

ASPECTOS CLÍNICOS E PSICOSSOCIAIS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MULHERES DE UM MUNICÍPIO NO RECÔNCAVO BAIANO

Cristiane Ajnamei dos Santos Alfaya¹.

¹Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, Bahia.

<http://lattes.cnpq.br/9609762042556706>

RESUMO: Objetivo: O presente estudo investigou as características clínicas e psicossociais de mulheres com suspeita de depressão pós-parto no sistema de saúde pública de um município da região do Recôncavo, Bahia. Método: Participaram 102 mulheres que responderam à Escala de Edimburgo (EPDS) e ao questionário sobre dados sociodemográficos, clínicos e psicossociais. Resultados: Da amostra total, 28 (27,4%) apresentaram depressão pós-parto. Houve predominância de mulheres com 37 a 42 semanas de gestação (26; 92,8%), que tiveram seis ou mais consultas (17; 60,7%) durante o pré-natal (28; 100%). Dessas, 28, 14 foram primíparas (50%) e 16 foram cesarianas (57,1%). Durante a gravidez, 12 (42,9%) mulheres relataram problemas de saúde, como hipertensão, anemia e toxoplasmose. Seis (21,4%) confirmaram histórico familiar de transtornos mentais, como depressão. Além disso, a maioria das 28 mulheres era parda 17 (60,7%) e negra 7 (25%), com educação primária incompleta 9 (32,1%) e renda familiar mensal de até dois salários mínimos 26 (92,8%). Quanto aos fatores psicossociais, houve predominância de mulheres com apoio familiar (21; 75%) e do pai do bebê (20; 71,4%), embora não coabitassem. Conclusões: O presente estudo revelou alta prevalência da condição. Os resultados confirmam a necessidade de prevenção, diagnóstico precoce e estratégias de tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde. Pós-parto. Prevalência.

CLINICAL AND PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF POSTPARTUM DEPRESSION IN WOMEN FROM A MUNICIPALITY IN THE RECÔNCAVO BAIANO

ABSTRACT: Objective: The present study investigated the clinical and psychosocial characteristics of women with suspected postpartum depression in the public health system of a municipality in the region of Recôncavo, Bahia. Method: Participants were 102 women who answered the Edimburgo Scale (EPDS) and the questionnaire on sociodemographic, clinical and psychosocial data. Results: Of the total sample, 28 (27.4%) had postpartum depression. Among them, there was a predominance of women with 37 to 42 weeks of gestation (26; 92.8%), who had six or more consultations (17; 60.7%) during prenatal care (28; 100%). Of these, 28, 14 were primiparous (50%) and 16 were cesarean sections (57.1%). During pregnancy, 12 (42.9%) women reported health problems, such as hypertension, anemia and toxoplasmosis. Six (21.4%) answered that they had a family history of mental disorders, such as depression. In addition, 28 women were 17 brunette (60.7%) and 7 black

(25%), with incomplete primary education 9 (32.1%) and monthly family income of up to two minimum wages 26 (92.8%). Regarding psychosocial factors, there was a predominance of women with family support (21; 75%) who had the support of the baby's father (20; 71.4%), although they did not cohabit. Conclusions: The present study revealed a high prevalence of the condition. The results confirm the need for prevention, early diagnosis, and treatment strategies.

KEYWORDS: Health. Puerperium. Prevalence.

INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto é um transtorno psiquiátrico que pode ter repercussões negativas para a mulher, a criança e as relações familiares (ANDRADE *et al.*, 2017). No Brasil, a prevalência está entre 12 e 37%, enquanto no mundo entre 5 e 20% das mulheres no período puerperal (SILVA *et al.*, 2018). Após o parto, a labilidade transitória do humor é comum, afetando cerca de 80% das mulheres entre o terceiro e o quinto dia após o nascimento da criança (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Do ponto de vista etiológico, o modelo biológico apoia a existência de uma vulnerabilidade hormonal e/ou genética. O modelo psicossocial postula transformações envolvendo mudanças significativas e a necessidade de se adaptar a novas configurações na vida das mulheres após o parto (ARAÚJO *et al.*, 2019). Quanto aos fatores psicossociais, alguns estudos mostraram uma associação entre transtornos emocionais após o parto e sentimentos conflitantes das mulheres, enfatizando sua atitude em relação à experiência subjetiva da maternidade, envolvendo a nova criança, o pai da criança, ela mesma como mãe de um bebê e como filha de sua própria mãe (MALDONADO, 2005). A vulnerabilidade individual também é considerada um dos fatores associados à depressão pós-parto, sendo entendida como uma predisposição hereditária ao desenvolvimento de transtornos psíquicos (FIELD, 2000).

No entanto, outros autores defendem a separação entre as psicopatologias da criação após o nascimento e a estrutura de personalidade da mãe (SZEJER E STEWART, 1997). Assim, postularam que o encontro mãe-bebê pode induzir uma patologia específica, determinada mais pelas vicissitudes da interação do que por uma patologia pré-existente da mãe (CRAMER E PALACIO-ESPASA, 1993), entendendo a maternidade como uma nova fase do desenvolvimento que pode ser experimentada como difícil de adaptar psicologicamente por manifestações psicopatológicas, como a depressão pós-parto, entre outros.

Fatores sociodemográficos como idade, escolaridade, estado civil e cor/raça têm sido consistentemente associados à ocorrência da depressão pós-parto (ARAÚJO *et al.*, 2019; HARTMAN *et al.*, 2017). Entre esses fatores, o estado civil tem sido mais associado à depressão pós-parto, especialmente entre mães solteiras sem apoio social (HARTMAN *et al.*, 2017).

Ao considerar as mudanças na vida das mulheres com a transição para a maternidade,

a etiologia multifatorial da depressão pós-parto e a presença de lacunas e controvérsias entre estudos sobre a prevalência da depressão pós-parto, o presente estudo buscou investigar as características clínicas e psicossociais de mulheres com indicadores de depressão pós-parto no sistema público de saúde de um município da região do recôncavo da Bahia. Além disso, a região nordeste do país recebeu pouca atenção à saúde em comparação com outras regiões, especialmente no que diz respeito à qualidade da saúde materna e infantil.

OBJETIVO

O presente estudo buscou investigar as características clínicas e psicossociais de mulheres com indicadores de depressão pós-parto no sistema público de saúde de um município da região do recôncavo da Bahia.

METODOLOGIA

A amostra consistiu em 102 mulheres e mães de bebês de até três meses, pacientes atendidas em unidades de saúde em um município da região do recôncavo da Bahia, que concordaram em realizar o exame da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e responder ao Questionário de Dados Sociodemográficos, Clínicos e Psicossociais. Mulheres cujo ponto de corte era igual ou superior a 11 pontos no EPDS foram incluídas (SANTOS *et al.*, 2007).

A pesquisa seguiu as regras e princípios estabelecidos na resolução 466/2012, e seu projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Departamento de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), registrado sob o número de registro 0080.0.053.000-07. Este estudo faz parte do projeto de pesquisa mais amplo.

Foi utilizado um desenho transversal (estudo transversal), envolvendo mulheres no pós-parto com bebês de até três meses de idade.

As variáveis clínicas envolveram fatores como humor depressivo (sentimento de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa, ideias de morte ou suicídio), perda de prazer em atividades antes consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, concentrar ou tomar decisões, sintomas fisiológicos (insônia ou hipersônia), mudanças comportamentais (crises de choro).

Variáveis sociodemográficas envolviam fatores como constituição familiar, paridade, tipo de parto, amamentação, sexo do bebê, complicações durante a gravidez e o parto, apoio social ao cuidado do bebê, estado civil, renda familiar, idade, escolaridade, ocupação dos pais do bebê, cor/raça, tabagismo, alcoolismo e uso de drogas.

Os seguintes instrumentos e materiais foram utilizados para realizar este estudo: Consentimento Livre e Informado: este documento teve como objetivo esclarecer brevemente às mães participantes os objetivos da pesquisa, o nome e o número de contato da pesquisadora responsável. Foi fornecida uma descrição dos procedimentos do estudo e uma explicação dos potenciais riscos e benefícios. A confidencialidade e a proteção da privacidade dos participantes também foram garantidas, assim como a possibilidade

de retirar seu consentimento sempre que quiserem. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo: essa escala foi usada para avaliar a depressão pós-parto no período entre 30 e 180 dias após o nascimento do bebê. A EPDS é uma escala de autorrelato, composta por 10 declarações, cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença ou intensidade do sintoma. A soma dos pontos resulta em uma pontuação de 30, e um valor igual ou superior a 11 é considerado sintomatologia depressiva, conforme definido na validação da escala em uma amostra brasileira (SANTOS *et al.*, 2007). Questionário sobre Dados Sociodemográficos, Clínicos e Psicossociais: este instrumento envolveu questões como constituição familiar, paridade, tipo de parto, cuidados pré-natais, amamentação, sexo do bebê, complicações durante a gravidez e o parto, apoio social ao cuidado do bebê, estado civil, renda familiar, idade, educação, ocupação dos pais do bebê, cor/raça, tabagismo, alcoolismo, drogas (LABIAP/UFRB, 2008).

Para isso, foi realizada uma entrevista com pacientes que aguardavam consulta de acompanhamento do bebê de até três meses nas unidades de saúde do município, na região do Recôncavo, na Bahia. O estado clínico de saúde foi investigado utilizando as seguintes informações: problemas de saúde durante a gravidez com mãe e bebê, histórico pessoal e familiar de problemas emocionais, problemas de saúde da mãe e do bebê durante e após o parto, uso de medicamentos e hospitalização. As características sociodemográficas foram analisadas utilizando informações relacionadas à idade, local de residência, estado civil, raça, escolaridade, ocupação, planejamento familiar, número de gestações, renda familiar e apoio social (apoio familiar).

Os dados foram submetidos a procedimentos estatísticos descritivos e inferenciais utilizando o programa estatístico SPSS versão 21.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A depressão pós-parto é um transtorno psiquiátrico que pode ter repercussões negativas para a mulher, a criança e as relações familiares (ANDRADE *et al.*, 2017). Geralmente, a depressão pós-parto começa entre a quarta e a oitava semana após o parto, incluindo sintomas como irritabilidade, choro frequente, sentimentos de impotência e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, distúrbios alimentares e do sono, sensação de incapacidade para lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas (MORAIS *et al.*, 2015). A depressão pós-parto pode durar vários anos (FIGUEIRA *et al.*, 2011) e está relacionada a um aumento do risco de outras condições depressivas recorrentes. No Brasil, a prevalência está entre 12 e 37%, enquanto no mundo entre 5 e 20% das mulheres no pós-parto (SILVA *et al.*, 2018).

Do ponto de vista etiológico, dois modelos explicativos coexistem, provavelmente complementares (ARAÚJO *et al.*, 2019). Um modelo biológico, que apoia a existência de uma vulnerabilidade hormonal e/ou genética, e um modelo psicossocial, que postula que transformações envolvem mudanças significativas e precisam se adaptar a novas configurações na vida da mulher após o parto. Entre os fatores biológicos, as maiores

contribuições estão centradas no fato de que, desde o momento do parto, há uma rápida diminuição nos níveis de hormônios sexuais circulantes (estrogênio e progesterona), que tiveram um grande aumento durante a gravidez, causando alterações na homeostase metabólica. Além disso, trabalho de parto prolongado ou difícil que causa estresse físico generalizado, assim como desidratação, perda de sangue ou infecção pós-parto, pode representar um fator biológico de risco para o início da depressão (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Quanto aos fatores psicossociais, alguns estudos mostraram uma associação entre distúrbios emocionais após o parto e sentimentos conflitantes das mulheres, enfatizando sua atitude em relação à experiência subjetiva da maternidade, envolvendo a nova criança, o pai da criança, ela mesma como mãe de um bebê e como filha de sua própria mãe. Transtornos pós-parto podem resultar do conflito da mulher em assumir o papel de mãe devido à falta de um modelo materno ou até mesmo à rejeição de sua própria mãe como modelo (MALDONADO, 2005).

O pensamento psicanalítico entende a depressão pós-parto como uma regressão parcial da nova mãe para a fase oral do desenvolvimento psicosssexual. Esse tipo de regressão é característico do período de gestação e parece ser assim também após o parto, especialmente durante a amamentação. A elaboração subsequente, assim como as manifestações sintomáticas dessa regressão, dependerão da organização da personalidade de cada mulher, abrangendo fatores constitucionais e fatores relacionados às experiências da infância. Entre estes últimos, está a identificação feminina da criança com sua própria mãe, que pode determinar, em grande medida, a aceitação ou rejeição da maternidade (SZEJER, M.; STEWART, 1997).

A vulnerabilidade individual também é considerada um dos fatores associados à depressão pós-parto, sendo entendida como uma predisposição hereditária ao desenvolvimento de transtornos psíquicos (FIGUEIRA *et al.*, 2011). Endossando esse ponto de vista, alguns autores afirmaram que a ocorrência de um histórico pessoal ou familiar anterior de depressão aumenta a probabilidade de depressão após o nascimento do bebê, sem desconsiderar a importância da contribuição dos fatores psicossociais atuais (MORAIS *et al.*, 2015).

No entanto, outros autores defendem a separação entre as psicopatologias da criação após o nascimento e a estrutura de personalidade da mãe. Assim, postularam que o encontro mãe-bebê pode induzir uma patologia específica, determinada mais pelas vicissitudes da interação do que por uma patologia pré-existente da mãe (MALDONADO, 2005), entendendo a maternidade como uma nova fase do desenvolvimento que pode ser experimentada como difícil adaptação psicobiológica por meio de manifestações psicopatológicas como a depressão pós-parto, entre outras. A nova fase do desenvolvimento impõe à mãe a tarefa de redistribuir seus investimentos narcisistas e instintivos, até então preservados em seu espaço intrapsíquico, para o espaço interpessoal do relacionamento com o bebê real. Com isso, surge na mulher uma constelação psicodinâmica original do período pós-parto, que se

estende até os dois anos de vida do bebê. Essa neoformação, caracterizada por uma forma particular de funcionamento psíquico, é constituída pelo funcionamento psíquico particular da mãe após o nascimento, bem como pelas contribuições do bebê (CRAMER; PALÁCIO-ESPASA, 1997).

Na mesma direção, outro autor considera que uma nova organização psíquica, chamada constelação da maternidade, se desenvolve em mulheres a partir da gravidez, especialmente com a chegada do primeiro filho (STERN, 1997). Essa nova organização psíquica será responsável pelas ações, sensibilidades, medos, fantasias e desejos da mulher após o nascimento do bebê.

Fatores sociodemográficos como idade, escolaridade, estado civil e cor/raça têm sido consistentemente associados à ocorrência da depressão pós-parto. Entre esses fatores, o estado civil tem sido mais associado à depressão pós-parto, especialmente entre mães solteiras sem apoio social (HARTMAN *et al.*, 2017). Pesquisas recentes também mostraram que fatores de estresse somáticos na gravidez podem desencadear sintomas depressivos que persistem após o parto, especialmente em mães solteiras sem apoio de um parceiro (HARTMAN *et al.*, 2017). Em outros estudos, que avaliaram a contribuição de fatores sociodemográficos para a ocorrência da depressão pós-parto, descobriram que a prevalência variava de acordo com a idade, cor/raça e estado civil das mães (ARAÚJO *et al.*, 2019). Estudos que também buscaram estimar a prevalência de sintomas depressivos entre jovens mães mostraram que a depressão pós-parto estava associada à juventude, raça negra, estado civil solteiro, baixa escolaridade e apoio social inadequado (HOLLIST, *et al.*, 2016).

Alguns estudos, que avaliaram a incidência de depressão e a experiência da maternidade entre oito e nove meses após o parto, constataram que a depressão da mãe nesse período estava principalmente associada à ausência de parceiro, complicações obstétricas e insatisfação com o cuidado recebido na maternidade (ARRAIS; ARAÚJO, 2017). Na mesma direção, outro estudo também encontrou uma associação entre depressão pós-parto e complicações obstétricas e insatisfação com o cuidado recebido no serviço de saúde, exceto pela ausência de um parceiro (MORAES *et al.*, 2017).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra consistiu em 102 mulheres pós-parto com bebês de até três meses de idade. Do total, 28 mulheres foram identificadas com suspeita de depressão pós-parto, indicando que 27,4% da amostra atendiam aos critérios para provável depressão pós-parto. Dessas 28 mulheres puerperais, suas idades variavam de 17 a 36 anos (média = 25,43 anos), com uma porcentagem maior no grupo de mães entre 26 e 36 anos (14; 50%), estado civil estável (14; 50%), ensino fundamental incompleto (9; 32,1%), negra (7; 25%) e parda (7; 60,7%), com renda familiar mensal de até dois salários mínimos (26; 92,8%). conviver com o pai do bebê (20; 71,4%) e morar em um município do Recôncavo da Bahia (25; 89,3%), em sua própria casa (23; 82,1%) apresentaram maiores escores de

depressão pós-parto (Tabela 1 - características sociodemográficas de mulheres pós-parto com indicadores de depressão pós-parto).

Tabela 1 - Características sociodemográficas de mulheres pós-parto com suspeita de depressão pós-parto.

Idade (anos)	
16-20	7 (25,0)
21-25	7 (25,0)
26-36	14 (50,0)
Estado civil	
Single	7 (25,0)
Casados	7 (25,0)
Estábulo	14 (50,0)
Educação	
Fundamental incompleto	9 (32,1)
Fundamental Completo	1 (3,6)
Ensino médio incompleto	8 (28,6)
Ensino Médio	7 (25,0)
Superior Incompleto	3 (10,7)
Cor da pele	
Branco	4 (14,3)
Preto	7 (25,0)
Cortina	17 (60,7)
Renda familiar	
Até 2 salários	26 (92,8)
Mais de 3 salários	2 (7,2)
Condições de moradia	
Própria	23 (82,1)
Alugado	2 (7,2)
Emprestado	3 (10,7)
Apoio pai do bebê	
Sim	20 (71,4)
Não	8 (28,6)

Fonte: Preparado pela autora (2026).

Quanto aos aspectos clínicos do período pós-parto, houve uma frequência maior de mulheres primíparas (14; 50%), cesarianas (16; 57,1%), com 37 a 42 semanas de gestação (26; 92,8%), que tiveram seis consultas ou mais (17; 60,7%) durante o cuidado pré-natal (28; 100%). Durante a gravidez, 12 (42,9%) mulheres no pós-parto relataram problemas de saúde como hipertensão, anemia e toxoplasmose. Seis (21,4%) mulheres no pós-parto

indicaram problemas emocionais em membros da família, como transtornos depressivos.

Quanto aos fatores psicossociais, predominaram mulheres pós-parto com apoio familiar (21; 75%) que tinham a presença e apoio do pai do bebê (20; 71,4%) (Tabela 2 - Características clínicas e psicossociais de mulheres puerperais com suspeita de depressão pós-parto).

Tabela 2 - Características clínicas e psicossociais de mulheres pós-parto com suspeita de depressão pós-parto.

Número de gestações	
1	14 (50,0)
2-4	14 (50,0)
Número de nascimentos	
1	14 (50,0)
2-4	14 (50,0)
Ordem de nascimento do bebê	
Primeiro	14 (50,0)
De acordo com	12 (42,9)
Terceiro	1 (3,6)
Quarto	1 (3,6)
Número de semanas de gestação	
Menos de 32 semanas	1 (3,6)
32-36 semanas	1 (3,6)
37-42 semanas	26 (92,8)
Tipo de entrega	
Normal	12 (42,9)
Cesariana	16 (57,1)
Cuidados pré-natais	
Sim	28 (100,0)
Não	0 (0)
Número de visitas pré-natais	
1-5	11 (39,3)
6 ou mais	17 (60,7)
Problemas de saúde durante a gravidez	
Sim	12 (42,9)
Não	16 (57,1)
Problema emocional na família	
Sim	6 (21,4)
Não	22(78,6)

Fonte: Preparado pela autora (2026).

Existem muitos fatores de risco associados à depressão pós-parto, como predisposição genética, condições socioeconômicas e epidemiológicas, que tornam a depressão pós-parto multifatorial. Embora a etiologia não seja claramente conhecida, há consenso de que alguns fatores contribuem para o surgimento da depressão pós-parto, como condições socioeconômicas precárias, não aceitação da gravidez, curto relacionamento com o pai do bebê, problemas durante a gravidez e o parto, violência doméstica, falta de apoio familiar e de parceiro (ARRAIS; ARAÚJO, 2017), e conflitos emocionais com a experiência da maternidade (MORAES *et al.*, 2017).

A frequência provável de depressão pós-parto encontrada no presente estudo (27,4%) está de acordo com os números encontrados na literatura, que variam entre 12 e 37%, e pode aparecer desde a primeira semana após o parto até dois anos ou mais (HARTMAN *et al.*, 2017).

Neste estudo, 64,2% das mulheres puerperais não haviam concluído o ensino médio. Destes, 32,1% tinham ensino fundamental incompleto. Esse resultado corrobora os achados de outros estudos sobre baixa escolaridade e a presença de depressão pós-parto (FIGUEIRA *et al.*, 2011).

A maioria dos estudos mostrou uma relação entre a idade da mulher puerperal e a depressão pós-parto. Mães mais jovens teriam maior probabilidade de desenvolver depressão pós-parto (FIGUEIRA *et al.*, 2011). No entanto, o presente estudo não evidenciou esse resultado. Em contraste, a maioria (14) das mães com indicadores de depressão pós-parto tinha entre 26 e 36 anos de idade, sete entre 16 e 20 anos, e as outras sete entre 21 e 25 anos.

No presente estudo, também foi encontrada a relação entre baixa renda familiar e depressão pós-parto, já que 92,8% das mulheres puerperais tinham uma renda de até dois salários mínimos por mês. Apenas 7,2% tinham mais de três salários mínimos. Estudos concordam que condições econômicas precárias podem ser consideradas um fator gatilho importante para a depressão pós-parto (ARRAIS; ARAÚJO, 2017; LIMA *et al.*, 2017). Além disso, houve predominância de mulheres no pós-parto que se declararam pardas 17 (60,7%) e sete (25%) mulheres negras com suspeita de depressão pós-parto. Esse resultado corrobora estudos que encontraram uma prevalência maior de depressão pós-parto em mulheres negras (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Outra variável importante refere-se à primiparidade, que neste estudo mostrou alta frequência. A transição para a maternidade impõe uma nova organização psíquica, chamada constelação da maternidade, que se desenvolve na mulher a partir da gravidez, especialmente com a chegada do primeiro filho. A reelaboração mental, que ocorre a partir do discurso da mãe com a própria mãe, do da mãe consigo mesma e do da mãe com o bebê, envolverá os temas do crescimento da vida (a mulher tem medo de que o bebê morra), relacionamento primário (a mulher duvida de sua capacidade de se envolver com o bebê), matriz de apoio (a capacidade da mulher de pedir ajuda para o cuidado do bebê), e reorganização da identidade (como as mulheres lidam com a mudança de

status de filha para mãe, de esposa para mãe e de profissional para mãe) (STERN, 1997). Os autores argumentam que o encontro mãe-bebê pode induzir uma patologia específica determinada pelas vicissitudes da interação, e não por uma patologia pré-existente da mãe (MALDONADO, 2005). Assim, elas entendem a maternidade como uma nova fase do desenvolvimento, que pode ser experimentada como difícil de adaptar psicobiologicamente, por meio de manifestações psicopatológicas como a depressão pós-parto, entre outras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão pós-parto é um transtorno psiquiátrico que pode ter repercussões negativas na qualidade de vida da mulher, bem como nas interações com a criança e os familiares. Nesse sentido, programas de saúde focados na atenção primária que abordam questões específicas de saúde materna, especialmente a primiparidade, podem ser essenciais na prevenção da depressão pós-parto. Além disso, fatores como cor/raça, educação e renda devem ser considerados no desenvolvimento de programas de saúde voltados para mulheres no Recôncavo Bahiano.

Embora a qualidade da interação mãe-bebê após o parto não tenha sido o foco do presente estudo, acredita-se que o encontro mãe-bebê possa induzir uma patologia específica, que seria determinada mais pelas vicissitudes da interação do que por uma patologia pré-existente da mulher. Nesse sentido, estudos que avaliem a qualidade da interação puerperal com o desenvolvimento do bebê e da criança são necessários no contexto da depressão pós-parto, a fim de orientar estratégias de prevenção e tratamento precoce no contexto da saúde pública.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M.; DEMITTO, M.; DELL AGNOLLO, C.; TORRES, M.; CARVALHO, M.; PELLOSO, S. Tristeza materna em mulheres puerperais e fatores associados. **Portuguese Journal of Nursing and Mental Health**, v. 18, p. 8-13, 2017.
- ARAÚJO, I.S.; AQUINO, K.S.; FAGUNDES, L.K.; SANTOS, V.C. Depressão pós-parto: perfil clínico epidemiológico de pacientes atendidas em uma maternidade pública de referência em Salvador-BA. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 41, p. 155-163, 2019.
- ARRAIS, A.R.; ARAÚJO, T.C.; Depressão pós-parto: uma revisão dos fatores de risco e proteção. **Psicologia, Saúde & Doenças (Psicologia, Saúde e Doenças)**, v. 18, p. 828-845, 2017.
- CAVALCANTE, M.; LAMY, F.; FRANÇA, A.; LAMY, Z.C. Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierárquica baseada em população em capital brasileira – Estudo BRISA. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1683-1693, 2017.
- CRAMER, B.; PALÁCIO-ESPASA, F. **Técnicas psicoterapêuticas mãe-bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- FIELD, T. Bebê de mães deprimidas. Em: **Estresse, enfrentamento e depressão**. Londres: Lawrence; 2000.

- FIGUEIRA, P.G.; DINIZ, L.M.; SILVA FILHO, H.C. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em amostra de Belo Horizonte. **Journal of Psychiatry of Rio Grande do Sul**, v. 33, p. 71-75, 2011.
- FONSECA, A.; CANAVARRO, C. **Depressão pós-parto**. Porto Alegre, RS: Artmed Panamericana, 2017.
- HARTMAN, J.M.; MENDOZA-SASSI, R.A.; CESAR, J.A. Depressão entre mulheres puerperais: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. 33-40, 2017.
- HOLLIST, C.S.; FALCETO, O.G.; SEIBEL, B.L. Depressão pós-parto e satisfação conjugal: impacto longitudinal em amostra brasileira. **Brazilian Journal of Family and Community Medicine**, v. 11, p. 1-13, 2016.
- LIMA, M.O.; TSUNECIRO, M.A.; BONDIO, I.C.; MURATA, M. Sintomas depressivos na gravidez e fatores associados: um estudo longitudinal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, p. 39-46, 2017.
- MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva, 2005.
- MORAES, G.P.; LORENZO, I.; PONTES, G.A.; MONTENEGRO, M. C.; CANTILLINO, A. Triagem e diagnóstico da depressão pós-parto: quando e como. **Trends Psychiatry Psychotherapy**, v. 39, p. 56-61, 2017.
- MORAIS, M.L.S.; FONSECA, L.A.M.; DAVID, V.F.; VIEGAS, L.M.; OTTA, E. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: um estudo em hospitais públicos e privados na cidade de São Paulo, Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 20, p. 40-49, 2015.
- SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A.; TAVARES, B. F.; BARROS, A. J.; PICININI, I. B.; LAPOLLI, C. Validação da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) em uma amostra de mães da Coorte de Parto Pelotas, 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2577-2588, 2007.
- SILVA, H.C.; SILVA, M.R.; FRIZZO, G.B; DONELLI, T.M.S. Sintomas psicofuncionais e depressão materna: um estudo qualitativo. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 23, p. 59-70, 2018.
- STERN, D.N. **A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pai/bebê**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher: Uma abordagem psicanalítica para gravidez e parto**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.