

Depressão Pós-Parto entre mulheres acompanhadas pela estratégia saúde da família

Post-Delivery Depression among women accompanied by the family health strategy

DOI:10.34117/bjdv8n9-152

Recebimento dos originais: 16/08/2022

Aceitação para publicação: 13/08/2022

Aline Gomes Silva de Souza

Pós-Graduada em Gestão e Auditoria em Saúde

Instituição: Empreendedora

Endereço: Rua 28, 70, Pedras Grandes, Várzea da Palma - MG, CEP: 39260-000

E-mail: alinesouzavzp@hotmail.com

Lara Bianca Santiago Souza

Enfermeira

Instituição: Fundação Moisés Magalhães Freire

Endereço: Rua da Esperança, 452, Sagrada Família, Pirapora - MG

E-mail: larab.s.s15@gmail.com

Sélen Jaqueline Souza Ruas

Mestrado em Cuidados Primários

Instituição: Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna (FASI)

Endereço: Rua D, 79, Jardim São Geraldo, Montes Claros - MG

E-mail: selenjaqueline@yahoo.com.br

Ana Karolynne Borges Feitosa

Bacharel em Enfermagem

Instituição: Prefeitura Municipal de Januária

Endereço: Rua 18, 530, Jadete

E-mail: anakarolynneborges@gmail.com

Luis Henrique Alves de Sena

Enfermeiro

Instituição: Hospital Municipal Agostinha Alcântara de Aguiar

Endereço: Rua São João Evangelista, 36, Ap 1A, Coluna - MG

E-mail: luis.senaenf@gmail.com

Agna Soares da Silva Menezes

Mestrado

Instituição: Faculdades Unidas do Norte Minas (FUNORTE)

Endereço: Rua Dez, 179, Condomínio Pampulha Tênis, Jaraguá 1

E-mail: agnasoares@gmail.com

Hernandes Santos de Sousa

Acadêmico de Enfermagem

Instituição: Acadêmico de Enfermagem Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna (FASI)

Endereço: Joaquim Trindade Cotta, 768, Industrial

E-mail: Nandimk7@Hotmail.com

Márcio Alkmim Santos

Enfermeiro Obstétrico

Instituição: Faculdade Unidas Norte de Minas (FUNORTE)

Endereço: Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros - MG

E-mail: marcio.santos@unimontes.br

RESUMO

Objetivo: Investigar a prevalência de Depressão Pós-Parto em mulheres que tiveram parto nos últimos seis meses e eram acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família de Montes Claros - MG. **Materiais e métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, de corte transversal e análise quantitativa, realizada com uma amostra de mulheres as quais responderam a um formulário eletrônico elaborado pelas próprias autoras contendo questões sobre os dados sociodemográficos, econômicos, gestacionais e do nascimento; e para a identificação da DPP foi utilizada a Escala de Edimburgo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Soebras, com o parecer número 4.720.269. **Resultados:** Participaram 19 mulheres com média de idade de 31 a 53 anos e ficou demonstrado que um terço dessas mulheres possuíam risco para desenvolver a depressão pós-parto, não sendo observado nenhum fator associado estatisticamente entre as variáveis pesquisadas. **Conclusão:** Concluiu-se que: para que não se torne um problema de saúde pública, necessita-se da criação de políticas públicas que visem promover o bem-estar físico e psicológico para mãe e para o seu filho, visto que esta condição poderá trazer prejuízos aos mesmos.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto, enfermagem materno-infantil, escalas de graduação psiquiátrica.

ABSTRACT

Objective: To investigate the prevalence of Postpartum Depression in women who had given birth in the last six months and were followed up by the Family Health Strategy of Montes Claros - MG. **Materials and methods:** This is a descriptive, cross-sectional survey and quantitative analysis, carried out with a sample of women where they answered an electronic form prepared by the authors themselves containing questions about the sociodemographic, economic, gestational and birth data and for the identification of the DPP was used the Edinburgh Scale. The research was approved by the Soebras Research Ethics Committee, under the number 4,720,269. **Results:** 19 women with a mean age of 31.53 years participated and it was demonstrated that one third of these women were at risk for developing postpartum depression, with no statistically associated factors being observed among the variables studied. **Conclusion:** It was concluded that, so that it does not become a public health problem, it is necessary to create public policies that aim to promote physical and psychological well-being for the mother and her child, since this condition may be bringing damage to them.

Keywords: Postpartum Depression, maternal-child nursing, psychiatric graduation scales.

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde o período puerperal pode ser compreendido em três fases: o puerpério imediato; o puerpério tardio, e o puerpério remoto. Essas fases se dão do primeiro ao quadragésimo quinto dia, podendo ir além. Com isso o profissional deve assistir a mulher de forma holística, abrangendo todos os períodos puerperais e atendendo todas as suas necessidades que não estejam dentro da normalidade sejam elas fisiológicas sociais ou psicológicas (BRASIL, 2013)¹.

O início da depressão pós-parto (DPP) está entre o período gestacional denominado de periparto até as quatro primeiras semanas iniciais após o parto, incluído na seção sobre os transtornos depressivos e sendo enquadrada cerca de 50% de episódios como um especificador do Transtorno Depressivo Maior, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição – DSM-V. E Segundo Feitosa o período puerperal se inicia logo após o parto e continua aproximadamente por três meses, sendo esta uma fase de adaptação da mulher a sua nova condição (APA, 2014;FEITOSA, 2016)²⁻³.

A depressão pós-parto, entretanto não pode ser confundida com outra alteração como baby blues ou tristeza materna, por exemplo, essas alterações tendem a ser menos severas e podem ocorrer até 42 dias após o parto. Durante esse período a puérpera tende a desenvolver vários fatores que aumentam a probabilidade de ocorrer a depressão pós-parto, tais como ansiedade, histórias pregressas de depressão e outras psicopatologias. O apoio da família e principalmente do cônjuge interfere diretamente no aumento dos riscos em desenvolver este quadro, por isso é necessário o apoio de ambos (BELL; ANDERSSON, 2016)⁴.

A DPP pode ser prejudicial impactando o vínculo mãe e filho sendo considerado um fator de risco para ambos, comprometendo a disponibilidade cognitiva e emocional materna, caracterizado como comportamentos parentais disfuncionais. Pois a mãe é um fator primordial na vida de uma criança, ensinando o afeto através do toque, do olhar, a troca de carinho através do abraço e isso diz muito porque as emoções fazem parte da evolução humana e essa troca efetiva é um fator importante principalmente no primeiro

momento, e a ausência desse vínculo compromete esse elo consideravelmente (GOODMAN; GARBER, 2017)⁵.

De acordo com a literatura os sintomas depressivos podem surgir em algum outro momento no decorrer do primeiro ano de vida independente da gravidade (OTTA; DAVID; CHELINI, 2016)⁶. No período de seis a dezoito meses após o nascimento do bebê 25% das mulheres são diagnosticadas com depressão pós-parto, sendo como fator relevante as mudanças vivenciadas pela mulher nesses períodos, distanciando assim o vínculo afetivo na díade mãe-bebê (THEME FILHA *et al.*, 2016)⁷. Segundo o autor, 15% das mães possuem critérios que podem levar ao transtorno depressivo até o primeiro ano de vida após o parto, o que pode acarretar sintomas comuns na transição em relação ao cuidado da criança. Esses sintomas vêm agregados com um turbilhão de pensamentos negativos, como o estresse e as alterações de humor, estas são características que afetam os familiares por completo e muito mais os que convivem no mesmo teto, sendo prejudicial para o filho, entretanto esse transtorno pode vir a comprometer o seu desenvolvimento como um todo futuramente (TISSOT *et al.*, 2016)⁸.

A mulher fica mais suscetível a depressão pós parto, aparentando certa fragilidade quando esses quadros possuem fatores pré existentes como: conflitos conjugais, gestante solteira, histórico familiar de depressão, antecedente de transtornos depressivos, gravidez não programada, uso de drogas, histórico obstétrico de risco, mudanças recentes no ambiente familiar ou previstas para breve impactando diretamente na vida dessa mulher fragilizada (ALMEIDA; ARRAIS, 2016)⁹.

A equipe multidisciplinar faz a diferença no diagnóstico incluindo fatores de risco e intervenções com ações preventivas, quando diagnosticado como DPP o ideal é que a paciente seja encaminhado para tratamento o mais rápido possível, visto que o cuidado psicológico e psiquiátrico faz se necessário para a recuperação e puerperal beneficiando o seu filho na continuidade do processo de aprendizagem que foi interrompido por um quadro depressivo já que a patologia afeta a saúde da criança diretamente (FEITOSA, 2016; TEMÓTEO, 2018)^{3,10}.

São notáveis que os sintomas da DPP sejam manifestações afetivas, como: tristeza durante a maior parte do dia todos os dias, diminuição do prazer nas atividades que desenvolve distanciamento emocional, choro frequente, entre outros, cada puérpera possui suas singularidades, portanto há diferentes formas de apresentação desses sintomas podendo apresentar-se de formas leve, moderada e grave (CARVALHO; BENINCASA, 2019)¹¹.

A utilização da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) pode contribuir no diagnóstico precoce do transtorno no pós-parto, no sentido de revelar fatores que predisõem o surgimento desta patologia, minimizando assim, os problemas entre mãe-bebê. Deste modo, a Atenção Primária à Saúde (APS) pode apresentar eficácia nos resultados de sua clientela durante o período puerperal independente da região que esse paciente estiver (LIMA *et al.*, 2017)¹².

A escala de Edimburgo já é reconhecida como a principal ferramenta para realizar o rastreamento da DPP inclusive por profissionais da atenção primária, a mesma apresenta uma pontuação, de acordo com as respostas de cada mulher. A soma varia de zero a trinta pontos, sendo que uma pontuação igual ou superior a dez indica uma possível depressão. Visto que esse método é eficaz, necessita-se da continuidade dessa estratificação para melhores diagnósticos pela porta de entrada do serviço (ARRAIAS, 2017; SANTOS *et al.*, 2017)^{13,14}.

Os profissionais de saúde devem mediante o conhecimento atualizado sobre a DPP, identificar cenários de riscos, e utilizar a escala para melhor desempenho na detecção. Independente do setor privado ou público o que importa é o bem estar do paciente, o acolhimento adequado te norteia para onde encaminhar, visto que algumas atividades podem ser realizadas na atenção primária de formas preventivas outras devem ser na secundária, pois precisam de cuidados especializados com foco na recuperação (ALVES *et al.*, 2020)¹⁵.

O objetivo desta pesquisa foi identificar a prevalência de depressão pós-parto entre mulheres que tiveram parto nos últimos seis meses e são acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, Minas Gerais.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de corte transversal e análise quantitativa. Foi realizado com mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros-MG. O município, conforme estimativa do IBGE de 2019 era de 409.341 habitantes tem características de capital regional, classificada como o quinto centro urbano de Minas Gerais. Conta com 137 Equipes de Saúde da Família, sendo 127 na área urbana e 10 na área rural.

De acordo com os critérios de inclusão participaram do estudo mulheres maiores de 18 anos, alfabetizadas, que tiveram partos nos últimos seis meses, residentes em Montes Claros, foram excluídas as mulheres que não se enquadraram nesses requisitos

como hospitalizadas por um longo período, as que tiveram natimortos ou morte tardia do bebê, as puérperas com restrição médica devido ao seu estado de gravidade.

Para aplicação do questionário foi utilizado um formulário eletrônico, elaborado pelas próprias autoras contendo questões sobre os dados sociodemográficos, econômicos, gestacionais e do nascimento e aplicado com a contribuição dos Enfermeiros e autoras. Para a identificação da DPP foi utilizada a Escala de Edimburgo, criada na Grã-Bretanha que foi traduzida e validada por vários países, incluindo-se o Brasil. Este questionário possui 10 questões com quatro opções que são pontuadas de zero a três, que avaliam a presença e intensidade dos sintomas. Se a pontuação de acordo com a escala for maior ou igual a 10, será classificada como alto risco para depressão.

O questionário foi enviado às participantes via e-mail e/ou rede social. Antes de ter acesso às perguntas da pesquisa, a participante deveria ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE) e assinalar a opção de concordância com a participação na pesquisa. As respostas eram encaminhadas e armazenadas automaticamente em uma planilha eletrônica e, após o encerramento da coleta, foram importadas para o *software SPSS versão 22.0* para análise. Esses dados foram posteriormente apresentados em tabelas com seus valores absolutos e relativos.

A pesquisa obedeceu os preceitos éticos definidos na resolução 466/2012 (BRASIL, 2013)¹⁶ sendo submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da SOEBRAS e aprovado sob o parecer número 4.720.269.

3 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 19 mulheres sendo esta a amostra total do estudo, as mesmas estavam cadastradas na ESF, eram residentes em Montes Claros e tiveram filhos nos últimos seis meses, tinham entre 21 e 42 anos com média de idade entre 31 a 53 (DP= 6,34) sendo que a maioria tinha entre 26 e 34 anos (52,6%). Em relação à renda familiar, 42,1% declararam obter mais que 3 salários mínimos mensais. Sobre a ocupação, 42,1% dessas mulheres eram assalariadas ou empregadas. Apenas 21,1% recebiam o benefício do programa Bolsa Família. Em relação a cor 57,9% eram pardas. Sobre a escolaridade a maioria possuía ensino médio (42,1%). Quanto ao estado civil, 42,1% dessas mulheres eram solteiras e apenas 15,8% delas estavam estudando quando ficaram grávidas. Em relação a religiosidade, 78,9% se consideram religiosas, classificadas entre moderadamente a muito religiosas, contudo, 47,4% afirmaram frequentar a igreja uma vez por semana (Tabela 1).

Tabela 1: Dados sociodemográficos e econômicos das participantes. Montes Claros, 2020.

Variáveis	n	%
Idade		
Até 25 anos	4	26,7
26 a 34 anos	10	46,7
35 anos ou mais	5	26,7
Renda		
Menos que 1 salário mínimo	5	26,3
Entre 1 e 3 salários mínimos	6	31,6
Maior que 3 salários mínimos	8	42,1
Ocupação		
Assalariado ou empregado	8	42,1
Dona de casa	7	36,8
Nenhum	1	5,3
Trabalha por conta própria	3	15,8
Bolsa Família		
Não	10	52,6
Nunca cadastrei	5	26,3
Sim	4	21,1
Cor		
Branca	6	31,6
Parda	11	57,9
Preta	2	10,5
Escolaridade		
Ensino fundamental	1	5,3
Ensino médio	8	42,1
Ensino superior	5	26,3
Mestrado/Doutorado	1	5,3
Pós-Graduação	4	21,1
Estado Civil		
Variáveis	n	%
Casada	7	36,8
Solteira	8	42,1
União estável	4	21,1
Não estudantes durante a gestação		
Não	16	84,2
Sim	3	15,8
Quanto a religiosidade		
Moderado	9	47,4
Muito	6	31,6
Nem um pouco	1	5,3
Pouco	3	15,8
Frequência com que frequenta a igreja		
Nunca	2	10,5
Outros	5	26,3
Uma vez por mês	3	15,8
Uma vez por semana	9	47,4

Como pode ser visualizado na tabela 2, todas as participantes realizaram o pré-natal e 84,2% delas iniciaram as consultas ainda no primeiro trimestre. Para 57,9 % das participantes foi a primeira gestação, sendo que 68,4% essa gestação foi planejada. Das 19 participantes 3 sofreram abuso sexual (15,8%). Todas as mulheres obtiveram apoio do companheiro durante a gestação e nenhuma teve gestação gemelar. Em relação ao

tempo do nascimento, 78,9% dos bebês nasceram a termo. Apenas uma das participantes (5,3%) referiu que o bebê teve algum tipo de deficiência, nascendo com onfalocele e cardiopatia, entretanto, para ela o fato de ter tido um filho com deficiência impactou negativamente a sua vida.

Tabela 2: Dados Gestacionais e do nascimento. Montes Claros, 2020.

Variáveis	n	%
Pré-natal		
Sim	19	100
Início do pré-natal		
1° Trimestre	16	84,2
2° Trimestre	2	10,5
3° Trimestre	1	5,3
Total de gestações		
1	11	57,9
2	3	15,8
3	2	10,5
4 ou mais	3	15,8
Gestação planejada		
Não	6	31,6
Sim	13	68,4
Abuso sexual		
Não	16	84,2
Sim	3	15,8
Apoio do companheiro durante a gestação		
Sim	19	100,0
Gestação gemelar		
Não	19	100,0
Tempo de gestação ao nascer		
Menos que 37 semanas de gestação	3	15,8
Entre 37 e 41 semanas de gestação	15	78,9
Variáveis	n	%
Mais que 41 semanas de gestação	1	5,3
Bebê nasceu com deficiência		
Não	18	94,7
Sim	1	5,3
Tipo de deficiência		
Onfalocele Cardiopatia	1	5,3

Em relação a estratificação da escala de Edimburgo, 36,8% das participantes obtiveram nota igual ou maior que 10, o que significa que estas estavam no grupo de risco para desenvolvimento de depressão pós-parto.

Tabela 3: Risco para depressão pós-parto avaliado pela Escala de Edimburgo.

	n	%
Escala de Edimburgo		
Baixo risco para depressão	12	63,2
Alto risco para depressão	7	36,8

Ao utilizar o teste qui-quadrado de Person para testar a associação dos dados sociodemográficos, econômicos, gestacionais e do nascimento com o risco de depressão avaliado pela escala de Edimburgo, não foram encontradas associações com significância estatística. O p valor foi superior a 0,05 em todas as variáveis testadas.

4 DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa apontaram que mais de um terço das participantes apresentaram risco para desenvolver depressão pós-parto. Corroborando, a pesquisa realizada por Santos *et al.*, (2017)¹⁴ com 40 puérperas de UBS da Serra Catarinense utilizando a mesma escala, a prevalência de DPP foi de 40% e os fatores associados foram tabagismo, nível elevado de estresse e má relação com o pai da criança.

Estudos realizados no Brasil demonstram que cerca de 30% a 40% das mulheres com perfil socioeconômico baixo que são atendidas pelas UBS tem maior prevalência de sintomas depressivos, na presente pesquisa a porcentagem de mulheres com sintomas depressivos foi semelhante, contudo a renda das mulheres que participaram dessa pesquisa na sua maioria foi maior que três salários mínimos, divergindo-se da realidade descrita. (hartman)¹⁷

Ressalta-se quanto ao estado civil a prevalência é de mulheres solteiras (42,1%), entretanto 100% das mulheres declararam apoio do companheiro durante a gestação sendo este um fator do bem-estar psicológico não impactando como um fator determinante para a DPP.

A DPP é algo adquirido no decorrer da gestação, pois a mulher passa por vários problemas físicos e psicológicos, transformação como ganho e perda de peso, afetando a sua estética, que para ela naquele momento significa muito. O medo de errar fala mais alto, pois deseja ser a melhor mãe do mundo, é nesse momento que essa mãe precisa de apoio e atenção, pois vive um complexo de inferioridade e insegurança. Período em que o cuidado dos profissionais de saúde seria o equilíbrio para tal situação, detectando precocemente os achados clínicos proporcionando segurança, estabilidade emocional e psíquica para a mãe e a criança, já que o distúrbio psíquico oferece grande risco para ambos (FEITOSA, 2016)³.

O acompanhamento no decorrer do pré-natal é de suma importância para o desenvolvimento durante a gestação, garantindo um parto eficaz minimizando\erradicando complicações para a saúde materna e do recém nascido, durante a pesquisa 100% das mulheres entrevistadas declararam terem feito pré natal,

com prevalência de 84,2% no primeiro trimestre, sendo importante a participação nas consultas de pré natal tanto para a detecção precoce da sintomatologia quanto a outras complicações que podem surgir durante ou após a gestação. Corroborando com esta pesquisa, BOSKA; WISNIEWSKI; LENTSCK (2016)¹⁸ mostra que o acompanhamento do pré natal não é um método suficiente para determinar uma DPP. Tendo como achado neste estudo 100% de adesão ao pré natal e uma taxa de prevalência de 36,8% de risco para o desenvolvimento da depressão pós parto.

Mediante a pesquisa nota-se a prevalência de abuso sexual como um fator importante para o desenvolvimento de DPP, mesmo não tendo achados significativos, 2 das 3 participantes que sofreram abuso desenvolveram risco para depressão pós parto, após verificado com a aplicação da escala de Edimburgo. Com isso nota-se a importância da oferta do serviço clínico e psicológico a vítima de violência ou as com risco para desenvolvimento da DPP, sendo de suma importância um acompanhamento integral desde a concepção até o puerpério.

As limitações referem a dificuldade de acesso a essas mulheres devido ao fator epidemiológico vivenciado no momento pela pandemia do Covid-19, no qual o elo para a evolução da pesquisa foi através de contatos por meio eletrônico dos Enfermeiros junto com os Agentes Comunitários de Saúde das ESF onde efetuaram uma busca dessas mulheres que enquadraram nos critérios de inclusão compartilhando o link da pesquisa.

5 CONCLUSÃO

Ao desenvolver este estudo observamos uma quantidade elevada no número de prevalência de Depressão pós-parto, onde seus sinais e sintomas são diversos, podendo muitas vezes não serem explícitos para o profissional. Concluimos que, para que não se torne um problema de saúde pública, necessita-se da criação de políticas públicas que visem promover bem-estar físico e psicológico para mãe e para o seu filho, visto que esta condição pode estar trazendo prejuízos aos mesmos. A capacitação desses profissionais devem sempre que necessário ser atualizada, para que possam obter conhecimentos amplos sobre a Depressão Pós-Parto e identificarem de forma precoce os fatores que possam levar a tal diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção Básica , nº32: Atenção ao pré natal de baixo risco (recurso eletrônico). 1. ed. rev. Brasília -DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 American Psychiatric Association. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli. *et al.* Porto Alegre 5ed. Artmed, 2014.
3. Feitosa LO. Puerpério e suas vivências como um processo de transição à luz da teoria de Afaf Meleis. Universidade do Estado do Rio de Janeiro Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2016; 105 p. il.. Tese em Português | BDENF - Enfermagem | ID: biblio-906597 Biblioteca responsável: [.BR1366.1](#)
4. Bell A F. Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*, 2016; 39:112–123. doi: 10.1016/j.midw. 2016.04.014
5. Sherryl H. Goodman JG. Evidence-based interventions for depressed mothers and their young children. *Child Development*. 2017; 88(2): 368-377. DOI: 14.%940410.1111 / [cdev.12732](#) PMID: PMC5342914 NIHMSID: NIHMS838595 PMID: 1484281602
6. Lucci TK. Otta E. David VF. Chelini MOM. Maternal depression and offspring's cortisol concentrations in a Brazilian sample. *Revista Psicologia*, Porto Alegre n. 47, v. 2, p. 140-147, 2016. ISSN 1980-8623. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.23655>.
7. Theme Filha M M. Ayers S. Gama S G N D. Leal M D C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The birth in Brazil national research study, 2011/2012. *Journal Of Affective Disorders*, 2016 Apr; 194: 159-167. PMID: 26826865 DOI: ...[10.1016/j.jad.2016.01.020](#)
8. Tissot H. Favez N. Frascarolo F. Despland J N. Parenting behaviors as mediators between postpartum parental depressive symptoms and toddler's symptoms. *Frontiers in Psychology*, 2016 Dec; 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01912>
9. Almeida N M D C, Arrais A D R. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. *Conselho Federal de Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, 2016; 36(4): 847-863. DOI: 10.1590/1982-370300132014. Disponível em www.scielo.br/pcp
10. Temóteo M P. Gomes E D S. Pires L G. Silva M S A. Carvalho D S D. Fatores associados à depressão pós-parto e instrumento para o diagnóstico precoce. II Jornada de Iniciação científica/ IV Seminário Científico da FACIG, Manhuaçu- MG , 08-09 de Novembro de 2018.

11. Carvalho M T D. Benincasa M. Depressão pós-parto e afetos predominantes na gestação, parto e pós-parto. *Interação em Psicologia*, São Paulo. 2019; 02 (23). DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v23i02.57188>
12. Lima M D O P L. Tsunechiro M A. Bonadio I C B and Murata M. . Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta paul. enferm.* (online), São Paulo. 2017; 30 (1): 39-46. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700007>.
13. Arrais A D R. Araújo T C C F D . Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Psicologia, Saúde & Doenças*, n.18 v.3, p.828-845, Lisboa dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180316>
14. Santos M A R D. Goetz E R . Gustavo Pires. Fernandes H G S. Medeiros M. Melo N E B. *et al.* Perfil epidemiológico de puérperas com quadro de depressão pós-parto em unidades de saúde de um município da Serra Catarinense, SC. *Revista da AMRIGS*. Porto Alegre, n. 61 v.1, p.30-34, jan.-mar. 2017. Artigo em Português |LILACS | ID: biblio-849078 Biblioteca responsável: BR18.1 Localização: BR18.1
15. Santos D D. Gouveia M S S. Leite M B. Uso da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo no Brasil. Centro Universitário Tiradentes – UNIT. Alagoas, 2020. URI: <http://openrit.grupotiradentes.com:8080/xmlui/handle/set/3269>
16. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, nº 12, seção 1, p. 59, 2013.
17. Hartmann J M. Mendoza S R A. Almeida C J. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 2020 Out 27]; 33(9): e00094016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000905013&lng=pt. Epub 09-Out-2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00094016>.
18. BOSKA G A. WISNIEWSKI D. LENTSCK M H. Sintomas depressivos no período puerperal: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburgh. *J Nurs Health*. 2016;1(1):38-50. DOI: .61[HTTPS://DOI.ORG/10.15210/JONAH.V6I1.5525](https://doi.org/10.15210/JONAH.V6I1.5525)