

## DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UM ESTUDO GERAL

### AUTORES

**Beatriz Salles FARIA**  
**Amanda Oliveira OLIVA**  
**Lorena Moura BOAVENTURA**  
Discentes da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

### RESUMO

O presente estudo se trata de uma revisão bibliográfica sobre conhecimentos gerais da depressão pós-parto. Objetiva discutir os aspectos gerais desta doença, permitindo a visibilidade e a importância desse assunto para as puérperas, profissionais da área e para a população em geral. A coleta de dados baseou-se na análise de artigos científicos de diversas áreas, estando de acordo com o foco principal deste estudo, sendo divididos em definição da depressão, depressão pós-parto e seus sinais e sintomas, bem como o diagnóstico e tratamento dela. Os resultados apresentados demonstram que essa doença possui um quadro clínico severo e agudo, sendo necessário acompanhamento psicológico e psiquiátrico devido a gravidade dos sintomas, devendo ser tratados precocemente de forma correta, podendo haver prescrição de medicamentos quando necessário. Assim, destaca-se o importante papel dos profissionais da área da saúde na detecção dos sinais e sintomas de forma precoce, no intuito de diagnosticar e tratar essa mãe.

### PALAVRAS - CHAVE

Depressão; Depressão Pós-Parto; Período Gravídico-puberal.

## ABSTRACT

The present study is a literature review on general knowledge of postpartum depression. It aims to discuss the general aspects of this disease, allowing visibility and the importance of this subject for postpartum women, professionals in the field and the general population. Data collection was based on the analysis of scientific articles from different areas, in line with the main focus of this study, being divided into the definition of depression, postpartum depression and its signs, symptoms, as well as its diagnosis and treatment. The results presented demonstrate that this disease has a severe and acute clinical picture, requiring psychological and psychiatric monitoring due to the severity of the symptoms, and must be treated correctly early, and there may be prescription of medications when necessary. Thus, the important role of health professionals in detecting signs and symptoms early, in order to diagnose and treat this mother, stands out.

**Keywords:** Depression; Baby blues; Pregnancy-pubertal period.

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde mental feminina, ao longo das diversas fases da vida, emerge como um tema crucial, entrelaçado com a rica tapeçaria da história da mulher. A força intrínseca da mulher, sua contínua evolução e a demanda que recai sobre ela na sociedade contemporânea são elementos que moldam e desafiam a jornada emocional da mulher. Neste contexto, a depressão pós-parto e as complexidades do período gravídico-puberal adquirem uma relevância singular. A depressão pós-parto (DPP) pode ser definida como uma depressão que ocorre, normalmente, nas primeiras quatro semanas após o parto, afetando aproximadamente 14,5% das mulheres e, por isso tem se tornado um problema de saúde pública (Wisner, Chambers e Sit, 2006). Dentre as causas, leva-se em conta a queda acentuada dos níveis de estrógeno e progesterona, que ocorre após o nascimento do bebê, bem como mudanças emocionais e de estilo de vida. Desta forma, mulheres em sua primeira gestação apresentam maiores riscos de contraí-la (Munk-Olsen et al., 2006). Ainda, estudos mostram que baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico são alguns dos fatores externos que estão ligados a DPP. Além disso, mulheres que já apresentam transtornos depressivos durante ou antes da gestação, também tem maiores riscos. Os sintomas de DPP incluem irritabilidade, tristeza, ansiedade, oscilação de humor, fadiga, desinteresse sexual, alterações alimentares e do sono, sensação de incapacidade frente novas situações e queixas psicossomáticas como: cefaleia, dores nas costas, erupções vaginais e dor abdominal, sem causa orgânica aparente (Klaus e col., 2000). Em relação a interação mãe-filho há evidências de que o estado da mãe pode refletir nas primeiras interações com o bebê, podendo afetar o desenvolvimento afetivo, social e cognitivo infantil (Cummings & Davies, 1994; Dodge, 1990; Field, 1998; Tronick & Weinberg, 1997). Somado a isso, em casos mais graves de DPP, pode haver quadros de "*baby blues*", também conhecida como melancolia da maternidade, que é caracterizado por um período em que a mãe apresenta emoções que geram remissão espontânea ao filho (O'Hara, 1997; Souza e col., 1997). Ainda, são comuns casos de "tristeza pós-parto" (APA, 2000) ou psicoses puerperais, que aparecem em casos de sintomas severos, podendo apresentar quadros de ruminções graves ou pensamentos delirantes a respeito do bebê. Assim, o infanticídio pode vir a ocorrer em episódios psicóticos, com alucinações de comando ou delírios de possessão envolvendo o bebê (APA, 2000). Diante disso, o presente artigo tem o objetivo de apontar as possíveis relações psicossociais de mulheres com a depressão pós-parto, bem como o relacionamento com sua prole.

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

A metodologia empregada para a coleta de dados, baseou-se na análise de diversos artigos científicos na área de medicina e psicologia, encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A revisão de literatura permite uma análise minuciosa dos trabalhos publicados num determinado período, facilitando a sistematização do tema. A revisão sistemática da literatura é atividade fundamental para a prática baseada em evidência, pois condensa o conhecimento fracionado em um único estudo, permitindo ao pesquisador uma cobertura mais ampla do que poderia obter com a realização de um estudo clínico. Esse método permite refinar os resultados de vários estudos, identificando os de menor rigor acadêmico e os de maior confiabilidade (CALIRI; MARZIALE, 2000; PEREIRA; BACHION, 2006; SAMPAIO; MANCINI, 2007). Assim, o principal alcance da revisão sistemática é integrar a informação existente sobre uma temática específica, através do agrupamento e análise dos resultados procedentes de estudos primários realizados em locais e momentos diferentes, por grupos de pesquisa independentes, permitindo a geração de evidência científica sobre a temática, que dê suporte para a implementação e execução de diversos programas de saúde (EGGER; SMITH, 1998; SIWEK et al., 2002). Esses artigos foram agrupados de acordo com o foco principal de cada estudo, sendo divididos em categorias que abordam a definição da depressão pós-parto, seus sinais e sintomas, diagnóstico e o tratamento dela. O período de inclusão abrangeu artigos completos publicados no intervalo dos anos de 2000 a 2020, em língua portuguesa, e a seleção foi realizada após a devida filtragem advinda de uma leitura criteriosa, estabelecendo quais seriam os artigos que compuseram a base de dados para esta pesquisa.

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O parto é a experiência única e complexa que marca o início da jornada da maternidade, envolvendo não apenas a dimensão física, mas também um profundo aspecto emocional na vida da mulher. O período pós-parto, por sua vez, refere-se ao intervalo de tempo que sucede o nascimento, englobando as primeiras seis semanas após o parto. Durante esse período, a mulher passa por adaptações físicas e emocionais significativas, evidenciando a recuperação do corpo, estabelecimento da amamentação e as transformações no papel de mãe. Essa fase também incorpora uma narrativa individual, uma história de superação, resiliência e amor, na qual a mulher desempenha um papel central na construção da própria maternidade, contribuindo para o enriquecimento do tecido histórico da sua própria vida e da sociedade em geral. É possível definir a depressão pós-parto como uma doença emergente que afeta a saúde da mulher, repercutindo na relação com a família e com o bebê. Conforme estudos, a depressão pós-parto é associada ao nascimento de um bebê e refere-se a um conjunto de sintomas que iniciam geralmente entre a quarta e a oitava semana após o parto e pode persistir por mais de um ano, atingindo de 10 a 15% das mulheres (Klaus et al., 2000). Todavia, em muitos casos, a detecção da DPP torna-se dificultada devido aos sintomas serem confundidos com as de uma tristeza pós-parto. Essa alta prevalência da DPP demonstra que essa doença se tornou um problema de saúde pública, onde exige-se estratégias de tratamento e prevenção. Dessa forma, o acompanhamento das mães, através de ações integradas e associadas a depressão, pode ajudar na prevenção dos problemas pessoais e familiares. A DPP é caracterizada pela presença de um episódio depressivo maior (tabela 1) que pode se iniciar tanto na gestação ("depressão antenatal"), quanto após 4 semanas do puerpério ("depressão pós-parto").

**Tabela 1-** Critérios diagnósticos de um episódio depressivo maior segundo o DSM-5<sup>(2)</sup>.

<p>A) Ao menos cinco dos sintomas abaixo devem estar presentes na maior parte dos dias por um período de 2 semanas. Um dos sintomas deve ser (1) ou (2):</p> <p>(1) Humor deprimido; (2) Acentuada redução do prazer em todas ou na maior parte das atividades. (3) Acentuado ganho ou perda de apetite e peso (sem estar fazendo dieta) (4) Insônia ou sonolência excessiva; (5) Agitação ou lentificação psicomotora; (6) Fadiga ou perda de energia (7) Sentimentos de inutilidade ou culpa excessivos ou inapropriados; (8) Redução da capacidade de pensar, se concentrar ou indecisão; (9) Pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida (com ou sem um plano específico).</p>
<p>B) Os sintomas causam sofrimento significativo ou prejuízo do funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p>
<p>C) Os sintomas não são mais bem explicados pelo efeito fisiológico direto de uma substância ou por outras condições médicas gerais</p>
<p>D) A ocorrência do episódio depressivo maior não é melhor explicada por outros transtornos mentais como os transtornos do espectro da esquizofrenia;</p>
<p>E) Nunca esteve presente episódio maníaco ou hipomaníaco pertencentes ao transtorno afetivo bipolar</p>

De acordo com o DSM-IV-TR, (APA, 2000), o Transtorno Depressivo Maior pode ter como especificador o pós parto, desde que este início ocorra no período de 4 semanas após o nascimento. Entende-se como riscos para a DPP fatores ou eventos negativos prenunciadores, aumentando o grau de tensão e influenciando respostas individuais/ambientais que possam potencializar a vulnerabilidade do desenvolvimento do indivíduo, o afetando de forma física, social e emocional, após o parto (Morais e col., 2006). De maneira geral, Schmidt e colaboradores (2005) categorizam os riscos para DPP em três frentes: qualidade dos relacionamentos interpessoais da mãe com seu parceiro; eventos estressantes durante a gravidez e o parto; e problemas socioeconômicos. Portanto, são incluídos como fatores de risco para DPP, nas palavras de Arrais; Mourão; Fragalle, (2014), primeira gestação, falta de apoio ou abandono familiar, desemprego, histórico pessoal ou familiar de doenças psiquiátricas, bem como ocorrência de complicações obstétricas durante ou após a gravidez. Diante dos fatores elencados, mães que apresentem um ou mais fatores, há a necessidade de maior atenção dos familiares e profissionais de saúde durante a gestação, no acompanhamento pré-natal. Para fins de análise científica de identificação da presença de depressão pós-parto, os estudiosos Righetti, Bousquet & Manzano (2003) realizaram uma pesquisa em que 570 gestantes foram avaliadas durante o último trimestre de gravidez, aos três meses e aos 18 meses após o nascimento. Ao final, foi constatado que a depressão no último trimestre de gestação apresentou-se de forma mascarada, envolvendo manifestações de ansiedade e irritabilidade direcionada aos outros ou a si mesmo, sendo assim destacada a dificuldade e a importância da detecção

precoce deste transtorno (Righetti, Bousquet & Manzano, 2003). Nesse sentido, constata-se a importância do estudo da Depressão Pós-parto mesmo antes da gestação, haja vista a abrangência desse sintoma entre o grupo de mulheres da sociedade. Ainda, no estudo dos autores elencados acima, Klaus e col. (2000), verificam a constância de sintomas das mulheres atingidas pela DPP, variando de irritabilidade, desânimo constante, transtornos alimentares e do sono, contemplando até mesmo desinteresse sexual e queixas psicossomáticas. As psicoses puerperais manifestam-se através de sintomas intensos, dos quais podem ser incluídos pensamentos perturbadores e delirantes sobre o bebê, ou seja, há um forte risco de aumentar os danos à gestante e ao seu filho. Os transtornos do humor que afetam as mulheres no período pós-parto incluem também a melancolia da maternidade, conhecida ou denominada de "*baby blues*" (O'Hara, 1997; Souza, Burtet & Busnello, 1997), ou "tristeza pós-parto" (APA, 2000), além das psicoses puerperais. Conforme estudo de O'Hara e Souza, o "*baby blues*" é caracterizado por um curto período de emoções voláteis, que comumente ocorre entre o segundo e o quinto dia após o parto, tendo geralmente remissão espontânea (O'Hara, 1997; Souza e col., 1997). O "*baby blues*" é facilmente percebido por profissionais e familiares próximos, pois é um sentimento nítido de tristeza e melancolia acometido por mulheres após o parto. Frisa-se que o "*baby blues*" é distinto de depressão pós-parto já que, enquanto este tem um forte impacto nas atividades rotineiras, aquele possui um impacto menor na vida da mulher e de seu filho. No entanto, quando a gestante perceber os sintomas de tristeza ou depressão deve buscar apoio social e auxílio profissional, pois o diagnóstico precoce é primordial. Com isso, percebe-se que mulheres acometidas de depressão pós-parto são, com maior frequência, associadas ao crime de infanticídio onde, de acordo com o artigo 123 do Código Penal, caracteriza o crime de infanticídio como o ato de matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho durante o parto ou logo após. Tendo em vista que a DPP pode se manifestar com intensidade variável, a doença é muitas vezes banalizada por falta de conhecimento e a relação futura de mãe-filho pode ser afetada. Embora estudos populacionais tenham identificado fatores de risco específicos para a Depressão Pós-Parto (DPP), como destacado na tabela 2, a compreensão atual sobre essa condição transcende a simplicidade de associações isoladas. Uma visão mais contemporânea enfatiza uma intrincada interação entre diversos elementos, envolvendo fatores genéticos, ambientais, inflamatórios e imunológicos. Além disso, modificações no ambiente hormonal, alterações do ritmo circadiano e adaptações nos substratos neuronais emergem como peças fundamentais desse complexo quebra-cabeça.

A compreensão holística da DPP requer a consideração cuidadosa da interconexão dinâmica entre esses fatores, reconhecendo que a experiência pós-parto é única para cada mulher. A influência genética pode predispor a uma vulnerabilidade, enquanto fatores ambientais, como o suporte social e as condições de vida, desempenham um papel essencial na manifestação da DPP. Paralelamente, mecanismos inflamatórios e imunológicos indicam que a resposta do sistema imunológico pode estar intrinsecamente vinculada ao desenvolvimento da condição.

Além disso, as transformações no ambiente hormonal, com flutuações significativas nos níveis de hormônios reprodutivos durante a gravidez e no pós-parto, influenciam diretamente a regulação emocional e a saúde mental da mulher. As alterações no ritmo circadiano, associadas aos desafios da maternidade, também desempenham um papel na vulnerabilidade à DPP. Por fim, as adaptações nos substratos neuronais sugerem que mudanças estruturais e funcionais no cérebro podem contribuir para a suscetibilidade e expressão clínica da DPP.

**Tabela 2 – Fatores de risco para depressão periparto**

História prévia de transtorno depressivo maior
Antecedente de depressão pós-parto
Antecedente de disforia puerperal
História de abuso físico e/ou sexual
Não amamentar
Estressores de vida em geral e fatores psicossociais: Baixo suporte social; precariedade socioeconômica; ausência de relacionamento marital; gestação não planejada e/ou indesejada; estressores com o parceiro, sobretudo envolvendo violência doméstica; mulher jovem, imigrante, desempregada, ou que o chefe da família esteja sem emprego; estressores relacionados aos cuidados com o recém-nascido; intercorrências médicas com o recém-nascido, história de perdas gestacionais, países de baixa ou média renda apresentam maior prevalência quando comparados aos de alta renda
Transtorno disfórico pré-menstrual com sintomas moderado a graves relacionam-se com a depressão que se inicia no pós-parto
Traços de personalidade como neuroticismo ou introversão

Há evidências que demonstram associação entre a DPP e prejuízo no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança. Para tanto, é imprescindível a investigação dos sintomas da mulher durante a gestação, notadamente após o parto, para que o sintoma seja tratado, não interferindo no vínculo familiar. Além disso, o conhecimento dos sintomas deve ser realizado anteriormente à gestação, de modo que seja detectado facilmente pela gestante e por quem a acompanha nos mínimos traços de indício. Diante disso, a fim de evitar danos ao bebê e à mãe, faz-se necessário tratamento intensivo e, por vezes, hospitalização (Gale & Harlow, 2003; O'Hara, 1997; Souza e col., 1997). Ademais, o trabalho de equipe torna-se essencial na promoção da integridade biopsicossocial da gestante. Dessa forma, faz-se necessário programas que visem orientar e dar assistência por meio da proteção da mulher diante de problemas emocionais e problemas relacionados ao ciclo gravídico (Rosenberg, 2007). Ainda, a maternidade se tornou um tabu para a sociedade atual, já que, por ser diversas vezes, as mães são ilustradas como mulheres felizes, tranquilas e com uma boa sanidade mental, onde na realidade não é sempre assim. Na verdade, mulheres que estão passando pela maternidade sofrem muitos transtornos de personalidade, ansiedade, ataques de pânico, podendo até entrar em um quadro de depressão. Em vista disso, é importante frisar a importância do apoio social na depressão pós-parto, diante do preconceito e das dificuldades que as mães encontram após darem à luz. Destaca-se também, a importância do pré-natal psicológico (PNP), que nada mais é que um atendimento perinatal feito por médicos obstetras, visando a humanização do processo de gestação e do parto em si. Esse programa propõe a aproximação da família com a gestante durante a gravidez, de forma a prepará-lo psicologicamente para a maternidade. O PNP, também chamada de psicoprofilaxia (Bortoletti, 2007), leva em consideração a discussão de aspectos que podem surgir durante o período gravídico-puerperal, como: mitos da maternidade bem como sua idealização, riscos na gestação e até perda do feto ou bebê, anomalias por malformação do feto, medo do parto, distúrbios psicossomáticos, transtornos depressivos ou ansiedade e

conflitos conjugais em geral (Cabral e col., 2012). Outrossim, o PNP tem como objetivo a integração entre gestantes que compartilhem de sentimentos e emoções durante a gestação, proporcionando um momento de identificação. Esses encontros buscam informar e preparar essas mulheres para o processo de gestação, abordando diversos temas que levam em conta as características e necessidades do estágio em que se encontram. Para participar do PNP, não há a necessidade de a gestante apresentar problemas emocionais, apenas apresentar interesse na construção de um melhor papel materno, em termos de responsabilidade e complexidade. Por fim, é notório que a sociedade possui uma visão distorcida da realidade, tratando a depressão pós-parto como algo inexistente, insignificante e de pouca gravidade, e quando aparecem casos de mães com DPP muitos negligenciam e não levam a sério, considerando a mulher fraca e mal agradecida, tornando a doença ainda mais difícil pois, além de enfrentar transtornos e angústias, precisa lidar com o julgamento e a falta de compreensão por parte da sociedade que não fazem parte do grupo de mães e que já sofreram ou sofrem com essa doença.

## **5. CONCLUSÃO**

Diante do exposto, pode-se dizer que a depressão pós-parto traz riscos para o desenvolvimento infantil e para as mães, bem como a forma com que elas se relacionam com seus filhos. Crianças que possuem mães com DPP podem vir a demonstrar apego inseguro (Gelfand e Teti, 1995; Teti et al., 1995), crescimento precário, desempenho baixo em avaliações cognitivas e linguísticas, além de problemas comportamentais (T. Field, 1998a, 1998c; T. M. Field et al., 1985; Gelfand e Teti, 1995; NICHD Early Child Care Research Network, 1999b; Zuckerman e Beardslee, 1987). Nesse sentido, é importante que mulheres que apresentam transtornos depressivos sejam alertadas sobre os riscos antes do parto ou até mesmo da gravidez, além do diagnóstico para DPP, para que não haja prejuízo para o relacionamento mãe-filho, nem para o desenvolvimento infantil. Com isso, o conhecimento prévio dos aspectos que levam as mães a apresentarem transtornos psicoafetivos após o nascimento da criança, caracteriza-se como uma possibilidade de intervenção efetiva. Assim, torna-se de grande importância que esses transtornos sejam detectados dentro da maternidade e que haja atuação preventiva das equipes de saúde capacitadas na área da psicologia, proporcionando apoio a essas mães para enfrentar os episódios depressivos. Em casos mais severos, o uso de medicamentos pode ser indicado. Medicamentos antidepressivos como o Zoloft (um inibidor seletivo da recaptção de serotonina) e a nortriptilina (um tricíclico) parecem ser seguros e eficazes no tratamento da depressão pós-parto (Wisner et al., 2006). Além disso, técnicas que visam melhorar o humor, como ouvir música, imagens visuais, ginástica aeróbica, ioga, relaxamento e massagem terapêutica são indicadas. Além a prática de atividade física, onde há liberação de endorfina, que faz bem para o corpo e para a mente. (T. Field, 1955, 1998a, 1998c). Ademais, a conscientização das pessoas mediante a maternidade e suas dificuldades faz-se necessária. Aumentar o número de grupos de apoios, psicólogos para mulheres de baixa renda, acabar com propagandas enganosas e, através da mídia, propagar mensagens reconfortante para mulheres que sofrem com depressão pós-parto é de suma importância. Em síntese, aprofundar nosso entendimento sobre as complexidades do pós-parto e do período gravítico-puberal não apenas amplia nossos horizontes no campo da saúde mental, mas também ressalta a importância de uma abordagem holística para a mulher. Compreender essas questões não apenas enriquece a prática clínica, mas também fortalece a capacidade de profissionais de saúde de atender às necessidades emocionais, sociais e culturais específicas das mulheres. Ao reconhecer a singularidade de

cada jornada, podemos não apenas diagnosticar e tratar efetivamente, mas também promover uma saúde mental mais resiliente e sustentável para as mulheres, capacitando-as a navegarem pelos desafios dessa fase com maior apoio e compreensão. Dessa forma, almejamos contribuir para um futuro em que a saúde mental feminina seja priorizada e cultivada, reconhecendo-a como um componente integral do bem-estar global.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PAPALIA, E. D. *et al.* Desenvolvimento humano (8. ed., D. Bueno, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed (2006).  
SCHWENGBER, D. D. S. *et al.* O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estud. psicol. (Natal)** vol.8 no.3 Natal Sep./Dec. 2003.

SCHMIDT, E. B. *et al.* Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF (Impr.)** vol.10 no.1 Itatiba June 2005.

MORAES, I. G. S. *et al.* Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev. Saúde Pública** vol.40 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2006.

FERNANDES, F. C. *et al.* Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. **Revista Panorâmica On-Line**. Barra do Garças– MT, vol 14,p. 15–34, jul. 2013.

IACONELLI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Revista Pediatria Moderna**, Julho-Agosto, v. 41, nº 4, 2005.

KLAUS, M. H. *et al.* **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas, (2000).

RIGHETTI, V. M. *et al.* Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. **European Child and Adolescent Psychiatry**, 12(2), 75-83, (2003).

GALE, S. *et al.* Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. **Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology**, 24(4), 257-266, (2003).

NUNES, A. P. *et al.* Postpartum depression in adolescent and adult mothers: Comparing prenatal risk factors and predictive models. **Maternal and Child Health Journal**, 17(6), 1071-1079. DOI: 10.1007/s10995-012-1089-5, (2013).

BRASIL. **Decreto-Lei 2.848**, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

TOLENTINO, E. *et al.* DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CONHECIMENTO SOBRE OS SINAIS E SINTOMAS EM PUÉRPERAS. **Revista De Ciências Da Saúde Nova Esperança**, 14(1), 59-66, (2016).

ARRAIS, A. R. *et al.* O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade**. 2014, v. 23, n. 1, pp. 251-264.