

INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL

Julia Pinheiro Machado¹

Secretaria Municipal de Saúde
juliapm12@gmail.com

Lúcio José Botelho²

Universidade Federal de Santa Catarina
lucio.botelho@ufsc.br

Hugo Alejandro Arce Iskenderian³

Universidade Federal de Santa Catarina
hugo.alejandro.arce@gmail.com

Amanda Martins⁴

Universidade Federal de Santa Catarina
martinsamandadasilvas@gmail.com

Resumo

A Depressão Pós-Parto (DPP) é uma condição clínica subdiagnosticada no puerpério, porém com grande impacto na saúde pública. O artigo tem como objetivo identificar a incidência de DPP e os fatores de risco associados nas mulheres cujo parto foi realizado no Hospital Universitário de Florianópolis, e descrever seu perfil socioeconômico. Trata-se de um estudo de corte. Foram usados dois parâmetros, um socioeconômico, psicossocial e obstétrico, e a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) nas 48 horas pós-parto. O último foi replicado seis semanas após. Foi interpretado como provável DPP escore na EPDS ≥ 11 . Foram utilizados os testes de Qui-quadrado para associação entre variáveis selecionadas como possíveis fatores de risco para DPP. A análise epidemiológica foi realizada a partir dos riscos absolutos e relativos. Resultados: 148 mulheres foram incluídas no estudo. A incidência de DPP nas 48 horas após o parto foi de 22,97%, e seis semanas após correspondeu a 31,5% da amostra. Os fatores de risco encontrados em ambos os momentos foram: diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico; hiperêmese gravídica na última gestação e relação perturbada como cônjuge. Os fatores de proteção comuns incluíram satisfação com o corpo e com a notícia da gravidez. O escore ≥ 11 na EPDS no pós-parto imediato foi associado como fator de risco para o desenvolvimento de DPP seis semanas após e para o risco de causar dano a si mesma. Conclui-se que a incidência elevada de DPP está relacionada com história pregressa e fatores sociais, demonstrando a importância da investigação precoce no período perinatal, para prevenção e tratamento adequado da mesma.

Palavras-chave: Depressão. Período pós-parto. Transtornos puerperais. Incidência. Fatores de risco.

¹ Médica de Família e Comunidade, residente em Gestão e Preceptoría pela Secretaria Municipal de Saúde.

² Médico epidemiologista e professor do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

³ Médico ginecologista e obstetra e professor do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

⁴ Graduada em Medicina na Universidade Federal de Santa Catarina.



INCIDENCE AND RISK FACTORS ASSOCIATED WITH POSTPARTUM DEPRESSION IN A UNIVERSITY HOSPITAL IN SOUTHERN BRAZIL

Abstract

Postpartum Depression (PPD) is an underdiagnosed clinical condition in the puerperium of great impact on public health. Objectives: To identify the incidence of PPD and associated risk factors in women who gave birth at the University Hospital of Florianópolis and describe their socioeconomic profile. Methods: A cross-sectional study. Two surveys were applied during the 48 hour postpartum period: the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and another to investigate socioeconomic, psychosocial and obstetric variables. The former was reapplied six weeks after. An EPDS score ≥ 11 was interpreted as probable PPD. Chi-square tests were used to identify associations between selected variables as possible risk factors for PPD. The epidemiological analysis was conducted based on the absolute and relative risks. Results: 148 women were included in this study. The incidence of PPD within the first 48 hours following childbirth was 22.97%. Six weeks after, it was 31.5% of the sample. Risk factors found in both moments were: previous diagnosis of psychiatric disorder, hyperemesis gravidarum during gestation and a difficult relationship with one's partner. Common protective factors were satisfaction with one's body and pregnancy. An EPDS score ≥ 11 immediately following childbirth was also associated as an important risk factor for the development of PPD six weeks after and for self-harm. Conclusion: The elevated incidence of PPD is related to social factors and to one's previous history, thus demonstrating the need for precursory investigation of depression in the perinatal period for adequate prevention and treatment.

Keywords: Depression. Postpartum period. Incidence. Risk factors. Puerperal disorders.

1 INTRODUÇÃO

A depressão é um problema de saúde pública global, sendo a sua prevalência no Brasil estimada em 5,8% da população nacional, correspondendo ao quinto país no ranking mundial. Além disso, trata-se da doença mais relacionada ao absenteísmo no mundo (WHO, 2017). Em todo o mundo, as mulheres são mais afetadas (WHO, 2017). A literatura científica sugere que o período gravídico-puerperal é a fase de maior ocorrência de transtornos mentais na mulher (BOTEGA; SILVA; NOMURA, 2017), pois estes períodos envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social que podem refletir diretamente na saúde mental (CAMACHO *et al.*, 2006).

Os transtornos afetivos pós-parto são geralmente divididos em três categorias: disforia no pós-parto (maternity blues), Depressão Pós-Parto (DPP) e psicose puerperal. A primeira consiste em sintomas depressivos leves e auto-limitados, que surgem cerca de 3 a 4 dias após o parto. Trata-se de uma condição que acomete até 80% das mulheres e prevê-se que, dessas, cerca de 20% desenvolverão DPP. A psicose puerperal trata-se da condição mais grave, porém também mais rara (STEWART *et al.*, 2003; GONIDAKIS, 2007; DIAGNOSTIC..., 2013). Já a DPP apresenta prevalência variável dentre as diferentes nações, conforme a metodologia utilizada e os diferentes aspectos culturais e econômicos das populações estudadas (RUSCHI *et al.*, 2007). A OMS prevê uma prevalência total de aproximadamente 10% em países desenvolvidos e que subiria para até 20% em países em desenvolvimento (STEWART *et al.*, 2003). Outros estudos apontam que esses números subestimam a realidade e que se trata de uma condição sub diagnosticada na clínica diária dos serviços de saúde (EVINS; GALVIN, 2000). Vale apontar que a sintomatologia da DPP não difere qualitativamente da depressão em outras fases da vida, podendo ser diagnosticada e tratada adequadamente na atenção básica (RUSCHI *et al.*, 2007).

Entretanto, há divergências diagnósticas e de definição sobre a Depressão Pós-Parto nos manuais oficiais que norteiam os profissionais e pesquisadores da área (BRUM, 2012). Na última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, a paciente deve satisfazer os critérios definidos como “Transtorno Depressivo Maior” no período definido como durante a gravidez ou até quatro semanas seguintes ao parto (DIAGNOSTIC..., 2013). Na Classificação Internacional de Doenças essa entidade tampouco é classificada como um diagnóstico à parte, e considera o puerpério se iniciar dentro de seis semanas após o parto (OMS, 2013).

Além dos manuais oficiais supracitados, diversos estudos apontam para a importância da definição conceitual da DPP e questionam os critérios temporais para o diagnóstico que – conforme literatura científica - poderia ser de três meses até dois anos após o parto (BRUM, 2012; SEGRE; DAVIS, 2013; COX, 2004). Essas divergências, associadas ao desconhecimento exato sobre a etiologia da depressão puerperal e o receio das mulheres à estigmatização sobre doenças psiquiátricas, dificultam o diagnóstico e a garantia de intervenções adequadas para essas pacientes (BOTEGA; SILVA; NOMURA, 2017; CAMACHO *et al.*, 2006; STEWART *et al.*, 2003). Todavia, diversas são as evidências de que a DPP não diagnosticada e não tratada pode trazer diversos prejuízos para a mãe e para o bebê. O infanticídio e o suicídio estão entre as complicações mais graves, mas a associação da DPP com comportamento pré-natal de risco; consequências negativas sobre o desfecho obstétrico e neonatal; prejuízo sobre o vínculo entre a mãe e o bebê; prejuízo cognitivo, afetivo e comportamental sobre a criança também estão descritos (BOTEGA; SILVA; NOMURA, 2017; CAMACHO *et al.*, 2006; RAHMAN *et al.*, 2008; STEWART *et al.*, 2003; RUSCHI *et al.*, 2007; EVINS; GALVIN, 2000; BRUM, 2012; CARVALHO *et al.*, 2011; RYAN; MILIS, 2005; RIGHETTI-VELTEMA *et al.*, 2002; SURKAN, 2002).

74

Alguns estudos nos Estados Unidos sugeriram que a DPP estaria entre as principais causas de mortalidade materna, podendo superar hemorragia e hipertensão (HOFFMAN; WISNER, 2017; JOHNSON, 2018; BRASIL, 2006). Estudos mais recentes sobre a mortalidade materna no Brasil também apontam o suicídio como uma causa relevante, provavelmente associada à DPP (JOHNSON, 2018; BRASIL, 2006). Neste contexto, o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia recomenda, desde 2015, que toda mulher nos Estados Unidos seja rastreada para DPP, pelo menos uma vez, durante o pré-natal e puerpério (SCREENING..., 2010). Para o rastreamento, existem algumas escalas desenhadas especificamente para a Depressão Pós-Parto. Traduzida para o português e validada no Brasil, destaca-se a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS). Trata-se de um questionário de auto registro que contém 10 questões de sintomas comuns de depressão referentes a como a mãe está se sentindo nos últimos 7 dias. Essa escala pode ser aplicada em menos de cinco minutos e o formato de resposta é do tipo Likert (CAMACHO *et al.*, 2006; SANTOS, *et al.*, 2007).

Os itens da EPDS cobrem sintomas psíquicos, fisiológicos e de alterações do comportamento. A somatória dos pontos é 30, sendo considerado positivo para sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 11 - como definido na validação da escala em uma amostra brasileira (RUSCHI *et al.*, 2007). A sensibilidade da EPDS como instrumento

diagnóstico de DPP varia de 59 a 100% e a especificidade de 49 a 100% (SCREENING..., 2010). Em estudos brasileiros apresentou valores de 94% e 85% para os respectivos parâmetros (CAMACHO *et al.* 2006). No Brasil, mesmo que o rastreamento não seja recomendado pelo Ministério da Saúde ou pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (JOHNSON, 2018; BRASIL, 2006), a grande demanda associada à baixa disponibilidade de tempo tornam esses instrumentos como alternativas de grande valia. Afinal, se trata de um instrumento de baixo custo, autoaplicável e de fácil utilização por profissionais que não são da área de saúde mental. Essas características viabilizam o seu uso na atenção primária (CAMACHO *et al.*, 2006; RUSCHI *et al.*, 2007; BUIST, 2002). Há estudos ainda que indicam que a possibilidade de detecção de DPP com escalas como o EPDS seria significativamente maior que a detecção espontânea durante avaliações clínicas de rotina por médicos de família, obstetras e pediatras (SANTOS *et al.* 2004) durante pré-natale/oupuerpério(CAMACHO *et al.*, 2006; SANTOS *et al.*, 2007; FERGERSON; JAMIESON, LINDAY, 2002).

Quanto aos fatores de risco associados, diferentes estudos e meta-análises apontam diversos fatores obstétricos, socioeconômicos ou psicossociais, havendo maior concordância entre países com situações semelhantes de desenvolvimento(CAMACHO *et al.*, 2006 (CAMACHO *et al.*, 2006; STWART *et al.* 2003; RUSCHI *et al.*, 2007;RYAN; MILIS, MIRSI, 2005; FEDERAÇÃO..., 2018; SCREENING..., 2010; NORHAYATI *et al.*, 2015; NORHAYATI, 2015; BENER, 2013; CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005; SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005; LIU *et al.*, 2017; PEREIRA; LOVISI, 2008; YOUN *et al.*, 2017; MORAES *et al.* 2006). Apesar de se tratar de um quadro clínico bem descrito na literatura, cujas complicações têm grande relevância no âmbito da saúde pública, poucos trabalhos são publicados acerca da depressão pós-parto- o que possivelmente reflete a negligência em relação ao assunto na formação médica sobre a saúde da mulher.

Sendo assim, entende-se que a identificação dos fatores de risco mais fortemente associados a uma condição clínica sub diagnosticada no puerpério, como a Depressão Pós-Parto, permite que os profissionais de saúde otimizem o reconhecimento e devido tratamento dessa desordem. Essa possibilidade pode se traduzir em redução dos índices de óbito materno associado ao suicídio e de mortalidade infantil associado ao infanticídio, assim como a redução de problemas de desenvolvimento infantil associados a problemas mentais maternos. A dinâmica do problema, quer em sua magnitude, quer na sua transcendência e vulnerabilidade exigem uma abordagem de saúde coletiva, com equipes multidisciplinares. O estudo em questão apresentou como objetivo a identificação da incidência de Depressão Pós-

Parto no pós parto imediato e seis semanas após, e os fatores de risco associados nas mulheres cujo parto foi realizado no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU - UFSC) de outubro de 2018 a junho de 2019.

2 MÉTODO

A metodologia aplicada na pesquisa está descrita nos tópicos seguintes.

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de corte, realizado no município de Florianópolis e que contou com a participação de 150 mulheres, cujo parto foi realizado na maternidade do HU - UFSC. Essas mulheres foram convidadas a participar do estudo ainda no hospital, nas primeiras 48 horas de pós-parto imediato. Uma vez obtidos os termos de consentimento assinados, dois questionários validados interna e externamente foram aplicados por dois investigadores treinados e calibrados. Um questionário investigou dados socioeconômicos, psicossociais e obstétricos que foram preenchidos por entrevista e /ou pesquisa em prontuário. O segundo caracterizou a presença de sintomas depressivos e provável diagnóstico de depressão perinatal através da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) na versão de 10 itens.

Decorrido seis semanas da data do parto, o EPDS foi aplicado novamente, porém através de formulário virtual junto à investigação de dados passíveis de mudança entre os períodos de gravidez e puerpério. Neste segundo momento, houve uma perda de 75 mulheres (50,68% da amostra), em que 2 não responderam aos questionários de forma adequada para inclusão dos dados no estudo e 73 mulheres não responderam à tentativa de contato por parte das pesquisadoras.

2.2 CÁLCULO DA AMOSTRA

Conforme estudo prévio realizado com a informatização dos dados do Parto e Nascimento do Centro Obstétrico do HU-UFSC, a média denascidos vivos em um ano é 2300. Os dados do presente estudo foram coletados em um período de oito meses de outubro de 2018 a junho de 2019. Considerando o número de nascidos vivos de 1600 no período, o tamanho de amostra necessário para um intervalo de confiança de 95% com prevalência de depressão pós-parto de aproximadamente 15% é de 150 mulheres. Este cálculo foi realizado

pelo software statcalc do Epiinfo®, Versão 7.2. Foram excluídas as pacientes internadas no Alojamento Conjunto por outros motivos que não pós-parto ou cujos nascidos vivos faleceram no período de até 6 semanas de vida. Duas pacientes foram excluídas do estudo, devido falecimento do filho/a nas primeiras 6 semanas de vida.

A interpretação do escore obtido pelo EPDS foi realizada da seguinte forma (CAMACHO *et al.*, 2006; SANTOS *et al.* 2007):

Escore no EPDS	Interpretação
Abaixo de 11	Improvável Depressão Pós-Parto
Acima ou igual a 11	Provável Depressão Pós-Parto
Positivo para itens 1, 2 e 3 da questão 10	Risco de causar dano a si mesmo

O ponto de corte em 11 é o recomendado para o maior valor preditivo positivo em amostra brasileira (CAMACHO *et al.*, 2006).

Análise e estatística: Foram utilizados os testes de Qui-quadrado (χ^2) para associação entre variáveis selecionadas como possíveis fatores de risco para depressão pós-parto. A análise epidemiológica foi realizada a partir dos riscos absolutos e relativos. A variável de desfecho foi a presença ou ausência de DPP, e as variáveis independentes foram organizadas em idade (faixa etária); paridade; presença de sinais e sintomas de depressão anterior e demais possíveis fatores de risco analisados. Os testes paramétricos foram: a curva de Gauss com o desvio padrão e t de Student para as variações paramétricas; Mann-Whitney e Cox para variações não paramétricas; e o Qui-Quadrado (χ^2) quando as variáveis forem categóricas.

Conflitos éticos: A autora deste trabalho declara não possuir conflitos de interesse. O projeto foi aprovado pelo CEP/ CONEP da Plataforma Brasil sob o número 01061218.4.0000.0121.

3 RESULTADOS

A população do estudo foi composta por 148 mulheres. A idade dessas mulheres no primeiro momento da coleta variou de 16 a 42 anos, sendo a média de idade de 28,14 anos (DP 5,89). A maioria era de etnia branca (57,25%), tinha idade entre 21 e 30 anos (52,17%),

renda familiar de 1 a 3 salários mínimos⁵ (41,22%) e escolaridade até o ensino médio (53,38%). Quanto ao vínculo empregatício, metade da população (50%) alegou possuir emprego no momento da entrevista, porém a maioria da população não possuía carteira assinada (56,76%). Em termos de moradia, a maioria vivia em ambiente urbano (88,51%), em casa alugada (53,38%) e com 1 a 3 pessoas (62,84%). Quanto à paridade, a maioria das mulheres eram multíparas (60,81%), realizaram último parto por via vaginal (53,74%) e último nascimento foi de recém-nascidos com idade gestacional a termo, ou seja, entre 37 (inclusive) e 42 (exclusive) semanas (82,43%). A maior parte das gravidezes não foram planejadas (64,19%).

Quanto à incidência de provável depressão pós-parto no pós-parto imediato, 34 mulheres apresentaram escore acima ou igual a 11 conforme a EPDS, representando 22,97% da amostra. Dessas, 9 mulheres (26,47%) responderam positivo para os itens 1, 2 e 3 da questão 10, apresentando risco de causar dano a si mesma.

O escore médio entre as mulheres que apresentaram valor positivo para provável depressão pós-parto no primeiro momento de coleta foi 13,77 com DP 3,5 e entre as mulheres com improvável depressão pós-parto foi 5,14 com DP 2,78 (t-student 108, p <0,005), demonstrando estatisticamente a diferença entre o escore médio de ambos os grupos.

No segundo momento de aplicação da EPDS, seis semanas após o parto, o número de mulheres que apresentaram escore acima ou igual a 11 foi de 23, representando 31,5% da amostra. Dessas, 7 mulheres (30,43%) responderam positivo para os itens 1, 2 e 3 da questão 10, apresentando risco de causar dano a si mesma.

O escore médio entre as mulheres que apresentaram valor positivo para provável depressão pós-parto no segundo momento de coleta foi 12,05 com DP 5,52 e entre as mulheres com improvável depressão pós-parto foi 8,12 com DP 5,12 (t-student 7,2, p <0,005), demonstrando estatisticamente a diferença entre o escore médio de ambos os grupos.

Dentre os possíveis fatores de risco associados à provável depressão pós parto, nas primeiras 48 horas, houve associação estatisticamente significativa com diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico (p=0,001); histórico familiar de transtorno psiquiátrico (p=0,02); histórico de hiperêmese gravídica na última gestação (p=0,02); ter vivido alguma experiência traumática na última gestação (p=0,003); relação perturbada com o cônjuge (p=0,0001) e sentir-se sozinha (p=0,00108). Como fatores protetores, houve associação

⁵ Valor do salário mínimo correspondente à data da coleta de dados, em 2018. (954 a 2862) B2 A C2 (IBGE)

estatisticamente significativa com satisfação com o corpo ($p=0,014$); ajuda do marido para cuidar do filho/a ($p=0,0027$) e sentir-se feliz com a notícia da gravidez ($p=0,0013$).

Dentre os possíveis fatores de risco associados à provável depressão pós-parto no segundo momento do estudo, 6 semanas após o parto, houve associação significativa com escolaridade até o ensino médio ($p=0,0093$); diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico ($p=0,04$); histórico de hiperêmese gravídica na última gestação ($p=0,049$); relação perturbada com o cônjuge ($p=0,00259$) e escore do EPDS acima ou igual a 11 nas primeiras 48 horas após o parto ($p=0,00981$). Como fatores protetores, houve associação significativa com satisfação com o corpo ($p=0,005$); ajuda do marido para cuidar do filho/a ($p=0,0728$) e sentir-se feliz com a notícia da gravidez ($p=0,006$). O risco relativo associado a essas variáveis está apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Incidência e risco relativo associado aos fatores de risco e de proteção estatisticamente significativos para provável depressão seis semanas após o parto.

Variável	Provável DPP (Escore da EPDS ≥ 11)		Improvável DPP (Escore na EPDS < 11)		Total		Valor de p	RR (IC 95%)
	N	%	N	%	N	%		
FATORES DE RISCO								
Escolaridade							$p = 0,0073$	
Ensino Fundamental	4	16,67	2	4,08	6	7,69		
Ensino Médio	16	66,67	22	44,90	38	53,85		4,125
Ensino Superior e Especialização	4	16,67	25	51,02	29	38,46		
Total	24	100	49	100	73	100		
Diagnóstico prévio de Transtorno Psiquiátrico*							$p = 0,04$	
Possui	11	45,83	11	22,45	22	30,14		2,92
Não possui	13	54,17	38	77,55	51	69,86		
Total	24	100	49	100	73	100		
Histórico de hiperêmese gravídica na última gestação							$p = 0,049$	
Positivo	6	25	4	8,16	10	13,70		3,75
Negativo	18	75	45	91,84	63	86,30		
Total	24	100	49	100	73	100		

Tabela 1 - Incidência e risco relativo associado aos fatores de risco e de proteção estatisticamente significativos para provável depressão seis semanas após o parto (continuação)

Considera relação com o cônjuge perturbada							$p =$ 0,00259
Sim	4	18,18	4	8,51	8	11,59	6,09
Não	18	81,82	43	91,49	61	88,41	
Total	22	100	47	100	69	100	
Provável DPP até 48 horas após o parto							$p =$ 0.0098
Sim	10	41,67	7	14,29	17	23,29	4,28
Não	14	58,33	42	85,71	56	76,71	
Total	24	100,00	49	100,00	73	100,00	
FATORES PROTETORES							
Está satisfeita com o corpo 6 semanas após o parto							$p =$ 0,014
Sim	5	22,73	28	58,33	33	47,14	2,87
Não	17	77,27	20	41,67	37	52,86	
Total	22	100	48	100	70	100	
Ficou feliz com a gravidez							$p =$ 0,0013
Sim	16	66,67	45	91,84	61	83,56	4,15
Não	8	33,33	4	8,16	12	16,44	
Total	24	100	49	100	73	100	

Os resultados estão expressos em n = número absoluto e % = percentual.

RR = Risco Relativo

* Considera-se aqui transtornos psiquiátricos: Ansiedade; Depressão; Transtorno Afetivo Bipolar e/ou Esquizofrenia

** Considerou-se como eventos traumáticos durante a gestação: Morte de um familiar ou amigo; separação conjugal; perda de emprego e/ou violência doméstica. Nenhuma participante afirmou positivo para violência doméstica.

Em até 48 horas após o parto, o risco relativo das participantes cujo escore na EPDS foi ≥ 11 apresentarem uma resposta positiva para o risco de causar dano a si mesma foi 10,06. Seis semanas após o parto, este risco foi 14,9. Ou seja, no segundo momento do estudo este risco foi 1,48 vezes maior. Entretanto, o número baixo de mulheres que responderam positivo para o risco de causar dano a si mesma em ambos os momentos (tabela 2 e 3) não permitiram um valor de p estatisticamente significativo ($p \leq 0,05$). Da mesma forma, o aumento relativo na incidência de mulheres que apresentaram o risco de causar dano a si mesmas (quando comparado os dois momentos de coleta) exige elucidação sobre o motivo que levou à abstenção de 50% da amostra no segundo momento do estudo.

4 DISCUSSÃO

A amostra estudada incluiu 148 mulheres com perfil socioeconômico predominantemente jovem, na faixa etária de 21 a 30 anos (média de idade de 28 anos), brancas, com escolaridade até o ensino superior incompleto, moradoras de zona urbana e com renda familiar média correspondendo à classe social C e D (ABEP, 2018). Apesar de se tratar de um centro obstétrico num hospital de alta complexidade e referência estadual para o manejo de gestações de alto risco, a maioria das mulheres eram multíparas e pariram por via vaginal crianças a termo. Vale destacar que trata-se de um centro obstétrico exclusivamente público, financiado pelo SUS.

Embora o perfil socioeconômico aqui encontrado corresponda ao de amostras de outros estudos similares realizados em ambulatórios de ginecologia e obstetrícia ou em hospitais públicos e privados de diferentes regiões do Brasil (RUSCHI *et al.* 2007; SANTOS, 2007; MORAES, 2006; FIGUEIRA *et al.* 2009; LOPES, 2012), outros perfis também são relatados. Estudos similares realizados em unidades básicas de saúde da zona leste de São Paulo e de base populacional no interior do Rio Grande do Sul, apresentaram amostras majoritariamente de baixa renda, escolaridade até o ensino fundamental, idade média mais baixa e primíparas (CRUZ *et al.* 2005; HARTMANN; MENDONZA-SASSI; CESAR, 2017; HOLLIST, 2016). Possivelmente, essa diferença possa ser explicada pela familiaridade e utilização do hospital em questão pela população universitária, cujo grau de instrução e renda média familiar costumam ser mais altas do que da média populacional. Da mesma forma, essa diferença do perfil sócio demográfico entre populações estudadas na atenção primária e secundária pode ser reflexo da limitação de acesso ao serviço especializado por parte das populações de baixa renda.

A incidência de provável depressão pós-parto, em ambos os momentos do estudo, são similares aos demais levantamentos de incidência e prevalência de DPP no Brasil e outros países em desenvolvimento que utilizaram a EPDS como instrumento de rastreio, porém um pouco mais alta que a estimada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para países de baixa renda, que é de 19,8% (NORHAYATI, 2015; PEREIRA; LOVISI, 2007; LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011; ARRAIS; ROCHA, 2017; FIGUEIRA *et al.*, 2009). No estudo em questão, nas primeiras 48 horas após o parto, a EPDS foi aplicada por entrevistadores e a incidência de provável DPP foi de 22,97%. Seis semanas após o parto, a EPDS foi auto aplicada e a incidência encontrada de provável DPP correspondeu a 31,5% da amostra. No primeiro momento da coleta, os sintomas depressivos podem representar a

disforia pós parto (*maternity blues*), que, segundo a literatura, pode apresentar remissão espontâneanassemanasseguintes e, portanto, apresentaprevalência muito maior do que a depressão pós-parto (STEWART *et al.*, 2003; GONIDAKIS, 2007; AMERICAN..., 2013). Todavia, este estudo apresenta algumas limitações que podem justificar o maior percentual relativo de prováveldepressão seis semanas após o parto. A primeira delas é a redução importante do número de pacientes na segunda etapa. A segunda é a forma de aplicação do questionário neste segundo momento, em que a participação voluntária pode ter sido maior pelas mulheres que buscaram no questionário uma forma de manifestar seu desconforto. Por outro lado, há também a possibilidade de que houve uma perda de mulheres deprimidas e que carecem de rede de apoio, não podendo reservar tempo do seu dia para o preenchimento de um questionário. Vale ressaltar ainda que a nota de corte ≥ 11 para a EPDS apresenta alta especificidade, variando de 82 a 95,5% em diferentes estudos (CAMACHO *et al.*, 2006; FIGUEIRA *et al.* 2009) e, portanto, excluindo possivelmente sintomas leves mais predominantes no *maternity blues*. Somado a isso, há o fato de que um questionário aplicado pode levar muitas mulheres a não revelarem sintomas depressivos, pois têm receio da estigmatização em um momento no qual acreditam que, conforme as expectativas sociais, deveria ser de alegria (CAMACHO *et al.* 2006; MOURA *et al.* 2011).

82

A diferença estatisticamente significativa encontrada entre o escore médio na EPDS das pacientes classificadas como provável e improvável DPP em ambos os momentos deste estudo reforçam a validade do instrumento para o rastreo dessa condição específica do puerpério. Outros instrumentos de investigação diagnóstica de depressão maior podem confundir alguns sintomas somáticos com situações comuns do puerpério (RUSCHI, 2007). Este resultado é importante, pois apesar da depressão pós-parto se tratar de uma condição clínica cujas complicações estão bem descritas na literatura e têm grande relevância no âmbito de saúde pública, poucos trabalhos têm sido publicados acerca do tema (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011; MOREIRA, 2018; ARRAIS; ROCHA, 2017). Este pode ser um dos motivos pelo qual os transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério constituem entidades pouco abordadas na formação dos profissionais de saúde e sub diagnosticadas na prática médica, além de negligenciadas nos programas governamentais globais de prevenção e promoção de saúde mental (MOREIRA, 2018; OMS, 2017).

Quantos aos fatores de risco para o desenvolvimento de DPP estatisticamente significativos encontrados em ambos os momentos do estudo, destacaram-se: diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico; histórico de hiperêmese gravídica na última gestação e relação perturbada com o cônjuge. Estes fatores de risco coincidem com diversos outros

trabalhos semelhantes, realizados tanto no Brasil, quanto em países desenvolvidos como a Itália, Canadá e Estados Unidos – independente do tempo decorrido entre o parto e o diagnóstico de DPP (CAMACHO *et al.*, 2006; STEWART *et al.*, 2003; MOURA *et al.* 2011; RYAN; MILIS. MORSI, 2005; PALUMBO; MIREBELLA; GIGANTESCO, 2018; CRUZ *et al.*, 2005; SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005; PEREIRA; LOVISI, 2007; YOUN *et al.*, 2017; LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011; HOLLIST, 2016). Da mesma forma, uma revisão sistemática que incluiu 202 estudos de pelo menos 42 países ressalta o diagnóstico prévio de transtornopsiquiátrico e a relação marital perturbada como fatores de risco comuns e consensuais entre países desenvolvidos e em desenvolvimento (NORHAYATI, 2015).

Neste estudo, a percepção de uma relação perturbada com o cônjuge foi a variável com o maior risco relativo, de 8,58 e 6,09 no pós-parto imediato e seis semanas após, respectivamente. Este alto risco associado a essa variável, quando comparado aos demais possíveis fatores de risco para DPP, está de acordo com os resultados encontrados em estudos semelhantes no Brasil, Estados Unidos, Canadá, Itália, Tunísia e China (STEWART *et al.*, 2003; RYAN; MILIS, MIRSI, 2005; SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005; ARRAIS; ROCHA, 2017). Em estudo realizado com 99 mulheres do Rio Grande do Sul, o autor sugere que a relação maritalproblemáticanão só facilita a possibilidade do desenvolvimento de depressão pós-parto, como a DPP também tem um impacto no relacionamento conjugal, de forma transversal e longitudinal. O autor sugere que as mulheres brasileiras tradicionalmente se sentem mais responsáveis pelo relacionamento conjugal e se consideram as cuidadoras primárias da família, o que poderia reforçar a associação maior entre a satisfação conjugal e depressão em mulheres do que em homens (HOLLIST, 2016).

Já o históricoprévio de transtornopsiquiátricos como fator de risco importante para depressão pós-parto reforça a possibilidade de que, muitas vezes, a DPP representa a continuação da depressão iniciada na gestação (CAMACHO *et al.*, 2006). Estudos brasileiros que buscaram levantar a prevalência de depressão gestacional encontraram frequências similares às de depressão pós-parto em estudos realizados em países com o mesmo nível de desenvolvimento. Este dado está em consonância com a observação clínica já descrita na literatura de que muitas mulheres com depressão pós-parto já estariam deprimidas durante a gravidez; e que justificou a nova nomenclatura de depressão periparto adotada pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) desde 2014 (PEREIRA; LOVISI, 2007; ARRAIS; ROCHA, 2017). Esses números sugerem que se tratam de duas entidades sub diagnosticadas em nosso país e, portanto, pouco exploradas na assistência em saúde do pré-natal

e/oupuerpério. Neste estudo, considerou-se antecedentes psiquiátricos como diagnóstico prévio de: depressão; transtorno afetivo bipolar; esquizofrenia ou transtorno generalizado de ansiedade. Apesar de não explorado na pesquisa em questão, há descrito na literatura a associação estatística entre Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e depressão pós-parto, assim como entre esquizofrenia e complicações no parto e/ou o nascimento de crianças com malformações congênitas (4). Vale ressaltar ainda que algumas pesquisas similares brasileiras apontaram o pré-natal com abordagem psicológica como fator protetor significativo para a depressão pós-parto (ARRAIS; ROCHA, 2017). Assim, a identificação e intervenção precoce sobre os sintomaspsiquiátricos durante a gestação poderiam prevenir maus desfechos obstétricos e/ou complicações a posteriori.

Dentre os demais fatores de risco com associação estatística significativa encontrados neste estudo, para prováveldepressão pós parto nas primeiras 48 horas após o parto, destacam-se: história familiar de transtornospsiquiátricos (depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia e/ou transtorno generalizado de ansiedade); histórico de experiências traumáticas na última gestação (morte de um familiar ou amigo, separação conjugal, perda de emprego e/ou violência doméstica) e sentir-se sozinha. Mais uma vez estes fatores de risco coincidem com diversos outros trabalhos semelhantes, realizados tanto no Brasil, quanto em países de diferentes níveis de desenvolvimento (CAMACHO *et al.*, 2006; STEWART, *et al.* Ano;RYAN; MILIS; MIRSI, 2005; PALUMBO; MIREBELLA; GIGANTESCO, 2018; SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005; PEREIRA; LOVISI, 2007; LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011). Nenhuma participante respondeu positivo para violência doméstica, porém este dado pode estar refletindo uma limitação deste estudo, pois trata-se de uma informação que não é facilmente compartilhada e que foi contemplado no questionário que foi aplicado pelos entrevistadores.

No primeiro momento de coleta, houve um número maior de variáveis que, após análise estatística, apresentaram associação significativa com o risco de desenvolver depressão pós-parto do que no segundo momento. Essa diferença pode estar associada ao n amostral maior no primeiro momento, apesar de que as variáveis “história familiar de transtornospsiquiátricos, histórico de experiências traumáticas na última gestação e sentir-se sozinha” têm forte relação com os fatores de risco em comum dos dois momentos de coleta; pois a história familiar aumenta o risco de doenças mentais; a hiperêmese gravídica pode ser experienciada como algo traumático e relações conjugais problemáticas podem levar ao sentimento de solidão. Essas variáveis reforçam a necessidade de um pré-natal que contemple não apenas o estado fisiológico e biológico da gestante, como seus aspectos psicossociais e

familiares (MOURA; FERNANDES; FLAYDA, 2011; PEREIRA; LOVISI, 2007; ARRAIS; ROCHA, 2017; HARTMANN; MENDONZA-SASSI; CESAR, 2017).

Dentre as demais variáveis que nesse estudo apresentaram associação estatística significativa para o risco de desenvolver DPP seis semanas após o parto, destacam-se: escolaridade de ensino médio completo e escore ≥ 11 na EPDS até 48 horas após o parto. A escolaridade foi a única variável sócio demográfica que apresentou associação com provável depressão pós-parto. Da mesma forma, não houve associação entre a possibilidade de desenvolver DPP com algum dado obstétrico explorado. Esses resultados diferem de estudos semelhantes realizados na região sul do país, em que a menor escolaridade e a maior paridade estiveram associados aos escores acima de 11 na EPDS (RUSCHI *et al.* 2007; FIGUEIRA *et al.*, 2009). Esses dados conflitantes estão descritos tanto entre países de diferentes graus de desenvolvimento como entre países de mesmo grau, conforme revisão sistemática acerca do tema realizada com estudos de mais de 42 países (NORHAYATI *et al.*, 2015). A presença de um escore para a EPDS ≥ 11 nas primeiras 48 horas após o parto (possível *maternity blues*) como importante fator de risco para a probabilidade de DPP decorridas seis semanas, com risco relativo de 4,28, chama a atenção para a importância do rastreamento de sintomas psiquiátricos nas mulheres antes da alta da maternidade e/ou na sua primeira consulta de puerpério. Esse dado também reforça a possibilidade discutida anteriormente de que a DPP pode representar a continuação da depressão iniciada na gestação.

Já entre os fatores de proteção comuns para ambos os momentos de coleta deste estudo, destacam-se a satisfação da mulher com o próprio corpo e sentir-se feliz com a gestação, mesmo quando não planejada. Estes fatores de proteção concordam com os fatores de risco “imagem negativa do próprio corpo” e “atitude negativa frente à gravidez” encontrados em diversos estudos semelhantes de diferentes localidades no Brasil e de outros países com maior grau de desenvolvimento, como Canadá e Itália (CAMACHO *et al.*, 2006; STEWART, *et al.* 2003; MOURA *et al.* 2011; RYAN; MILIS; MIRSI, 2005; PALUMBO; MIREBELLA; GIGANTESCO, 2018; CRUZ *et al.* 2013; SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005). Poucos estudos publicados nas últimas décadas referem-se aos fatores de proteção, revelando o foco da literatura científica da área sobre o viés da doença, do risco, e não da prevenção. A importância da satisfação com o próprio corpo para a prevenção de depressão pós-parto reforça como a maternidade é marcada pelos estereótipos de gênero que permeiam as relações sociais da mulher (ARRAIS; ROCHA, 2017).

No primeiro momento de coleta, houve mais uma variável com associação significativa como fator de proteção ao desenvolvimento de depressão pós-parto: a presença

do marido para ajudar a cuidar do filho. Novamente, este fator de proteção pode ser equiparado ao fator de risco “falta de apoio do parceiro” ou “ausência de parceiro na criação do filho”, comumente encontrado em estudos semelhantes de diferentes localidades. Este dado também pode ser consequência de um fator de risco importante encontrado em ambos os momentos de coleta deste estudo: relação conjugal perturbada (CAMACHO *et al.*, 2006; STEWART, *et al.* 2003; MOURA *et al.* 2011; RYAN; MILIS; MIRSI, 2005; PALUMBO; MIREBELLA; GIGANTESCO, 2018; CRUZ *et al.* 2013; SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005; ARRAIS; ROCHA, 2017).

Por fim, nesse estudo houve associação significativa entre o escore da EPDS ≥ 11 com a resposta positiva para o risco de causar dano a si mesmo. O risco relativo associado já bastante alto de 13,2 nas primeiras 48 horas subiu para 19,35 após seis semanas. Considerando que a ACOG indica que o suicídio é umas das principais causas de mortalidade materna (podendo inclusive superar hemorragia e hipertensão - principais causas de óbito materno no Brasil), rastrear esse tipo de intenção entre as puérperas que manifestam sintomas depressivos é de extrema importância para a saúde pública (HOFFMAN; WISNER, 2017; JOHNSON, 2018; BRASIL 2006). Entretanto, há uma limitação no uso da EPDS manifestada no resultado desse trabalho que é a existência de 4 mulheres em todo o estudo que não obtiveram um escore positivo para provável depressão pós-parto, entretanto responderam positivo para o desejo e risco de causar dano a si mesmo (questão de número 10 na EPDS – Anexo I). Mesmo que no Brasil o rastreio não seja recomendado pelo MS ou pela FEBRASGO (BRASIL 2006; FEDERAÇÃO, 2018), a grande demanda associada à baixa disponibilidade de tempo tornam esse instrumento uma alternativa de baixo custo, autoaplicável e de fácil utilização por profissionais que não são da área de saúde mental (CAMACHO *et al.*, 2006; RUSCHI *et al.*, BUIST *et al.*).

5 CONCLUSÕES

1. A incidência de depressão pós-parto foi de 22,97% nas primeiras 48 horas, e 31,5% seis semanas após o parto.

2. Os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento de Depressão Pós-Parto em ambos os momentos de coleta do estudo foram: diagnóstico prévio de transtornopsiquiátrico; histórico de hiperêmese gravídica na última gestação; relação perturbada com o cônjuge. Os fatores de proteção comuns incluíram satisfação com o próprio corpo e sentir-se feliz com a gestação. Seis semanas após o parto houve ainda associação

significativa com escore ≥ 11 na EPDS no pós-parto imediato para o desenvolvimento de provável depressão pós-parto.

3. Das mulheres entrevistadas, a maioria eram jovens de 21 a 30 anos (média de idade de 28 anos), brancas, com escolaridade de ensino médio completo, moradoras de zona urbana e com renda familiar média correspondendo à classe social C e D. A maioria das mulheres eram multíparas e pariram por via vaginal crianças a termo.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSMTF *et al.* Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American psychiatric association, 2013.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 3, p. 828-845, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v18n3/v18n3a16.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2023

BENER, Abdulbari. Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, n. 3, p. 231-236, set. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2012-0821>. Acesso em: 06 jul. 2023.

BOTEGA N. J.; SILVA J. L.P.; NOMURA, M.L. Gravidez e puerpério. In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final. 2006.

BRUM, E. H. M. Depressão pós-parto: Divergências conceituais. **SAÚDE MENTAL EM FOCO DO CESUCA-ISSN 2316-3674**, v. 1, n. 1, 2012. Disponível em: <http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/saudementalemfoco/article/view/17>. Acesso em: 10 jul. 2023

BUIST, Anne E. *et al.* To screen or not to screen—that is the question in perinatal depression. **Medical Journal of Australia**, v. 177, p. S101-S105, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2002.tb04866.x>. Acesso em: 10 jul. 2023.

CAMACHO, Renata Sciorilli; CANTINELLI, Fábio Scaramboni; RIBEIRO, Carmen Sylvia; CANTILINO, Amaury; GONSALES, Bárbara Karina; BRAGUITTONI, Érika; RENNÓ JUNIOR, Joel. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Archives Of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832006000200009>. Acesso em: 07 jul. 2023.

COX, John. Postnatal mental disorder: towards ICD-11. **World Psychiatry**, v. 3, n. 2, p. 96, 2004. Disponível em: <http://europepmc.org/articles/PMC1414676>. Acesso em: 06 jul. 2023.

CRUZ, Eliane Bezerra da Silva; SIMÕES, Gláucia Lucena; FAISAL-CURY, Alexandre. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, v. 27, p. 181-188, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032005000400004>. Acesso em: 09 jul. 2023.

EVINS, Grace G.; THEOFRASTOUS, James P.; GALVIN, Shelley L. Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. **American Journal Of Obstetrics And Gynecology**, [S.L.], v. 182, n. 5, p. 1080-1082, maio 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1067/mob.2000.105409>. Acesso em: 07 jul. 2023.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA et al. Manual de Orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério. 2010. 2018. Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2023

FERGERSON, Sarah Smallwood; JAMIESON, Denise J.; LINDSAY, Michael. Diagnosing postpartum depression: can we do better?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 186, n. 5, p. 899-902, 2002.

FIGUEIRA, Patrícia *et al.* Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, p. 79-84, 2009 (Suppl 1). Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800012&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800012>. Acesso em: 08 jul. 2023.

GONIDAKIS, F. Maternity blues. **Psychiatrike= Psychiatriki**, v. 18, n. 2, p. 132-142, 2007.

HARTMANN, Juliana Mano; MENDOZA-SASSI, Raul Andrés; CESAR, Juraci Almeida. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cadernos de saude publica*, v. 33, p. e00094016, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00094016>. Acesso em: 03 jul. 2023

HOFFMAN, M. Camille; WISNER, Katherine L. Psychiatry and obstetrics: an imperative for collaboration. **American Journal of Psychiatry**, v. 174, n. 3, p. 205-207, 2017.

HOLLIST, Cody S. *et al.* Depressão pós-parto e satisfação conjugal: impacto longitudinal em uma amostra brasileira. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-13, 2016. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1044>. Acesso em: 03 jul. 2023.

JOHNSON, Clark T. Maternal Deaths From Suicide and Overdose in Colorado, 2004–2012. **Obstetrics & Gynecology**, v. 129, n. 5, p. 946, 2017.. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27824771>. Acesso em: 03 jul. 2023.

LIU, Shiping et al. Risk factors for postpartum depression among Chinese women: path model analysis. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 17, n. 1, p. 1-7, 2017. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-017-1320-x>. Acesso em: 03 jul. 2023.

LOBATO, Gustavo; MORAES, Claudia L.; REICHENHEIM, Michael E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 11, p. 369-379, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000400003>. Acesso em: 04 jul. 2023.

MENEZES, Francislene Lopes *et al.* Frequência da depressão puerperal na maternidade de um hospital universitário da Região Sul. **Enfermeria global**, v. 11, n. 3, 2012. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/pt_enfermeria2.pdf. Acesso em: 04 jul. 2023.

MORAES, Inácia Gomes da Silva *et al.* Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de saúde pública**, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2006.

MOREIRA, Maurício Tavares. **Depressão pós-parto: revisão da literatura brasileira**. Biblioteca Digital de Monografias, Campus do Bacangá. Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Medicina do Campus do Bacangá da Universidade Federal do Maranhão. Outubro de 2018. Disponível em: <https://rosario.ufma.br/jspui/handle/123456789/3199?mode=full>. Acesso em: 11 fev. 2020

MOURA, Elaine Cristina Carvalho; FERNANDES, Marcia Astrês; APOLINÁRIO, Flayda Isabela Rodrigues. Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 445-450, jun. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672011000300006>. Acesso em: 07 jul. 2023.

NORHAYATI, M. N. *et al.* Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. **Journal of affective Disorders**, v. 175, p. 34-52, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25590764>. Acesso em: 07 jul. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes**. Porto Alegre: Artes médicas; 1993.

OMS. Organização Mundial de Saúde, 2017. **Mental Health Atlas**. Geneva: WHO, Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 08 jul. 2023.

PALUMBO, G.; MIRABELLA, F.; GIGANTESCO, A. Positive screening and risk factors for postpartum depression. **European Psychiatry**, v. 42, p. 77-85, 2017. Disponível em: http://old.iss.it/binary/mentale/cont/European_Psychiatry_Positive_screening.pdf. Acesso em: 08 jul. 2023.

PEREIRA, Priscila Krauss; LOVISI, Giovanni Marcos. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 35, p. 144-153, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n4/04.pdf/>. Acesso em: 08 jul. 2023.

RAHMAN, Atif; PATEL, Vikram; MASELKO, Joanna; KIRKWOOD, Betty. The neglected 'm' in MCH programmes - why mental health of mothers is important for child nutrition. **Tropical Medicine & International Health**, v. 13, n. 4, p. 579-583, 3 mar. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3156.2008.02036.x>. Acesso em: 07 jul. 2023.

RIGHETTI-VELTEMA, Marion *et al.* Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. **Journal of affective disorders**, v. 70, n. 3, p. 291-306, 2002.

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral; SUN, Sue Yazaki; MATTAR, Rosiane; CHAMBÔ FILHO, Antônio; ZANDONADE, Eliana; LIMA, Valmir José de. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.

29, n. 3, p. 274-280, dez. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-81082007000300006>. Acesso em: 07 jul. 2023.

RYAN, Deirdre; MILIS, Lisa; MISRI, Nicholas. Depression during pregnancy. **Canadian Family Physician**, v. 51, n. 8, p. 1087-1093, 2005.

SANTOS, Iná S. *et al.* Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, p. 2577-2588, 2007.

SCHMIDT, Eluisa Bordin; PICCOLOTO, Neri Maurício; MÜLLER, Marisa Campio. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, v. 10, p. 61-68, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v10n1/v10n1a08.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2023.

SCREENING for perinatal depression. Replaces Committee Opinion Number 453. 2010. Disponível em: <https://www.bing.com>. Acesso em jul. 2018

SEGRE, Lisa S.; DAVIS, Wendy N. Postpartum depression and perinatal mood disorders in the DSM. **Postpartum Support International**, v. 3, p. 1-6, 2013.

SHAKEEL, Nilam *et al.* Physical activity in pregnancy and postpartum depressive symptoms in a multiethnic cohort. **Journal of affective disorders**, v. 236, p. 93-100, 2018.

SOUZA, Ildebrando Moraes de; MACHADO-DE-SOUSA, João Paulo. Brazil: world leader in anxiety and depression rates. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 39, n. 4, p. 384-384, dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2300>. Acesso em: 07 jul. 2023.

STEWART, Donna E. *et al.* **Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions**. Toronto: University Health Network Women's Health Program for Toronto Public Health, 2003.

SURKAN, Pamela J. *et al.* Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 89, n. 8, p. 607-615, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/8/11-088187/en/>. Acesso em: 07 jul. 2023.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION... *et al.* **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. World Health Organization, 2017. Disponível em: www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en. Acesso em: 01 abr. 2017.

YOUN, Hyunchul; LEE, Suji; HAN, Sung Won; KIM, Log Young; LEE, Tae-Seon; OH, Min-Jeong; JEONG, Hyun-Ghang; CHO, Geum Joon. Obstetric risk factors for depression during the postpartum period in South Korea: a nationwide study. **Journal Of Psychosomatic Research**, v. 102, p. 15-20, nov. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.003>. Acesso em: 06 jul. 2023.