

Sintomas depressivos em puérperas atendidas em Unidades de Saúde da Família

Synara Barbosa de Melo ¹
Rhayza Rhavênia Rodrigues Jordão ²
Fernanda Jorge Guimarães ³
Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli ⁴
Amaury Cantilino ⁵
Everton Botelho Sougey ⁶

¹⁻⁴ Centro Acadêmico de Vitória. Universidade Federal de Pernambuco (CAV/UFPE). Rua Alto do Reservatório. s.n. Bela Vista. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. CEP: 55.608-680. E-mail: jaquelinealbuquerqueufpe@gmail.com

^{5,6} Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

Resumo

Objetivos: identificar a depressão pós-parto (DPP) entre mulheres atendidas em Unidades de Saúde da Família (USF).

Métodos: trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa realizado em USF do município da Vitória de Santo Antão - PE. A amostra foi composta por 58 puérperas. O instrumento utilizado para rastreamento foi a versão em português da Postpartum Depression Screening Scale – PDSS. Os dados foram coletados no período de fevereiro a abril de 2011.

Resultados: evidenciou-se que 8,6% das participantes apresentaram pontuação acima do ponto de corte da PDSS. Os quadros sugestivos de DPP apresentaram associação estatística com o ensino fundamental incompleto.

Conclusões: embora o percentual de mulheres com escores sugestivos de DPP esteja abaixo do quantitativo encontrado em outros estudos nacionais, é premente que essas mães sejam identificadas precocemente nas USFs, tendo em vista as repercussões que a depressão pode acarretar para a mulher e para o desenvolvimento físico e psíquico do bebê.

Palavras-chave Depressão pós-parto, Saúde mental, Período pós-parto



Introdução

A gestação e o pós-parto são processos que geram profundas transformações na vida das mulheres, como mudanças sociais, culturais, fisiológicas e principalmente emocionais, sendo os primeiros dias após o parto carregados de emoções fortes e de novos desafios no processo de tornar-se mãe.¹ Tais transformações, sobretudo hormonais, exercem influência na saúde mental da mulher. Além disso, surgem cobranças socioculturais, familiares e pessoais relacionadas ao desenvolvimento adequado das funções maternas. Todos esses fatores são geradores de estresse, desgaste físico e emocional intensos na mulher.²⁻⁵

Ademais, a sociedade moderna ocidental construiu ao longo dos anos um estereótipo coletivo sobre a maternagem a partir de uma perspectiva romântica e fantasiosa. Neste ideal, após nascimento de um filho, a mulher sentirá felicidade plena e realização, e deverá cuidar e amar sua cria automaticamente, lançando mão de sacrifícios em favor de sua prole.^{6,7} No entanto, mais recentemente o comportamento materno tem sido discutido também numa perspectiva de construção social, a partir da concepção de que ser mulher não implica, necessariamente, em possuir instinto materno inerente e programado. Ao contrário, estas mulheres tornam-se mães, após o nascimento de seu filho, a partir de sua experiência individual com o mundo e com seu bebê.^{5,8}

Dessa forma, a relação entre a mãe e o bebê é construída levando em consideração suas experiências anteriores à gestação, resiliência, bem como o comportamento do bebê. A história de vida, os relacionamentos, o apoio do companheiro nos cuidados com o bebê e o planejamento da gestação são fatores que interferem na construção do vínculo com o bebê. Essa relação se fortalece conforme a mãe lida com os conflitos e se adapta às mudanças próprias do período puerperal.⁹ Quando ocorrem disfunções nessa adaptação, a chance da puérpera desenvolver algum transtorno mental aumenta substancialmente. Dentre os transtornos mentais presentes no puerpério, a Depressão Pós-Parto (DPP) é um quadro psicopatológico de extrema relevância para a saúde pública, pois pode atingir até 25% das mulheres.^{3,12,13} Trata-se de um transtorno de humor caracterizado por irritabilidade, ansiedade, desmotivação, falta de energia ou agitação psicomotora, tristeza prolongada, baixa autoestima, crises de choro, sentimentos de culpa, falta de interesse pelo bebê, alterações no apetite e no sono, sensação de não dar conta do bebê que pode evoluir para a ideação

suicida. Ademais, outras manifestações clínicas, de natureza física, podem ser observadas nessas mulheres, a saber: cefaleia, hemorragias, dificuldades na lactação, com presença de fissuras e infecções, entre outros.^{3,4,10}

Quanto às repercussões para a saúde da criança, outros autores verificaram que os bebês que viveram um contexto de depressão materna apresentam apego inseguro, menos exploração do ambiente, sono irregular, baixa autoestima, ansiedade e maior probabilidade de desenvolverem depressão na idade adulta.¹⁴ Portanto, faz-se necessário incluir a DPP nas pautas de discussão sobre a saúde mental materna e infantil, pois é um transtorno prevalente entre as mulheres e que coloca em risco a maternagem e o desenvolvimento infantil.

Nessa perspectiva, faz-se necessário identificar precocemente mulheres que estejam em risco para desenvolver a DPP. Os benefícios do rastreamento da depressão entre gestantes e puérperas na atenção primária estão relacionados com a redução dos sintomas depressivos em mulheres com depressão e a identificação daquelas que necessitam de uma avaliação mais detalhada e de tratamento.¹⁵ Diante disso, o objetivo deste estudo foi identificar a DPP em mulheres atendidas em Unidades de Saúde da Família (USF).

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, tipo transversal, com abordagem quantitativa. A população foi composta por mulheres devidamente cadastradas em quatro USF do município da Vitória de Santo Antão - PE. Para a estimativa da amostra, utilizou-se uma fórmula para estudos com população finita, a saber:

$$n = \frac{Z^2_{\alpha} \cdot P \cdot Q \cdot N}{e^2}$$

onde:

- $Z^2_{\alpha} = 1,96$ (intervalo de confiança de 95%);
- Proporção de ocorrência do fenômeno de interesse = 13,3% (0,133)¹⁶;
- Erro amostral = 8,7%;

Dessa forma, a amostra foi estimada em 58 mulheres que foram selecionadas de forma consecutiva à medida que se encaixavam nos seguintes critérios de inclusão pré-estabelecidos: puérperas com idades entre 18 e 49 anos, alfabetizadas e que estivessem entre duas e vinte seis semanas pós-parto. O óbito do recém-nascido durante o período de coleta foi o único critério de exclusão utilizado.

Os dados foram coletados no período de

fevereiro a abril de 2011 durante a consulta de puericultura, em ambiente reservado a fim de garantir a privacidade e sigilo das informações. Para a obtenção dos dados, foram utilizados um questionário socioeconômico e uma escala de rastreamento de DPP denominada *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS), desenvolvida por Beck e Gable.¹⁷

A escala possui 35 itens com respostas do tipo *Likert* distribuídos em sete dimensões: alterações do sono/apetite, ansiedade/perda da segurança, prejuízo cognitivo, labilidade emocional, perda do eu, sentimento de culpa/vergonha e pensamentos suicidas.¹⁷ Cada dimensão da escala possui cinco itens relacionados com os sentimentos de uma mãe após o nascimento do seu filho. As puérperas são convidadas a indicar seu grau de discordância ou concordância em cada item da escala que parte de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) com o intuito de avaliar as preocupações da mulher no período do pós-parto.¹⁶

A PDSS foi escolhida para este estudo em virtude de possuir itens específicos sobre a relação entre mãe e bebê no puerpério e de sua elevada confiabilidade ($\alpha=0,95$), sensibilidade e especificidade para o rastreio de DPP em mulheres. Além disso, a validação desse instrumento ocorreu em Recife – PE com uma amostra de 120 puérperas e, portanto, se aproxima da realidade das mulheres participantes deste estudo. O melhor ponto de corte para sugestão de DPP encontrado no estudo de validação foi de 102,¹⁶ sendo essa pontuação o parâmetro utilizado neste estudo para indicar quadros sugestivos de depressão no puerpério.

As puérperas foram convidadas a participar do estudo e aquelas que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi garantido o anonimato das participantes e que as informações coletadas seriam utilizadas somente para fins científicos sem identificação das puérperas.

Os dados foram organizados em uma planilha do software Excel versão 2007 e analisados com o auxílio do pacote estatístico SPSS versão 17.0. Foram calculadas estatísticas descritivas (frequências absolutas e relativas; média e desvio-padrão) e verificou-se associação entre os quadros sugestivos de DPP e as seguintes variáveis: idade, estado civil, número de filhos, gravidez desejada, escolaridade, atividade remunerada e renda mensal familiar. Utilizou-se o teste de qui-quadrado nas frequências menores do que 20 e maiores do que cinco, e o teste exato de Fisher nas frequências esperadas menores do que cinco. O nível de

significância (α) de 0,05 foi aplicado na análise desses testes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) com seres humanos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sobre o protocolo 324/2011. Foram respeitados todos os aspectos éticos de acordo com a resolução nº 466/2012.¹¹

Resultados

A média de idade das puérperas foi de 25,55 ($\pm 5,59$) com variação de 18 a 38 anos. Um percentual de 46,6% declarou-se em união estável e 43,1% são casadas. Quanto à escolaridade, 41,4% mulheres possuíam ensino médio completo. Sobre a renda familiar, 43,1% referiram renda mensal superior a dois salários mínimos e aproximadamente 56,9% não exercia nenhuma atividade remunerada.

Quanto à história obstétrica, a média de filhos foi de 2,45 ($\pm 0,68$), 86,2% desejaram a gravidez e 17,2% relataram perda de algum filho. O aborto espontâneo foi a causa mais citada (70,0%).

Sobre os sintomas depressivos, os escores variaram de 38 a 126 com média de 73,42 ($\pm 18,61$). Um percentual de 8,6% das mulheres apresentou quadro sugestivo de DPP (escores acima do ponto de corte 102). A DPP apresentou associação estatisticamente significativa com o nível de escolaridade ensino fundamental incompleto ($p=0,032$ – Teste Exato de Fisher). O teste *t* para amostras independentes evidenciou que mulheres com ensino fundamental incompleto apresentaram, em média, maiores escores para a PDSS ($p=0,030$ – Teste *t* para igualdade das médias). As demais variáveis não revelaram associação com a depressão. A Tabela 1 mostra os dados descritivos dos itens componentes da PDSS, de acordo com as suas dimensões.

Quanto às alterações da dimensão sono/apetite, observou-se que 36,2% apresentaram dificuldades para dormir mesmo quando os seus bebês estavam dormindo, 31,0% afirmaram perda do apetite, esse mesmo percentual relatou acordar espontaneamente no meio da noite e ter dificuldades para voltar a dormir, 22,4% rolavam na cama por muito tempo a noite tentando pegar no sono e 27,6% sabiam que deveriam comer, mas não conseguiam.

Na dimensão ansiedade/perda da segurança, 20,7% das mães relataram solidão, 18,9% sentiram-se oprimidas, 27,5% assustadas, 60,3% ansiosas com as menores coisas que tinham a ver com o seu bebê e 22,4% apresentaram inquietação.

No que tange à dimensão labilidade emocional,

Tabela 1

Descrição dos sintomas depressivos, de acordo com as dimensões da PDSS, presentes nas puérperas de Unidades de Saúde da Família (USF). Vitória de Santo Antão, 2011.

Sintomas depressivos/Dimensões da PDSS	DT		D		NDNC		C		CT	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dimensão: Alteração do sono/Apetite										
Dificuldade para dormir	18	31,0	19	32,8	0	0,0	15	25,9	6	10,3
Perda de apetite	23	39,7	16	27,6	1	1,7	12	20,7	6	10,3
Despertar durante a noite e dificuldade para voltar a dormir	19	32,8	20	34,5	1	1,7	14	24,1	4	6,9
Dificuldade para pegar no sono	24	41,4	19	32,8	2	3,4	11	19,0	2	3,4
Dificuldade para alimentar-se mesmo sabendo que era necessário	26	44,8	15	25,9	1	1,7	11	19,0	5	8,6
Dimensão: Ansiedade/Perda da Segurança										
Sentimento de solidão	21	36,2	25	43,1	0	0,0	8	13,8	4	6,9
Sentimento de opressão	26	44,8	20	34,5	1	1,7	10	17,2	1	1,7
Sentimento de medo	19	32,8	22	37,9	1	1,7	14	24,1	2	3,4
Ansiedade com as menores coisas relacionadas com o bebê	13	22,4	9	15,5	1	1,7	29	50,0	6	10,3
Inquietação	15	25,9	29	50,0	1	1,7	10	17,2	3	5,2
Dimensão: Labilidade emocional										
Choro sem motivo aparente	24	41,4	15	25,9	1	1,7	12	20,7	5	10,3
Medo de não ser feliz novamente	29	50,0	20	34,5	3	5,2	4	6,9	2	3,4
Oscilação de humor	21	36,2	12	20,7	3	5,2	17	29,3	5	8,6
Irritação	14	24,1	18	31,0	1	1,7	21	36,2	4	6,9
Raiva a ponto de explodir	26	44,8	21	36,2	1	1,7	5	8,6	5	8,6
Dimensão: Prejuízo cognitivo										
Falta de concentração	20	34,5	22	37,9	3	5,2	12	20,7	1	1,7
Sentimento de perda de razão	34	58,6	19	32,8	1	1,7	4	6,9	0	0,0
Sentimento de estar enlouquecendo	26	44,8	22	37,9	2	3,4	7	12,1	1	1,7
Dificuldade para tomar decisões simples	25	43,1	24	41,4	1	1,7	7	12,1	1	1,7
Dificuldade para concentrar-se em uma tarefa	19	32,8	21	36,2	2	3,4	10	17,2	6	10,3
Dimensão: Perda do Eu										
Autopercepção prejudicada	34	58,6	21	36,2	0	0,0	2	3,4	1	1,7
Sentimento de estranhamento quanto a si própria	29	50,0	23	39,7	1	1,7	4	6,9	1	1,7
Medo de não voltar a ser como antes	14	24,1	23	39,7	3	5,2	13	22,4	5	8,6
Sentimento de anormalidade	30	51,7	20	34,5	2	3,4	5	8,6	1	1,7
Sentimento de niilismo (inexistência)	30	51,7	21	36,2	1	1,7	4	6,9	2	3,4
Dimensão: Sentimento de culpa/ vergonha										
Sentimento de fracasso como mãe	33	56,9	17	29,3	1	1,7	6	10,3	1	1,7
Sentimento de que outras mães são melhores do que eu	27	46,6	22	37,9	0	0,0	6	10,3	3	5,2
Sentimento de culpa por não sentir tanto amor pelo bebê quanto eu deveria	29	50,0	21	36,2	1	1,7	3	5,2	4	6,9
Sentimento de vergonha quanto aos pensamentos e sentimentos relacionados com o bebê	24	41,4	20	34,5	3	5,2	7	12,1	4	6,9
Sentimento de desvalia como mãe	29	50,0	22	37,9	1	1,7	4	6,9	2	3,4
Dimensão: Pensamentos suicidas										
Pensamento de que a vida seria melhor se estivesse morta	41	70,7	13	22,4	0	0,0	1	1,7	3	5,2
Pensamento de que a morte é a única alternativa para a situação	38	65,5	18	31,0	0	0,0	1	1,7	1	1,7
Desejo de violência autodirigida	40	69,0	16	27,6	0	0,0	1	1,7	1	1,7
Sentimento de que o bebê estaria melhor sem ela	37	63,8	19	32,8	1	1,7	0	0,0	1	1,7
Desejo de sumir	30	51,7	17	29,3	0	0,0	8	13,8	3	5,2

PDSS= *Postpartum Depression Screening Scale*; DT= Discordo totalmente; D= Discordo; NDNC= Nem discordo e nem concordo; C= Concordo; CT= Concordo totalmente.

31,0% relataram chorar muito sem nenhum motivo, 37,9% sentiram oscilação de humor e 43,1% apresentaram irritação. Em contrapartida, 84,5% afirmaram estar felizes e 81,0% não sentiram raiva no período puerperal.

Sobre o prejuízo cognitivo, a dificuldade para concentrar-se esteve presente em aproximadamente 38,0% das mulheres. Com relação à dimensão perda do eu, 31,0% referiram medo de nunca mais voltarem a ser como eram antes. Os sentimentos de culpa/vergonha e os pensamentos suicidas não foram frequentes.

Discussão

A amostra foi composta por mulheres jovens, com companheiro, ensino médio completo, renda mensal superior a dois salários mínimos e a maioria não exercia nenhuma atividade remunerada anterior à gestação e ao puerpério.

Uma revisão sistemática sobre escalas de rastreamento de DPP mostrou que a média de idade das participantes dos estudos revisados variou de 15 a 30 anos, 50,0% a 97,0% eram casadas ou possuíam união estável, 35,0% a 44,0% tinham o ensino médio e o percentual de aborto identificado variou de 2,9 a 50%. Esses resultados foram semelhantes aos encontrados neste estudo.¹⁸

Os escores sugestivos de DPP foram encontrados em 8,6% das mulheres. Esse percentual encontra-se abaixo dos achados da pesquisa sobre validação da PDSS no Brasil em uma amostra de mulheres pernambucanas, cujos resultados mostraram que 16,7% apresentaram escores acima do ponto de corte de 102.¹⁶ Esse mesmo estudo encontrou prevalência de 13,3% de DPP, com a utilização de outra ferramenta diagnóstica. Outra revisão sistemática¹⁹ avaliou a magnitude desse transtorno no Brasil e evidenciou que a prevalência desse agravo variou entre 7,2%²⁰ e 39,4%²¹ a depender dos critérios e instrumentos utilizados para a detecção.

Um estudo americano evidenciou, por meio da PDSS, elevada prevalência de sintomatologia depressiva no pós-parto em 984 mães (63,0%) (n=1.566 mulheres).²² Os percentuais apresentados mostram a magnitude dessa problemática em termos nacionais e mundiais, e sinalizam a necessidade de intervenções precoces, sobretudo no âmbito da atenção básica.

Sobre os fatores de risco para a DPP, autores afirmam que baixas condições socioeconômicas, tais como baixa renda e baixo nível de escolaridade, podem contribuir para o aparecimento dessa patologia.^{23,24} A amostra deste estudo é composta

por mulheres em situação econômica desfavorecida e com baixo nível de escolaridade. Ademais, esta pesquisa evidenciou relação estatisticamente significativa entre a DPP e o ensino fundamental incompleto, corroborando, portanto, os achados das investigações citadas.

As demais variáveis socioeconômicas não mostraram associação com a depressão. Estudos recentes não encontraram relação significativa entre o diagnóstico de DPP e variáveis como tempo de escolaridade, renda familiar e estado civil.^{12,13,25}

No que concerne às alterações do sono/apetite decorrentes da DPP, os resultados deste estudo são semelhantes aos de outra pesquisa que mostrou que 29,7% apresentaram dificuldades para dormir, 20,8% referiram perda do apetite, 31,7% acordaram espontaneamente no meio da noite e apresentaram dificuldades para voltar a dormir, 27,7% relataram que rolavam na cama por muito tempo à noite tentando pegar sono e 23,8% sabiam que deveriam comer, mas não conseguiam.²⁶

As alterações ocorridas no período pós-parto, a sobrecarga de atribuições (mãe, esposa, dona de casa), as elevadas expectativas da mulher e de sua família acerca da maternagem, a falta de suporte social e familiar interferem na habilidade da mulher para desempenhar o papel de mãe. Nesse período, elas sentem cansaço, fadiga, tendem a não se cuidar e gastam toda a sua disposição cuidando do bebê, apresentando dentre outros sintomas, alterações de apetite e de sono.²⁰

A interrupção do sono está correlacionada com os sintomas depressivos no pós-parto. Essa fragmentação do sono interfere negativamente no bem-estar da mulher e do bebê, na maternagem e na amamentação, assim como na saúde e desenvolvimento da criança. O sono adequado no pós-parto favorece a saúde da mulher e a sua competência para desenvolver o seu papel como cuidadora da criança.²⁷

Quanto à ansiedade/perda da segurança, a puérpera pode desenvolver uma preocupação excessiva quanto à saúde e ao desenvolvimento do bebê, de modo que a mãe que se preocupa exageradamente e se sente incapaz está mais suscetível à elevação do seu quadro depressivo. A depressão e a ansiedade materna refletem negativamente no desenvolvimento da criança e são capazes de acarretar danos nas relações pessoais que esta possa estabelecer ao longo da sua vida.²⁸

As consequências da DPP para a relação mãe

e bebê são preocupantes, pois comprometem a saúde física e mental de ambos em um momento crucial de suas vidas. Sentimentos depressivos são capazes de alterar a autopercepção da mulher e gerar conflitos nos seus relacionamentos familiares. Logo, isto pode dificultar a execução das atribuições inerentes à maternidade e, por conseguinte, interferir no desempenho nos cuidados com o bebê.²⁹

Além disso, queixas como cansaço, choro, irritação são frequentemente relatadas por puérperas.²⁰ Os dados encontrados na presente pesquisa corroboram esses achados, haja vista que, na dimensão labilidade emocional, a irritação, o choro e a instabilidade emocional foram mais citados.

Na dimensão perda do eu, 31,0% das mães relataram medo de não serem mais as mesmas. Esses sentimentos estão relacionados com as elevadas expectativas no contexto da maternidade e podem desencadear sentimentos de fragilidade em relação a si mesma, de fracasso, de decepção, de vergonha, de desgosto.⁵

Os pensamentos suicidas não foram frequentes neste estudo. Sintomas que estão relacionados com a depressão em puérperas são choro fácil, irritação, mau humor, fadiga, sentimentos de culpa, tristeza e depressão. Entretanto, embora a ideação suicida não seja um sintoma comum, um estudo evidenciou uma prevalência de 11,5% de risco de suicídio no puerpério e afirmou que baixa escolaridade e a presença de transtornos psiquiátricos, dentre eles a depressão, são fatores de risco importantes para o suicídio.³⁰

Diante da problemática abordada neste estudo, observou-se que, embora os sintomas depressivos

sugestivos de DPP estejam presentes em um quantitativo reduzido de puérperas, as dimensões mais alteradas, sono/apetite e labilidade emocional, interferem substancialmente na capacidade da mulher de desempenhar de forma satisfatória a maternagem. Isso acarreta sofrimento mental e angústia. Conjuntamente a isso, a mulher vive cercada de cobranças sobre o seu papel de mãe e, por vezes, não dispõe de um adequado suporte social que a auxilie a desempenhar essa atribuição.

Assim, é necessário que a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal englobe a avaliação dos fatores psicossociais, sobretudo, os sintomas depressivos, em virtude de suas repercussões negativas para a saúde mental da mulher e o vínculo entre mãe e filho.

O estudo revelou que 8,6% das puérperas apresentaram escores sugestivos de DPP e o ensino fundamental incompleto mostrou associação com esse fenômeno. Os resultados dão subsídios para que o profissional de saúde planeje o cuidado baseado no rastreamento precoce desse transtorno, identificação das necessidades da mulher e da criança e a implementação de intervenções, visando a promoção do vínculo entre mãe e filho e a identificação de possíveis situações de risco para a DPP.

Ademais, sugere-se a utilização sistemática de instrumentos robustos de rastreamento no âmbito da atenção básica e a PDSS mostrou-se confiável e viável para identificar precocemente alterações de saúde mental da mulher no período pós-parto. Como limitação do estudo, aponta-se o reduzido tamanho da amostra e a realização do estudo em apenas quatro USF.

ERRATA:

Na Página 172, Onde se lia:

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, tipo transversal, com abordagem quantitativa. A população foi composta por mulheres devidamente cadastradas em quatro USF do município da Vitória de Santo Antão - PE. Para a estimativa da amostra, utilizou-se uma fórmula para estudos com população finita, a saber:

$$n = \frac{Z^2_{\alpha} \cdot P \cdot Q \cdot N}{e^2}$$

Lê-se:

Trata-se de um estudo descritivo, tipo transversal, com abordagem quantitativa. A população foi composta por mulheres devidamente cadastradas em quatro USF do município da Vitória de Santo Antão - PE. Para a estimativa da amostra, utilizou-se uma fórmula para estudos com população infinita, a saber:

$$n = \frac{Z^2_{\alpha} \cdot P \cdot Q}{e^2}$$

Referências

- Pereira FM. Sintomas depressivos no puerpério: uma revisão de literatura. São Paulo: Marília; 2011.
- 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; 11:117-123.
- Menezes FL, Pellenz NLK, Lima SS, Sarturi F. Depressão puerperal no âmbito da saúde pública. *Saúde (Santa Maria)*. 2012; 38(1): 21-30.
- Moraes MHC, Crepaldi MA. A clínica da depressão pós-parto. *Mudanças Psicologia da Saúde*. 2011; 19 (1-2): 61-7.
- Azevedo KR, Arrais AR. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicol: Reflex Crit*. 2006; 19 (2): 269-76.
- Stellin RMR, Monteiro CFA, Albuquerque RA, Marques CMXC. Processos de construção de maternagem. Feminilidade e maternagem: recursos psíquicos para o exercício da maternagem em suas singularidades. *Estilos Clín*. 2011; 16 (1): 170-85.
- Santos KD, Motta IF. The meaning of motherhood for three young mothers: a psychoanalytic study. *Estud Psicol*. 2014; 31 (4): 517-25.
- Mesquita PAL, Fontes BFS, Oliveira Filho HB, Lopes LGF, Gonçalves MT, Moreira SRG, Pires do Rio SM. Trajetórias de mulheres que vivenciaram a gravidez/maternidade na adolescência. *Mental*. 2011; 9 (16): 443-89.
- Strapasson MR, Nedel MNB. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Revista gaúcha Enferm*. 2010; 31(3): 521-528.
- Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Junior JR. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev Psiq Clín*. 2010; 37 (6): 278-84.
- Marcolan JF, Castro RCB. *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto de cuidar*. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
- Guedes ACE, Kami CT, Cavalli LKV, Nicolaou SK, Hess VB, Maluf EMCP. Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados. *Rev Med*. 2011; 90 (3): 149-54.
- Morais MLS, Fonseca LAM, David VFL, Viegas M, Otta E. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estud Psicol*. 2015; 20 (1): 40-9.
- Santos LP, Serralha CA. Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. *Barbarói*. 2015; 43, p.5-26.
- O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2016; 315 (4): 388-406.
- Cantilino A, Carvalho JA, Maia A, Albuquerque C, Cantilino G, Sougey EB. Translation, Validation and Cultural Aspects of Postpartum Depression Screening Scale in Brazilian Portuguese. *Transcult Psychiatry*. 2007; 44 (4): 672-84.
- Beck CT, Glade RK. Postpartum depression screening scale: development and psychometric testing. *Nurs Res*. 2000; 49 (5): 272-82.
- Schardosim JM, Heldt E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32 (1): 159-66.
- Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011; 11 (4): 369-79.
- Cantilino A, Zambaldi CF, Albuquerque TLC, Paes JA, Montenegro ACP, Sougey EB. Depressão pós-parto em Recife – Brasil: prevalência e associação com fatores biosociodemográficos. *J Bras Psiquiatr*. 2010; 59 (1): 1-9.
- Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VJ. Postpartum depression epidemiology in a Brazilian sample. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007; 29 (3): 274-80.
- Beck CT, Gable RK, Sakala C, Declercq ER. Postpartum Depressive Symptomatology: Results from a Two-Stage US National Survey. *J Midwifery Women's Health*. 2011; 56 (5): 427-35.
- 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 (Esp.): 117-23.
- Silva GA. Prevalência de depressão pós-parto em países desenvolvidos e em desenvolvimento: contribuições metodológicas de uma metanálise [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2013.
- Figueira PG, Diniz LM, Silva Filho, HC. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2011; 33 (2): 71-5.
- Zubaran C, Foresti K, Schumacher MV, Amoretti AL, Muller LC, Thorell MR, White G, Madi JM. Validation of a screening instrument for postpartum depression in Southern Brazil. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2009; 30 (4): 244-54.
- Bei DB, Milgrom PJ, Ericksen MJ, Trinder PJ. Subjective perception of sleep, but not its objective quality, is associated with immediate postpartum mood disturbances in healthy women. *Sleep*. 2010; 33 (4): 531-8.
- Guidolin BL, Célia SAH. Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2011; 33 (2): 80-6.
- Moura ECC, Fernandes MA, Rodrigues FI. Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64 (3): 445-50.
- Tavares D, Quevedo L, Jansen K, Souza L, Pinheiro R, Silva R. Prevalence of suicide risk and comorbidities in postpartum women in Pelotas. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012; 34 (3): 270-76.

Recebido em 8 de Julho de 2017

Versão final apresentada em 15 de Setembro de 2017

Aprovado em 6 de Dezembro de 2017