

Depressão pós parto: uma revisão de literatura**Postpartum depression: a literature review**

DOI:10.34119/bjhrv3n4-069

Recebimento dos originais: 10/06/2020

Aceitação para publicação: 13/07/2020

Daniella Mattioli Pereira

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM.

Endereço: Rua Tonho do Nico, 56, Apto. 206, Nossa Senhora das Graças, Patos de Minas
MG, Brasil

E-mail: daniellamattioli2@gmail.com

Laís Moreira Borges AraújoDoutora em Promoção em Saúde pela Universidade de Franca – UNIFRAN e professora
do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM.²Endereço: Rua Major Gote, 808, Caiçaras, Patos de Minas, MG, Brasil.

E-mail: laismba@unipam.edu.br

RESUMO

O estudo trata de uma revisão bibliográfica que buscou-se identificar fatores associados à ocorrência de Depressão Pós-parto (DPP), fatores de risco, manifestações clínicas, diagnóstico e seu tratamento. O puerpério é uma fase de profundas alterações para a mulher, tanto no âmbito psicológico, físico quanto social. A sua etiologia é determinada por uma combinação de fatores, sendo uma síndrome psiquiátrica importante que traz consequências significativas na relação mãe-filho. Além disso, a DPP é uma doença subdiagnosticada acarretando efeitos devastadores para a família. Fatores como depressão anterior, tristeza no último trimestre da gravidez e histórico de depressão na família podem ser associados ao maior risco para depressão. Dessa forma, em prol da futura organização de estratégias de saúde para buscar melhor rastreamento e/ou diagnóstico para garantir melhor qualidade de vida para as puérperas e família.

Palavras-Chave: Saúde da Família; Apoio Social; Diagnóstico.**ABSTRACT**

The study is a literature review that sought to identify factors associated with the occurrence of postpartum depression (PPD), risk factors, clinical manifestations, diagnosis and its treatment. The puerperium is a phase of profound changes for women, both psychologically, physically and socially. Its etiology is determined by a combination of factors, being an important psychiatric syndrome that has significant consequences in the mother-child relationship. In addition, PPD is an underdiagnosed disease causing devastating effects for the family. Factors such as previous depression, sadness in the last trimester of pregnancy, and a history of depression in the family may be associated with increased risk for depression. Thus, in favor of the future organization of health strategies to seek better screening and/or diagnosis to ensure better quality of life for postpartum women and families.

Keywords: Family Health; Social Support; Diagnosis, diagnosis.

1 INTRODUÇÃO

O puerpério, período de seis a oito semanas após o parto, pode ser dividido em imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia). Nesse período ocorrem modificações externas e internas, tratando-se de um período de grandes alterações na vida da mulher, no âmbito social, psicológico e físico, aumentando assim o aparecimento de transtornos psiquiátricos (VIEIRA et al., 2010).

A DPP é um transtorno psiquiátrico de alta prevalência que promove alterações cognitivas, emocionais comportamentais e físicas com várias repercussões negativas sobre a paciente, a criança e as relações familiares surgindo na maioria das vezes, às duas semanas após o parto, podendo durar vários anos e estando relacionada a um aumento no risco de outros quadros depressivos recorrentes. O impacto sobre a criança também é significativo, pois a doença limita a habilidade da mãe de responder à demanda envolvida nos cuidados e sua capacidade de engajamento positivo e contato emocional com o bebê, além de promover um desgaste progressivo na relação com os familiares (BRASIL, 2011a).

Diante do exposto justificou-se o desenvolvimento do trabalho por objetivo de estudar e identificar fatores associados à ocorrência de DPP, suas complicações para melhor abordagem do paciente e melhor tratamento.

2 METODOLOGIA

Os dados aqui apresentados foram selecionados através de um levantamento bibliográfico, em diferentes plataformas de pesquisas como SCIELO, MEDLINE, Lilacs e Biblioteca Virtual em Saúde, sobre os temas relacionados à DPP, seus fatores de risco e manifestações clínicas de modo a permitir a visibilidade aos profissionais da saúde, psicólogos e sociedade em geral para o sofrimento psíquico que alcança as mulheres durante sua fase reprodutiva.

O período do levantamento bibliográfico ocorreu de janeiro de 2018 até o final de 2019, e foi montado um acervo bibliográfico com livros e artigos científicos.

Os artigos-base utilizados correspondem aos anos de 1999 a 2018, de diferentes revistas e autorias, nas áreas de enfermagem, psicologia e medicina, onde apenas aqueles mais relevantes foram analisados. Após isso, foram analisados os aspectos detalhados sobre a DPP incluindo a definição, fatores de risco, estratégias psicossociais e a prevenção.

3 RESULTADOS

Foram encontrados 34 artigos, desses 10 artigos serão utilizados e 24 não serão por causa dos critérios de exclusão.

O período do levantamento bibliográfico ocorreu no primeiro semestre de 2018 (janeiro) até o final de 2019, e foi montado um acervo bibliográfico com livros e artigos científicos, totalizando 34 trabalhos consultados, conforme pode ser observado pela Tabela 1.

Tabela 1 – Relação dos trabalhos acadêmicos utilizados nesta revisão de literatura.

Autor	Ano de Publicação	Revista/Editora
Romito, Saurel-Cubizolles e Lelong (1999)	1999	Social Science & Medicine
Nielsen et al. (2000)	2000	BJOG
Andrade et al. (2004)	2004	Artmed
Piccinini et al. (2004)	2004	Psicologia: Teoria e Pesquisa
Cruz et al. (2005)	2005	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
Zinga, Phillips e Bor (2005)	2005	Brazilian Journal of Psychiatric
Tessari (2006)	2006	Universidade de Campinas
OMS (2007)	2007	Organização Mundial da Saúde
Shimizu e Lima (2009)	2009	Revista Brasileira de Enfermagem
Azevedo e Costa (2010)	2010	Interface – Comunicação, Saúde, Educação
Gomes e Torquato (2010)	2010	Revista RENE
Silva et al. (2010)	2010	Acta Paulista de Enfermagem
Vieira et al. (2010)	2010	Revista Enfermagem
Brasil (2011a)	2011	Diário Oficial da União
Brasil (2011b)	2011	Diário Oficial da União
Konradt et al. (2011)	2011	Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul

Autor	Ano de Publicação	Revista/Editora
Schardosim e Heldt (2011)	2011	Revista Gaúcha de Enfermagem
Cunha et al. (2012)	2012	Saúde e Pesquisa
Husain et al. (2012)	2012	Journal of Affective Disorders
Melo Jr. et al. (2012)	2012	Journal of Affective Disorders
Menezes et al. (2012)	2012	Revista Saúde
Silva et al. (2012)	2012	Revista Brasileira de Psiquiatria
Aceves et al. (2013)	2013	Atención Familiar
Phipps et al. (2013)	2013	American Journal of Obstetrics and Gynecology
ABP (2014)	2014	Artmed
Arrais, Mourão e Fragalle (2014)	2014	Saúde e Sociedade
Moleiro et al. (2014)	2014	Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología
Bauer et al. (2016)	2016	Journal of Affective Disorders
Rezende e Monteiro (2016)	2016	Guanabara Koogan
Stewart e Vigod (2016)	2016	The New England Journal of Medicine
Zugaib (2016)	2016	Manole
Krob et al. (2017)	2017	Revista Psicologia e Saúde
Arrais, Araújo e Schiavo (2018)	2018	Psicologia: Ciência e Profissão
Silva e Souza (2018)	2018	Revista AMazôniza

Os artigos-base utilizados correspondem aos anos de 1999 a 2018, de diferentes revistas e autorias, nas áreas de enfermagem, psicologia e medicina, onde apenas aqueles mais relevantes foram analisados. Após isso, foram analisados os aspectos detalhados sobre a depressão pós parto incluindo a definição, fatores de risco, estratégias psicossociais e a prevenção.

4 DISCUSSÃO

Apresenta-se a seguir a revisão de literatura proposta e, para melhor compreensão do assunto, optou-se por separar em temas.

4.1 DEFINIÇÃO E SINTOMAS:

Puerpério, sobre parto ou pós-parto, é um período cronologicamente variável, de definição imprecisa, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna após o parto. Registra-se a ocorrência de importantes modificações gerais, que perduram até o retorno do organismo às condições vigentes antes da gravidez. A relevância e a extensão desses processos são proporcionais à importância das transformações gestativas experimentadas e diretamente subordinadas à duração da gravidez (MENEZES et al., 2012).

Em geral, a involução puerperal completa-se no prazo de seis semanas e o período que se sucede ao parto pode ser dividido em: pós-parto imediato (do 1° ao 10° dia); pós-parto tardio (do 10° ao 45° dia); e pós-parto remoto (além do 45° dia) (REZENDE; MONTENEGRO, 2016).

A DPP é um transtorno psiquiátrico com várias repercussões negativas sobre a paciente, a criança e as relações familiares, podendo durar vários anos estando relacionada ao aumento de risco de outros quadros depressivos recorrentes. O impacto sobre a criança também é significativo, pois a doença limita a habilidade da mãe de responder à demanda envolvida nos cuidados e sua capacidade de engajamento positivo e contato emocional com o bebê (NIELSEN et al., 2000).

Segundo Zugaib (2016), a depressão comum em mulheres não grávidas tem a incidência semelhante a DPP, no entanto, o início de novos casos é maior nas cinco semanas de puerpério. É relevante também os antecedentes de depressão levando em conta tanto o histórico antes da gestação do parto ou do puerpério.

Existem três categorias de depressão: 1) o baby blues, que é a forma mais branda da depressão pós-parto; 2) a depressão puerperal e 3) as psicoses puerperais, caracterizadas por delírios, alucinações, transtornos cognitivos, hiperatividade, ideação de suicídio e/ou infanticídio. Os sintomas mais comuns são desânimo persistente, sentimento de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, redução do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas (SILVA e SOUZA, 2018).

Segundo Zugaib (2016) os sintomas da depressão puerperal, em geral, costumam manifestar-se até 30 dias após o parto e incluem alterações somáticas, como distúrbios do sono, da energia, do apetite, do peso, da função gastrointestinal e da libido. Sintomas adicionais que podem aparecer consistem em ansiedade extrema (ataques de pânico), irritabilidade, raiva, sentimento de culpa e incapacidade de cuidar do recém-nascido.

4.2 FATORES DE RISCO:

Por ser multifatorial, não é possível identificar a sua etiologia, no entanto, existem fatores de risco que evidenciam forte correlação com essa psicopatologia, dentre estes o histórico de sintomas depressivos (antes ou durante a gravidez), transtornos afetivos, depressão pré-natal, dificuldades ao engravidar, na gestação e/ou no parto ou ser sua primeira gravidez, a vivência de perdas, o nascimento de bebês com anomalias, dificuldades conjugais e a falta de apoio social (SILVA e SOUZA, 2018).

Dentre os históricos, inclui o psiquiátrico de transtornos de humor ou ansiedade, inclusive síndrome pré-menstrual ou abuso sexual; e histórico familiar de transtorno psiquiátrico, inclusive alcoolismo, DPP ou psicose pós-parto (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

Outros fatores de risco estão envolvidos com o desenvolvimento da DPP. Entre os principais, são citados: mães com idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, estado civil de solteira ou divorciada, desemprego (puérpera ou seu cônjuge) e ausência ou insuficiência de suporte social ou emocional. Inclui-se ainda, nesta lista, a personalidade desorganizada, a espera de um bebê do sexo oposto ao desejado, as relações afetivas insatisfatórias e os abortamentos espontâneos ou de repetição (GOMES; TORQUATO, 2010).

Esta síndrome pode ser desencadeada pelo fato de que a gravidez, o parto e o período pós-parto são marcados por acentuadas mudanças no relacionamento conjugal, nos papéis familiares e sociais e nas rotinas diárias dos membros da família (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Pode contribuir, também, para o quadro depressivo, as expectativas irreais das mulheres em relação a estes momentos de suas vidas, a gestação pode tanto desencadear uma anormalidade emocional para as gestantes como estabelecer um potencial de adaptação e resolução de conflitos (KROB et al., 2017).

O modo como a mulher lida com estas alterações do período gestacional deverá influenciar intensamente a relação futura com a criança (PICCININI et al., 2004).

4.3 DIAGNÓSTICO:

Segundo o DSM-5 (2014), o quadro de depressão se caracteriza por no mínimo 14 dias, nos quais o paciente deve apresentar pelo menos cinco dos seguintes sintomas: perda do interesse/prazer nas atividades na maior parte do tempo; humor deprimido na maior parte do tempo; frequente pensamento sobre morte e/ou ideação suicida; alteração no peso corpora (sem dieta específica); indecisão, dificuldade de concentração ou com o pensamento; alteração do sono; sentimento de culpa ou inutilidade; alterações psicomotoras (aumento ou diminuição); diminuição da energia ou aumento da fadiga.

O DSM-5 (2014) cita também a necessidade de um dos sintomas ser o humor deprimido ou a perda de interesse/prazer. A presença de características psicóticas ou o quadro no periparto pode haver risco ao neonato.

No entanto, há autores que afirmam não existir parâmetros fisiológicos para avaliar as manifestações clínicas da Depressão Puerperal., porém, afirmam a importância das escalas de avaliação psicométricas servindo como ferramentas utilizadas para mensurar e caracterizar os sintomas, mesmo não podendo ser consideradas como critério de diagnóstico (AZEVEDO e COSTA, 2010).

Existem várias escalas de rastreamento de depressão geral, validadas e publicadas em diversos idiomas: as de autoavaliação; as aplicadas por observadores; as de avaliação global; e as mistas (SCHARDOSIM e HELDT, 2011).

Dentre os diversos parâmetros de rastreamento dos sintomas, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) é o parâmetro mais utilizado para realizar o rastreamento de sintomas depressivos que se manifestam no pós-parto, sendo autoaplicável. Por ser uma escala autoaplicável, constando de 10 itens e medindo a presença e a intensidade de sintomas depressivos sentidos nos últimos sete dias, sua aplicação se torna facilidade visto que o procedimento de avaliação é de maneira rápida e simples, podendo ser utilizada por profissionais da área de saúde não médicos (MENEZES et al., 2012).

-
1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.
 2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.
 3. Eu tenho me sentido culpada sem necessidade quando as coisas saem erradas.
 4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.
 5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.
 6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.
 7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.
 8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.
 9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.
 10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.
-

Fonte: Adaptado de RBP, v. 32, n. 3, set. 2010.

4.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Como principais causas de diagnóstico diferencial, pode-se citar as alterações comuns do puerpério, onde estão presentes alterações do apetite, energia e sono. Blues puerperal, com presença de sintomas autolimitados, que se resolvem cerca de duas semanas após o parto. Distúrbios da tireoide, anemia e delirium também são citados (ANDRADE et al., 2004).

4.5 PREVENÇÕES:

Seguindo o conceito de prevenção precoce da DPP, é imprescindível que o médico estabeleça uma adequada relação profissional/paciente, que o auxilie a identificar as mulheres com fatores de risco, durante o acompanhamento pré-natal. Neste período, eventuais conflitos quanto à maternidade e situações psicossociais adversas podem ser resolvidos. Desta forma, o profissional de saúde tem a chance de atuar na perspectiva de prevenção e promoção da saúde, revestindo sua conduta de potencial para mudar a alta prevalência e o impacto social desse transtorno (SHIMIZU e LIMA, 2009).

A prevenção precoce da depressão pode ser realizada por meio de intervenções conjuntas durante a gravidez, minimizando o risco de as mães desenvolverem DPP e prevenindo os graves problemas pessoais e familiares decorrentes desta síndrome (KONRADT et al., 2011).

O uso de abordagem terapêutica logo no início da gestação, a fim de diagnosticar possíveis fatores de risco da DPP e iniciar o tratamento precocemente. O terapeuta pode auxiliar, não somente a gestante, mas também as pessoas de seu convívio, possibilitando o planejamento de estratégias apropriadas acerca desta nova realidade vivida pela família (CUNHA et al, 2012).

4.6 TRATAMENTO:

É essencial que a abordagem seja multidisciplinar levando em conta a gravidade da doença. Em quadros leves a moderados devem-se iniciar a psicoterapia, com enfoque em técnicas cognitivo-comportamentais, pode-se também técnicas de psicodinâmica e terapias em grupo tenham evidências. Caso a psicoterapia seja rejeitada pela paciente ou não obtiver melhora, deve-se optar pelos inibidores da receptação de serotonina (INRS) ou inibidores da receptação de serotonina e norepinefrina (ISRSN) Para casos graves geralmente requerem hospitalização quando há risco para o neonato, a escolha deve ser guiada por especialista (ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2018).

4.7 PLANEJAMENTO FAMILIAR:

O planejamento familiar é muito importante desde a preparação da gestação até o período pós parto. As orientações e a escolha adequada dos métodos contraceptivos previnem assim uma gestação não planejada e suas consequências (OMS, 2007).

Além disso, as medidas de planejamento familiar e o intervalo interpartal igual ou superior a dois anos, leva a um melhor relacionamento materno infantil e possibilita que a mulher se recupere em vários âmbitos para que esteja preparada a vivenciar uma nova gestação (OMS, 2007).

Cabe ressaltar a importância da Rede Cegonha, que garantem ações em busca de assistência humanizada desde o planejamento familiar, confirmação da gestação, pré-natal e puerpério, cobrindo até os dois primeiros anos da criança. Entre essas ações destacam-se a classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; Vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, e ao transporte seguro; Boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; Atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e Acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

A partir da revisão bibliográfica observou-se que a DPP acomete de 10 a 15% das puérperas e tem maior incidência da quarta a oitava semana pós parto, cursa com sintomatologia variada como irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desapego e desesperança, transtornos do sono e ansiedade, além dos sentimentos de incapacidade de lidar com as novas solicitações. Além disso, a DPP pode se manifestar com intensidade variável e pode interferir diretamente na relação mãe-filho e na relação social com a família, podendo causar prejuízo no desenvolvimento social e cognitivo da criança (SILVA, 2018).

A DPP está muito relacionada, principalmente, quando as puérperas em algum momento de sua gravidez desenvolvem algum grau de depressão ou transtornos leves que possam desencadear alguns dos sintomas da depressão (GAVIN et al., 2005; HUSAIN et al., 2012; MELO JR. et al., 2012; SILVA et al., 2012; ACEVES et al., 2013; BAUER, KNAPP e PARSONAGE, 2016; PHIPPS et al., 2016; STWEART e VIGOD, 2016).

Acredita-se que a detecção precoce dos fatores de risco, como gravidez não desejada, separação do casal durante a gestação, antecedentes psiquiátricos anteriores, grande número de filhos, dentre outros, é um fator importante para a prevenção da própria DPP melhorando o auxílio à mulher durante a gestação e puerpério.

Foi observado também que os fatores psicossociais que mais apresentam associação a DPP são os fatores de baixo suporte social vivido pelas mães, tristeza pós parto e ansiedade pré-natal. Além de que alguns autores considerarem a carga genética relevante.

Dessa forma, é importante a ação preventiva das equipes de saúde, preparados com psicólogos, tendo em vista a alta prevalência nos dias atuais aos quais exigem acompanhamento das mães tanto no pré-natal quanto no puerpério. Além do planejamento familiar, que auxilia precocemente para que a mulher se prepara para a gestação. Com isso, espera-se que a mulher tenha acesso à detecção precoce e seja realizado o tratamento adequado.

5 CONCLUSÃO

Observou-se que dentre os diversos trabalhos estudados, as taxas percentuais de pacientes que apresentaram DPP ainda não apresentam dados consensuais entre a comunidade científica, visto a dificuldade de se notificar e diagnosticar os casos de DPP em sua totalidade. Foi identificado que os dados variaram de acordo com diversos fatores internos e externos, sendo encontrado dados de 16,5% das 1.079 pacientes estudadas (SILVA et al., 2012). Em estudo conduzido por Aceves et al. (2013), foram estudadas 103

pacientes grávidas entre 12 e 39 anos, identificando que a DPP esteve presente em 75% das pacientes entre 12-19 anos; 74% das pacientes entre 20-29 anos; 65% entre 30-34 anos; e 31% entre 35-39 anos.

Já outros autores encontraram outros valores, podendo citar os trabalhos de Bauer, Knapp e Parsonage (2016) onde a DPP entre os 9 primeiros meses foram de 7,4% das pacientes estudadas; de 10% a 20% no estudo de Gavin et al. (2005); de 16,8% no estudo realizado por Husain et al. (2012); de 10,8% no trabalho de Melo Jr. et al. (2012); de 12,5% a 25% no trabalho de Phipps et al. (2013); de 16,5% de DPP no trabalho de Silva et al. (2012); e de 6,5% a 12,9% no trabalho de Stewart e Vigod (2016).

Evidencia-se que ainda necessitamos de mais trabalhos dentro da temática abordada, pois somente assim será possível termos abordagens eficazes ao tratamento da DPP, bem como também em diagnosticarmos a doença em seu estágio inicial, dando a devida atenção à paciente e tornando-se um agente significativo no bem-estar e na melhoria da qualidade de vida da paciente e de seu bebê.

REFERÊNCIAS

ACEVES, K. G. S.; UREÑA, B. E. C.; CONTRERAS, M. E. D; MAGAÑA, M. A. S.; ROMERO, M. A. R. Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. **Atención Familiar**, v. 20, p. 25-27. 2013. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30082-7](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30082-7). Acesso em 25 de junho de 2020.

ANDRADE, L. O. M. de et al. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGKIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 07, p. 88-99.

ARRAIS, A. da R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n., 1, p. 251-264. 2014.

ARRAIS, A. da R.; ARAÚJO, T. C. C. F. de; SCHIAVO, R. A. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n., 4, p. 711-729, 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V. American Psychiatric Association. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992 p.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010.

BAUER, A.; KNAPP, M.; PARSONAGE, M. Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, vol. 192, p. 83-90. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.005>. Acesso em 25 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o programa trabalhando com parteiras tradicionais e experiências exemplares. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011a. 90 p. Disponível em: http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/parto_nascimento_domiciliar_parteiras_impreso.pdf. Acesso em 25 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília-DF, n., 121, p. 109-111, 27 jun. 2011b.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, vol. 27, nº 4, p. 181-188. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032005000400004>. Acesso em 25 de junho de 2020.

CUNHA, A. B.; RICHEN, J. X.; LIMA, P.; Gil, S.; CYRINO, L. A. R. A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto. *Saúde e Pesquisa*, v. 05, 2012.

GOMES, L. A.; TORQUATO, V. S. et. al. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Rev. Rene*, v. 11, p. 117-123, 2010.

HUSAIN, N.; CRUICKSHANK, K.; HUSAIN, M.; KHAN, S.; TOMENSON, B.; RAHMAN, A. Social stress and depression during pregnancy and in the postnatal period in British Pakistani mother: A cohort study. *Journal of Affective Disorders*, vol. 140, p. 268-276. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.02.009>. Acesso em 25 de junho de 2020.

KONRADT, E. T; SILVA, R. A. da.; JANSEN, K. VIANNA, D. M.; QUEVEDO, L. de A.; SOUZA, L. D. de M.; OSES, J. P.; PINHEIRO, R. T. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 33, n., 2, p. 76-79. Epub July 29, 2011.

KROB, A. D.; GODOY, J. de.; LEITE, K. P.; GOTTARDO, S. Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto. *Rev. Psicol. Saúde*, v. 9, n. 3, p. 3-16, 2017.

MELO JR., E. F.; CECATTI, J. G.; PACAGNELLA, R. C.; LEITE, D. F. B.; VULCANI, D. E.; MAKUCH, M. Y. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *Journal of Affective Disorders*, vol. 136, p. 1204-1208. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.023>. Acesso em 25 de junho de 2020.

MENEZES, F. L.; PELLENZ, N. L. K.; LIMA, S. S.; SATURI, F. Depressão Puerperal, no âmbito da Saúde Pública. **Saúde (Santa Maria)**, v. 38, n. 2, p. 31-30, 2012.

MOLERO, K. L.; URDANETA, J. R. U.; ZAMBRANO, N. B.; BENÍTEZ, A. C.; QUEIROZ, E. A.; ROMERO, N. B. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, vol. 79(4), p. 294-304. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000400008>. Acesso em 25 de junho de 2020.

NIELSEN, F. D.; VIDEBECH, P.; HEDEGAARD, M.; DALBY, S. J.; SECHER, N. J. Postpartum depression: identification of women at risk. **BJOG**, v. 107, p. 1210-1217, 2000.

OMS. Planejamento Familiar: Um Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde., 2007. 388 p.

PHIPPS, M. G.; RAKER, C. A.; WARE, C. F.; ZLOTNICK, C. Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in adolescent mothers. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 208, p. 192.e1-192.e6. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.12.036>. Acesso em 25 de junho de 2020.

PICCININI, C. A.; GOMES, A. G.; MOREIRA, L. E.; LOPES, R. S. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 3, p. 223-232, 2004.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. *Obstetrícia fundamental*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

ROMITO, P.; SAUREL-CUBIZOLLES, M.; LELONG, J. What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine*, vol. 49, p. 1651-1661. 1999. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00238-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00238-5). Acesso em 25 de junho de 2020.

SCHARDOSIM, J. M.; HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 159-166, 2011.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n., 3, p. 387-392, 2009.

SILVA, F. C. S.; ARAÚJO, T. M.; ARAÚJO, M. F. M.; CARVALHO, C. M. L.; CAETANO, J. A. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta Paulista de Enfermagem*, vol. 23(3), p. 411-416. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a16.pdf>. Acesso em 25 de junho de 2020.

SILVA, N. F.; SOUZA, D. C. O diagnóstico da depressão pós parto e o uso da hipnoterapia cognitiva no tratamento. **Revista AMAzônica**, v. 21, n. 1, p. 167-190. 2018.

SILVA, R.; JANSEN, K.; SOUZA, L.; QUEVEDO, L.; BARBOSA, L.; MORAES, I.; HORTA, B.; PINHEIRO, R. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort

study in the public health care system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 34, p. 143-148. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462012000200005>. Acesso em 25 de junho de 2020.

STWEART, D. E.; VIGOD, S. Postpartum Depression. *N Engl J Med*, vol. 375(22), p. 2177-2186. 2016. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMcp1607649>. Acesso em 25 de junho de 2020.

TESSARI, O. Depressão pós-parto. *Bolsa de Mulher*. 2006. 29 f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva e da Família) – Universidade de Campinas. Piracicaba, 2006. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?view=000903610>. Acesso em 25 de junho de 2020.

VIEIRA, F.; BACHION, M. M.; SALGE, A. K. M.; MUNARI, D. B. Diagnósticos de enfermagem na NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Revista Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 83-89. 2010.

ZINGA, D.; PHILLIPS, D. S.; BOR, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos prevenila? *Brazilian Journal of Psychiatric*, vol. 27, p. s56-s64. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/a05v27s2.pdf>. Acesso em 25 de junho de 2020.

ZUGAIB, M. *Obstetrícia* [3ª ed.]. BARUERI: Manole, 2016. 1329 p.