

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS, SINTOMAS E FATORES ASSOCIADOS EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA EM MANAUS

Sarah Regina Aloise¹, Alaidistania Aparecida Ferreira, Raquel Faria da Silva Lima

Objetivos: Identificar sinais e sintomas de Depressão Pós-Parto (DPP) e fatores associados em mulheres no puerpério mediato, entre 48h e 72h. **Metodologia:** estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa realizado em maternidade de referência de Manaus- AM de junho a setembro de 2018. Foram aplicadas a versão brasileira da escala Edinburgh Postnatal Depression Scale- EPDS e formulário socioeconômico e obstétrico. **Resultados:** 15,06% das 166 participantes apresentaram sinais e sintomas de DPP, porém não houve associação entre possível DPP e fatores socioeconômicos e clínico-obstétricos. **Conclusões:** o percentual de puérperas com score sugestivo de DPP encontra-se na média de outras pesquisas nacionais e a pesquisa mostrou ser eminente a identificação precoce de sinais e sintomas de DPP ainda no ambiente hospitalar 48h a 72h após o parto.

Descritores: Depressão Pós-Parto; Período Pós-Parto; Sinais e Sintomas.

POSTPARTUM DEPRESSION: IDENTIFICATION OF SIGNS AND SYMPTOMS AND ASSOCIATED FACTORS IN REFERENCE MATERNITY HOSPITAL IN THE CITY OF MANAUS

Objectives: To identify signs and symptoms of Postpartum Depression (PPD) and associated factors in women in postpartum between 48h and 72h. **Methods:** cross-sectional descriptive study with a quantitative approach performed in a reference maternity hospital of Manaus-AM from June to September 2018. The instruments used were the Brazilian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS and socioeconomic and obstetric form. **Results:** 15.06% of 166 participants presented signs and symptoms of PPD, but there wasn't association between PPD and socioeconomic and clinical-obstetric factors. **Conclusions:** the percentage of postpartum women with a suggestive score of PPD is in the mean of other national surveys, and the research showed that is important the early identification of signs and symptoms of PPD at hospital in 48h-72h postpartum.

Descriptors: Depression Postpartum; Postpartum Period; Signs and Symptoms.

DEPRESIÓN POST-PARTO: IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS, SÍNTOMAS Y FACTORES ASOCIADOS EN LA MATERNIDAD DE REFERENCIA EN MANAUS.

Objetivos: identificar signos y síntomas de Depresión Post-parto (DPP) y factores asociados en mujeres en puerpério mediato, entre 48h y 72h. **Metodología:** estudio descriptivo transversal con abordaje quantitativo realizado en maternidad de referencia de Manaus-AM de junio a septiembre de 2018. Los instrumentos utilizados fueron la versión brasileña de la escala Edinburgh Postnatal Depression Scale- EPDS y formulario socioeconómico y obstetrico.

Resultados: 15,06% de 166 de las participantes presentaban signos y síntomas de DPP, pero no hicieron asociación entre posible DPP y factores socioeconómicos y clínicos-obstétricos.

Conclusión: El porcentaje de puérperas con puntuación sugestivo de DPP se encuentra en la media de otras pesquisas nacionales y la pesquisa mostró ser importante la identificación precoz de signos y síntomas de DPP en el ambiente hospitalario 48h a 72h pasado el parto.

Descriptoros: Depresión Posparto; Período Posparto; Signos y Síntomas.

¹Universidade Federal do Amazonas-UFAM.

Autor correspondente: Sarah Regina Aloise. E-mail: sarahraloise@gmail.com

INTRODUÇÃO

A gravidez é um período de grandes transformações no corpo feminino. Traz mudanças fisiológicas, sócio culturais e essencialmente emocionais, sendo os primeiros dias pós-parto marcados por diversas emoções⁽¹⁾. Nesse período de pós-parto ocorrem alterações de caráter emocional, observando-se maior vulnerabilidade da mãe e do bebê - o risco de a puérpera adquirir transtorno psiquiátrico mental é maior⁽²⁾.

Em se tratando de DPP, Barbosa⁽³⁾ afirma que a prevalência da doença no mundo é de 5 a 20%. Particularmente no Brasil, os valores são de 12 a 37%⁽⁴⁾ e estima-se a probabilidade de casos de DPP em pelo menos uma a cada quatro mulheres brasileiras⁽⁵⁾.

Tais dados são alarmantes, sendo motivo de preocupação no serviço de saúde. Trata-se de uma doença cujas consequências não se restringem a um único indivíduo: o núcleo familiar e principalmente mãe e bebê são atingidos. O relacionamento entre esse binômio é prejudicado e, segundo inúmeros estudos, isso pode afetar negativamente no desenvolvimento infantil. Conforme estudo realizado no Canadá, a relação entre a trajetória de DPP no período perinatal e a hiperatividade, desatenção, agressividade e ansiedade dos filhos mostrou-se significativa⁽⁶⁾.

Esse tipo de depressão ocorre durante um período em que o bebê é totalmente dependente de cuidados. Esse fato, somado à vulnerabilidade do estado emocional da puérpera, declara a urgência de cuidado multiprofissional ao binômio mãe-filho.

Constata-se, pois, a importância da identificação precoce de sinais e sintomas de DPP, bem como de fatores relacionados, a fim de prevenir agravos à saúde da mãe e atuar em conjunto com o núcleo familiar no processo saúde-doença, e dessa forma, estabelecer ações em prol do bem-estar da família.

O profissional de enfermagem possui papel fundamental nesse processo, devendo ser capaz de identificar precocemente sinais e sintomas da doença e desenvolver ações em prol da saúde em nível individual e coletivo.⁽⁷⁾

Schardosim⁽⁸⁾ evidencia o quão significativo são as escalas de rastreamento para identificar puérperas em risco de desenvolver DPP. Desenvolvida por Cox et al.⁽⁹⁾, a escala Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) foi criada para identificar DPP, podendo ser utilizada em contexto clínico ou investigativo.

É um instrumento autoavaliativo que contém 10 questões baseadas em escalas previamente avaliadas - Irritability, Depression, and Anxiety Scale; Hospital Anxiety and Depression Scale e Anxiety and Depression Scale⁽¹⁰⁾. As respostas são cotadas de zero a 3, sendo cada item somado

a fim de obter a pontuação total. Esta, se igual a 12 ou mais, indica probabilidade de depressão. É um instrumento simples, sendo a facilidade e rapidez de sua aplicação evidenciadas no ato da coleta de dados, momento este que não excede 10 minutos⁽¹¹⁾. Além disso, é relevante ferramenta para detecção precoce de DPP⁽¹¹⁾, sendo um agente norteador do processo de planejamento da assistência à puérpera, bebê e família.

Diante disso, o objetivo desse estudo é identificar sinais e sintomas de DPP e determinar o perfil socioeconômico e obstétrico das participantes a fim de apontar possíveis fatores associados à doença.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram puérperas em período pós-parto entre 48 e 72 horas, com 18 anos de idade ou mais e que falassem e compreendessem português, além de serem mães de recém-nascidos saudáveis. O total da amostra foi de 166 mulheres.

Local de estudo

O estudo foi desenvolvido em uma maternidade pública de referência da cidade de Manaus.

Coleta de dados

A coleta foi realizada no período de junho a setembro de 2018, sendo aplicada a versão brasileira validada do instrumento (EPDS) por Santos et al.⁽¹⁰⁾. Utilizou-se também um formulário socioeconômico e obstétrico, criado pelas pesquisadoras, composto por 13 perguntas, relacionadas à idade, estado civil, número de filhos, número de gestações, tempo de internação na maternidade e de pós-parto, semana gestacional até o dia do parto, complicações no parto, gravidez atual desejada, escolaridade, renda familiar mensal, relacionamento familiar conflituoso, história de abuso sexual e caso de depressão anterior ao nascimento do bebê.

Procedimentos de análise dos dados

Para tabulação de dados utilizou-se o programa Microsoft Excel e as variáveis foram analisadas por meio do programa estatístico IBM SPSS Statistics versão 21. Os resultados foram apresentados em tabelas e figuras (gráficos). Foi realizada análise exploratória e descritiva de todas as variáveis. As relações entre as variáveis sociais, clínico-obstétricas e psicológica e a presença de DPP foram verificadas por meio do teste não-paramétrico Qui-Quadrado de Pearson

e as correlações entre essas mesmas variáveis, por meio do Coeficiente de Correlação de Spearman. Foi adotado um nível de 5% de significância para concluir as comparações.

Procedimentos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa-CEP- em seres humanos da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) sob número (CAAE: 84430218.9.0000.5020) e atendeu aos princípios éticos conforme Resolução nº 466/2012. (12)

As entrevistas ocorreram em ambiente reservado, garantindo a privacidade das entrevistadas e suas respostas. Antes do início de cada entrevista, foi apresentado e lido para cada puérpera o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado em duas vias pelas participantes. Foi assegurado o anonimato das entrevistadas e sigilo das informações, utilizadas apenas para fins científicos.

RESULTADOS

Foram avaliadas 166 mulheres, sendo que a idade delas variou entre 18 (mínima) e 43 (máxima) anos, com média correspondente de $27,25 \pm 5,96$ anos de idade (Tabela 1). Com relação à faixa etária, 10 (6,02%) mulheres tinham idade entre 18 e 20 anos (<20); 94 (56,63%) na faixa etária de 20 a 29 anos e 62 (37,35%) com 30 a 43 anos de idade.

Com relação ao estado civil dessas mulheres, 41 (24,70%) são solteiras, 34 (20,48%) casadas, 90 (54,22%) mantêm uma união estável e 01 (0,60%) declarou-se divorciada.

Quanto à escolaridade das mulheres que compuseram a amostra, 34 (20,28%) possuem nível fundamental, 113 (68,07%) nível médio, enquanto que apenas 19 (11,45%) possuem nível superior.

No que se refere à renda econômica dessas mulheres, observou-se que 01 (0,60%) não possui fonte de renda, 08 (4,92%) recebem recurso financeiro referente ao programa social Bolsa Família (BF) e 27 (16,27%) possuem renda menor que um Salário Mínimo (SM). Dentre as que declararam receber a partir de um SM, 89 (53,61%) possuem renda de 01 a 02 SM, 36 (21,69%) com renda de 02 a 04 SM e 05 (3,01%) de 04 a 05 SM. Atualmente, o valor do SM está fixo em 954 reais e BF até 177 reais por pessoa.

Quanto ao perfil clínico-obstétrico geral das puérperas entrevistadas, o número de filhos variou entre 01 (mínimo) e 10 (máximo), com valor mediano de 02 filhos por mulher (tabela 1). Já o número de gestações variou entre 01 (mínima) e 10 (máxima), com valor mediano de 02 gestações por mulher. O tempo mediano de internação foi de 03 dias, variando entre 02 (tempo mínimo) e 26 (tempo máximo) dias de internação (tabela 1).

Em relação semana gestacional até o dia do parto, o

número mínimo de semanas encontrado foi de 35 e o máximo de 42, com número médio de $39,19 \pm 1,34$ semanas (tabela 1).

Tabela 1 - Análise Descritiva das Variáveis Quantitativas

VARIÁVEL	n pacientes	MEDIDAS DESCRITIVAS				
		Média	dp	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade	166	27,25	5,97	18	26	43
Nº de filhos	166	2,27	1,41	1	2	10
Nº de gestações	166	2,58	1,59	1	2	10
Tempo de internação (dias)	166	2,99	2,14	2	3	26
Semana gestacional	166	39,19	1,34	35	39	42

A Tabela 2 abaixo mostra as características clínico-obstétricas das puérperas entrevistadas, referentes ao número de filhos, número de gestações, período pós-parto, tempo de internação, semana gestacional até o dia do parto, via de parto, complicações durante o parto e gravidez desejada.

Tabela 2 - Características clínico-obstétricas das pacientes avaliadas

CARACTERÍSTICAS	n*	%
Nº de Filhos		
01 a 03	143	86,14
04 a 06	21	12,65
> 06	2	1,20
Nº de Gestações		
01 a 03	134	80,72
04 a 06	27	16,27
07 a 10	5	3,01
Pós-Parto		
48 h	135	81,33
72 h	31	18,67
Tempo de internação (dias)		
Até 03	148	89,16
04 a 06	15	9,04
> 06	3	1,81
Semana gestacional até o parto		
35 a 37	21	12,65
38 a 40	124	74,70
> 40	21	12,65
Via do Parto		
Cesáreo	109	65,66
Vaginal	57	34,34
Complicações no parto		
Sim	32	19,28
Não	134	80,72
Gravidez Desejada		
Sim	90	54,22
Não	76	45,78

* n = 166

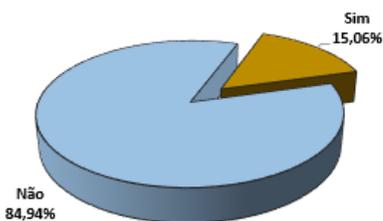
Vale destacar que a coleta de dados foi mais representativa em mulheres de Parto Cesáreo (PC) devido ao tempo de permanência maior destas na unidade, somado a maior probabilidade desse grupo atender aos critérios de inclusão de tempo de pós-parto- 48h e 72h. Portanto, os resultados das variáveis relacionados a PC e Partos Vaginais (PV) foram obtidos devido aos critérios de inclusão da pesquisa e não declaram a quantidade de PC e PV ocorridos na maternidade no período da coleta.

Nas 32 mulheres que tiveram complicações durante o parto, houve 34 ocorrências ao todo, sendo que a mais frequente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que ocorreu em 18 mulheres e representou 52,94% de todas as complicações ocorridas. Neste sentido, as 03 complicações mais frequentes, dentre as 34 foram: HAS (18; 52,94%), Ausência de dilatação (03; 8,82%) e Hipotensão (03; 8,82%). Hipóxia do recém-nascido (2; 5,88%); Dispneia (2; 5,88%); Pré-eclâmpsia (1; 2,94%); Presença de mecônio (1; 2,94%); Hemorragia (1; 2,94%); Diabetes Mellitus Gestacional (1; 2,94%); Cirurgia de retirada de cisto (1; 2,94%) e Batimento Cardíaco Fetal >160bpm (1; 2,94%) também foi relatado pelas participantes.

Na avaliação dessas mulheres, foi observado que, das 166, 15 (9,04%), tiveram conflitos familiares, 07 (4,22%) possuem histórico de abuso sexual e 18 (10,84%) tiveram depressão anterior ao nascimento do bebê.

O resultado da EPDS apontou que das 166 mulheres, 25 (15,06%) tinham probabilidade de estarem com DPP, enquanto que 141 (84,94%) não apresentaram pontuação suficiente que garantisse resultado positivo para sinais e sintomas de DPP (figura 1).

Figura 1 - Proporção de mulheres com sinais e sintomas de DDP



Ao verificar se existia alguma relação entre as variáveis sociais, econômicas e clínico-obstétricas com a presença de DDP, observou-se que não houve evidências de que exista relação estatisticamente significativa entre a ocorrência desta e as referidas variáveis, se considerarmos uma significância de 5%. Entretanto, é importante enfatizar que considerando uma significância de 10%, as variáveis faixa

etária, escolaridade e abuso tendem a estar relacionadas à ocorrência de DPP (tabela 3).

Tabela 3 - Relação entre os fatores sociais, econômicos, clínicos e obstétricos com a presença de DPP

FATORES	DEPRESSÃO PÓS-PARTO				n	p*
	Sim	%	Não	%		
Faixa Etária						
< 20	4	40,00	6	60,00	10	0,061
20 a 29	14	14,89	80	85,11	94	
30 a 43	7	11,29	55	88,71	62	
Total	25	15,06	141	84,94	166	
Estado Civil						
Solteira	10	24,39	31	75,61	41	0,269
Casada	3	8,82	31	91,18	34	
União Estável	12	13,33	78	86,67	90	
Divorciada	0	0,00	1	0,61	165	
Total	25	7,58	141	42,73	330	
Nº de Filhos						
01 a 03	20	13,99	123	86,01	143	0,360
04 a 06	4	19,05	17	80,95	21	
> 06	1	50,00	1	50,00	2	
Total	25	15,06	141	84,94	166	
Nº de Gestações						
01 a 03	17	12,69	117	87,31	134	0,191
04 a 06	7	25,93	20	74,07	27	
07 a 10	1	20,00	4	80,00	5	
Total	25	15,06	141	84,94	166	
Tempo de internação (dias)						
Até 03	22	14,86	126	85,14	148	0,820
04 a 06	2	13,33	13	86,67	15	
> 06	1	33,33	2	66,67	3	
Total	25	15,06	141	84,94	166	
Semanas de gestação						
35 a 37	3	14,29	18	85,71	21	0,191
38 a 40	21	16,94	103	83,06	124	
> 40	1	4,76	20	95,24	21	
Total	25	15,06	141	84,94	166	
Via de Parto						
Parto Cesáreo	19	17,43	90	82,57	109	0,238
Parto Vaginal	6	10,53	51	89,47	57	
Total	25	15,06	141	84,94	166	
Complicações						
Sim	8	25,00	24	75,00	32	0,284
Não	17	12,69	117	87,31	134	
Total	25	15,06	141	84,94	166	
Gravidez desejada						
Sim	11	12,22	79	87,78	90	0,266
Não	14	18,42	62	81,58	76	
Total	25	15,06	141	84,94	166	
Escolaridade						
Ensino Fundamental	9	26,47	25	73,53	34	0,073
Ensino Médio	15	13,27	98	86,73	113	
Ensino Superior	1	5,26	18	94,74	19	
Total	25	15,06	141	84,94	166	
Conflito familiar						
Sim	4	26,67	11	73,33	15	0,247
Não	21	13,91	130	86,09	151	
Total	25	15,06	141	84,94	166	
Abuso sexual						
Sim	3	42,86	4	57,14	7	0,070
Não	22	13,84	137	86,16	159	
Total	25	15,06	141	84,94	166	
Depressão anterior						
Sim	5	27,78	13	72,22	18	0,154
Não	20	13,51	128	86,49	148	
Total	25	15,06	141	84,94	166	

*Valores de p são significativos para $p < 0,05$ (5%)

Correlação de Spearman

DISCUSSÃO

Das 166 participantes, 25 (15,06%) apresentaram pontuação sugestiva de DPP. O valor em porcentagem se aproxima de resultados encontrados em demais pesquisas como a de Hartmann⁽¹³⁾ com 14% e Araújo⁽¹⁴⁾ com 19,8%, apesar de outras apresentarem valores ainda mais altos- Theme Filha⁽⁵⁾ de 26,3% e Figueira⁽¹⁵⁾ com 26,9%. Todavia, não houve significativa relação estatística entre as variáveis e possível DPP. Consequentemente não foi possível relacionar fatores de risco associados à DPP, embora tenha-se observado matematicamente que, quanto maior o nível de escolaridade, maior é a chance de ocorrer DPP, igualmente quando há histórico de abuso sexual. Pesquisadoras da Austrália apontam elevadas taxas de depressão em mulheres que já sofreram abuso sexual⁽¹⁶⁾.

Em estudo realizado em Belo Horizonte, por Figueira⁽¹⁵⁾ igualmente não houve associação entre idade, escolaridade, número de partos anteriores e estado civil com o risco de DPP. Já em outros trabalhos, houve associação de fatores de risco, como paridade maior ou igual a dois^(5,13), baixa classe econômica e gravidez não planejada⁽⁵⁾ e baixa escolaridade⁽¹⁷⁾. A partir disso, observam-se diferentes resultados de pesquisas que utilizam a EPDS para investigação de DPP, e relacionados a essa questão, pode-se citar a adoção de diferentes escores de pontuação para possível DPP. Essa pesquisa utilizou escore maior ou igual a 12, conforme artigo original da EPDS⁽⁹⁾ e Moraes⁽¹⁸⁾. Porém, outros estudos adotaram escore a partir de 10^(13,15,17), maior ou igual a 11⁽¹¹⁾ e maior ou igual a 13⁽⁵⁾, não havendo, portanto, um consenso quanto a pontuação mínima efetiva de sinais e sintomas de DPP.

Outro ponto a considerar é o estado psíquico e emocional da puérpera no momento da entrevista. Pode haver constrangimento ou negação de determinadas situações, e consequentemente respostas que não retratem a realidade da mãe. Todavia, conforme observadas pontuações iguais ou acima de 12, o setor de psicologia da maternidade era acionado. Assim, o acompanhamento das puérperas

pelo serviço especializado assistiu e constatou sintomas prodrômicos.

Limitações do estudo

Pode-se apontar como limitação do estudo o seguimento transversal da pesquisa, visto que a aplicação da escala de EPDS em outros momentos poderia avaliar a persistência de sinais e sintomas da doença.

Contribuição do estudo para a prática

O estudo ressalta a importância do diagnóstico precoce de DPP nas instituições de saúde, bem como a possibilidade de se identificar sinais e sintomas através da aplicação do EPDS. O papel da equipe multiprofissional e em especial da enfermagem nesse processo é primordial.

CONCLUSÃO

Diante disso, foi possível identificar sinais e sintomas de DPP em 25 das 166 mulheres em puerpério mediato, entre 48h e 72h. Todavia, ao relacionar as variáveis sociais, econômicas e clínico-obstétricas com a presença de DPP, observou-se não haver significância de fatores associados à DPP.

A aplicação da EPDS serve de ferramenta de auxílio no trabalho multiprofissional em saúde- particularmente na Enfermagem como apoio à assistência nos níveis primário⁽¹⁹⁾ e terciário⁽¹¹⁾ com embasamento científico. É importante ressaltar que escalas de rastreamento de DPP não indicam diagnóstico, e sim probabilidade da doença, sendo o uso da escala de grande relevância para a detecção precoce de sinais e sintomas de DPP⁽¹⁰⁾.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho: Aloise SR, Ferreira AA, Lima RFS; Análise e interpretação dos dados, redação do artigo: Aloise SR; Revisão crítica e Revisão final: Aloise SR, Ferreira AA, Lima RFS.

REFERÊNCIAS

- 1- Pereira FM. Sintomas depressivos no puerpério: uma revisão de literatura [Internet]. São Paulo: Marília; 2011. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/ses-31110>
- 2- Valença CN, Germano RM. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: Ações do enfermeiro no pré-natal. *Rev Rene*. Fortaleza. 2010; 11(2):129-39. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4541>. Acesso em 13 de agosto de 2019.
- 3- Barbosa RCA. Prevalência e Incidência de Depressão Pós-Parto e Sua Associação com o Apoio Social [dissertação]. Recife, PE: Universidade Federal de Pernambuco; 2008. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9231/1/arquivo4156_1.pdf
- 4- Moraes GPA, Lorenzo L, Pontes GAR, Montenegro MC, Cantilino A. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? *Trends Psychiatry Psychother*. 2017;39(1) - 54-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892017000100054
- 5- Theme Filha MM, Ayers S, Gama SGN, Leal MC. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord*. 2016; 194:159-67. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032715306789?via%3Dihub>. Acesso em 30 de maio de 2019.
- 6- Kingston D, Kehler H, Austin MP, Mughal MK, Wajid A, Vermeyden L, et al. Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and internalizing behavior at three years. *PLoS ONE*. 2018 Apr 13; (4). Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0195365>
- 7- Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução no 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília. 2001 Nov 9; Sect 1: 37. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em 3 de dezembro de 2018.
- 8- Schardosim J M, Heldt E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Rev Gaúcha Enferm*. (Online). Porto Alegre. 2011 Mar; 32(1):159-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100021&lng=en&nrm=iso
- 9- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987; 150:782-86. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/detection-of-postnatal-depression/E18BC-62858DBF2640C33DCC8B572F02A>. Acesso em 17 de junho de 2019.
- 10- Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2007; 23(11):2577-88. Disponível em:
- 12- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466/2012. Diário Oficial da União. Brasília. 2012 Dez 12. Disponível em: http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 23 de junho de 2019.
- 13- Hartmann JM, Sassi RAM, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(9):e00094016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n9/1678-4464-csp-33-09-e00094016.pdf>. Acesso em 30 de maio de 2019.
- 14- Araújo IS, Aquino KS, Fagundes LKA, Santos VC. Postpartum Depression: Epidemiological Clinical Profile of Patients Attended In a Reference Public Maternity in Salvador-BA. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019;41(3):155-63.
- 15- Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de depressão pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43 Suppl 1:79-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800012. Acesso em 18 de junho de 2019.
- 16- Buist A, Janson H. Childhood sexual abuse, parenting and postpartum depression: A 3-year follow-up study. *Child Abuse Negl*. 2001; 25: 909-21. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213401002460?via%3Dihub>. Acesso em 18 de junho de 2019.
- 17- Melo SB, Jordão RRR, Guimarães FJ, Perrelli JGA, Cantilino A, Sougey EB. Sintomas depressivos em puérperas atendidas em Unidades de Saúde da Família. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. Recife. Jan-mar 2018; 18(1): 171-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000100163&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 24 de junho de 2019.
- 18- Moraes MLS, Fonseca LAM, David VF, Viegas LM, 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 (Natal)*. 2015 Jan-Mar; 20(1): 40-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20150006>. Acesso em 3 de julho de 2019.
- 19- Félix TA, Ferreira AGN, Siqueira DA, Nascimento KV, Ximenes Neto FRG, Mira OL. Atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto nas consultas de puericulturas. *Rev Enfermeria Global*. 2013 Jan; (29): 420-35. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_enfermeria1.pdf. Acesso em 12 de agosto de 2019.