

## **ALTERAÇÕES DE HUMOR NO PÓS-PARTO: UMA LEITURA A PARTIR DO CONCEITO DE CRENÇAS COGNITIVAS<sup>1</sup>**

Mayara Rodrigues Werner<sup>2</sup>  
Auxiliatrice Caneschi Badaró<sup>3</sup>

### **RESUMO:**

O período de gestação e puerpério são de grande significado na vida das mulheres, podendo trazer várias mudanças a nível fisiológico, cognitivo e social, além de alterações envolvendo o físico da mulher, a neurofisiologia e os hormônios. Com ênfase nas crenças cognitivas ativadas nesse momento, seus aspectos pessoais e compartilhados por determinado grupo, é possível compreender os esquemas de crenças e o impacto desse padrão no comportamento, nas emoções e na saúde mental dessa mãe. O presente estudo teve como objetivo discutir se existem possíveis impactos das crenças centrais nas alterações de humor, vivenciadas pela mulher no pós-parto. Com base em uma pesquisa exploratória bibliográfica de revisão narrativa, foram apresentados: o contexto da maternidade, o conceito de crenças cognitivas e as alterações de humor mais presentes no pós-parto, apontando as possíveis conexões entre a forma como essa mãe se percebe e percebe seu contexto e como isso interfere no seu humor. Foi possível observar que somado a tantas mudanças, as crenças centrais podem interferir na maneira como ela vivencia o momento, e conseqüentemente agravam as alterações de humor que já fazem parte desse período, aumentando a ansiedade, angústia e possíveis sentimentos de culpa.

Palavras-chave: Puerpério. Crenças cognitivas. Crenças compartilhadas. Cognição. Alterações de humor.

### **POSTPARTUM MOOD CHANGES: A READING BASED ON THE CONCEPT OF COGNITIVE BELIEFS**

### **ABSTRACT:**

The period of pregnancy and the puerperium are of great significance in women's lives, and can bring about several changes to the physiological, cognitive, and social levels, besides changes involving woman's physique, neurophysiology, and hormones. With an emphasis on the cognitive beliefs activated at that time, their private aspects, and the ones shared by a certain group, it is possible to have a perception of the belief systems and the impact of this pattern on the mother's behavior, emotions, and mental health. The present study aims to discuss whether there are possible impacts of central beliefs on mood changes experienced by women in the postpartum period. Based on an exploratory bibliographic research of narrative review, are presented the context of motherhood, the concept of cognitive beliefs, and the mood changes most present in the postpartum period, pointing possible connections between the way this mother perceives herself and her context, and how it interferes with her mood. It was possible

<sup>1</sup> Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas. Recebido em 15/05/2021 e aprovado, após reformulações, em 15/06/2021.

<sup>2</sup> Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: mayarawerner@hotmail.com

<sup>3</sup> Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: auxiliatricebadaro@uniacademia.edu.br

to observe how central beliefs, added to so many changes, can interfere in the way she experiences the moment and consequently worsen mood changes that are already part of that period, increasing anxiety, anguish, and possible feelings of guilt.

Keywords: Puerperium. Cognitive beliefs. Shared beliefs. Cognition. Mood changes.

## 1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um evento marcante na vida da mulher, embora seja um momento de alterações fisiológicas, psicológicas, hormonais e físicas características. Assim, essas modificações podem ser experimentadas de forma singular por cada mãe. Segundo Leite et al. (2014), com o avanço das etapas da gestação, há uma variação na vivência dos sentimentos de acordo com o momento, sensações e expectativas. Além disso, o processo de ajustamento à maternidade é influenciado também por características sociais, econômicas, culturais, psicológicas, biológicas e o nível de aceitação e desejo da gravidez por parte da mãe, do parceiro e da família. O processo da maternidade pode desencadear expectativas que surgem como resposta aos sentimentos, reações e significados que emergem a partir de eventos geradores de mudanças, seja no contexto individual, familiar ou social (CATAFESTA, ZAGONEL, MARTINS; VENTURI, 2009). A construção do papel materno inicia-se antes mesmo da gestação, ao longo do desenvolvimento da mulher e prolonga-se após o nascimento, sendo a gestação mais que um momento de preparação para o exercício da maternidade, mas uma etapa muito importante nesse processo. Entretanto, com o nascimento do bebê, a vivência da maternidade se torna mais ativa, é quando o bebê passa de fato a existir (PICCININI, LOPES, GOMES; NARDI, 2008).

Entre os diferentes impactos negativos, ou geradores de vulnerabilidade, estão os transtornos do humor, em particular a depressão, seguindo no sentido contrário ao de uma crença popular de que a gravidez é um período de alegria e felicidade para todas as mulheres. Zinga et al. (2005) observou que tais alterações de humor durante a gravidez podem evoluir para depressão pós-parto. Dentre as alterações de humor que acometem as mulheres no período pós-parto, temos a melancolia da maternidade, conhecida como baby blues ou tristeza materna. Tal quadro é caracterizado por um curto período de emoções voláteis que ocorrem entre o segundo e o quinto dia após o parto, podendo chegar até aos 40 dias pós-parto. Em algumas

mulheres, os sintomas depressivos não se resolvem e persistem, levando à depressão pós-parto, que geralmente tem início da quarta a oitava semana após o parto e dentre os sintomas estão: irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, alterações alimentares e do sono, percepção de incapacidade para lidar com novas situações e queixas psicossomáticas (SCHMIDT, 2005).

Na depressão há um processamento de informações patológico predominante que interfere nos pensamentos, no comportamento e nas reações físicas do sujeito (WRIDHT; BROWN; THASE; BASCO, 2019). Os sintomas interferem em todas as relações interpessoais da mulher, especialmente no desenvolvimento da interação entre a mãe e o bebê. As atitudes maternas quanto ao recém-nascido são altamente variáveis, mas pode incluir desinteresse, medo de ficar a sós com o bebê ou um excesso de intrusão, que inibe o descanso adequado da criança (APA, 2014).

As expectativas envolvidas na maternidade, os medos e anseios, a preocupação em ser uma “mãe ideal” que muitas vezes não parte só da mãe, mas de todos a sua volta, torna a vivência do puerpério ainda mais difícil (AZEVEDO; ARRAIS, 2006). As crenças cognitivas influenciam diretamente a relação do indivíduo com seu meio e contexto, interferindo na relação da mãe com esse novo momento. Essas crenças podem ser entendidas como ideias sobre si mesmas, o outro e o mundo, elaboradas ao longo do desenvolvimento e que vão persistir por toda a vida, elas auxiliam na interpretação de eventos, pessoas e objetos. Através dessas crenças a pessoa filtra suas percepções e atribui significados às situações, com reflexos nas suas emoções e comportamentos (BECK, J., 2013).

Considerando as relevâncias destacadas da temática apresentada, o presente estudo propões discutir quais os impactos das crenças cognitivas em alterações de humor observadas no período pós-parto, através de uma pesquisa exploratória bibliográfica de revisão narrativa. Sendo possível ter uma nova perspectiva, ampliando universo de percepção e atenção a essa temática e possibilitando ainda a ampliação dos estudos direcionados a um momento tão fundamental para a mulher que é a passagem pelo puerpério.

## 2 MATERNIDADE

O impacto multifatorial que atravessa esse momento representa uma experiência única e intensa capaz de influenciar a dinâmica individual da mulher como também suas demais relações sociais (PICCININI; LOPES; GOMES; NARDI, 2008). Nem sempre a pessoa está preparada para enfrentar as transformações e adaptar-se de forma saudável aos novos papéis e seus medos. De acordo com Maldonado (2017), a impossibilidade de controle e previsibilidade de alguns pontos nesse processo, como o parto, pode ser um gatilho significativo de ansiedade para a gestante. Trata-se do nascimento de uma criança e o início de uma série de mudanças relevantes e intensas para a mãe, que variam desde as transformações no corpo feminino até as mudanças de rotina e ritmo familiar. A experiência do parto pode confirmar, ou não, as expectativas e medos que cercaram a mulher por meses a respeito desse momento (CUNHA, SANTOS; GONÇALVES, 2012).

Dessa forma, percebe-se a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, como uma mudança de identidade e uma nova definição de papéis (ANTUNES; PATROCÍNIO, 2007), passando do papel de só filha para o de mãe também. Destaca-se ainda, a readaptação na relação conjugal, atravessados por questões físicas, hormonais, sociais e profissionais, de forma que algumas atividades precisam ficar em suspenso durante a gestação e, especialmente, logo após o nascimento do bebê (PICCININI; LOPES; GOMES; NARDI, 2008).

Em alguns casos a mulher teme o papel de mãe por este ser cercado de expectativas, como a da mãe perfeita e de amor incondicional (CUNHA; SANTOS; GONÇALVES; 2012). Esses esquemas surgem do que chamamos de crenças compartilhadas, que possuem aspectos compartilhados por determinado grupo, aprendidos através da cultura e o meio que vivemos, além de exercerem uma grande influência na forma como enxergamos o mundo. Portanto, muitas das percepções que a mãe terá são construídas nessas relações com o meio social em que cresce e está inserida (ARONSON; WILSON; AKERT, 2002). Com tantas exigências culturais, muitas vezes a gestante chega ao parto sem refletir sobre seus desejos, possibilidades e limitações (CUNHA; SANTOS; GONÇALVES, 2012).

Segundo Leitão, Calado e Gonçalves (2020), outra mudança comum na vida das puérperas são as alterações do sono. A baixa qualidade do sono é muito comum

devido ao processo de adaptação à maternidade, como a amamentação, o choro do bebê e outros fatores que dificultam que a mulher tenha um sono reparador. Tais perturbações podem gerar alterações importantes no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social do indivíduo, comprometendo a qualidade de vida.

As alterações cognitivas são relatadas por cerca de 80% de mulheres gestantes. Dentre essas, destaca-se a memória, atenção, funcionamento executivo, habilidade visuoespacial, fluência verbal e compreensão auditiva (MAIA et al., 2015). Diante de tantas mudanças, a experiência de gestar pode levar a mulher a uma maior suscetibilidade a distúrbios de humor, podendo a gravidez tanto desencadear uma crise emocional para as gestantes quanto um potencial de adaptação e resolução de conflitos até então desconhecido (PICCININI; LOPES; GOMES; NARDI, 2008).

### **3 CRENÇAS COGNITIVAS**

Desde o início do desenvolvimento, as pessoas tentam entender o ambiente em que vivem. Na busca por entender a si próprio, o outro e o mundo, já no começo da infância a criança desenvolve ideias organizadas em sua mente para que possa funcionar de forma adaptativa (BECK, J., 2013). Essas ideias serão influenciadas a partir de experiências de vida, incluindo ensinamentos, modelos e interações com os outros, da observação de experiências de outras pessoas, os traumas e os sucessos, por meio de falas explícitas e implícitas, bem como pela sua predisposição genética (BECK, J., 2007; BECK, J., 2013; WRIDHT; BROWN; THASE; BASCO, 2019).

O processamento cognitivo recebe um papel central nesse modelo, através dessas crenças desenvolvidas a pessoa irá filtrar suas percepções e atribuir significados às situações (BECK, 2013). O ser humano irá avaliar a relevância dos acontecimentos e do ambiente à sua volta através desses filtros mentais, interpretando eventos estressantes, comentários dos outros ou a ausência de comentários, memórias de eventos do passado, sensações corporais; refletindo nas suas emoções e seus comportamentos (WRIDHT; BROWN; THASE; BASCO, 2019).

As ideias formadas na tentativa de extrair sentido do mundo, denominadas esquemas ou esquemas de crenças, são estruturas mentais que usamos para organizar nosso conhecimento (ARONSON; WILSON; AKERT, 2002), trata-se de atalhos criados para lidar com as grandes quantidades de informações com as quais

a pessoa se depara a cada dia, interpretar eventos e tomar decisões apropriadas e de forma rápida (BECK, J., 2007; WRIDHT; BROWN; THASE; BASCO, 2019). Os esquemas contêm as impressões e conhecimentos de cada pessoa sobre outras pessoas, nós mesmos, papéis sociais e acontecimentos, afetando profundamente as informações que captamos, sobre as quais pensaremos e de que mais tarde lembramos (ARONSON; WILSON; AKERT, 2002).

Portanto, os esquemas funcionam como filtros, ignorando informações que são contraditórias ou inconsistentes com a situação em questão, sendo assim importantes para ao se deparar com informações que podem ser interpretadas de várias maneiras, uma vez que fornecem um meio de reduzir as possibilidades. Em alguns momentos, o que vemos pode ser inequívoco (ARONSON; WILSON; AKERT, 2002), entretanto, quando os esquemas estão em um modo de funcionamento desadaptativo, por exemplo, a pessoa pode ter ideias muito negativas sobre si, o outro e o mundo, essas crenças podem dominar suas percepções, levando-a a perceber, sentir e se comportar de maneira muito disfuncional e equivocada, em diferentes momentos e situações (BECK, J., 2007).

As crenças centrais são as mais profundas, elas são globais, rígidas e supergeneralizadas, ou seja, são mais difíceis de acessar e principalmente de ser modificadas, são consideradas como verdades absolutas. Essas crenças nucleares vão influenciar no desenvolvimento das crenças intermediárias, que são atitudes, regras incondicionais e pressupostos, que influenciam na visão que o sujeito terá da situação, que, por sua vez, influencia na forma como ele pensa, interpreta tal situação, sente e se comporta diante dos eventos (WRIDHT; BROWN; THASE; BASCO, 2019).

Os pensamentos automáticos podem ser considerados o nível mais superficial da cognição, são palavras e imagens que ocorrem de forma rápida ao avaliarmos o significado de um acontecimento e nossas vidas (BECK, J., 2013). Ao longo do dia temos inúmeros pensamentos automáticos, essas cognições podem ser reconhecidas e entendidas se nossa atenção for voltada para eles. Todas as pessoas têm pensamentos automáticos, podendo esses serem verdadeiros, ou seja, uma percepção adequada da realidade da situação; ou pode ainda conter erros no raciocínio, potencializando o que ficou conhecido como distorções cognitivas (WRIDHT; BROWN; THASE; BASCO, 2019).

As pessoas com crenças negativas sobre si mesmo, bem como sua relação com o contexto, se enquadram de forma geral dentro de três categorias: desamparo, desamor e desvalorização, podendo estar presente também uma combinação dos três. O desamparo tem como característica o sentimento de incompetência. Essas ideias são expressadas de diferentes formas, como: “Sou um fracasso, não sou bom o suficiente, não sou igual aos outros”. No desamor, acredita-se que não é amado ou não é merecedor de ser amado, essa crença vem acompanhada de pensamentos como: “Sempre serei rejeitado, não sou amado, sempre estarei sozinho, abandonado, não sou bom o suficiente para ser amado, não tenho nada a oferecer”. E a desvalorização pode expressar ideias como: “Não tenho valor, sou inaceitável, sou ruim, não mereço viver”, tendo um aspecto mais moral que a diferencia das outras duas categorias (BECK, J., 2007).

Quando essas crenças centrais sobre os outros estão desadaptativas, o indivíduo tende a fazer uma categorização inflexível, tendo percepções ou muito negativas ou muito positivas (diferente da visão que tem de si mesmo). As crenças disfuncionais tendem a direcionar essa percepção de modo que a pessoa veja o mundo também de forma negativa, como um lugar injusto, perigoso, incontrolável (BECK, J., 2007).

Essas crenças também podem ter aspectos compartilhados por um grupo, como na cultura em que crescemos, possuindo grande poder na formação dos esquemas. Em cada uma há diferenças fundamentais nos esquemas que o indivíduo usa sobre si mesmo e o mundo social. Os esquemas aprendidos através da cultura exercem uma grande influência sobre o que notamos e lembramos do mundo. Culturas diferentes têm esquemas mais desenvolvidos para coisas diferentes, variando de acordo com suas prioridades e o que consideram importante.

Ao pensar na maternidade, muitas das percepções que a mãe terá são construídas nessas relações com o ambiente e o meio social em que cresce inserida. (ARONSON; WILSON; AKERT; 2002). O DSM-5 aponta como possíveis problemas relacionados ao ambiente social, períodos de adaptação a uma transição no ciclo de vida, como, por exemplo, a vivência da maternidade (APA, 2014). Segundo Saraiva e Coutinho (2007), as representações sociais das puérperas sobre seus transtornos psicoafetivos podem ser compreendidas como uma interpretação coletiva da realidade

vivida e falada pelo grupo social em que estão inseridas, direcionando comportamentos e comunicações.

Considerando as crenças mais privadas, nossa percepção do eu é composta por nossos pensamentos e crenças sobre nós mesmos e também é o processador ativo de informações, é o ato de pensar sobre nós mesmos. Esses aspectos combinam-se para criar um sentido de identidade. Apesar de ter início aproximadamente aos dois anos de idade, à medida que envelhecemos, esse autoconceito torna-se mais complexo, considerando menos as características físicas e mais os estados psicológicos e as considerações sobre a maneira como outras pessoas nos julgam (ARONSON; WILSON; AKERT, 2002).

Sendo assim, muitas dessas crenças são construídas nas relações com esse meio e somadas a experiências particulares e aprendizagens subjetivas. Os esquemas são a soma dessas crenças compartilhadas e das crenças mais privadas, que vão norteando a percepção dessa mulher em torno dos temas em questão, nossos conhecimentos sobre o mundo social e a visão que temos de nós mesmos (ARONSON; WILSON; AKERT, 2002).

A avaliação sobre o próprio desempenho do papel materno também é muito presente, enquanto que, algumas mães se consideram boas, carinhosas, atenciosas e pacientes, outras descrevem a si mesmas como desajeitadas, exigentes e autoritárias, alegando sentir culpa em relação ao próprio desempenho. Alguns pensamentos foram encontrados em estudos, como: "Será que eu sou uma boa mãe?" e "Às vezes as pessoas acham que eu tenho que parar de estudar para ficar com ela. Eu fico bem culpada". Schwengber e Piccinini (2005) afirmam ainda que em casos de descrições exclusivamente negativas sobre o próprio desempenho, associadas a impressões negativas também sobre o bebê, aparecem apenas as mães com indicadores de depressão. Essas descrevem seu próprio desempenho de forma negativa, atribuindo suas falhas ao fato de lidarem com um bebê considerado "difícil". Mães deprimidas relatam mais sentimentos negativos em relação à maternidade que mães não-deprimidas.

Somando esse conjunto de percepções compartilhadas e particulares dessa mulher, nós vamos ter o esquema de crenças e o padrão dessa mãe, que podem impactar no comportamento, nas emoções e na saúde mental. Dentre alguns conflitos encontrados, Schwengber e Piccinini (2005) ressaltam que a difícil tarefa de integrar



realização profissional, vida amorosa e maternidade implica uma série de problemas de ordem prática, os quais muitas vezes resultam em sentimento de culpa e inadequação. Por exemplo, mães que preferiam trabalhar, mas permaneciam em casa, apresentaram níveis mais altos de sintomas depressivos e manifestaram uma série de conflitos relacionados às suas crenças a respeito do papel materno. De acordo com as autoras, a crença de que a maternidade é um instinto, está relacionada à grande ansiedade diante da separação dos filhos, considerando que, a mãe é a única pessoa capaz de cuidar do bebê e excluindo possibilidades de cuidados alternativos para auxiliar essa mulher. Encontraram também que mães trabalhadoras que optaram por ficar em casa apresentaram níveis mais altos de depressão, assim como foram consideradas emocionalmente mais instáveis ao cuidarem de seus bebês do que mães que desejavam trabalhar fora e assim o faziam.

#### **4 ALTERAÇÕES DE HUMOR**

Algumas mulheres possuem maior predisposição biológica a alterações hormonais, começando no início da menarca, o que aumenta sua vulnerabilidade aos estressores psicológicos, ambientais e fisiológicos. Esses estressores desencadeiam a alteração de um estado já vulnerável para o aparecimento de transtorno do humor em momentos de altas oscilações hormonais, como no parto (ZINGA, 2005).

As várias modificações decorrentes da gestação e pós parto alteram ainda o metabolismo e a produção de hormônios. Elevando os riscos de desenvolver alterações psicológicas nesse período, até mesmo desencadear transtornos de humor, que é comum entre as puérperas e vai desde a exaltação após o parto à depressão pós-parto (KROB et al., 2017).

O manual diagnóstico CID-10 (1993) especifica os transtornos do humor (afetivos) como transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, como a depressão (com ou sem ansiedade associada). A alteração do humor em geral é acompanhada de uma modificação nos níveis de atividade, a maioria dos outros sintomas são secundários e facilmente compreensíveis no contexto destas alterações. A maioria destes transtornos tende a ser recorrentes e a ocorrência

dos episódios isolados pode estar frequentemente relacionada com situações ou fatos estressantes.

#### 4.1 BABY BLUES

Dentre os transtornos do humor que acometem as mulheres no período pós-parto incluem também a melancolia da maternidade, conhecida como baby blues ou tristeza materna. O baby blues é caracterizado por um curto período de emoções inconstantes, que normalmente tem início entre o segundo e quinto dia após o parto, podendo se estender até 40 dias após o parto. Trata-se de um transtorno transitório do humor marcado por labilidade do humor, momentos de choro, irritabilidade e transtorno do sono, que perdura cerca de duas semanas após o parto (SCHMIDT, 2005). Leitão e colaboradores (2020) mencionam que o fator de risco para o desenvolvimento do Baby Blues mais encontrado é a baixa qualidade do sono, entretanto, não se pode afirmar se a baixa qualidade do sono é causa ou efeito.

Schmidt, Piccoloto e Müller (2005) referem que o blues materno é uma reação normal no puerpério imediato e sua incidência é de 80 a 90%, atingindo as mães na primeira semana após o parto. De acordo com a American Psychiatry Association (APA) (2000), é fundamental a distinção entre o episódio de humor pós-parto e a tristeza pós-parto, sendo este transitório e não prejudicial e afetando as mulheres nos primeiros dez dias após o parto. Entretanto, em algumas mulheres, os sintomas depressivos podem não se resolver e persistir, levando à depressão pós-parto.

#### 4.2 DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Ainda dentro dos transtornos e alterações associados, os períodos da gravidez e puerpério são considerados de alto risco para o desenvolvimento de depressão e ansiedade devido às transformações em nível HORMONAL, físico e emocional vivenciadas pela mulher (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017). Além de fatores genéticos, a depressão envolve fatores psicológicos e ambientais em sua origem, o sujeito se apresenta triste, irritado, vazio, além de sofrer alterações de humor (CARVALHO; MALAGRIS; RANGÉ, 2019). A depressão interfere nos pensamentos, no comportamento e nas reações físicas.

O manual diagnóstico DSM-5 utiliza o especificador “com início no periparto”, que possibilita o diagnóstico na gestação e em até quatro semanas após o parto. Visto que 50% dos episódios de Depressão Pós-Parto começam antes do parto (APA, 2014). Entretanto, ele traz a concepção da DPP como um especificador e não como um diagnóstico separado, devido a um consenso de que a sintomatologia da DPP não difere dos sintomas de episódios de alteração do humor que ocorrem fora do puerpério. As características principais descritas no diagnóstico de depressão são definidas pela presença obrigatória de humor depressivo ou anedonia (diminuição ou perda do interesse nas atividades anteriormente agradáveis), associada a quatro dentre os demais sintomas: mudança significativa de peso ou do apetite, insônia ou sono excessivo, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa, perda de concentração e ideias de morte ou suicídio. Os sintomas precisam permanecer presentes por um período mínimo de duas semanas e o quadro que ocorre no pós-parto pode incluir acentuada labilidade de humor e sentimentos ambivalentes em relação ao bebê (APA, 2014).

Outro manual importante que caracteriza a DPP é a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). Especificamente em relação a DPP, a CID-10 (OMS, 1993) amplia em duas semanas o critério temporal quando comparado a caracterização do DSM-5 (APA, 2013), no entanto, não inclui o período gestacional. O diagnóstico é descrito como uma desordem comportamental e mental associada ao puerpério, iniciado dentro de seis semanas após o parto e não atendendo aos critérios associados à outra categoria. Portanto, na CID o diagnóstico possui uma categorização própria e não é apenas um especificador de algum transtorno de humor, sendo também possível classificar a desordem como algum transtorno afetivo. Além disto, a CID-10 utiliza como terminologia depressão pós-natal.

Na depressão há um processamento de informações patológico predominante no qual o sujeito apresenta desesperança, baixa autoestima, visão negativa do ambiente, pensamentos automáticos com temas negativos, atribuições errôneas, superestimação de comentários negativos, desempenho comprometido nas tarefas cognitivas que requeiram esforço ou pensamento abstrato (WRIDHT; BROWN; THASE; BASCO, 2019). Uma forma mais crônica de depressão, o transtorno depressivo persistente (distimia), pode ser diagnosticada quando a perturbação do

humor persiste por pelo menos dois anos em adultos e um ano em crianças (APA, 2014).

Em mulheres com história prévia de depressão pós-parto o risco de desenvolverem outro episódio depressivo são maiores, e em casos de depressão pós-parto prévia e melancolia da maternidade, o baby blues, este risco aumenta ainda mais. A falta de suporte social, de apoio durante a gestação, seja da família, do companheiro ou de amigos, aumenta o risco para a ocorrência de depressão, assim como outros fatores como, mães com menor escolaridade, que não residem com o companheiro, que cogitaram aborto, que sofreram algum evento estressor. Sabe-se que quanto antes for identificada a patologia, maiores serão as chances de prevenir o agravamento dos sintomas (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017), evitando maiores consequências adversas não apenas para a mãe, como para o desenvolvimento do bebê.

A depressão é uma patologia com causas multifatoriais, que incluem aspectos de personalidade, influências genéticas, ambientais, sociais, psicológicas e de relacionamentos interpessoais, não podendo ser atribuída a uma causa única (VERAS; NARDI, 2008). Entretanto, traços de personalidade que envolve preocupação, mau humor e nervosismo, tem sido o fator mais relacionado com o surgimento de problemas emocionais, como ansiedade e depressão (BARROSO; BAPTISTA; ZANON; 2018). Pode ser identificada através de alteração específica no humor: tristeza, solidão, apatia; autoconceito negativo associado a autorrecriminações e autoacusações; desejos regressivos e autopunitivos: vontade de fugir, esconder-se ou morrer; alterações vegetativas: insônia, perda da libido; e alterações no nível de atividade: retardo psicomotor ou agitação. Sendo assim, dentre os aspectos integradores estão as crenças cognitivas (BECK, A.; ALFORD, 2011), que quando são disfuncionais face à maternidade pode ser associadas à ocorrência de sintomatologia depressiva no período pós-parto, consideradas fatores de risco. São crenças sobre a maternidade e o papel materno de caráter avaliativo, caracterizadas por temas de fracasso, inadequação pessoal e uma sensação de desesperança acerca do eu, do mundo e do futuro (COSTA et al., 2018).

## **5 POSSÍVEIS IMPACTOS DAS CRENÇAS COGNITIVAS NAS ALTERAÇÕES DE HUMOR NO PUERPÉRIO**

A gravidez e o puerpério são fases caracterizadas por mudanças metabólicas e hormonais complexas; por alterações interpessoais e intrapsíquicas, podendo resultar em estados temporários de desequilíbrio, tanto por modificações hormonais, quanto por significativas alterações na identidade da mulher devido às grandes expectativas quanto ao papel social esperado (AZEVEDO; ARRAIS, 2006). As mudanças que ocorrem na anatomia, na fisiologia e no metabolismo materno são, na verdade, adaptações fundamentais para que ocorra uma gravidez normal. Entretanto, por vezes, essas modificações, podem provocar algum tipo de desconforto para gestante. A maioria das alterações fisiológicas ocorridas no período gestacional é resolvida quase em sua totalidade após o término da gravidez, sem nenhum prejuízo para mulher (MARTINS-COSTA; RAMOS; MAGALHÃES; PASSOS; FREITAS, 2017).

Esse período tem como características a elaboração das expectativas e sentimentos, a revisão da sua própria infância e dos papéis parentais, bem como as preocupações decorrentes desta transição, funcionando como um período de preparação para os novos papéis que os pais deverão assumir, frente ao bebê e a tudo que será exigido (PICCININI ET AL., 2008). Por vezes, temos uma ideia de maternidade construída a partir do que ouvimos sobre o assunto, de experiências de outras pessoas, de crenças compartilhadas, principalmente quando se trata do primeiro filho, quando a mulher ainda não vivenciou aquela experiência.

Algumas expectativas partem da forma como a pessoa absorve socialmente as crenças compartilhadas, que são aprendidas através da relação com o meio, a cultura e relatos de outras pessoas. Portanto, Sartori e colaboradores (2020) salientam que as ideias acerca da maternidade e do pós-parto, passadas de gerações por mulheres, acabam por configurar crenças, expectativas e representações mentais, que são determinantes dos seus comportamentos. Por isso, é comum que a gestante carregue consigo um conjunto de receios e de medos a partir dos quais ela começa a construir a representação da sua gravidez em particular.

Dentro dessas crenças compartilhadas estão também as superstições passadas de geração para geração e construídas através da cultura. Existem também as profecias autorealizadoras, que é quando uma determinada experiência e/ou expectativa sobre uma pessoa influencia a maneira de agir em relação a ela, fazendo com que ela se comporte de modo a confirmar as expectativas, tornando a ideia uma

realidade (ARONSON; WILSON; AKERT, 2002). A ótica como a pessoa vê a si própria ou a partir do feedback que obtém dos outros, também pode se tornar uma profecia autorealizadora, desenvolvendo, por exemplo, um auto-conceito positivo ou negativo e comportamentos que vão reforçando a própria crença (RODRIGUES, 2012).

Sendo assim, com a chegada de um filho e o nascimento de uma mãe, o auto-conceito vai sofrer alterações, será criado um novo auto-esquema relacionado com o papel a ser desempenhado. As expectativas relativas aos papéis parentais iram apresentar comportamentos que correspondam a essas expectativas. Por sua vez, essas expectativas e comportamentos vão confirmar a percepção que o indivíduo tem de si. Se uma pessoa com elevada confiança parental se vê como capaz de cuidar e proteger o seu filho, de ser bom pai e boa mãe, então os comportamentos que eles iram executar serão congruentes com estas expectativas. Sendo assim, alguém que não acredite nas suas competências parentais, que pensa não ser capaz de corresponder às exigências que o seu filho necessita, acredita que os outros também o enxergam assim.

Consequentemente, ficará ansioso perante a hipótese de executar algum comportamento parental e o seu desempenho ficará comprometido. Desta forma, as suas baixas expectativas irão se confirmar e irá continuar a gerar feedback negativo dos outros, contribuindo assim para a manutenção do auto-conceito negativo (RODRIGUES, 2012).

Dentre os esquemas que vão se desenvolvendo ao longo da vida, existem as crenças centrais sobre si mesmo, que é a forma como a pessoa se vê, podendo essa ser uma crença negativa e disfuncional. Na categoria do desamor, as pessoas acreditam não merecer amor ou não serem amadas, podendo ou não estar preocupadas em ser competentes. Elas acreditam, ou têm medo, de nunca alcançar a intimidade e a atenção almejadas, pensa não ser digna de ser correspondida (BECK, J., 2007).

Nos momento em que vulnerabilidades aparecem, se a pessoa não se percebe digna de ser correspondida afetivamente, isso pode ativar uma ideia de solidão, de angustia ou até mesmo de desamparo, de se perceber sozinha para lidar com esse novo contexto. O sentimento de solidão torna-se um grande fator de risco para o desenvolvimento de uma depressão pós-parto, além de vir acompanhado por ideias de como será sua vida dali para frente (BAPTISTA, 2017). No desamparo, a pessoa

tem como característica principal o sentimento de inferioridade, incompetência e vulnerabilidade (BECK, J., 2007). Quando se tornam mães, as mulheres são confrontadas com as expectativas sociais, onde modelos alternativos de viver e sentir a maternidade raramente são considerados aceitáveis, gerando críticas sociais e sentimentos de culpa individuais.

O exercício da maternidade é constantemente aconselhado e avaliado, as mães estão enquadradas num modelo que contextualiza e atribui constantemente um valor (positivo ou negativo) às suas ações e aos resultados dessas ações. A atribuição de um valor positivo a uma ação significa que a mãe em questão é competente, e esta atribuição pode ser feita pela própria (auto eficácia) ou por quem a rodeia. Contudo, essas concepções de “boa mãe”, uma mãe competente, e “má mãe”, que seria a incompetente, são constructos de uma determinada cultura e época, são resquícios de crenças que foram compartilhadas. A partir das percepções, juízos e avaliações das capacidades pessoais dos indivíduos, a noção de competência se define, com efeitos diretos na sua adaptabilidade social, autoestima e bem-estar psicológico, e irão interferir nos padrões de julgamento dessa mãe (FERREIRA, 2019).

Na crença central de desvalor o indivíduo considera-se uma pessoa ruim, sem valor e insignificante, se diferenciando das outras duas categorias, por conter um aspecto mais moral, a pessoa pensa que não é capaz, não é boa e não é digna de valor (BECK, J., 2007; 2013). Um estudo realizado por Hildebrandt (2013) mostrou que, de forma geral, o que incomodavam as mulheres com depressão pós-parto eram as exigências impostas pela maternidade e seu desejo de se realizar enquanto mulher e profissional, essas apresentavam percepções negativas a respeito de si mesmas, do mundo e do futuro, colocando em dúvida sua capacidade, padrão de funcionamento características da depressão maior. Sua crença central “não tenho valor” piorava ainda mais suas percepções, aumentando a ansiedade e angustia, tendo em vista que na medida que interpretava os imprevistos como evidências de uma realidade confirmava aquilo que acreditava.

Além disso, os sintomas depressivos faziam com que seu processamento de informações fosse parcial e tendenciosamente negativo, reduzia a energia e vontade da mulher tornando a rotina desgastante. Portanto, uma crença central de desvalor somada a crença compartilhada de mãe perfeita em um momento em que os hormônios, as dificuldades e as expectativas estão sendo confrontadas, vai medir o

quanto essa mãe se percebe capaz de enfrentar tantas mudanças. Ao experimentar sentimentos contraditórios e opostos a imagem idealizada de maternidade aprendida culturalmente, estabelece um conflito entre o ideal e o vivido e é instaurando um sofrimento psíquico que pode se configurar como uma base para a depressão pós o parto (AZEVEDO; ARRAIS, 2006).

Seguindo esse pensamento, já que observamos que as crenças impactam no humor e no comportamento das pessoas, alguns autores apontam que após o nascimento do bebê, os níveis de estrogênio e progesterona são responsáveis por reações de choro fácil e inexplicável e por uma sensação difusa de infelicidade e ansiedade: o chamado “baby blues”. Entretanto, as causas para o blues são mais complexas, envolvendo o fim do estresse da gravidez e do parto, além de novas condições hormonais, uma desorganização e momento de preparação da mãe para a apreensão e compreensão das necessidades do bebê (MORAES; CREPALD, 2011).

Em muitos casos, o período citado pode prolongar-se durante várias semanas quando associado ao cansaço, à privação de sono e às expectativas frustradas. Nesse momento algumas mães podem ter dificuldade em processar e aceitar as exigências da maternidade e sentir-se decepcionadas quanto ao comportamento do parceiro que pode não corresponder às suas necessidades, ou ser surpreendidas com a sua própria incapacidade em termos de competência e controle, algo que não esperavam de si próprias. Reconhecer esses sentimentos ambivalentes em relação à maternidade e até ao próprio filho pode ser profundamente perturbador para a mãe. Esses sentimentos tornam-se ainda mais incompreensíveis por elas quando são levadas a acreditar, através de crenças compartilhadas, que serão espontaneamente competentes e que rapidamente regressarão à sua boa forma física e psicológica anterior. Essa ambivalência maternal é relativamente comum e resulta do conflito de interesses que há entre as necessidades do bebê e as ideias da mãe (FERREIRA, 2019).

Quando, ao invés de estabilizar, o blues materno se intensifica mostrando-se severo e durável, torna-se o precursor da depressão pós-parto ou puerperal. Segundo Moraes e Crepaldi (2011), a DPP ainda é um assunto silenciado, devido aos sentimentos de vergonha e inadequação vivenciados pelas mulheres ao manifestar mal-estar diante do recém-nascido e ao se depararem com a realidade ao contraponto do amor materno, advindo de uma crença social compartilhada de que o amor materno



é um instinto, é parte da natureza da mulher, não importando o meio ou o tempo em que ela viva, e de que, ao tornar-se mãe, a mulher se encontraria no lugar de extremo privilégio, como se a mulher estivesse programada para tornar-se mãe desde o seu nascimento e que esse amor materno aflorasse automaticamente, assim que tivesse um filho.

Quando há uma quebra de expectativa da mãe em relação ao bebê, a si própria como mãe e as mudanças no estilo de vida com a chegada do filho a depressão pós-parto tende a ser mais intensificada; gerando prostração, desapontamento e impressão de não ser capaz de enfrentar a situação, pensamentos advindos da crença central de desamparo (MORAES; CREPALD, 2011). Estudos apontam como alguns fatores de vulnerabilidade para a depressão puerperal as experiências na infância e na família, o histórico de DPP, depressão maior ou síndrome pré-menstrual, eventos de vida negativos, estilo cognitivo e de personalidade e problemas na relação conjugal. Há também os fatores precipitadores, como eventos estressantes antes, durante ou depois do parto, suporte social inadequado, estilo de enfrentamento mal adaptativo e a queda brusca de hormônios após o parto. Além dos fatores socioculturais como: mitos e crenças irrealistas, a falta de suporte aos pais de primeira viagem e as expectativas culturais que não correspondem às circunstâncias.

Além das crenças estudadas acima, que potencializam e mantêm a DPP, através das respostas cognitivas negativas (pensamentos sobre inadequação como mãe e esposa), que vão gerar respostas afetivas negativas (culpa, raiva, ansiedade e frustração) e conseqüentemente, respostas comportamentais negativas (isolamento social, dificuldade nas habilidades parentais, conflitos na relação conjugal, adversidades na relação mãe-bebê) (HILDEBRANDT, 2013).

## **6 CONCLUSÃO**

Foi possível observar que as crenças cognitivas possuem grande impacto no desenvolvimento das alterações de humor no período pós-parto, podendo ser fatores de risco ou mantenedoras desse funcionamento desadaptativo. Apesar de ser característico dessa fase determinadas alterações de humor devido as mudanças fisiológicas e hormonais, os esquemas construídos pela pessoa podem intensificar essa vivência, tornando-a mais difícil e até avançando para quadros patológicos.

Tendo em vista que, quando somado às crenças pessoais que uma mulher tem sobre si com as crenças compartilhadas absorvidas por ela, junto a um momento em que os hormônios, dificuldades e expectativas já estão sendo confrontadas, essas crenças centrais vão medir o quanto essa mãe se percebe capaz e amparada para enfrentar tal situação. Podendo possuir esquemas disfuncionais, que irão aumentar a vulnerabilidade dessa mãe diante das mudanças e novidades advindas desse momento.

Diante da discussão realizada, destaca-se o impacto das crenças compartilhadas passadas de gerações, as profecias auto realizadoras e as crenças centrais, que juntas irão interferir no estado emocional dessa mãe. Contudo, ainda há pouca literatura discutindo especificamente o impacto das crenças cognitivas nas alterações de humor vivenciadas no período puerperal. Apontando para a necessidade e importância da continuidade de estudos na área da pesquisa, ampliando o universo de percepção e atenção a essa temática e possibilitando a ampliação dos estudos direcionados a um momento tão fundamental para a mulher que é a passagem pelo puerpério.

Sabendo que todas as gestantes passam por alterações hormonais nesse período e cerca de 20% delas desenvolvem a depressão pós-parto, torna-se cada vez mais necessária à busca por demais fatores contribuintes para o desenvolvimento do quadro. Considerando os fatores de riscos já encontrados, é possível pensar em algumas estratégias de prevenção à depressão pós-parto, como: o envolvimento da mulher em algum programa de pré-natal, a participação em grupos de gestantes e perinatais, ter uma relação saudável com suas próprias mães, ter suporte social na gestação e no puerpério e manter relações sociais positivas.

Outra estratégia interessante seria a ampliação da assistência pré-natal oferecida nos serviços de saúde, sendo complementada com o pré-natal psicológico (PNP), um novo conceito em atendimento perinatal voltado para maior humanização do processo gestacional e do parto e da parentalidade. Pioneiro em Brasília, o programa visa à integração da gestante e da família a todo o processo gravídico-puerperal, por meio de encontros temáticos em grupo, com ênfase psicoterápica na preparação psicológica para a maternidade e paternidade. Esse tipo de serviço pode ser oferecido nas maternidades e centros de saúde, proposta viável por ser uma intervenção em grupo, abrangendo grande número de pessoas, podendo ser

adaptado à realidade de cada comunidade, além de um instrumento importante e de baixo custo que pode ser implementado como uma política pública nos serviços de pré-natal de todo o país.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, Mónica Sofia do Couto; PATROCINIO, Carla. A malformação do bebé: Vivências psicológicas do casal. **Psicologia, saúde e doenças**. Lisboa, v. 8, n. 2, p. 239-251, nov. 2007. Disponível em:

<[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862007000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862007000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 maio 2021.

ARONSON, Elliot; WILSON, Timothy D.; AKERT, Robin M. **Psicologia Social**. Tradução técnica: Ruy Jungmann. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC 2002. 480 p.

AZEVEDO, Kátia Rosa; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: reflexão e crítica**. Porto Alegre, v. 19, n. 2, pág. 269-276, 2006. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722006000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000200013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 maio 2021.

BAPTISTA, Ana Ramos. **Assistência de enfermagem á parturiente com depressão pós parto (DPP) no serviço de maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa**. Mindelo: Universidade do Mindelo Escola Superior de Saúde, 2017.

Disponível em:

<http://portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/4987/1/Ana%20Baptista%202017.%20Assist%c3%aancia%20de%20enfermagem%20a%20parturiente.pdf>. Acesso em: 03 maio 2021.

BARROSO, Sabrina Martins; BAPTISTA, Makilim Nunes; ZANON, Cristian. Solidão como variável preditora na depressão em adultos. **Estudos interdisciplinares em psicologia**. Londrina, v. 9, n. 3, supl. 1, p. 26-37, dez. 2018. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-64072018000400003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000400003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 maio 2021.

BECK, Aaron T.; ALFORD, Brad A.. **Depressão: causas e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 344 p.

BECK, Judith S.. **Terapia Cognitiva para Desafios Clínicos: o que fazer quando o básico não funciona**. Porto Alegre: Artmed, 2007. 323 p.

BECK, Judith S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 413 p..

CARVALHO, Marcele Regine; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes; RANGÉ, Bernard P.. **Psicoeducação em Terapia Cognitivo-Comportamental**. Nova Hamburgo: Sinopsys, 2019. 350 p.

CATAFESTA, Fernanda et al. A amamentação na transição puerperal: o desvelamento pelo método de pesquisa-cuidado. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 609-616, Set. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000300022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 maio 2021.

CID-10 – **Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Organização Mundial da Saúde, trad. Dorgival Caetano, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

COSTA, Ana Catarina et al. Adaptação da Escala de Crenças Disfuncionais face à Maternidade para a população portuguesa: Estudos psicométricos. **Análise Psicológica**. Lisboa, v. 36, n. 2, p. 247-260, jun. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312018000200009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312018000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Out. 2020.

CUNHA, Ana Cristina Barros da; SANTOS, Carmelita; GONCALVES, Raquel Menezes. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 139-155, abr. 2012. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672012000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672012000100011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 mar. 2021.

FERREIRA, Filipa Monteiro César. **Diferentes modelos de maternidade e suas implicações: Motivações, expectativas e realidades de mães portuguesas**. Porto: Programa Doutoral em Psicologia, 2019. Disponível em: <file:///E:/Backup%20Solu%C3%A7%C3%A3o%20Inform%C3%A1tica/Desktop/10%C2%BA%20PER%C3%8DODO/TCC%20PESQUISA/340446.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

HARTMANN, Juliana Mano; MENDOZA-SASSI, Raul Andrés; CESAR, Juraci Almeida. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. Rio Grande: **Caderno de Saúde Pública**, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n9/1678-4464-csp-33-09-e00094016.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2021.

HILDEBRANDT, Fernanda Martins Pereira. **Depressão pós-parto: aspectos epidemiológicos e proposta de tratamento cognitivo-comportamental**. Rio de Janeiro: Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/30/teses/807952.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

KROB, Adriane Diehl et al . Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto. **Revista Psicologia e Saúde**. Campo Grande, v. 9, n. 3, p. 3-16, dez. 2017. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2017000300001&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2017000300001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Out. 2020.

LEITÃO, Marília Ambrósio Cavalcante; CALADO, Maria Eduarda Camelo; GONÇALVES, Marcos Reis. **Fatores de risco para blues puerperal: uma revisão integrativa**. 6. ed. Alagoas: Cadernos de Graduação: Ciências Biológicas e de Saúde,, 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/7508/4293>. Acesso em: 20 mar. 2021.

LEITE, Mirlane Gondim et al . Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em estudo**. Maringá , v.19, n.1, p. 115-124, Mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722014000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 mar. 2021.

MAIA, Fabiana Chaves et al . Alterações cognitivas no período gestacional: uma revisão de literatura. **Psicologia hospitalar**. São Paulo, v.13, n.2, p. 02-23, ago. 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092015000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092015000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 mar. 2021.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez**. 2. ed. São Paulo: Ideias & Letras, 2017. 248 p.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: **DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MARTINS-COSTA, Sérgio H.; RAMOS, José Geraldo Lopes; MAGALHÃES, José Antônio; PASSOS, Eduardo Pandolfi; FREITAS, Fernando. **Rotinas em obstetrícia**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 912 p.

MORAES, Maria Helena Cruz de; CREPALD, Maria Aparecida. A clínica da depressão pós-parto. **Psicologia da Saúde**, Santa Catarina, 2011. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/229060772.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

PICCININI, Cesar Augusto et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, pág. 63-72, março de 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722008000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 maio 2021.

RODRIGUES, Verónica Raquel Oliveira. **Paternidade e auto-conceito: influência do envolvimento na gravidez, trabalho de parto e parto no estabelecimento do bonding pai-filho**. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1561>. Acesso em: 15 abr. 2021.

SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. **A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão**  
**CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 3, n. 5, p. 85-106, jan./jun. 2021 – ISSN 2674-9483**

**pós-parto**. 12. ed. Paraíba: Psico-Usf, 2007. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/pdf/pusf/v12n2/v12n2a20.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

SARTORI, Cátia Cristiane; RETICENA, Kesley de Oliveira; MANFIO, Aline; SANTOS, Mariana Souza; BRAVO, Daiane Suele; VALVERDE, Vanessa Ramos Lopes; CARVALHO, Valéria Cristina dos Santos; OLIVEIRA, Joselaine de; OLIVEIRA, José Aparecido Alves de; GOMES, Maria Fernanda Pereira. **As crenças que influenciam o autocuidado da puérpera**. São Paulo: Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research, 2020. Disponível em:  
[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200907\\_163646.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200907_163646.pdf). Acesso em: 20 abr. 2021.

SCHMIDT, Eluisa Bordin; PICCOLOTO, Neri Maurício; MÜLLER, Marisa Campio. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n1/v10n1a08.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.

SCHWENGBER, Daniela Delias de Sousa; PICCININI, Cesar Augusto. A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 22, n. 2, p. 143-156, Junho 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2005000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Mar. 2021.

VERAS, André Barciela; NARDI, Antônio Egídio. **Como diagnosticar e tratar a depressão na mulher**. Rio de Janeiro: Copyright Moreira Jr. 2008. Disponível em:  
[https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Nardi/publication/288483276\\_Depression\\_in\\_women/links/568be02a08ae129fb5cb8d7f/Depression-in-women.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Nardi/publication/288483276_Depression_in_women/links/568be02a08ae129fb5cb8d7f/Depression-in-women.pdf). Acesso em: 04 abr. 2021.

WRIGHT, Jesse H.; BROWN, Gregory K.; THASE, Michael E.; BASCO, Monica R.. **Aprendendo a Terapia Cognitiva Comportamental**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 232 p.

ZINGA, Dawn; PHILLIPS, Shauna Dae; BORN, Leslie. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 27, supl. 2, p. 56-64, Out. 2005. Disponível em:  
[https://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt\\_a05v27s2.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a05v27s2.pdf). Acesso em: 20 out. 2020.