lng=pt&nrm=iso.<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v19i3p414-435>.

ISCAIFE, A.B et al . **Associação entre sintomas de depressão pós-parto e qualidade da relação de apego mãe-bebê.** Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvolv., São Paulo , v. 20, n. 1, p. 158-175, jun. 2020 . DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v20n1p158-175>.

JERUSALINSKY, J. **A Criação da Criança: Letra e Gozo nos Primórdios do Psiquismo.** Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

KONRADT, C.E. et al. **Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul [online]. 2011, v. 33, n. 2, pp. 76-79. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000010>.

MADEIRA, N et al. **Eletroconvulsoterapia no tratamento da psicose puerperal.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]. 2012, v. 61, n. 1, p. 45-48. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000100009>.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.

O'HARA, M.W. **The nature of postpartum depressive disorders.** Em: L. Murray & P.J. Cooper. Postpartum depression and child development. 1997. (pp.3-34). New York: The Guilford Press

O'HARA, M. W.; SWAIN, A. M. **Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis.** *International Review of Psychiatry*, v. 8, n. 1, p. 37-54, 1996. DOI: <10.3109/09540269609037816>.

PICCININI, C.A; RAPOPORT, A; LEVANDOWSKI, D. C; VOIGT, P.R. **Apoio social percebido por mães adolescentes e adultas: da gestação ao terceiro mês de vida do bebê.** v.33, p. 9-35. 2002.

RAPOPORT, A; PICCININI, C.A. **Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê.** Psico-USF [online]. 2011, v. 16, n. 2, p. 215-225. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-82712011000200010>>.

SCHMIDT, E. B; PICCOLOTO, N. M; MÜLLER, M. C.. **Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil.** Psico-USF [online]. 2005, v. 10, n. 1, p. 61-68. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-82712005000100008>>.

SCHWENGBER, D. D. S; PICCININI, C.A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. Estudos de Psicologia (Natal) [online]. 2003, v. 8, n. 3, pp. 403-411. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000300007>>.

SOUZA, K. **Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelopreditivo para depressão pós-parto.** 2014. 106 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17225/1/2014_KarinaJunqueiraSouza.pdf>.

SOUZA, T; GAÍVA, M. A; MODES, P. **A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 32, n. 3, set 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300007>.

SPITZ, R. Arpad. 2004. **"O Primeiro ano de Vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais"** 3ed. São Paulo: Martins Fontes.

WALDOW, V.R; BORGES, R. F. **Cuidar e humanizar: relações e significados.** Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2011, v. 24, n. 3, p. 414-418. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>>.

WINNICOTT, D. W. (1956). Preocupação materna primária. Em D. W. Winnicott (Org.). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* Rio de Janeiro: F. Alves.

WINNICOTT, D. W. (1994). **O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família.** Em D. Winnicott (1994/1989a). *Explorações Psicanalíticas*, p.102-115. Porto Alegre: Artmed

WINNICOTT, D. W. (2001). **O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê.** Em: D. Winnicott (2001/1965a). *A Família e o Desenvolvimento Individual*, 2ª. edição, p.21-28. São Paulo: Martins Fontes.

WINNICOTT, D. W (2006). **Os Bebês e suas Mães** (3ª. edição). São Paulo: Martins Fontes.

WINNICOTT, D. W. (2000). **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro: Imago

WOLFF, L; WALDOW, V. **Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto**. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 3, 2008. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. (1996). **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority**. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf?

ZINGA, D; PHILLIPS, S.D.; BORN, L. **Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented?**. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 2005, v. 27, sp. s56-s64. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000600005>>.