

Fabiana Kátia Thedesco Jung <sup>1</sup>, Lucimare Ferraz <sup>2</sup>

<sup>1</sup> UNOCHAPECÓ. Curso direcionado de Especialização UNIEDU/FUMDES em Saúde Pública: Atenção Básica, Chapecó, SC, Brasil.

<sup>2</sup> UNOCHAPECÓ. Docente do programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, SC, Brasil.

<sup>1</sup> Pós-graduação em Atenção Básica com ênfase no NASF da Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Saúde Pública: Atenção Básica pela Unochapecó. Graduação em Psicologia pela UNOESC. Psicóloga da SMS de Bom Jesus do Oeste/SC. E-mail: <fabianajung@unochapeco.edu.br>.

<sup>2</sup> Pós-Doutorado pelo Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) da Universidade do Porto. Doutora em Saúde Coletiva. Mestre em Saúde Coletiva: área de Epidemiologia, pela Universidade Luterana do Brasil. Graduação em Enfermagem e Especialização em saúde do Trabalhador pela Universidade do Contestado. E-mail: <lferraz@unochapeco.edu.br>.

## DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CONCEITUALIZAÇÃO E PREVENÇÃO

### RESUMO

A estimativa que quase 20% da população enfrentará um episódio depressivo ao longo de sua vida. Diante disso, essa revisão narrativa tem por objetivo tencionar uma reflexão sobre a depressão pós-parto, evidenciando prevenir essa vulnerabilidade em saúde. Existem fatores biológicos, genéticos e psicossociais que podem estar envolvidos na apresentação da depressão na vida do sujeito. O baby blues ou tristeza materna acomete cerca de 50 a 70 % das puérperas. A psicose pós-parto, rara e grave, atinge 1 a 2 a cada 1000 mulheres em fase de pós-parto. Já a prevalência de DPP pode alcançar 40% em países em desenvolvimento. Alguns dos fatores de risco para desenvolver a DPP são o histórico de episódios depressivos anteriores a atual gestação; presença de estresse na gestação, ansiedade gestacional e depressão durante a gestação; conflito e falta de apoio conjugal e social; exposição à violência por parceiro íntimo no ciclo gravídico e a idealização da gestação do bebê e da maternidade. Alguns fatores de proteção são a detecção precoce dos sintomas; suporte social apoio familiar; estabilidade socioeconômica; boa relação conjugal e o pré-natal psicológico (PNP).

**Descritores:** Depressão pós-parto; fatores de risco e proteção; pré-natal psicológico.

### ABSTRACT

He estimates that almost 20% of the population will face a depressive episode throughout their lifetime. Therefore, this narrative review aims to reflect on the aspects involved in this health problem, as well as ways to promote care for mothers in order to reduce the chances of developing postpartum depression. There are biological, genetic and psychosocial factors that may be involved in the presentation of depression in the subject's life. The baby blues or maternal sadness affects about 50 to 70% of the postpartum. Postpartum psychosis, rare and severe, affects 1 to 2 per 1000 postpartum women. Already the prevalence of PPD can reach 40% in developing countries. Some of the risk factors for developing PPD are the history of depressive episodes prior to the current gestation; presence of pregnancy stress, gestational anxiety and depression during pregnancy; conflict and lack of marital and social support;

exposure to intimate partner violence in the pregnancy cycle and the idealization of baby and motherhood gestation. Some protective factors are the early detection of symptoms; social support family support; socioeconomic stability; good conjugal relationship and the psychological prenatal (PNP).

**Keywords:** Postpartum depression; risk and protection factors; psychological prenatal care.

## INTRODUÇÃO

O presente artigo aborda sobre a depressão pós-parto (DPP) que é compreendida mediante a conceitualização da depressão. Conforme Garro (2006), tendo em vista a preocupação com o aumento de casos com a depressão também se evidencia como um dos principais motivos de afastamento do trabalho, em que, se trata de uma perspectiva global. A estimativa que quase 20% da população enfrentará um episódio depressivo ao longo de sua vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (s.d.) enfatiza que até o ano de 2020 a doença mais incapacitante no mundo será a depressão. A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) (s.d.) coloca que como complicação, a cada dez pessoas que sofrem com a depressão quase sete não recebem o devido tratamento.

Acrescenta Fiocruz (s.d.), a OMS determina a depressão como transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, oscilações entre sentimentos de culpa e baixa autoestima. Também há a sensação de cansaço e falta de concentração.

O quadro depressivo pode iniciar durante o período da gravidez, do puerpério ou do pós-parto. De acordo com o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (2014), se os sintomas depressivos ocorrerem durante a gravidez ou quatro semanas após o parto especifica-se depressão com início no periparto. Por conseguinte, o baby blues é caracterizado como uma depressão leve ocorre nas primeiras semanas após o parto. No pós-parto os episódios de humor com características psicóticas com início no periparto ocorrem de 1 mulher em 500 a 1 em 1000, embora raro é grave. Conforme Tema Filha et al. (2016) de uma forma geral, no Brasil a média de mães que apresentam os sintomas da DPP entre 6 a 18 meses após o parto é de 25%.

Considerando os danos biopsicossociais da depressão pós-parto à puérpera e ao recém-nascido, esse estudo tem como objetivo tencionar uma reflexão sobre essa problemática, evidenciando prevenir essa vulnerabilidade em saúde.

## **METODOLOGIA**

O levantamento feito entre junho a novembro de 2018 trata-se de um estudo de revisão narrativa, constituído por uma análise ampla da literatura, baseado em publicações de periódicos, de artigos em português como também de referências bibliográficas. As bases de dados utilizadas foram Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BVS PEPSIC (Biblioteca Virtual em Saúde, Periódicos Eletrônicos em Psicologia), SATEPSI (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos), GOOGLE ACADÊMICO, PUBMED (National Library of Medicine National Institutes of Health dos EUA), Fundación Dialnet (Universidad de la Rioja), em que foram empregados os descritores depressão, depressão pós-parto, incidência e prevalência e assistência à gestante e à puérpera.

Para o critério de inclusão das publicações foram de ter as expressões mencionadas utilizadas no resumo, título ou palavras-chave. Que, por conseguinte, para critério de exclusão os artigos não apresentavam o necessário que condizia com o critério de inclusão ou o mesmo artigo se apresentavam em mais de uma base de dados. Para depressão pós-parto encontrou-se 3.940 publicações como resultado no google acadêmico. Para refinamentos da busca, após os artigos recuperados se conduziu para a leitura dos títulos e resumos. Logo após, foi feita a leitura integral de 36 publicações sendo elas artigos ou capítulos de livros. Nessa revisão, apresentam-se os textos e autores que condizem com o objetivo desse estudo.

## **CONCEITUANDO A DEPRESSÃO**

De acordo com Del Porto (1999) a palavra depressão de uma forma popular ela tanto expressa um estado afetivo, como a tristeza, quanto um sintoma, síndrome ou doença. Sobre os sintomas a depressão pode emergir de diversos quadros clínicos como alcoolismo, demência, transtorno de estresse pós-traumático, entre outros. Como também resposta a situações estressantes no âmbito social ou financeiro. Enquanto síndrome depressão inclui a alteração de humor, como a tristeza, que isoladamente não é critério diagnóstico, mas também

alterações cognitivas e psicomotoras, ainda, alterações no sono e apetite alimentar. Por conseguinte a depressão como doença tem sido estudada sobre várias óticas dependendo o período histórico e posição de autores.

Acrescenta Fiocruz (s.d.), a OMS determina a depressão como transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, oscilações entre sentimentos de culpa e baixa autoestima. Também há a sensação de cansaço e falta de concentração.

Dalgalarondo (2008) traz os sintomas depressivos à luz da psicopatologia, em que, de forma geral, evidencia-se o humor triste e o desânimo. Entretanto, sobre os sintomas é necessário levar em consideração a amplitude dos aspectos ideativos e cognitivos, relativos à autoavaliação, à vontade e à psicomotricidade, âmbitos afetivos, instintivos e neurovegetativos. Nas formas graves da depressão podem estar presentes fenômenos biológicos (neurais ou neuro-endócrinos), alteração psicomotora (normalmente lentificação ou estupor) e/ou sintomas psicóticos (alucinação e/ou delírio) associados.

Conforme o DSM-5 (2014) define a depressão com a presença de alguns ou mais dos seguintes sintomas como sentimento de vazio, perda de esperança, choro constante, humor deprimido e /ou irritável. Também anedonia, alteração no apetite e na massa corporal, alteração no padrão de sono, fadigabilidade, sentimentos de menos valia e de ideação suicida. Prejuízo no seu funcionamento social e familiar.

Existem fatores biológicos, genéticos e psicossociais que podem estar envolvidos na apresentação da depressão na vida do sujeito. Os fatores biológicos dizem respeito a diversos estudos que “relatam anormalidades nos metabólitos das aminas biogênicas [...] no sangue, na urina e no líquido cerebrospinal de pacientes com transtornos de humor” (SADOCK, 2007, p. 574). Por conseguinte, o autor traz a consistência destas pesquisas referente às alterações heterogêneas das aminas biogênicas associados aos sintomas recentes aos transtornos de humor. Sobre a fisiopatologia dos transtornos de humor os neurotransmissores mais relevantes são a norepinefrina e a serotonina. Sendo que, “alguns pacientes com impulsos suicidas tem baixas concentrações de metabólitos de serotonina” no líquido cerebrospinal “e baixas concentrações de sítios de captação da mesma nas plaquetas” (SADOCK, 2007, p. 575).

Nos transtornos de humor os eixos neuroendócrinos mais importantes são do hormônio do crescimento, da tireoide e das adrenais. Visto que o primeiro eixo aponta que pacientes com depressão é reduzida a estimulação da liberação do hormônio do crescimento

devido à dificuldade do sono que se trata de um sintoma comum na depressão. O segundo, traz que os “distúrbios da tireoide são encontrados em cerca de 5 a 10 % das pessoas com depressão” (SADOCK, 2007, p. 577). O último eixo das adrenais correlaciona que 50% dos pacientes com depressão apresentam os níveis do cortisol elevados.

O estado depressivo está relacionado à redução da neuroplasticidade e atrofia neuronal em áreas do cérebro relacionadas com o humor e a memória; sendo que o estresse contribui para a patogênese da depressão; outrossim, pessoas com depressão apresentam altos níveis de leucócitos sanguíneos, citocinas pró-inflamatórias e diminuição de serotonina (RABELO, 2015).

Sobre os fatores genéticos e fisiológicos envolvidos na depressão observa-se que em familiares de primeiro grau de pessoas com transtorno depressivo maior tem risco de 2 a 3 vezes mais elevado de desenvolver a depressão em comparativa a população geral. “Os riscos relativos parecem ser mais altos para as formas de início precoce e recorrente. A herdabilidade é de aproximadamente 40%, e o traço de personalidade neuroticismo representa uma parte substancial dessa propensão genética” (DSM-5,2014, p.166).

Ainda os fatores psicossociais ressaltados pelo autor seriam acontecimentos marcantes na vida e estresse ambiental como a perda de um dos pais na infância a perda do cônjuge são estressores ambientais frequentemente associados ao início de um episódio depressivo. Outro agravante é o desemprego, pessoas nesta condição têm 3 vezes mais chances de vivenciar a depressão em relação as pessoas empregadas.

Fatores psicossociais que envolvem os tipos de personalidades Sadock (2007) trouxe que não há correlação que predispõe o quadro depressivo de forma direta, única e isolada com qualquer padrão de personalidade e sim que qualquer pessoa pode ficar deprimida sob determinadas circunstâncias. As pessoas com transtornos de personalidade obsessivo compulsivo, histriônica e borderline podem ter maiores riscos de desenvolver depressão. O entendimento psicodinâmico da depressão feito por Sigmund Freud e ampliada por Karl Abraham é sustentado por quatro pilares:

- (1) problemas na relação mãe-bebê durante a fase oral [...] predispõem à vulnerabilidade subsequente para depressão;
- (2) a depressão pode estar ligada à perda real ou imaginária do objeto;
- (3) a introjeção de objetos que partiram é um mecanismo de defesa invocado para lidar com o sofrimento ligado a perda do objeto;
- e (4) como o objeto perdido é percebido como uma mistura de amor e ódio, sentimentos de raiva são dirigidos contra o *self*. (SADOCK, 2007, p. 579)

Conforme Sadock (2007) ao trazer os estudos de Silvano Arieti sobre o histórico de muitos pacientes com depressão estavam voltados para o outro em vez de cuidados para si. Sendo que este outro tinha perspectiva dominante que poderia ser uma pessoa, uma instituição, um ideal ou um princípio. Visto que este outro por que estava vivendo o frustra, pois não satisfaz suas expectativas, assim se instalaria a depressão neste aspecto. Da mesma forma, traz os estudos de John Bowlby e este ressalta que a separação traumática na infância e os apegos iniciais prejudicados podem levar a depressão, à medida que o adulto reviveria as perdas traumáticas de sua infância.

Quanto à classificação da depressão, o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, DSM-5, a classificação descrita segue a codificação da Classificação Internacional de Doenças, CID-10-MC. A classificação se trata de condições dos quadros depressivos não induzidos por medicações, drogas ou substâncias, na qual, fica dentro do grupo de transtorno de humor e que se diferenciam de forma numérica pela gravidade dos sintomas, se recorrência e se não especificado.

Logo a classificação do transtorno depressivo maior, episódio único se divide em episódio depressivo leve (F32.0), episódio depressivo moderado (F32.1), episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2), episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3), episódio depressivo em remissão parcial (F32.4), episódio depressivo em remissão completa (F32.5) e episódio depressivo não especificado (F32.9).

Por conseguinte, a classificação do transtorno depressivo recorrente tem evidência na sua repetição dos episódios depressivos ao longo da vida. Se dividem em transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve (F33.0), transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado (F33.1), transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos (F33.2), transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos (F33.3), transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão parcial (F33.41), transtorno depressivo recorrente, atualmente em remissão completa (F33.42), transtorno depressivo recorrente, episódio atual não especificado (F33.9). Para finalizar a classificação deste âmbito temos ainda o transtorno depressivo persistente (distímia) (F34.1). Sendo assim, a DPP se trata de um especificador sem código no diagnóstico do episódio atual. Neste caso, denomina-se depressão, com o código condizente, com início no periparto. O foco avaliativo se direciona se os sintomas depressivos ocorrerem durante a gravidez ou semanas após o parto.

No que diz respeito ao diagnóstico de depressão, existem diversos instrumentos não exclusivos do psicólogo e exclusivos do psicólogo, conforme Resolução nº 9, de 25 de abril de 2018. Sobre os primeiros os mais utilizados seriam: A escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-5 (2014) Adulto; WHODAS 2.0 Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde 2.0; Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS); Escala de avaliação da depressão de Hamilton; Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).

No segundo grupo, no momento os que estão com pareceres favoráveis no Satepsi e mais utilizados seriam: Escala Baptista de depressão adulta (EBADEP-A); Escala de Pensamentos Depressivos (EPD); Inventário de Depressão de Beck (BDI-II); Bateria Fatorial de Personalidade (BFP); o Teste Palográfico na Avaliação de Personalidade; House-Tree-Person (HTP); Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister (TPC); Rorschach; Z-Teste coletivo e individual de Zulliger.

## **DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Considerando o exposto sobre a depressão até o momento, para adentrarmos no âmbito da depressão pós-parto (DPP) precisamos compreender o baby blues, o puerpério e a psicose materna. Conforme o Manual Técnico de Saúde da Mulher (Brasil, 2006) o baby blues tem seu início nos primeiros dias depois do parto, caracterizado pelas alterações de humor e insegurança e tem remissão espontânea em duas semanas.

É comum identificar sentimentos de ambivalência (medo, frustrações, ansiedade, incapacidade) e episódio de tristeza ocasionados pela mudança hormonal. Na mulher no puerpério, esse estado de depressão leve pode ser chamado de baby blues ou blues puerperal. É necessária uma avaliação do estado psíquico e a formação de vínculo [...] entre mãe e filho (BRASIL, 2016 apud OLIVEIRA; BRITO, 2017, p.88).

Acredita-se que este quadro possa ser desencadeado pelas intensas transformações a nível hormonal, emergidas do pós-parto, ao estresse e as novas funções da maternidade.

(WISNER, 2009; CANTILINO et al., 2010; PRENOVEAU et al., 2013 apud DE CAMPOS; RODRIGUES, 2015).

De acordo com Catafesta et al. (2009) se inicia um novo período para a mãe com o nascimento do bebê que se denomina puerpério, que tem seu início no parto e se finaliza quando o corpo da mulher retorna a fase de antes da gestação. Silva et al. (2010) trazem que sobre as alterações emocionais colocadas pelas mães a tristeza, nervosismo e o choro fácil foram as mais citadas em sua pesquisa.

Já Higuti e Capocci (2003) colocam que o período puerperal é marcado de vivências e transformações intensas que exigem consideráveis adaptações neste momento do pós-parto que propicia à mulher maior vulnerabilidade. Para elucidar o entendimento do puerpério os autores Mestieri, Meneguette e Meneguette (2005) colocam que esse período pode ser compreendido em três fases: a primeira, chamada de puerpério imediato, compreende o período entre o primeiro e o décimo dia após o parto; o puerpério tardio é o período entre o décimo primeiro ao quadragésimo segundo dia pós-parto e o remoto corresponde o estágio à partir do quadragésimo terceiro dia da ocorrência do parto até a retomada do organismo materno às condições antes do parto.

Neste período puerperal pode emergir os sintomas da psicose pós-parto, embora raros, é um quadro grave, na maioria das vezes, tem o transtorno afetivo bipolar como comorbidade. A ocorrência se dá nas duas primeiras semanas após o bebê nascer, cujos sintomas seriam de ansiedade severa, delírios e alucinações, visto que, a supervisão desta mãe é necessária devido ao risco de suicídio ou agressões ao bebê (SCHARDOSIM; HELDT, 2011; DSM-V, 2013 apud DE CAMPOS; RODRIGUES, 2015).

Segundo Oliveira e Feitosa (2008) o período da gestação e do parto simbolizam vivências marcantes para a mulher, enunciando significativas transformações corporais, psicológicas e sócio-familiares. Deste modo, a gestação e o puerpério precisam ser olhados e avaliados com atenção, pois as diversas alterações a nível biológico, psicológico e social podem refletir diretamente na saúde mental da mulher.

Conforme Sousa, Prado e Piccinini (2011), sobre a identidade da mulher se torna necessário uma reorganização a partir da descoberta da gestação, já que esta filha tem diante de si a responsabilidade de um novo ser, que a torna mãe. Os autores pontuam que a representação negativa da maternidade como o se perceber incapaz em relação ao cuidado do bebê e não entender as necessidades do bebê favorece o surgimento da DPP. Nesse momento,

a mãe se vê conciliando antigos e novos papéis antes e depois da gestação e ainda a responsabilidade pelos cuidados e formação do novo ser.

Azevedo e Arrais (2006) pontuam que as pressões culturais sobre o papel de ser mãe na atualidade correlacionada ao sentimento de incapacidade na adequação de um ideal romaneado da maternidade, alimentam a ansiedade e culpa e o surgimento de conflitos, na qual, podem desencadear a DPP. No entendimento de Maldonado (1997) a mulher ao passar pelas intensas mudanças da gestação e da maternidade, pode-se deparar com confronto entre seu mundo imaginário e a realidade, em que este imaginário possa ser frustrado pelo bebê real, produção sua, devido às expectativas do bebê idealizado. Algumas mães podem não gostar da imagem do bebê real, oriundo de seu ventre.

Corroborando Arrais (2005), ao mencionar que a puérpera tende a apresentar considerável isolamento social, principalmente se houver a frustração entre aquilo que ela imaginava ser e a realidade posta tanto com seu bebê quanto com a sua própria figura de mãe. Visto que, esta situação encaminha para o surgimento de sentimentos de ambivalência, medos, dúvidas intrínsecas a este momento e acrescenta Bortoletti (2007b apud AZEVEDO; ARRAIS, 2006), na qual, a realidade confronta as expectativas do mito da mãe perfeita.

De acordo com Greinert e Milani (2015) o bebê presente, que é totalmente dependente, com as suas necessidades para serem providas pela mãe, em que esta mãe pode se perceber exausta por esta nova etapa de sua vida. A mãe ao se deparar com a realidade de noites mal dormidas e muito choro pode ficar insegura, uma vez que a maternidade em si faz surgir preocupações com o cuidado deste frágil bebê.

Arrais (2005) ressalta sobre a manifestação da DPP por meio dos âmbitos profissional, social e emocional. Tentar enquadrar-se nesses padrões pode emergir situações de crise, assim sendo, existe a tendência de reprimir os sentimentos entendidos como negativos com receio de julgamento ou sentimento de inapropriação com este papel. Este mecanismo pode promover os sintomas depressivos. Tendo em vista que a gravidez indesejada, problemas financeiros e conjugais podem contribuir para o desenvolvimento deste quadro, porém não é uma regra.

No entendimento de Ramos e Furtado (2007) sobre as consequências sociais e familiares acerca da DPP e ainda especialmente para a tríade mamãe-papai-bebê, que em decorrência pode existir problemas no relacionamento conjugal, considerável sofrimento psíquico da mãe, incluindo risco de suicídio, atraso no desenvolvimento do bebê, assim por diante. Baptista e Furquim (2009, apud ALMEIDA; ARRAIS 2016) contribuem ao pontuar

que as poucas informações corretas sobre este momento podem gerar crenças e expectativas, na qual, desencadeia ansiedade e /ou depressão.

Conforme Arrais e Martins (2012) ressaltam que devido à dificuldade na vida dos envolvidos, é necessário prioritariamente um trabalho preventivo com a finalidade de reduzir este grave transtorno. Diante da DPP e do seu impacto e adaptação que a puérpera precisa enfrentar se torna imperativa a utilização de um instrumento que busca prevenir este quadro, como o pré-natal psicológico (PNP). Se não corretamente diagnosticada e tratada a DPP dificulta o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-bebê, que pode interferir de forma prejudicada nas futuras relações interpessoais que a criança estabelecerá.

Furtado (2003), resalta a importância sobre o desenvolvimento da cognição e da linguagem na infância. Na fase mãe-bebê a comunicação tem papel fundamental na formação do vínculo, uma vez que não se trata somente de uma troca de informações que conduzem a aquisição da linguagem verbal, mas também dos sinais afetivos. Deste modo, adquirir a competência da comunicação é de extrema relevância para a sobrevivência do bebê a fim de garantir a atenção das pessoas cuidadoras.

Quanto à prevalência de depressão pós-parto, de acordo com o DSM-5 (2014), nos Estados Unidos a DPP é de cerca de 7%, com consideráveis diferenças entre as faixas etárias. Em pessoas de 18 a 29 anos a prevalência é três vezes maior do que pessoas com depressão acima de 60 anos. Ainda, pessoas do sexo feminino, desde a adolescência, têm índices de 1,5 a 3 vezes mais chances de desenvolver o quadro em relação ao sexo masculino.

Segundo Del Porto (1999) a depressão, de uma forma geral, constitui um grande problema de Saúde Pública no Brasil. Atinge cerca de 2 a 5% da população total, com maior prevalência entre as mulheres, muitas vezes precedidas de eventos vitais marcantes, como por exemplo, a maternidade.

De acordo com o Manual Técnico de Saúde da Mulher (BRASIL, 2006) 50 a 70% das puérperas têm acometimento do tipo baby blues. Já conforme Lobato, Moraes e Reichenheim (2011) diversas pesquisas apontam a prevalência da DPP entre 10 e 15% em países desenvolvidos em que pode alcançar 40% em países em desenvolvimento. No entanto, os autores chamam a atenção, pois outros estudos apontam prevalências maiores ou menores. Esta discrepância pode estar associada aos fatores socioeconômicos, culturais, biológicos, étnicos ou até mesmo as diferentes estratégias metodológicas e instrumentos aplicados para rastrear a DPP. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2009):

No Brasil, podemos encontrar algumas variações, em um artigo de revisão encontrou dez estudos da última década que estimaram a prevalência da DPP no Brasil, as taxas encontradas nos estudos variaram de 7,2% em Recife/PE a 43% no Rio de Janeiro/RJ e uma pesquisa mais recente feita em São Paulo/SP obteve uma incidência de 30,3% (MORAIS; LUCCI; OTTA, 2013, apud DE CAMPOS; RODRIGUES; RODRIGUES, 2015, p. 484).

De Campos e Rodrigues (2015) salientam que estes índices devem ser levados em consideração à localização das pesquisas e os aspectos gerais que a envolve, bem como, os fatores de risco e proteção existentes em cada localidade. Conforme Tema Filha et al. (2016) de uma forma geral, no Brasil a média de mães que apresentam os sintomas da DPP entre 6 a 18 meses após o parto é de 25%. Ainda “a psicose pós-parto [...] afeta 1 a 2 em cada 1000 mulheres tendendo a apresentar maior incidência em primíparas” (APA, 2000 et al. apud SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005, p. 62)

## **PREVENINDO A DEPRESSÃO PUERPERAL**

Para prevenir a DPP é importante conhecermos e atuar na minimização de seus fatores de riscos. Segundo Arrais e Araújo (2017) os principais fatores de risco são: o histórico de episódios depressivos anteriores a atual gestação; presença de estresse na gestação, ansiedade gestacional e depressão durante a gestação, em que, este último fator justifica a mudança na nomenclatura para depressão no periparto, segundo a Associação Americana de Psicologia (APA) a partir de 2014. Ainda, fatores de risco são: o conflito e falta de apoio conjugal e social; exposição à violência por parceiro íntimo no ciclo gravídico e também, conforme Arrais (2005) a idealização da gestação do bebê e da maternidade no que concernem as frustrações provenientes deste período pode acarretar. Pesquisas apontam diversos fatores de risco para o desencadeamento da DPP, como gestante solteira, histórico familiar de depressão, gravidez não planejada e não desejada, dificuldades econômicas, cansaços e de estresses no cuidado com o bebê, além de complicações gestacionais e obstétricas durante a gestação ou no pós-parto (ARRAIS et al., 2014; ARRAIS; LORDELLO; CAVADOS, 2015; ALVES; ARAÚJO, 2015; FAISAL-CURY; MENEZES, 2012; FIGUEIRA et al., 2011; GREINERT;

MILANI, 2015; PEREIRA; LOVISI, 2008; PUCCIA; MAMEDE, 2012; SOUSA et al., 2011; ZAMBALDI et al., 2010 apud ARRAIS; ARAÚJO, 2017, p.830).

Já os fatores de proteção referem de uma forma geral as condições da pessoa para um enfrentamento com melhores resultados em determinadas situações de vulnerabilidade, como também medidas de prevenção ou situações já estabelecidas que funcionem como proteção as influências que aprimoram as respostas pessoais (CALVETTI, MULLER, NUNES, 2007). Constituem fatores de proteção para a DPP o apoio familiar e profissional, detecção precoce da depressão, suporte social, adequada relação conjugal e base emocional do companheiro, estabilidade socioeconômica, sistema de adesão familiar, intervenção multidisciplinar, em seguida que os sinais e sintomas sejam identificados (ARRAIS et al., 2014; ARRAIS et al., 2015; BORTOLETTI, 2007; SANTOS, 2014; SOUSA; PRADO; PICCININI, 2011 apud ARRAIS; ARAÚJO 2017 p. 830).

Acrescenta Moraes et al. (2006) sobre os fatores de proteção fazer a detecção precoce da depressão. Bortoletti (2007a apud ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014) sugere um trabalho de prevenção como o Pré-Natal Psicológico (PNP), em que em sua pesquisa a autora encontrou o PNP como um dos principais fatores de proteção e prevenção da DPP a nível de estratégia. Desse modo, ressalta Calvetti, Muller e Nunes (2007), que é necessário ter cuidado em relação ao raciocínio linear quanto aos fatores riscos e de proteção psicológicos. É importante se ter uma identificação da vulnerabilidade e suas consequências a partir da vivência subjetivas de cada indivíduo. Portanto, para a gestante os fatores de risco e proteção devem ser levados em consideração se for relativizados conforme o seu histórico.

No entendimento de Zinga, Phillips e Born (2005) ter o conhecimento dos fatores de risco e proteção para a DPP são relevantes para o planejamento e execução de ações a nível preventivo, uma vez que estas intervenções precoces como PNP pode favorecer de forma significativa a prevenção e tratamento dos sintomas da DPP.

Conforme Camacho et al. (2006) pela dificuldade ou falta do diagnóstico da DPP muitas mulheres não recebem o devido tratamento. Muitos profissionais da saúde possuem dificuldade no reconhecimento do diagnóstico da DPP e também não tem acesso a alguns métodos que facilitam para o diagnóstico.

De acordo com De Oliveira e Dunningham (2015) a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) devido a sua praticidade, agilidade na aplicação e sensibilidade no rastreio da DPP e também pode ser aplicado por vários profissionais da equipe da saúde. Com

o diagnóstico assertivo melhora a qualidade de vida e adesão ao tratamento das mães que estão vivenciando a DPP.

Por fim, deve-se considerar que as consultas de pré-natal auxiliam a equipe multidisciplinar a detectar os fatores de risco, evidenciando os de proteção para a DPP, proporcionando às mulheres condições de enfrentamento. (BORTOLETTI, 2007b; KLEIN; GUEDES, 2008 apud ALMEIDA; ARRAIS, 2016). Assim sendo, tendo o entendimento da necessidade da promoção biopsicossocial da gestante, em que, pode ser assegurado mediante o acompanhamento das mães de forma cuidadosa conclui-se que o trabalho de equipe é fundamental (ROSENBERG, 2007 apud ALMEIDA; ARRAIS, 2016).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A fundamentação teórica sobre a depressão foi utilizada para respaldar os escritos sobre a depressão pós-parto (DPP). Tendo em vista que os fatores que a contingenciam são de múltipla ordem. Os aspectos biopsicossociais fazem pensar nas características que abarcam cada âmbito destes e as mudanças drásticas que ocorrem na gestação e principalmente após o parto. Existe a tendência de romancear exageradamente a maternidade, de tal forma que muitas mães possuem dificuldades na adaptação na sua realidade e muitas vezes suprimem esses aspectos de dificuldade na forma de negação. Como também, mães que estão imersas nos fatores de risco e sem assistência, conseqüentemente é o caso de muitas mães que tem nível socioeconômico baixo e questões familiares dificultosas, que se traduzem em falta ou pouco de amparo.

Ademais, apesar dos estudos sobre os fatores de risco e de proteção cada mãe vai lidar da sua forma o momento da maternidade e é relevante não engessarmos essa visão mais generalista, para percebermos suas particularidades e sermos assertivos nas estratégias de ação. Uma ferramenta prática e com alta sensibilidade para a DPP é o EPDS que instrumentaliza a equipe para o processo diagnóstico. As necessidades sugerem programas de pré-natal com base psicológica a fim de contribuir nos programas de pré-natal existentes e expandir os fatores de proteção acerca desta mãe.

Sem dúvida é imprescindível falarmos da DPP na saúde pública, pois existe alta prevalência no Brasil, que faz gerar grande preocupação. Sendo assim, precisamos do olhar

interdisciplinar da equipe da saúde da família nas unidades básicas para se atingir um espectro maior de atendimentos de mães com este quadro.

## REFERÊNCIAS

ARRAIS, Alessandra da Rocha. **As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante**. 2005. 158 p. Tese (Doutorado em Psicologia)- Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14011/1/2005\\_AlessandradaRochaArrais.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14011/1/2005_AlessandradaRochaArrais.pdf)>. Acesso em 08 set. 2018.

ALMEIDA, Natália Maria de Castro; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 36, n. 4, p. 847-863, Dez. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932016000400847&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932016000400847&script=sci_arttext)>. Acesso em: 28 set. 2018.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; CABRAL, Daniela Silva Rodrigues; MARTINS, Maria Helena de Faria. Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. **Encontro: Revista de Psicologia**, v. 15, n. 22, p. 53-76. 2012. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/view/2480/2376>> Acesso em: 28 set. 2018.

ARRAIS, Alessandra; DE ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 3, p. 828-845, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/362/36254714016.pdf>>. Acesso em: 3 nov.2018.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; MOURÃO, Mariana Alves; FRAGALLE, Bárbara. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 251-264, 2014. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902014000100251&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902014000100251&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 03 nov. 2018.

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, p. 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 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada-manual técnico**. 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em: 7 set. 2018.

Canal Saúde, construindo cidadania. **Fiocruz**. Disponível em: <<http://www.canal.fiocruz.br/destaque/index.php?id=722>>. Acesso em: 7 set. 2018.

CALVETTI, Prislá Ücker; MULLER, Marisa Campio; NUNES, Maria Lúcia Tiellet. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v. 27, n. 4, p. 706-717, dez. 2007. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932007001200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 03 nov. 2018.

CAMACHO, Renata Sciorilli et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Amaury\\_Cantilino/publication/247853424\\_Transtornos\\_psiquiaticos\\_na\\_gestacao\\_e\\_no\\_puerperio\\_classificacao\\_diagnostico\\_e\\_tratamento/links/57e6b77008aedcd5d1aa9ea2/Transtornos-psiquiaticos-na-gestacao-e-no-puerperio-classificacao-diagnostico-e-tratamento.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Amaury_Cantilino/publication/247853424_Transtornos_psiquiaticos_na_gestacao_e_no_puerperio_classificacao_diagnostico_e_tratamento/links/57e6b77008aedcd5d1aa9ea2/Transtornos-psiquiaticos-na-gestacao-e-no-puerperio-classificacao-diagnostico-e-tratamento.pdf)>. Acesso em: 07 nov. 2018.

DE CASTRO ALMEIDA, Natália Maria; ARRAIS, Alessandra Rocha. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 36, n. 4, p. 847-863, 2016. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5860670>>. Acesso em: 5 nov.2018.

DE OLIVEIRA, Milla Jansen Melo; DUNNINGHAM, Wiliam Azevedo. Prevalência e fatores de risco relacionados a depressão pós-parto em Salvador. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 19, n. 2, 2015. Disponível em: <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/158>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

CATAFESTA, Fernanda et al. A amamentação na transição puerperal: o desvelamento pelo método de pesquisa-cuidado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 609-616, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a22.pdf>> Acesso em: 7 set. 2018.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2.ed. Porto alegre: Artmed, 2008.

DE CAMPOS, Bárbara Camila; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. **Depressão pós-parto materna**: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. Porto Alegre: Psico v. 46, n. 4, p. 483-492, 2015. Disponível em:<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-53712015000400009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712015000400009)> Acesso em: 7 set. 2018.

DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 06-11, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44461999000500003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44461999000500003&script=sci_arttext&tlng=pt)> Acesso em: 7 set. 2018

**Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=240768&indexSearch=ID>>. Acesso em 2 nov.2018.

**Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAMD)**. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n4/0047-2085-jbpsiq-63-4-0281.pdf>> Acesso em 2 nov.2018.

FURTADO, Erikson Felipe. Desenvolvimento da cognição e da linguagem na infância: um modelo conceitual para a psicopatologia do desenvolvimento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, n. 2, p. 87-96, 2003. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-in/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=366281&indexSearch=ID>>. Acesso em: 28 set. 2018.

GARRO, Igor Moreira Barbos; CAMILLO, Simone de Oliveira; DE NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro. Depressão em graduandos de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a07v19n2.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2018.

GREINERT, Bruna Rafaela Milhorini; MILANI, Rute Grossi. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 26-36, abr. 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v17n1/03.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.

HIGUTI, P.; CAPOCCI, P.O. Depressão pós-parto. **Revista de Enfermagem Unisa**, 4, 46-50, 2003. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-11.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2018.

LOBATO, Gustavo; MORAES, Claudia L; REICHENHEIM, Michael E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 11, n. 4, p. 369-379, Dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292011000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 nov. 2018.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva. 1997.

**Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução (Maria Inês Corrêa Nascimento et al.). Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Tradução de (American psychiatric association).

MESTIERI, Luiz Henrique Mazzonetto; MENEGUETTE, Renata Ipólito; MENEGUETTE, Cícero. Estado puerperal. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 7, n. 1, p. 5-10, 2005. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/359/pdf>>. Acesso em: 7 set. 2018.

MORAES, Inácia Gomes da Silva et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 65-70, Feb. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 nov. 2018.

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a06.pdf>>. Acesso em 2 nov. 2018.

OLIVEIRA, Cleide Correia de; FEITOSA, Camila Rodrigues Holanda. Imagens no Espelho de Vênus: Vivências Inconscientes. **Id on line Revista de Psicologia**. Ano 2, n. 4, Fevereiro

de 2008. Disponível em:<<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/viewFile/159/159>>  
Acesso em: 7 set. 2018.

RABELO, Raquel de Oliveira et al. Novas hipóteses fisiopatológicas da depressão. 2015. Disponível em:<<http://201.20.115.105/home/handle/123456789/1010>> Acesso em: 8 dez. 2018.

RAMOS, Sofia Helena Amarante da Silva; FURTADO, Erikson Felipe. Depressão puerperal e interação mãe-bebê: um estudo piloto. **Psicologia em pesquisa**, Juiz de Fora, v. 1, n. 1, p. 20-28, jun. 2007. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1982-12472007000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472007000100005)>. Acesso em: 26 set. 2018.

SADOCK, Benjamin James; Sadock, Virginia Alcott. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Tradução (Cláudia Dornelles et al). 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

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, 2005. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/pdf/4010/401036062008.pdf>> Acesso em: 07 nov. 2018.

SATEPSI. Disponível em:<<http://satepsi.cfp.org.br/testesFavoraveis.cfm>>. Acesso em 2 nov.2018.

SOUSA DA SILVA, Francisca Cláudia et al. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a16.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

SOUSA, Daniela Delias; PRADO, Luiz Carlos; PICCININI, Cesar Augusto. Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 24(2), 335-343, 2011. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722011000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000200015)>. Acesso em: 7 set. 2018.

TUHLINSKI, Camila. Depressão será a doença mental mais incapacitante do mundo até 2020. **O Estado de São Paulo**. Disponível em:<<http://www.estadao.com.br>>. Acesso em: 7 set. 2018.

TEMA FILHA, M.M. et al. Fatores associados à sintomatologia depressiva pós-parto no Brasil: Estudo Nacional de Pesquisa Nascimento no Brasil, 2011/2012. **Journal of Affective Disorders**. p. 159-167, 2016. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26826865?report=abstract>>. Acesso em: 29 set.2018.

UNA-SUS/UFMA, Universidade Federal do Maranhão. **Cadernos de Saúde da Família: Saúde da mulher**. Ana Emilia Figueiredo de Oliveira; Luciane Maria de Oliveira Brito (Org.). São Luís: EDUFMA, n.10, 2017. Disponível em:<[http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros\\_isbn/isbn\\_sf08.pdf](http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_sf08.pdf)>Acesso em: 7 set. 2018.

ZINGA, Dawn; PHILLIPS, Shauna Dae; NASCIDO, Leslie. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la ?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 27, supl. 2, p. s56-s64, outubro de 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462005000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000600005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 nov. 2018.