

## O PAPEL DO OBSTETRA E DO PSICÓLOGO NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

### THE ROLE OF THE OBSTETRICIAN AND THE PSYCHOLOGIST IN POSTPARTUM DEPRESSION

Luiz Ferraz de Sampaio Neto<sup>1</sup>, Lucas Bondezan Alvares<sup>2</sup>

#### RESUMO

As condições depressivas que acometem a mulher no período pós-parto são muito relevantes, quer seja pela elevada prevalência, quer seja pelo comprometimento na qualidade de vida que determinam para a gestante, seu conceito e demais componentes do núcleo familiar. A abordagem multidisciplinar dessas pacientes pode contribuir sobremaneira no diagnóstico precoce e no encaminhamento terapêutico, evitando que quadros mais brandos evoluam para situações graves como a psicose puerperal. A atuação harmônica de obstetra, pediatra, psiquiatra, enfermeiro e psicólogo será fundamental para reduzir o impacto das situações de depressão pós-parto (DPP). Ao obstetra cabe suspeitar daquelas gestantes que tenham fatores de risco para desenvolver a DPP, pelos seus antecedentes pessoais e familiares. O obstetra, o pediatra ou os demais componentes da equipe de saúde observarão, no período de puerpério, o comportamento da paciente, suspeitando das situações de DPP através de métodos objetivos de diagnóstico do quadro. O psicólogo é o profissional responsável pela definição final do quadro, tratamento psicoterápico e também tem fundamental importância em participar do preparo das gestantes durante o pré-natal para discriminação das pacientes de risco. O diagnóstico precoce propiciará encaminhamento para atendimento conjunto com o psicólogo, tratando e esclarecendo a paciente sobre a condição de DPP.

Descritores: depressão pós-parto, transtornos puerperais, papel do médico, psicólogos, pessoal de saúde.

#### ABSTRACT

The depressive conditions that affect women in the postpartum period are very relevant, either due to its high prevalence or to the impairment in the woman's quality of life, her fetus' and other components of her family. The multidisciplinary approach of these patients can significantly contribute to the early diagnosis and therapeutic treatment; avoiding that mild frames develop into serious situations as puerperal psychosis. The harmonic performance of the team formed by the obstetrician, pediatrician, psychiatrist, nurse and psychologist will be fundamental to reduce the impact of situations of postpartum depression (PPD). It is up to the obstetrician to suspect those women who have risk factors for developing PPD, according to their personal and familiar history. The obstetrician, pediatrician, or other partners of the health care team will be observing the patient's puerperal period whereas investigating suspicious situations of PPD, by using objective diagnosis methods. The psychologists are responsible for defining the final diagnosis and psychotherapy and they are an important part in the preparation of pregnant women during prenatal care for patients at risk of PPD. Precocious diagnosis will provide referral for combined services with the psychologist, treating and elucidating the patient about the PPD's condition.

Key-words: postpartum depression, puerperal disorders, physician's role, psicólogos, health personnel.

#### INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) é um relevante problema de saúde pública, podendo interferir drasticamente no vínculo entre a mãe e o recém-nascido e até estar associada com situações dramáticas, como suicídio materno e infanticídio. Ademais também é importante problema para as puérperas e seus familiares, uma vez que causa estranheza entre as pessoas, pois se contrapõe ao habitual ambiente de felicidade que cerca o nascimento. A própria equipe de saúde responde a essa conjuntura com indistigível desconforto pela aparente incoerência da situação, onde são esperados sentimentos positivos frente à chegada de novo filho e as manifestações depressivas que podem ser mais ou menos intensamente expressas. Essa situação fica clara na inabilidade ou nos excessivos cuidados com o bebê, nos autocuidados da puérpera e no seu relacionamento com os mais próximos.<sup>1</sup>

Alguns estudos revelam que a DPP, por interferir justamente no período inicial de contato entre mãe e bebê, pode prejudicar o vínculo entre a díade e trazer consequências negativas em longo prazo para a criança.<sup>2</sup>

Existem algumas hipóteses para tentar entender a etiologia da DPP. O surgimento de quadro depressivo no período do puerpério pode ser favorecido por peculiaridades hormonais, herança genética, fatores ambientais e psicológicos. A drástica mudança hormonal experimentada pela mulher ao término da gravidez costuma ser apontada como fator desencadeante da depressão, o risco de DPP aumentado em mulheres com histórico de depressão na família sugere um componente genético; por outro lado, é clássica a descrição de maior ocorrência de DPP entre mulheres em situação de conflito conjugal ou situações de vulnerabilidade social.<sup>1,3</sup>

Muito provavelmente, a DPP tem etiologia multifatorial com maior ou menor peso de cada um dos componentes descritos anteriormente.

A intensidade do quadro é variável, indo desde a situação clínica denominada “melancolia pós-parto” (também denominada “maternity blues” ou “tristeza puerperal”), a condição clínica intermediária de DPP e o grave quadro de psicose puerperal. Esses quadros clínicos correspondem a uma sequência em um espectro progressivo de maior gravidade e menor frequência. A melancolia pós-parto é um transtorno autolimitado, iniciando-se nas duas semanas após o parto e é considerado como fator de risco para DPP; muito comum, atinge de 50% a 80% das mulheres.<sup>4,5</sup> No outro extremo há a psicose puerperal, considerada uma urgência médica, sendo indicada frequentemente a necessidade de internação hospitalar e que ocorre em apenas 0,1% a 0,2% das puérperas.<sup>5</sup>

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 15, n. 1, p. 180 - 183, 2013

1. Professor do Depto. de Cirurgia - FCMS/PUC-SP

2. Pós-Graduando do Programa de Estudos Pós-Graduados Educação nas Profissões da Saúde - FCMS/PUC-SP

Recebido em 31/12/2012. Aceito para publicação em 27/2/2013.

Contato: lucas\_psicologia@yahoo.com.br

Citam-se incidências variáveis nas formas clínicas de depressão pós-parto, que variam segundo a população estudada e as metodologias aplicadas para se fazer o diagnóstico. Halbreich e Karkum,<sup>6</sup> em estudo de metanálise, descrevem variação de 0% a 60% na incidência de DPP, creditando a variáveis culturais, sociais e metodológicas terem encontrado tão ampla variação.

Estudos demonstram que a DPP, em suas diferentes apresentações clínicas, é mais comum do que habitualmente é diagnosticada, pois estima-se que exista um subdiagnóstico do problema, já que apenas cerca da metade dessas pacientes conseguem acesso a alguma forma de tratamento.<sup>7</sup> Sugere-se que uma das causas do pequeno número de diagnósticos de DPP seja o silêncio que costuma cercar essa situação, o “mito do amor materno”, característico do mundo ocidental, faz com que as mulheres tenham sentimentos de vergonha em manifestar mal-estar frente ao seu recém-nascido, tendendo a esconder a depressão de seus familiares e dos profissionais de saúde.<sup>8</sup>

Provavelmente, outro dos fatores que interfere no manejo da DPP corresponde à dificuldade na definição deste quadro clínico. No Código Internacional de Doenças, em sua 10ª revisão (1993), a entidade classificada como F53 corresponde a “Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte”, ainda nesse mesmo item há a observação: “*Nota: classificar aqui unicamente os transtornos mentais associados ao puerpério que apareçam durante as seis primeiras semanas após o parto e que não satisfazem os critérios diagnósticos de um outro transtorno classificado em outra parte neste capítulo, seja porque as informações disponíveis são insuficientes, seja porque elas apresentam características clínicas suplementares especiais que não permitem a sua classificação em outra parte de modo apropriado*”.<sup>9</sup> No “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” – DSM/IV,<sup>10</sup> o quadro de DPP encontra-se dentro dos critérios de episódios depressivos, sendo citado que o início está limitado ao período de puerpério, ou seja, decorridas quatro semanas do parto. Alguns autores sugerem que o início dos sintomas poderia acontecer em até três meses depois do parto e outros ainda sugerem que no intervalo de até dois anos após o parto ainda poderia acontecer a situação depressiva, que seria classificada ou desencadeada pela DPP.<sup>11,12</sup>

Mais uma dificuldade na definição de DPP é o consenso do que é quadro depressivo. Habitualmente, a caracterização clínica de quadro depressivo está vinculada ao atendimento especializado por algum profissional de saúde mental, o que nem sempre acontece, sendo, inclusive um dos motivos apontados para o escasso número de pacientes com DPP receber cuidados especiais. Por outro lado, existem alguns instrumentos autoaplicáveis que permitem caracterizar a depressão e que merecem maior divulgação e treinamento de uso para os demais membros das equipes de saúde. Destaca-se, entre esses instrumentos, a Escala de Depressão Puerperal de Edimburgo – EDPE,<sup>13</sup> que serviria como método de rastreio das mulheres com maior risco individual de desenvolver DPP e que tem a vantagem de poder ser aplicada por qualquer profissional da equipe multidisciplinar de saúde adequadamente treinado, inclusive pelos agentes do Programa de Saúde da Família, permitindo adequado referenciamento dos casos positivos.<sup>14</sup>

### **PAPEL DO OBSTETRA NA DPP**

A relação da gestante com o serviço de saúde durante o pré-natal contribui para a criação de vínculo mais ou menos

sólido de confiança no obstetra, especialmente se o mesmo a acompanha durante todo o período gestacional e também na parturição.<sup>15</sup>

Tendo em vista a relevância da DPP, cabe ao obstetra obter informações através da anamnese e nos vários momentos do pré-natal, que lhe permitam caracterizar se sua paciente terá risco maior de desenvolver um quadro depressivo grave após o parto. São situações que se associam ao maior risco de DPP e que devem ser incluídos no item dos 'Antecedentes Familiares', os fatores de risco relativos à família: presença de transtorno psiquiátrico na família, história familiar de DPP, condições econômicas e sociais desfavoráveis, reduzido suporte social.<sup>8</sup>

Nos 'Antecedentes Pessoais' são relevantes as situações de histórico de transtorno de humor ou ansiedade prévios ou durante a gravidez, histórico de transtorno disfórico pré-menstrual, abuso sexual na infância, gravidez na adolescência, gravidez não planejada ou não aceita, abuso de substâncias (inclusive o tabagismo), antecedentes obstétricos traumáticos com partos difíceis, abortamentos de repetição, bem como baixo nível socioeconômico, situações de retorno precoce ao trabalho e desemprego.<sup>16</sup> Ainda deve ser investigada a situação conjugal, pois a ausência de companheiro, a atitude negativa do parceiro em relação à gestação, conflitos conjugais, violência doméstica e desemprego do cônjuge também se associam a maior risco de desenvolver DPP.<sup>17</sup>

Também caberá ao profissional de saúde suspeitar do quadro de DPP no seguimento do puerpério.<sup>18,19</sup> São características que permitem elaborar essa hipótese a paciente que se sente excessivamente esgotada, com irritabilidade, muito chorosa, exausta, com transtornos do sono (insônia ou sonolência excessiva). Os achados descritos anteriormente, especialmente se durarem períodos reduzidos de até duas semanas, sugerem a ocorrência de *blues* puerperal.

Quando o quadro persiste por mais tempo e os sintomas citados se tornam mais intensos, associados à sensação de culpa ou de inadequação; perturbação importante do apetite e do sono; pensamentos obsessivos e infundados sobre a saúde do recém-nascido; dificuldade em se concentrar ou em tomar decisões; perda de interesse no recém-nascido e nos familiares; perda dos laços emocionais; ideação suicida e sintomas físicos, como palpitações, hiperventilação e hipertensão arterial, permite pensar na instalação de DPP, que pode evoluir em graus de maior ou menor gravidade.

Para o diagnóstico de psicose puerperal há necessidade de se associar ao quadro anterior a agitação psicomotora, paranoia, delírio, confusão mental, despersonalização e quadros de mania.<sup>20,21</sup>

O diagnóstico precoce e a orientação adequada permitirá a abordagem multiprofissional com o auxílio do psicólogo e do psiquiatra, evitando que os quadros que se iniciaram como situações leves evoluam para quadros mais graves. Para que se confirme a hipótese de DPP, o obstetra deve ser treinado na aplicação dos instrumentos que permitem o diagnóstico objetivo de DPP, como a EDPE.<sup>3</sup> Considerando-se que nem sempre a puerpera se queixará ao obstetra, talvez a aplicação do EDPE possa ser ensinada aos demais membros da equipe multiprofissional de saúde, como o pediatra, a enfermeira e os agentes de saúde do PSF, pois no cotidiano das consultas de puericultura e nas visitas domiciliares é que muitos dos casos hoje negligenciados poderão ser suspeitados e diagnosticados.<sup>22</sup>

Ao se concretizar o diagnóstico de DPP, a paciente merecerá a adequada explicação sobre a situação que está

vivendo, esclarecendo à paciente e seus familiares sobre a elevada frequência que ocorre, pois esse conhecimento pode, de alguma forma, reduzir a culpabilidade que a mulher carrega. Contudo, é interessante o encaminhamento para cuidados de saúde mental com o psicólogo e/ou com o psiquiatra, especialmente nos casos mais graves e duradouros.<sup>20</sup>

Mesmo em casos mais leves deve ser oferecido o atendimento psicológico, pois será extremamente relevante o consórcio do psicólogo, que poderá contribuir para o controle dos casos mais leves e discriminar as situações de maior gravidade que deverão ser medicadas.

A ampliação das indicações de uso de drogas antidepressivas durante a lactação, como os inibidores de recaptção de serotonina, permite sucesso frequente no controle dos sintomas, abortando a evolução para os casos mais graves, sem comprometimento da vigília da puérpera e da lactação, que são fundamentais para os cuidados do recém-nascido.<sup>23</sup>

### PAPEL DO PSICÓLOGO NA DPP

O período gestacional é marcado por inúmeras sensações, ansios, dúvidas acerca da gestação, parto e pós-parto. O nascimento de um bebê implica em diversas mudanças no âmbito familiar, social, no estilo de vida do casal, tornando-se o bebê, nesse momento, a prioridade de vida dos pais e familiares.<sup>24</sup> Ocorrem hoje avanços na área de obstetrícia no que se refere ao conhecimento científico em relação ao conceito de abordagem integral da mulher, proporcionando habilidades fundamentais a enfermeiros e médicos, atendendo, assim, as necessidades mais específicas “das mulheres no período gravídico-puerperal”. Portanto, hoje não é possível mais pensar apenas nos aspectos biológicos ao se discutir a depressão pós-parto.<sup>18</sup> Pensando assim, na estrutura e funcionamento de uma equipe interdisciplinar e na amplitude das vivências e emoções de uma gestante, é de fundamental importância o trabalho do psicólogo para auxiliar a equipe no manejo dos aspectos emocionais envolvidos na DPP.

O psicólogo vai contribuir de uma forma diferenciada e complementar o tratamento oferecido pela equipe. Simonetti<sup>25</sup> faz referência a esse ponto dizendo que em medicina, o diagnóstico é o conhecimento do processo mórbido por meio dos seus sintomas, enquanto que na psicologia hospitalar o diagnóstico é o conhecimento da situação existencial e subjetiva da pessoa adoentada em sua relação com a doença. Com o olhar nesta direção, o papel do psicólogo na equipe, vai propiciar a busca de uma visão panorâmica dos processos que influenciam e são influenciados pela doença, ou seja, o psicólogo diante de um caso de DPP irá buscar, junto ao paciente, o sentido daquela doença para ele.

Como afirmou Lacan:<sup>26</sup> “O psicólogo não dirige a vida do paciente, mas dirige o tratamento”, assim terá o papel fundamental de, em conjunto com a assistência do médico, buscar caminhos que contribuam na busca da mulher acometida pela DPP em encontrar a sua autoconfiança, compreensão e elaboração dos sentimentos vivenciados.

Essas referências enfatizam que o profissional de saúde mental não deve ter uma visão de rótulos da doença, e nem se colocar em posição de dizer o que pode ser certo e errado para o paciente, ele deve sim ter conhecimento metodológico dos processos psíquicos envolvidos no adoecer, proporcionando uma escuta que permita ao paciente elaborar sua doença por meio da fala, que por si só já produz efeitos terapêuticos.<sup>25</sup> Sendo assim, é importante também olhar para os aspectos

subjetivos, intrínsecos e individuais nas manifestações físicas e psíquicas da puérpera, que podem, muitas vezes, ir além do que está manifesto naquela situação clínica.

Para Winnicott,<sup>27</sup> no período puerperal a mulher entra em um estado especial, denominado de “preocupação materna primária”, em que ocorre um contexto de sensibilidade aumentada, cujo objetivo é capacitar a mulher a se preocupar com seu bebê. Nesse momento, a mãe precisa desenvolver uma identificação com seu bebê, para que possa imaginar o que ele precisa e daí colocar-se em seu lugar e, dessa forma, conseguir cuidar do bebê e atender a sua demanda de cuidados e necessidades físicas e psíquicas. O psicólogo nesse momento poderá contribuir para que a mulher encontre em si essa capacidade e que elabore o novo papel de mãe. Esse movimento implica em mudanças psíquicas importantes, que pode necessitar de intervenção psicológica para elaboração do processo e também acolhimento desses sentimentos diversos.

Pesquisa realizada por Frizzo e Piccinini<sup>28</sup> revelou que a depressão materna afeta não só a mãe, mas também o bebê e até mesmo o próprio pai, tendo em vista a influência deste quadro no ambiente familiar.<sup>29</sup> Contudo, a extensão do impacto da depressão materna para o bebê depende de vários fatores, como idade da criança, temperamento infantil, cronicidade do episódio depressivo materno e do próprio estilo interativo da mãe deprimida, se é apático, intrusivo ou de excessiva superproteção. Será nesse universo amplo que o psicólogo irá contribuir com sua escuta, observando os aspectos qualitativos da depressão, por meio de atividades de prevenção e intervenção, visando a promoção da saúde mental tanto das mães como das crianças e de suas famílias.

Sendo a etiologia da DPP multifatorial, é importante a visão preventiva dessa entidade. Pensando nesse modelo, seria possível o psicólogo trabalhando junto ao médico em atividades preventivas no pré-natal, para que nesse momento já seja possível detectar fatores desencadeantes da DPP. Pacientes, então identificadas como “de risco elevado para DPP”, poderão ser submetidas a estratégias, como grupos focais, acompanhamento terapêutico e reunião de equipe, que são fatores que poderão contribuir para o manejo preventivo da DPP, afastando o desenvolvimento do quadro ou permitindo novas possibilidades terapêuticas.

Ademais, frente ao diagnóstico já estabelecido de DPP, o psicólogo será o profissional responsável pelo tratamento psicoterápico, podendo ser na forma de psicoterapia breve, utilizando-se das várias técnicas descritas para essa modalidade, que será aplicada à paciente com o objetivo de recuperar sua integridade psíquica e emocional, fundamental para essa fase da vida que a mulher está vivenciando. Outra possibilidade diante do quadro de DPP é a busca junto à paciente, do saber o que fazer frente a esta condição depressiva, de forma que esse momento possa ser, também, uma vivência de crescimento pessoal e ressignificação de sua condição atual, ajudando na travessia desse processo de adoecimento.

### REFERÊNCIAS

1. Zinga D, Phillips SD, Born L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? Rev Bras Psiquiatr. 2005; 27:S56-64.
2. Schwengber, DDS, Piccinini, CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. Est Psicol. 2003; 8:403-11.
3. Kerber SR, Falceto OG, Fernandes CLC. Problemas conjugais e outros fatores associados a transtornos psiquiátricos do pós-

- parto. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011; 33:281-7.
4. Tostes JG, Silva FC, Barbosa DK, Freitas DL, Paula EC. Depressão pós-parto: correlações com suporte sócio-familiar e assistência no SUS. Rev Cienc Saúde 2011; 1:19-24.
  5. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô-Filho A, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos Epidemiológicos da Depressão Pós-parto em Amostra Brasileira. Rev Psiquiatr RS. 2007; 29:274-80.
  6. Halbreich U, Karkum S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. JAffect Disord. 2006; 91:97-111.
  7. World Health Organization. Depression: mental health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2006 [acesso em 13 out. 2012]. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)
  8. Morais MHC, Crepaldi MA. A clínica da depressão pós-parto. Mudanças. 2011; 19:61-7.
  9. Organização Mundial da Saúde. CID 10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde. São Paulo: EDUSP; 2008. v. 1.
  10. American Psychiatric Association. DSM IV. Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais. 4ª ed. Lisboa: Cliepsi; 1994.
  11. Eberhard-Gran M, Eskild A, Samuelsen SO, Tambs K. A short-matrix version of the Edinburgh Depression Scale. Acta Psiquiatr Scand. 2007; 116:195-200.
  12. Brum EHM, Oliveira DS. Depressão pós-parto: divergências conceituais. Rev Saúde Mental Foco CESUCA[Internet]. 2012 [acesso em 20 dez. 2012]; 1(1). Disponível em: <http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/saudementalemfoco/articloe/view/17/13>.
  13. Schardosim JM, Heldt E. Escalas de rastreamento de depressão pós-parto: uma revisão sistemática. Rev Gaucha Enferm. 2011; 32(1):159-66.
  14. Silva GA. Estudo longitudinal sobre prevalência e fatores de risco para depressão pós-parto em mães de baixa renda [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
  15. Duarte SJH, Andrade SMO. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. Saúde Soc. 2009; 17:132-9.
  16. Camacho RS, Continelli FS, Ribeiro CS, Contilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó-Jr J. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério. Rev Psiquiat Clin. 2006; 33:92-102.
  17. Cury AF, Volich RM. Segredos de Mulher: diálogos entre um ginecologista e um psicanalista. São Paulo: Atheneu; 2010.
  18. Santos-Júnior HPO, Silveira MFA, Gualda DMR. Depressão pós-parto: um problema latente. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30:516-24.
  19. Gomes LA, Torquato VS, Feitoza AR, Souza AR, Silva MAM, Pontes RJS. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. Rev Rene. 2010; 11 (n.esp.):117-23.
  20. Cantilino A, Zambaldi CA, Sougey EB, Renno-Jr J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. Rev Psiquiatr Clin. 2010; 37:278-84.
  21. Cohen L, Wang B. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. Psychiatr Clin N Am. 2010; 33:273-93.
  22. Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento de depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27:181-8.
  23. ACOG Committee on Practice Bulletins--Obstetrics. ACOG Practice Bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 92, April 2008 (replaces practice bulletin number 87, November 2007). Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. Obstet Gynecol. 2008; 111(4):1001-20.
  24. Matão MEL, Miranda DB, Campos PHF, Oliveira LN, Martins VR. Experiência de familiares na depressão pós-parto. R Enferm Cent O Min. 2011; 1:283-93.
  25. Simonetti A. Manual de psicologia hospitalar. o mapa da doença. 6ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.
  26. Lacan J. O Seminário: Os quatro conceitos Fundamentais da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1988. Livro 11.
  27. Winnicott D. Preocupação materna primária. In: Russo J, tradutor. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1978. p. 491-8.
  28. Frizzo GB, Piccinini CA. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. Psicol Estud Maringá [Internet]. 2005 [acesso em 17 dez. 2012]; 10(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a06.pdf>.
  29. Falceto OG, Fernandes CL, Kerber SR. Alerta sobre a depressão pós-parto paterna. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34:293-5.



## REVISTA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE SOROCABA

Agradecemos a colaboração da Associação dos Docentes da PUC-SP

### Diretoria

*Enio Marcio Maia Guerra*  
*João Luiz Garcia Duarte*  
*Celeste Gomes Sardinha Oshiro*  
*José Eduardo Martinez*  
*Dirce Setsuko Tacahashi*  
*Nelson Boccato Jr.*