

DEPRESSÃO PÓS-PARTO BASEADA NA ESCALA DE EDIMBURGO

POSTPARTUM DEPRESSION BASED ON EDINBURGH SCALE

UEPG - PR - BRASIL
USP - SP - BRASIL

*Nadiane Cristina de Lima**
*Ana Paula Xavier Ravelli***
*Lara Simone Floriano Messias****
*Suellen Vienscoski Skupien*****

RESUMO

A Depressão Pós-Parto é um transtorno psíquico moderado a severo, tendo início na segunda ou terceira semana do puerpério. Desta forma, objetivou-se conhecer os fatores que predisõem o surgimento da Depressão Pós-Parto em puérperas atendidas pelo projeto Consulta de Enfermagem, a partir da Escala de Edimburgo. Trata-se de pesquisa quantitativa, descritiva, oriunda de ação extensionista, Projeto Consulta de Enfermagem no Pré-Natal e Pós-Parto, com coleta oriunda de questionário estruturado e Escala de Edimburgo. Aspectos éticos respeitados, 466/2012. Este estudo resultou numa prevalência de 7,8% mulheres predispostas a desenvolverem a depressão pós-parto e mostrou os principais fatores de risco: baixa escolaridade, baixa renda familiar e estado civil de solteira/divorciada. O estudo sugere a importância do conhecimento sobre a Depressão Pós-Parto por profissionais de saúde, para que quando se depararem com situações que possam oferecer risco para o surgimento da doença, saibam de imediato como intervir.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto. Enfermagem. Saúde mental.

ABSTRACT

The postpartum depression is a moderate to severe mental disorder that begins in the second or third week postpartum. Thus, this study aims to identify the factors that predispose Postpartum Depression, and to analyze it through the application of Edinburg scale. It is a quantitative research with descriptive approach, carried out by the ones that took part on the outreach project "Nursing Consultation on Prenatal

* Aluna de Graduação da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), PR – Brasil. E-mail: nadylima91@hotmail.com

** Professora da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), PR – Brasil. E-mail: anapxr@hotmail.com

*** Professora da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), PR – Brasil. Aluna de Doutorado da Universidade de São Paulo (USP), SP – Brasil. E-mail: laramessias@ig.com.br

**** Professora da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), PR – Brasil. E-mail: suvienscoski@hotmail.com

and Puerperium". The data collection was carried out through structured questionnaires and Edinburg scale. The ethical aspects were respected, 466/2012. It resulted in a prevalence of 7.8% women predisposed to develop postpartum depression, and it showed that the main risk factors are low education, low family income and marital status of unmarried or divorced. The study suggests the importance of knowledge about postpartum depression by healthcare professionals in order to enable them to face situations that may pose a risk for the onset of the disease and how to intervene.

Keywords: Depression Postpartum. Nursing. Mental health.

Introdução

A gestação é considerada um período de grande preparação física e psicológica para o momento que a sucede, o parto. Nesse período, são vividas diversas mudanças, tanto biológicas quanto psicológicas e sociais. Essas mudanças geram diferentes expectativas, emoções, medos e descobertas. Cada mulher tem uma forma de reagir a esse momento devido às diferentes situações ocorridas, tais como, a relação com o parceiro e a família, a vida social e cultural, ou seja, cada gestação é uma vivência única, singular (SARMENTO, SETÚBAL, 2012).

Com a aproximação do parto e nascimento do bebê, outras mudanças ocorrem na vida da mulher e da família, com novas e crescentes responsabilidades, medos e dúvidas, além de mudanças físicas e hormonais impostas pela gestação, parto e puerpério. Assim, ressaltando o parto que, na fisiologia, representa um momento relativamente curto, porém envolto de medo e sentimentos que deixam a mulher/parturiente suscetível. Esta teme a dor, teme os procedimentos intervencionistas, sentindo-se vulnerável (SARMENTO, SETÚBAL, 2012).

Após o nascimento, inicia o período puerperal, que começa após a dequitação placentária e termina após a recuperação total do organismo materno às condições pré-gravídicas. Esse período é marcado por várias experiências e vivências, muitas vezes novas para a mulher. Diante disso, podem surgir mudanças psíquicas, pois o pós-parto propicia uma sensibilidade emocional à mulher, predispondo-a ao aparecimento de transtornos emocionais e psíquicos, nos quais os sintomas depressivos são comuns em cerca de 70 a 90% das mulheres (BORDIGNON et al, 2013).

Nessa perspectiva, no puerpério, podem surgir formas de sofrimento mental para a mãe, podendo variar entre formas brandas e mais graves. Uma forma branda é conhecida como tristeza puerperal (*Baby blues*), uma alteração psíquica leve e transitória que acontece entre 50 a 80% das mulheres, tendo início no terceiro ou quarto dia após o parto, podendo ter uma remissão espontânea em até dez dias. A Depressão Pós-Parto é considerada um transtorno psíquico moderado a severo, tendo prevalência de 10 a 15% das mulheres, com início na segunda ou terceira semana do puerpério. Deve ser precocemente diagnosticada para o melhor prognóstico (JAGER; BOTTOLI, 2011).

Os transtornos puerperais são definidos como doenças, com início após o parto, e que se manifestam por meio do desequilíbrio de humor, podendo ser psicóticos ou não. A Depressão Pós-Parto (DPP) está enquadrada como sofrimento psíquico, de forma não patológica, devido ao fato de surgir a partir de estímulos externos ao indivíduo (SARAIVA, 2012). Dentre os sintomas mais comumente identificados estão: irritabilidade ao choro do bebê, ansiedade, choro fácil, desânimo, sentimento de incapacidade de cuidar do recém-nascido, entre muitos outros. Nesse contexto, tanto a mãe quanto o bebê serão prejudicados diante o aparecimento da DPP (BORDIGNON et al., 2013).

Embora sejam pouco conhecidos, muitos são os fatores de risco envolvidos com as alterações emocionais e psíquicas no surgimento da Depressão Pós-Parto. Entre os principais, encontram-se: menores de 16 anos, conflitos conjugais, estado civil de solteira ou divorciada, história de transtorno

psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados no último ano, personalidade desorganizada, suporte emocional deficiente, abortamentos espontâneos ou de repetição, gravidez indesejada, baixo nível de escolaridade, entre outros de menor relevância (CAMACHO et al., 2013).

Sabendo de todas as consequências causadas por esse transtorno, é importante que o diagnóstico seja precoce, podendo assim reduzir os prejuízos causados tanto para a mãe, como para o bebê e toda a família. Para isso, é imprescindível que os profissionais de saúde, excepcionalmente os enfermeiros e em todos os níveis de atenção, conheçam os sintomas e sinais dados pelas puérperas a fim de que possam ajudá-las logo no início dos sintomas e encaminha-las para o serviço mais adequado para tratamento. No entanto há grande dificuldade de diagnosticar a Depressão Pós-Parto devido à quantidade de fatores que estão envolvidos e até mesmo questões culturais (SILVA, 2014).

Nesse contexto, até o momento, não existe um instrumento específico a fim de detectar a depressão pós-parto. Sendo assim, algumas escalas foram desenvolvidas para caracterizar esse problema (SCHARDOSIM; HELDT, 2011). Uma delas é a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS*), desenvolvida na Inglaterra, em 1987 (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987). Esse instrumento foi validado e adaptado em diversos países, entre eles o Brasil, no qual tem caráter autoavaliativo e é específica para o pós-parto, além de ser considerada um instrumento de fácil aplicação e interpretação (MALLOY-DINIZ et al., 2010).

A EPDS foi escolhida para este estudo devido a sua percepção dos sintomas, pela especificidade e por ser de fácil aplicação. O instrumento é composto por dez itens, que recebem uma pontuação de zero a três, dependendo da intensidade do sintoma depressivo, sendo considerada a sintomatologia depressiva, valor superior ou igual a 12 (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010).

São poucos os estudos relacionados a essa temática, porém os dados relativos à Depressão Pós-Parto são alarmantes. Destaca-se, segundo Figueira, Diniz e Silva-Filho (2011), uma prevalência de DPP de 12% no Rio de Janeiro, 13,4% em Brasília, 20,7% em Porto Alegre, 26,9% em Belo Horizonte e 7,2% em Recife. Contudo, Moraes e Reichenheim (2011), que realizaram uma revisão de sistemática com 143 estudos, evidenciaram que a prevalência de DPP varia entre 7,2% a 39,4%. Isso demonstra que novos estudos devem ser realizados para ampliar o conhecimento sobre o assunto.

Sendo assim, revelando precocemente os fatores que predis põem o surgimento da DPP, a utilização da Escala de Edimburgo pode contribuir no diagnóstico precoce da doença no pós-parto, minimizando problemas para mãe-bebê. O presente estudo foi conduzido com o objetivo de conhecer os fatores que predis põem o surgimento da Depressão Pós-Parto em puérperas atendidas pelo projeto Consulta de Enfermagem a partir da Escala de Edimburgo.

Método

Estudo transversal, de caráter quantitativo, realizado com puérperas atendidas pelo projeto Consulta de Enfermagem no Pré-Natal e Pós-Parto (CEPP). O referido projeto de extensão desenvolve educação em saúde no pré-natal e no puerpério, referente à amamentação, cuidados com a involução uterina, com os lóquios, cuidados com o bebê,

com a dieta materna, entre outros. A consulta de enfermagem no pré-natal e pós-parto conta com a participação de acadêmicos do curso de Bacharelado em Enfermagem, do 3º e 4º ano que realizam educação em saúde, esclarecendo as dúvidas maternas numa linguagem clara e acessível.

A coleta de dados foi realizada em uma maternidade de referência as gestantes de risco habitual, pela rede mãe paranaense, na cidade de Ponta Grossa, sendo esta a primeira maternidade a utilizar a Escala Depressão Pós-Parto de Edimburgo.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário com 10 perguntas fechadas, denominado de Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPSP), utilizado pelo projeto CEPP, com o intuito de rastrear os fatores de risco para o surgimento da DPP. A variável dependente do estudo foi o diagnóstico de depressão, avaliada a partir da aplicação da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo.

Salienta-se que a Escala (EPDS) foi validada em diversos países e sua versão em português foi feita em 1996 (AUGUSTO, A. et al). Essa escala consiste em um instrumento de auto avaliação composto por 10 itens, sendo de curta e de fácil aplicação. Para cada pergunta, há quatro opções de resposta, sendo que a cada resposta, é associada uma pontuação que varia de zero a três, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são pontuadas inversamente (3, 2, 1, 0) (FIGUEIRA, DINIZ, SILVA-FILHO, 2011), (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987).

Cada item é somado aos demais itens para obtenção da pontuação total, que varia de 0 a 30 pontos. Uma pontuação de 11 ou mais indica a probabilidade de DPP, mas não a sua gravidade. A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir a avaliação clínica. Portanto, o emprego da escala foi para rastrear quantas mulheres teriam o risco de desencadear algum transtorno puerperal. (CHAVES, 2012).

As puérperas participantes foram incluídas no grupo de risco para DPP quando atingiram escores iguais ou maiores que 11, sendo este o ponto de corte para fator de risco. Esse ponto de corte foi fundamentado em um estudo realizado no

Brasil, que demonstrou sensibilidade de 83%, especificidade de 88% e eficiência global de 83% para identificação correta de mulheres deprimidas. (MATTAR; et al, 2007).

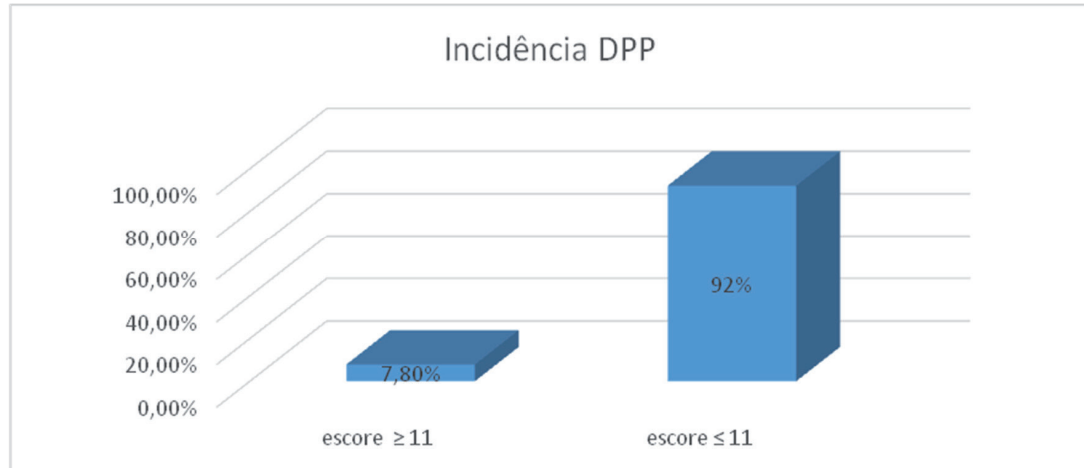
Participaram dessa pesquisa 38 puérperas internadas no local de estudo, no período de junho a agosto de 2015, que estiveram na maternidade no momento da visita dos membros do projeto CEPP. Utilizado como critério de inclusão, puérperas de primeiro e segundo dia pós-parto e que aceitaram participar da pesquisa. Para os critérios de exclusão, puérperas com perda fetal e as que se recusaram a participar da pesquisa.

As escalas foram aplicadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A análise de dados foi feita mediante o escore calculado da Escala de Edimburgo. A aplicação foi conduzida por entrevistadores submetidos a treinamento para a devida aplicação do questionário. Os dados foram tabulados e analisados no Software Microsoft Office Excel (versão 2010), por meio de frequência simples. Os aspectos éticos foram assegurados, contemplando a Resolução 466/2012, com parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) 1.055.927, de 08 de maio de 2015, pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

Resultados

Participaram do estudo 38 puérperas, destas, 7,8% (n=3) atingiram um escore ≥ 12 , o que é considerado fator de risco para surgimento da DPP, segundo Fonseca, Silva e Otta (2010). Já 92,1% (n=35) das puérperas tiveram escore entre 0 e 11, considerado dentro dos padrões de normalidade, indicando, assim, menor risco para o aparecimento da DPP. No presente estudo, foram registrados escores de zero (0) a 20 pontos, conforme gráfico 1 abaixo.

Gráfico 1: Distribuição das puérperas entrevistadas na maternidade, conforme incidência de DPP. Ponta Grossa, PR, Brasil, 2015.



Fonte: Projeto Consulta de Enfermagem no Pré-Natal e Pós-Parto.

A pontuação que obteve maior incidência foi 0 pontos, com 18,4% (n=7), seguido pela pontuação de 1 ponto, com 15,6% (n=6), conforme a tabela 1 abaixo.

Tabela 1: Total de escores a partir da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Ponta Grossa, PR, Brasil, 2015.

ESCORES EPDS	Nº DE MULHERES	%
0	7	18,4
1	6	15,7
2	5	13,1
3	2	5,2
4	1	2,6
5	5	13,1
6	4	10,5
7	2	5,2
8	2	5,2
9	1	2,6
12	1	2,6
19	1	2,6
20	1	2,6
TOTAL	38	100

Fonte: Projeto Consulta de Enfermagem no Pré-Natal e Pós-Parto.

Para elucidar o estudo, destacar-se-á um breve perfil obstétrico das participantes com escore acima de 12, bem como breve história de vida no puerpério, mostrando a vulnerabilidade das mulheres ao desenvolvimento da DPP.

Nesse contexto, 2 mulheres (66,66%) tiveram parto vaginal e 1 mulher (33,3%) teve parto cesariano. Todas são multigestas, ou seja, vivenciaram mais de uma gestação. A média de idade foi de 32 anos. Quanto ao aleitamento materno, 2 mulheres (66,66%) amamentaram seus filhos e 1 mulher (33,3%) não amamentou nenhum de seus filhos.

Destaca-se que 2 mulheres (66,66%) eram solteiras e 1 delas (33,3%) era casada, das 3 mulheres, duas (66,66%) tinham renda familiar aproximada de um salário mínimo e 1 (33,3%) possuía renda familiar de dois salários mínimos. Com relação à escolaridade, observou-se que 2 mulheres (66,66%) tinham ensino fundamental incompleto e apenas 1 mulher (33,33%) tinha ensino médio completo.

Quanto às histórias de vida das participantes acima citadas com escore ≥ 12 pontos, usou-se as iniciais S.P, D.P e A.M.L.O para a terceira puérpera. Primeiramente, S.P, escore de 20 pontos. Solteira, 27 anos, do lar, ensino fundamental completo, residência própria, 1 salário mínimo, 4 gestações mas apenas um filho reside com ela, os outros dois foram doados, sendo que o último nascido também será encaminhado para adoção. A mesma teve 4 partos normais e nega aleitamento materno em todas as gestações. Alega uso de medicamentos anticonvulsivantes e história prévia de depressão.

D.P., escore de 19 pontos, solteira, 38 anos, ensino médio completo, 2 gestações, sendo as duas cesarianas, reside com seus dois filhos em casa alugada. Relata sentir tristeza, vontade de ficar em casa, sentimento de culpa, porém não rejeitou o bebê. Recebe 2 salários mínimos, está amamentando seu bebê, porém com produção láctea reduzida.

Por último, A.M.L.O., escore de 12 pontos. Casada, 31 anos, 6 gestações, todas de parto normal. Residência alugada, 1 salário mínimo, possui ensino fundamental incompleto, aleitamento materno presente, 3 filhos moram com o pai e outros 3 filhos moram com ela e seu atual marido. Sente-se triste e sem vontade de sair de casa e manter suas relações pessoais e familiares.

A partir deste contexto, cabe ressaltar que a escala de Edimburgo é composta por questões norteadoras para prever os sintomas de depressão, às quais serão brevemente descritas e em seguida mostradas na tabela 3.

A questão 1, “Tenho sido capaz de rir e ver o lado divertido das coisas?” e questão 2, “Tenho tido esperança no futuro?”, estão relacionadas aos sintomas depressivos. Já a questão 3, “Tenho me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal?”, questão 4, “Tenho estado preocupada ou ansiosa sem motivo?” e questão 5, “Tenho me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo?”, indicam fatores para desenvolvimento de ansiedade.

Por sua vez, a questões 6, “Tenho sentido que são coisas demais pra mim?”, 7, “Tenho me sentido tão infeliz que durmo mal?”, 8, “Tenho me sentido triste ou muito infeliz?”, 9, “Tenho me sentido tão infeliz que choro?” e, por fim, questão 10, “Tive ideias de fazer mal a mim mesma?”, indicam tanto sintomas depressivos quanto sintomas de ansiedade, conforme demonstra a tabela 3.

Tabela 3: Relação dos escores em cada questão, considerando as pontuações 0 a 3. Ponta Grossa, PR, Brasil, 2015.

	VQ= 0 (n)	%	VQ= 1(n)	%	VQ=2(n)	%	VQ=3(n)	%	NA
QUESTÃO 1	35	92,1	0	0	1	2,6	2	5,2	0
QUESTÃO 2	34	89,4	1	2,6	0	0	1	2,6	5,2(n=2)
QUESTÃO 3	19	50	11	28,9	7	18,4	1	2,6	0
QUESTÃO 4	18	47,3	9	23,6	3	7,8	2	5,2	5,2(n=2)
QUESTÃO 5	20	52,6	10	26,3	4	10,5	3	8,1	5,2(n=2)
QUESTÃO 6	14	36,8	17	44,7	7	18,4	0	0	0
QUESTÃO 7	28	73,6	8	21	1	2,6	0	0	2,6(n=1)
QUESTÃO 8	29	76,3	7	18,4	0	0	2	5,2	0
QUESTÃO 9	32	84,2	4	10,5	0	0	2	5,2	0
QUESTÃO 10	38	100	0	0	0	0	0	0	0

Legenda: VQ= Valor da Questão; NA= Nenhuma Alternativa. Fonte: Projeto Consulta de Enfermagem no Pré-Natal e Pós-Parto.

Discussão

Pôde-se evidenciar que no estudo houve a ocorrência de 7,8% mulheres sob o risco de desenvolver Depressão Pós-Parto, o que é relativamente baixo se comparado a um estudo realizado em São Paulo (MATTAR et al, 2010), em que a prevalência é de 18%. Na Paraíba, as taxas são de 33% (SARAIVA, COUTINHO, 2011); e outro estudo no Espírito Santo (RUSCHI et al, 2013) mostrou taxas de 39.4%. Esse baixo índice pode ser explicado devido à aplicação da escala ser realizada ainda no puerpério mediato e na maternidade onde as mulheres contam muitas vezes com a ajuda de familiares e equipe de enfermagem, não tendo passado ainda pela vivência da rotina com o bebê e as dificuldades encontradas na residência, no âmbito familiar.

Quanto aos fatores de risco levantados em puérperas com escore elevado, pôde-se evidenciar a baixa renda, onde a média é de 1,1 salários mínimos. Somados à baixa renda, ainda há a baixa escolaridade, que mostra que apenas 33% (n=1) tinham ensino médio completo e 66% (n=2) o ensino fundamental. Esses níveis são mais elevados do que os níveis encontrados no estudo “Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce”, o qual evidenciou que 42% das entrevistadas possuíam apenas o ensino fundamental e 22% possuíam o ensino médio completo. Ficou demonstrado que quanto maior o nível de escolaridade, menor o risco de desenvolver depressão. (GOMES, 2012).

O estado civil é outro fator importante, pois incide na renda familiar e no apoio afetivo na presença de um companheiro, segundo Fonseca; Silva e Otta (2010). Dessa forma, ressalta-se que apenas 33% (n=1) eram casadas/conviventes, demonstrando neste estudo a fragilidade econômica e emocional das participantes, visto que as duas mulheres solteiras obtiveram maiores escores ao surgimento da DPP, 66% (n=2). Por outro lado, a média de idade (32 anos) obtida no estudo foi maior do que em outra pesquisa realizada, que mostrou a maior prevalência do surgimento da DPP em 19% de adolescentes (GOMES, 2012). Cruz, Simões e Cury (2011) revelaram que quando a prevalência é entre as adolescentes, a depressão é duas vezes mais grave.

Por outro lado, em relação ao tipo de parto das puérperas com escore acima de 12 pontos, predominou o parto normal, via vaginal, em 2 mulheres (66,66%) entrevistadas,

contradizendo os resultados observados em outro estudo, em que as mulheres submetidas à cesariana tiveram maior risco de adquirir depressão puerperal (BRASIL, 2015). Por fim, quanto ao número de gestações, 100% (n=3) das vulneráveis ao surgimento da DPP, todas eram múltiparas, ou seja, mais que um parto via vaginal. No entanto, Camacho et al (2013) mostraram que o maior risco de desenvolver a DPP acontece em primíparas, contradizendo assim o que se identificou neste estudo.

Conclusão

A Depressão Pós-Parto acarreta grandes danos à puérpera, ao bebê e a sua família devido à incapacidade de cuidar dos filhos e à fragilidade emocional que enfrentam. Neste estudo, pode-se identificar os principais fatores de risco ao surgimento da DPP, como: estado civil (solteira ou divorciada), história de transtorno psiquiátrico prévio, suporte emocional deficiente, gravidez indesejada, baixo nível de escolaridade.

Embora este estudo tenha sua fragilidade amostral (n=38), sendo identificado somente 7,8% de risco para adquirir a depressão pós-parto, ele foi de relevância ao contexto social e institucional, pois evidenciou alguns fatores que predisõem o surgimento da DPP em puérperas internadas em uma maternidade que atende o risco habitual da Rede Mãe Paranaense na cidade de Ponta Grossa. É importante também a atenção dos profissionais de saúde, destacando o profissional enfermeiro, no cuidado prestado no pós-parto, na detecção precoce dos riscos para uma intervenção humanizada e sistemática à ocorrência da DPP.

Portanto, esta pesquisa, atrelada ao projeto de extensão Consulta de Enfermagem no Pré-Natal e Pós-parto, contribuiu com a maternidade na qual o estudo foi realizado, sendo esta a primeira instituição na cidade de Ponta Grossa a utilizar a EPDS para detectar fatores que predisõem ao surgimento da Depressão Pós-Parto. No entanto, outros estudos precisam ser realizados visando ao cuidado puerperal materno e neonatal.

Referências

BORDIGNON, J. S.; et al. Depressão Puerperal: definição, sintomas e a importância do Enfermeiro no Diagnóstico Precoce. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 875-880, 2013.

BRASIL. Cesariana prejudica relação afetiva entre mãe e bebê. **Jornal BBC Brasil.com**. [internet]. 2008 Setembro. [Acesso em 20 outubro de 2015]. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2008/09/080904_bebe_parto_dg.shtml

CAMACHO, R. S.; et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 206, 2013.

CAMARGO L A, Silva G A, Otta E. Mãe adolescente e solteira: vulnerabilidade no desenvolvimento de depressão pós-parto? In: 15º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP. São Paulo: 15º SIICUSP/Videolar S.A., 2007.

CHAVES, Anne Fayma Lopes. Sintomas depressivos no puerpério e sua implicação na autoeficácia de amamentar. 2012.

CONZ, Claudete Aparecida; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; JESUS, M.C.P de. Promoção de vínculo afetivo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um desafio para as enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 849-55, 2011.

COX J.L; HOLDEN J.M.; SAGOVSKY R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **The British Journal of Psychiatry**, v. 150, n. 6, p. 782-786, 1987.

CRUZ .B.S, SIMÕES G.L, A.F. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetria**, v.27: p. 181-188, 2009.

FIGUEIRA, Patricia Gomes; DINIZ, Leandro Malloy; SILVA-FILHO, HC da. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. **Revista psiquiatria Rio Grande do Sul, Porto Alegre**, v. 33, n. 2, 2011.

FONSECA, Vera Regina J.R.M; SILVA, Gabriela Andrade da; OTTA, Emma. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna The relationship between postpartum depression and maternal emotional availability. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 738-746, 2010.

GOMES, Lorena Andrade et al. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rene**, v.11, 2012.

JAGER, Márcia Elisa; BOTTOLI, Cristiane. Paternidade: vivência do primeiro filho e mudanças familiares. **Psicologia: teoria e prática**, v. 13, n. 1, p. 141-153, 2011.

MALLOY-DINIZ, Leandro Fernandes et al. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburg: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. **Revista Brasileira Psiquiatria**. São Paulo, v. 32, n. 3, p. 316-318, Set., 2010.

MATTAR R. et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**. 29. P. 470-477, 2010.

RUSCHI GEC, Sun SY, Mattar R, Filho AC, Zandonade E, De Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria**. 29. P. 274-280, 2013.

SARAIVA E.R.A, COUTINHO M.P.L. A estrutura das representações sociais das mães puérperas acerca da depressão pós-parto. **Revista Psicologia USF**; 12, p. 319- 326, 2011.

SARMENTO, Regina; SETÚBAL, Maria Silvia Vellutini. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Revista de Ciências Médicas**, v. 12, n. 3, 2012.

SCHARDOSIM, Juliana Machado; HELDT, Elizeth. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Rev. Gaúcha Enfermagem. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 159-166, Março. 2011.

SILVA, Yris Luana Rodrigues da. **Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS): a percepção de puérperas da Atenção Básica**. 2014. 121p.



Artigo recebido em:
15/03/2016
Aceito para publicação em:
11/05/2016