

---

# A depressão puerperal e a estratégia saúde da família

## *Puerperal depression and the family health strategy*

Maria Luiza Pastor dos Santos<sup>1</sup>, Patrícia Stella Silva Sampaio<sup>1</sup>, Adriana Cecel Guedes<sup>1</sup>, Caroliny Rossi de Faria Ichikawa<sup>1</sup>, Camila Amaral Borghi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, Tatuapé – SP, Brasil.

---

### Resumo

**Objetivo** – Identificar os fatores de risco frente à depressão pós-parto por relatos de puérperas que tiveram esse transtorno, e confrontar diferenças e semelhanças com a literatura. Ao se tratar a depressão puerperal é imprescindível identificar as mulheres com fatores de risco, por meio do acompanhamento durante o pré-natal e na puericultura. A atual política de saúde da mulher adotada pelo Ministério da Saúde inclui o enfermeiro como profissional apto para desenvolver ações em todas as fases do ciclo de vida feminino, com foco na fase puerperal, pois nesta estão as maiores alterações orgânicas e sociais que uma mulher pode enfrentar alterando seu estado de saúde e bem-estar. **Métodos** – Estudo de campo de abordagem qualitativa, no qual dez mulheres com diagnóstico médico de depressão pós-parto foram selecionadas pela técnica *snowball sampling*, seguido de uma entrevista com formulário semiestruturado, cujas respostas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados** – Foram entrevistadas dez mulheres e a partir de suas respostas emergiu o tema: “compreendendo os sintomas e fatores que favorecem a depressão pós-parto”, e duas categorias: “Sentimentos” e “Relações das mulheres entrevistadas com suas mães, pais e seu contexto sociofamiliar atual e suas conexões com a depressão pós-parto”. **Conclusão** – Por meio deste estudo, foi possível verificar os sintomas e fatores de risco apresentados pelas mulheres, muito embora estejam de acordo com a literatura. Verificou-se também a necessidade de estudos qualitativos nessa área, assim como avaliação sobre práticas assistenciais prestadas a essas pacientes.

**Descritores:** Parto; Período pós-parto; Depressão; Enfermagem; Puericultura

### Abstract

**Objective** – To identify the risk factors for postpartum depression in the reports of postpartum women who had this disorder, and to compare differences and similarities with the literature. When addressing the postpartum depression is essential to identify women with risk factors, by monitoring during prenatal care, and child care, the current health policy of women adopted by the Ministry of Health includes the nurse as professional able to develop actions in all phases of the female life cycle, the puerperal phase stands out, because in this situation the greatest organic and social changes that a woman can face, altering her state of health and well-being. **Methods** – A qualitative approach to the field of study in which ten women with a diagnosis of postpartum depression were selected by snowball sampling technique following a semi-structured interview form whose responses were analyzed by the Bardin content analysis technique. **Results** – Ten women were interviewed and, based on their responses, the topic emerged: understanding the symptoms and factors that favor postpartum depression. and two categories: Feelings and relationships of women interviewed with their mothers, fathers and their current socio-family context and their connections to postpartum depression. **Conclusion** – Through this study, it was possible to verify the symptoms and risk factors presented by the women, although they are in agreement with the literature, it was verified the necessity of qualitative studies in this area as well as evaluation on the assistance practices given to these patients.

**Descriptors:** Partum; Post partum period; Depression; Nursing; Childcare

---

### Introdução

A depressão pós-parto (DPP) é relatada na literatura como um transtorno psicológico comum nas gestantes e puérperas, pelo fato destas mulheres se encontrarem em um momento de grande instabilidade emocional. É um distúrbio mental que provoca alterações comportamentais, cognitivas físicas e emocionais, que se inicia de maneira silenciosa, levando até semanas após o parto. A prevenção precoce desse transtorno deve ser promovida mediante intervenções e ações conjuntas durante a gravidez, minimizando o risco de as mães desenvolverem esse distúrbio, uma vez que sua alta prevalência e custos sociais, nos dias atuais, é um grave problema saúde.<sup>1</sup>

Ao falar sobre o distúrbio no período gravídico-puerperal é importante identificar as gestantes com fatores de risco, cabendo ao enfermeiro o conhecimento acerca da DPP, uma vez que este profissional atua no serviço

de atenção básica<sup>1</sup>. Nesse cenário levanta-se a discussão de quais são os fatores que influenciam para que as puérperas desenvolvam a depressão pós-parto.

### Métodos

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, visando conhecer fatores de risco para o aparecimento de depressão pós-parto em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), e expor os desafios para prevenir e controlar a doença no olhar das usuárias deste serviço.

As participantes foram selecionadas a técnica “snowball sampling”, que visa identificar um grupo inicial de participantes que preenchem as características exigidas pelo estudo<sup>2</sup>.

Os critérios de inclusão foram mulheres que tiveram diagnóstico médico de depressão puerperal, e que realizaram tanto o pré-natal quanto a puericultura pelo

SUS, assim os critérios de exclusão foram todas aquelas que não atenderam algum destes requisitos.

A aplicação da pesquisa foi realizada em dias alternados, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos havendo deslocamento da pesquisadora até o local escolhido pelos entrevistados.

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, composto por algumas perguntas sobre os aspectos emocionais da mãe, o discurso dela sobre as dificuldades e anseios que ela sentiu.

Após a coleta de dados, estes foram submetidos à análise e discussão. O procedimento utilizado foi a análise de conteúdo de Bardin, que permite ao pesquisador ir além da compreensão simples da realidade e busca uma investigação mais profunda das comunicações<sup>3</sup>.

As considerações foram respeitadas e realizadas dentro das normas éticas conforme a Resolução 496/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos, ressaltando que esse estudo foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Paulista (UNIP) para avaliação, sendo aprovado no dia 1/03/2018, com o CAAE:80458117.2.0000.5512. Foi garantido o sigilo, o anonimato participante, bem como a possibilidade de se retirar da pesquisa. Os entrevistados receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após assinatura foi iniciada a coleta de dados.

## Resultados

Este estudo foi realizado com um total de dez participantes, que tiveram diagnóstico médico de depressão pós-parto e realizaram o pré-natal, o parto e a puericultura pelo SUS, no qual cinco das pesquisadas ainda realizam tratamento com acompanhamento psiquiátrico, que dura entre 12 e 25 anos, no entanto, essas mulheres tiveram diagnóstico de DPP entre 5 e 10 anos após o aparecimento dos sintomas no puerpério, todas fazem uso de medicações controladas e destas, apenas uma faz terapia em grupo e acompanhamento com psicólogo. Outras quatro participantes se dizem curadas, não estando mais em tratamento nem utilizando medicações. Foi verificado que o diagnóstico delas aconteceu durante o primeiro ano do pós-parto e elas mantiveram o tratamento com psicólogos, terapia em grupo e acompanhamento com o psiquiatra, não tendo abandonado o tratamento em nenhum momento, obtendo alta médica em dois ou três anos após o início do tratamento. Uma participante iniciou a terapia de DPP com psicólogo nos últimos três meses, sendo diagnosticada antes do primeiro ano do puerpério.

A idade das participante foi entre 20 e 61 anos, todas residentes no estado de São Paul. O nível de escolaridade variou desde fundamental incompleto a superior completo. Quanto ao estado civil, três eram casadas, uma mantinha união estável, três divorciadas, uma viúva e duas solteiras. Seis possuíam vida profissional, e as demais exerciam atividades laborais no lar. A renda familiar variou entre R\$ 1.000,00 e R\$ 6.000,00.

No tocante a idade qual teve o primeiro filho variou entre 15 e 30 anos; e no número de filhos apresentando cinco participantes com apenas um filho, duas tendo dois filhos, uma possuindo três, outra quatro filhos, e uma entrevistada não possuindo filhos vivos. As entrevistas foram realizadas entre março e abril de 2018, com a duração de entre 30 minutos a 1 hora cada, totalizando um pouco mais de 7 horas de gravações.

Com base neste estudo realizado com mães que apresentaram depressão pós-parto e das análises das respostas obtidas entrevistas, chegamos a unidade temática compreendendo os sintomas e fatores que favorecem a depressão e estes foram catalogados em duas categorias, sendo a primeira categoria sentimentos e essa dividida em quatro subcategorias que são elas: acerca da descoberta da gestação; relacionados ao parto; relacionados ao filho(a) após o nascimento e alterações emocionais pós-parto na percepção das entrevistadas. A segunda categoria chamada de relações das mulheres entrevistadas com suas mães, pais e seu contexto sociofamiliar atual e suas conexões com a depressão pós-parto; e essa dividida em três subcategorias sendo elas: ausência dos pais; violência e traumas adquiridos na infância/adolescência; e conflitos conjugais, as quais foram apresentadas, como mostra a figura 1.

A partir da coleta dos dados pode-se verificar que na depressão pós-puerperal as mulheres demonstraram possuir sentimentos característicos, compreendendo os sintomas e fatores que favorecem a depressão pós-parto, destacamos alguns a seguir.

### *Sentimentos acerca da descoberta da gestação*

A gravidez não planejada, não tendo expectativas, foi mencionada pelas participantes deste estudo. Neste fator, a própria experiência da maternidade pode representar risco para a depressão materna em virtude do não planejamento, este conflito pode ser identificado nas falas das mulheres com a descoberta da gestação:

*[...] nunca imaginei estar grávida não naquele momento (Lírio).*

Sobre como se sentiram ao descobrir que estavam grávidas, as entrevistadas demonstraram sentimento de negação, como pode ser visto no relato a seguir:

*[...] foram quatro meses negando para mim mesmo que estava grávida, não tinha planos (Lírio).*

A falta de expectativa e, planos para o futuro foram relatados como não esperar nada daquela gestação:

*[...] eu naquele momento não esperava nada de bom (Rosa).*

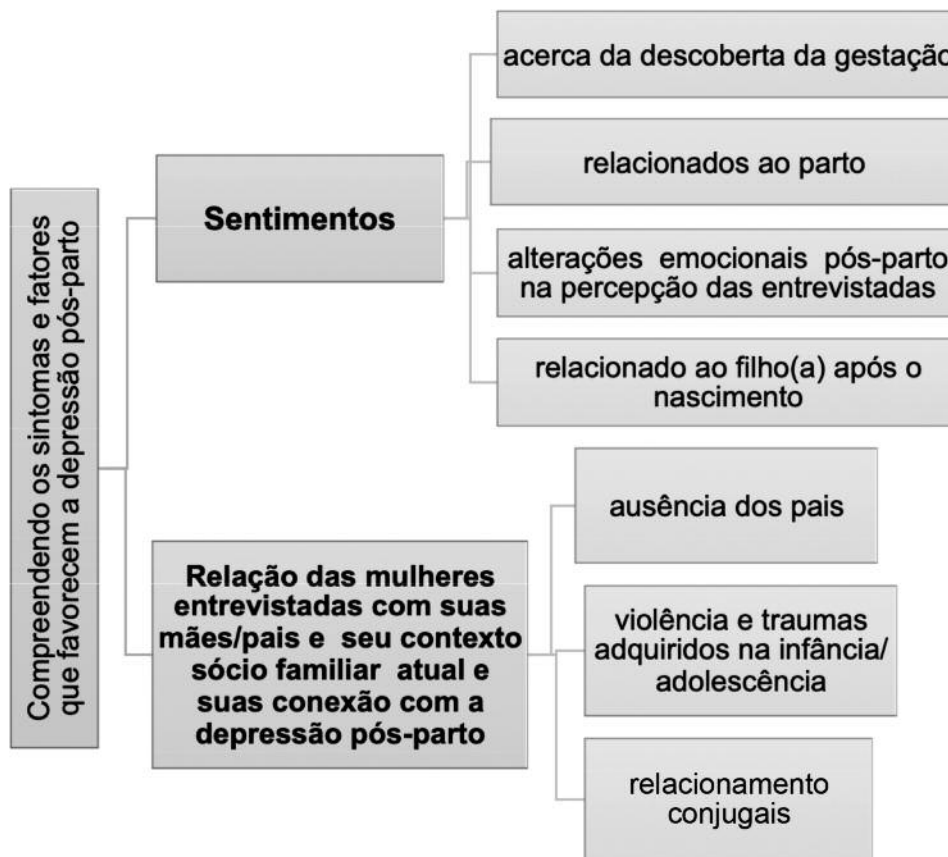
### *Sentimento acerca do parto*

O sentimento de vulnerabilidade pode ser observado pelos relatos das entrevistadas que deixaram esses sentimentos transparecer pelo sentindo de estarem só:

**Tabela 1. Dados Demográficos das entrevistadas**

Nome	Idade	Estado civil	Número de filhos	Escolaridade	Renda familiar (R\$)	Trabalho Remunerado	Idade da primeira gestação
Begônia	20	União estável	1	Fundamental completo	1.000	Não	21
Orquídea	29	Divorciada	4	Superior incompleto	1.500	Sim	15
Lírio	30	Solteira	1	Superior completo	3.000	Sim	28
Rosa	30	Solteira	1	Ensino médio completo	2.500	Sim	22
Cravo	32	Divorciada	1	Superior completo	5.000	Sim	18
Jasmim	44	Divorciada	0	Superior completo	4.000	Sim	28
Girassol	50	Casada	3	Ensino médio completo	1.500	Não	21
Lótus	53	Casada	1	Superior completo	6.000	Não	30
Margarida	58	Casada	2	Fundamental incompleto	1.200	Sim	18
Amor-perfeito	61	Viúva	2	Superior incompleto	4.000	Não	20

Fonte: Santos, 2018



Fonte: Santos, 2018

**Figura 1.** Compreendendo os sintomas e fatores que favorecem a depressão pós-parto

*[...] não tinha passagem e meu parto foi fórcepe, meu parto foi traumatizante, como mulher me senti totalmente invadida, ficar horas naquela sala fria, sem nem um rosto conhecido, sozinha (Lírio).*

**Alterações emocionais pós-parto na percepção das entrevistadas**

O choro foi uma das alterações que as participantes mais mencionaram:

*[...] tinha vontade de só chorar (Orquídea).*

A demonstração de tristeza pode ser observada na seguinte narrativa:

*[...] me sentia uma pessoa triste (Girassol).*

Outro sentimento relatado pelas entrevistadas foi a fobia social, como pode ser observado a seguir:

*[...] tenho medo de sair nas ruas (Margarida).*

Apesar da fobia social, o medo de sair, as entrevistadas também declararam medo de ficar sozinha, como pode ser visto no relato abaixo:

*[...] pedia para meu marido não ir trabalhar, tinha medo de ficar sozinha (Girassol).*

A culpa foi outro sentimento demonstrado pelas entrevistadas:

*[...] me sentia culpada por estar naquela situação (Girassol).*

Alterações comportamentais como insônia e falta de apetite foram citadas pelas entrevistadas:

*[...] não dormia bem a noite (Rosa).*

Houve relatos sobre a má alimentação:

*[...] passei pelo processo de não me alimentar direito (Girassol).*

O sentimento de vazio também foi narrado pelas participantes:

*[...] tenho um vazio dentro de mim (Cravo).*

### **Sentimentos relacionados ao filho(a) após o nascimento**

O desvio do olhar, não querer ver o filho ou evitá-lo, foi um sentimento que as mães entrevistadas destacaram:

*[...] quando meu filho nasceu, que vieram me mostrar, eu virei o rosto, não quis ver (Lírio).*

Outro sentimento vivenciado pelas entrevistadas foi o fato de se sentirem incomodadas com o choro do bebê, como mostra a afirmação a seguir:

*[...] eu ouvia chorando e saía de perto (Amor-perfeito).*

A falta de amor pelo filho(a) também foi relatada pelas entrevistadas:

*[...] não conseguia senti amor, aliás nem empatia (Rosa).*

O ato de não querer/não gostar de amamentar foi compartilhado pelas pesquisadas, como demonstra a fala a seguir:

*[...] foi muito difícil amamentar, o toque era difícil, trazia de volta a sensação de ser molestada (Lótus).*

A psicose puerperal pode ser observada nos relatos, onde as entrevistadas mencionaram a vontade de matar:

*[...] eu repreendia esse sentimento (de matar a filha) não por medo de ser presa, mas de Deus não me perdoa (Rosa).*

Outra consequência da DPP é o risco aumentado para desenvolver outros transtornos psiquiátricos. Esses outros transtornos psiquiátricos podem ser notados como no seguinte relato:

*[...] eu enlouqueci, fui internada em uma clínica, tentei o suicídio por três vezes (Jasmim).*

Outro sentimento apontado pelas entrevistadas foi a vontade de abandonar o filho

*[...] quando meu filho chorava eu chorava junto, batia um desespero, vontade de abandoná-lo (Girassol).*

### **Ausência dos pais**

As narrativas de algumas mulheres, as quais foram objetos deste estudo, foram de que estas provinham de famílias cuja ausência dos pais pode ser analisada como fator de risco, conforme os relatos a seguir:

*[...] passei a minha infância inteira sem conhecer meu pai (Rosa)*

*[...] fui criada pelos meus avós (Lírio).*

Pode-se observar pelas narrativas das pesquisadas, que as mesmas provinham de uma infância e adolescência cheia de violência e traumas, uma vez que estas mulheres têm discursos concisos sobre violência e traumas adquiridos na infância/adolescência, podendo ser analisados a seguir:

*[...] meu pai batia na minha mãe e na gente (Margarida).*

Houve relatos sobre abuso de álcool ou problemas psiquiátricos por parte dos pais:

*[...] tinha pai alcoólatra (Amor-perfeito).*

Pode-se reconhecer a história previa de violência sexual pelos seguintes relatos:

*[...] fui molestada várias vezes pelo meu tio (Lótus).*

*[...] fui molestada pelos amigos do meu pai (Cravo).*

Fatores ligados ao relacionamento conjugal também foram relatados pelas entrevistadas como falta de compreensão, violência doméstica, abuso de álcool e drogas:

*[...] cheguei a ser agredida por ele (companheiro) várias vezes (Orquídea).*

*[...] tenho problemas no meu maxilar por causa de um soco que levei (Orquídea).*

## Discussão

Carleso e Souza (2011) apresentam como fatores de risco para o surgimento da DPP a gravidez indesejada, as complicações obstétricas, a ausência da amamentação, a ausência de suporte da família e conjugue, abuso de álcool, sentimentos melancólicos e culpa, choro sem uma razão aparente, despreparo com os cuidados com o filho, além de história regressa dessa mulher<sup>4</sup>.

O choro frequente foi observado por Klaus et al. (2000), ScharDOSim e Piccinni (2003), que enfatizaram que o choro, assim como a tristeza, são sentimentos que estão associados à incapacidade de lidar com a nova situação a condição de ser mãe<sup>5-7</sup>.

A culpa aparece no momento que ela se enxerga como provedora, cuidadora e responsável pelo filho e se ver como alguém falha, que não cumpriu seu papel, o de ser mãe.

A fobia social no período do pós-parto foi relatada em estudo de prevalência realizado por Cantilino (2009), onde a prevalência foi de 11,2%, esse estudo foi feito com uma amostra nacional e é compatível com os resultados encontrados por Wenzel et al. (2005) em uma amostra americana que estimou a taxa de fobia social entre 4,1% e 15,0%, dependendo do critério utilizado, esse dado nacional quando confrontado com outro estudo brasileiro feito por Rocha et al. (2005), fora do contexto do pós-parto, foi encontrado uma prevalência de 7,9%, o que comprova que a DPP é fator de agravo para esse sintoma<sup>8-10</sup>.

Para Ferragu (2002), o “negar estar grávida” tem relação com fatores adaptativos e protetivos. O autor sustenta a ideia de que a negação na gestação é um meio do qual as gestantes se utilizam para não terem que lidar com todas as angústias desse momento, possibilitando assim que elas continuem a desempenhar suas atividades pessoais e profissionais, sem que uma gravidez comprometa o seu cotidiano e seus projetos futuros<sup>11</sup>.

A demonstração de desespero ao ficar só em casa com a criança é a prova do despreparo físico e emocional dessa mulher em torna-se mãe. Rocha et al. (2005) enfatizaram que quanto menos preparada estiver a mulher, mais receio ela terá de ficar sozinha com seu filho<sup>10</sup>.

Toda mulher tem direito à presença de um acompanhante de sua escolha para estar ao seu lado durante o parto. Pesquisa realizada no Brasil por Acker et al. (2006) apontou a restrição de ter um acompanhante durante todo o parto, como um dos problemas que está relacionado à violência obstétrica, esta restrição, por sua vez, tende a deixar as gestantes, futuras puérperas, apreensivas e se sentindo vulneráveis<sup>12</sup>.

Uma das consequências da depressão pós-parto são os aumentos nos índices de tentativa de suicídios e infanticídio. Estudos realizados na Inglaterra revelam que a psicose puerperal está entre as principais causas de mortes maternas, acometendo 10% dessa população. Há indício de que o diagnóstico precoce poderia ter sido realizado e o suicídio evitado em 86% desses casos. Esse alto índice está relacionado ao diagnóstico

de depressão, que acomete 22% das mulheres. Ele se estende desde a frequência do comportamento suicida e assassino que passa pela idealização até a tentativa do suicídio ou assassinato consumado, podendo alcançar até um quarto da população de gestantes<sup>13</sup>.

Com o quadro clínico agravado pode-se desenvolver a psicose puerperal que acomete de 0,1% a 0,2% das mulheres. Podendo se manifestar por reações esquizofrênicas, acessos de melancolia, depressão ansiosa, autoacusação, automutilação, ideias suicidas e infanticidas, alucinações, delírio alucinatório, síndrome do pânico, distúrbios bipolares<sup>14</sup>.

Pesquisas realizadas por Soejima e Weber (2008) demonstraram que as mulheres que entregaram seus bebês a adoção, tinham um contexto de baixa integração na vida familiar. As pesquisadoras ressaltaram ainda que o “abandono gera abandono”, na medida em que essas mulheres que abandonaram seus filhos ou tiveram sentimentos de querer abandoná-los foram filhas abandonadas, marcadas por uma infância com negligência e ausência de uma relação emocional e afetiva com seus pais<sup>15</sup>.

Para Sinclair (1985), uma criança que convive com a violência ou ameaça do pai contra a mãe, é uma criança que precisa de proteção, pois tem risco de ser ela própria física ou sexualmente abusada. Para Holden et al. (1998), a mulher agredida pode descontar sua raiva e frustração na criança, a criança que testemunha a agressão contra a própria mãe poderá tornar-se um marido agressor ou uma mulher agredida, sendo mais vulnerável a desenvolver problemas de ordem emocional inclusive a DPP<sup>16, 17</sup>.

Rovinski (2004), em um estudo de prevalência, encontrou uma média de 21,39% de depressão em mulheres vítimas de violência sexual. Neste estudo, a autora confirma a hipótese de que mulheres vítimas de violência apresentam elevados índices de transtornos emocionais, sendo mais comuns a depressão, ansiedade fóbica, psicoses e transtorno no pós-parto e de estresse pós-traumático. A autora destaca que mulheres que sofreram violência conjugal apresentam maiores escores de depressão em relação àquelas que sofreram algum tipo de abuso sexual. Isso pode ser compreendido pelo fato delas estarem constantemente sendo submetidas à situação de violência<sup>18</sup>.

## Conclusões

A partir dos resultados desta pesquisa conclui-se que os sintomas de DPP incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e insegurança, falta de esperança e motivação, negação, tristeza, fobia social, medo, culpa, alterações alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações e queixas psicossomáticas e psicoses.

Os fatores de risco foram associados a maior ocorrência de depressão entre mulheres que incluíram na sua história familiar falta ou pouco suporte social, adversidades na infância como aspectos associados à ausência dos pais, exposição a experiências estressantes

na infância e adolescência como abuso de álcool pelos pais e violência doméstica contra a mãe, eventos traumáticos como violência sexual, relacionamentos conjugais conflituosos com ocorrência de agressão física e verbal, e dentre estes, ressaltamos sobre a possível incidência mais significativa da depressão entre mulheres vítimas de violência no âmbito conjugal.

Foi observado que há convergências e controvérsias ao se levar em consideração alguns fatores socioeconômicos descritos por alguns autores, como capazes de contribuir e influenciar para surgimento da doença como a baixa escolaridade, baixa renda, número de filhos, idade entre outros, não sendo apontados na atual pesquisa como fatores de relevância para o desenvolvimento da depressão pós-parto.

Foi constatado que as mulheres, que tiveram diagnóstico no primeiro ano após o puerpério e fizeram terapia em conjunto (psicólogo, terapia em grupo e psiquiatra), obtiveram melhores resultados com o tratamento, não tendo maiores complicações e recebendo alta médica, uma vez que as que tiveram diagnóstico tardio ainda estão em tratamento, sendo algumas delas há mais de duas décadas, ressalta-se também que além dessas entrevistadas terem obtido o diagnóstico tardio, o tratamento está condicionado apenas ao uso de medicação.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção pré-natal de baixo risco. Brasília-DF. 2012 (série A. Normas de Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32).
2. Baldin N; Munhoz EMB. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). Rev Eletr Mestrado Educ Ambiental, 27: 2011.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70. 1977.
4. Carleso JPP; Souza APR. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. Rev CEFAC. 2011; 13(6):1119-26.
5. Sklus MH, Kennel JH, Klaus PH. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artmed; 2000.
6. Scharosim JM; Heldt E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. Rev Gaúcha Enferm. 2011; 32(1).
7. Piccini CA; Gomes AG, Moreira LE; Lopes SL. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. Psicologia: Teor Pesq. 2004; 20(3): 223-32.
8. Cantilino A. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. São Paulo. Rev Psiquiatr Clín. 2010; 37(6): 228-94.
9. Wenzel A; Haugen EN; Jackson LC; Robinson K. Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. Arch Women Ment Health. 2003; 6(1): 43-9.
10. Rocha FL; Vorcaro CMR; Uchoa E; Lima-Costa MF. Comparing the prevalence rates of social phobia in a community according to ICD-10 and DSM-III-R. Rev Bras Psiquiatr. 2005; 27(3).
11. Ferragu, G. Le déni de grossesse: une revue de littérature. [thèse de doctorat inédite]. Rennes-France: Université de Rennes; 2002.
12. Acker JIBV. As parteiras e o cuidado com o nascimento. Rev. Bras. Enferm. 2006; 59 (5), 647-51.
13. Benute GRG; Nomoura RMY; Jorge VMF; Nonnenmacher D; Junior RF; Lucia MCS; Zugaib M. Risco de suicídio em gestantes de alto risco: um estudo exploratório. Rev Assoc Med Bras. 2011;57(5).
14. Hollingsworth LD. Birth mothers whose parental rights are terminated. In G. P. Mallon, & P. M. Hess (Eds.), Child welfare for the twenty-first century: a handbook of practices, policies, and programs. New York: Columbia University Press; 2005;p. 469-81.
15. Soejima CS; Weber LND. O que leva uma mãe a abandonar um filho? Aletheia. 2008;(28):174-87.
16. Sinclair D. Understanding wife assault: a training manual for counselors and advocates. Toronto: Ontario. Publishing Company; 1985.
17. Holden GW; Geffner R; Jouriles EN. Children exposed to marital violence: theory, research, and applied issues. Washington: American Psychology Association; 1998.
18. Rovinski SLR. Dano psíquico em mulheres vítimas de violência. Rio de Janeiro: Editora Lúmen; 2004.

### Endereço para correspondência:

Maria Luiza Pastor dos Santos  
Rua Francisco Alves, 198 – Casa 2  
Vila Jaú  
Poá – SP, CEP 08559-200  
Brasil

E-mail: marialuizapastor@hotmail.com

Recebido em 16 de agosto de 2018  
Aceito em 12 de dezembro de 2018