



**RASTREANDO A DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MULHERES JOVENS**  
**TRACKING POSTPARTUM DEPRESSION IN YOUNG WOMEN**  
**RASTREANDO LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MUJERES JÓVENES**

Marciana Fernandes Moll<sup>1</sup>, Aldo Matos<sup>2</sup>, Tatiana de Aquino Rodrigues<sup>3</sup>, Tayná da Silva Martins<sup>4</sup>, Fabiana Cristina Pires<sup>5</sup>, Nathália Alves da Silva Pires<sup>6</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** rastrear a depressão pós-parto entre mulheres jovens que estão na segunda semana e no sexto mês após o parto. **Método:** trata-se de estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal cujas participantes foram mulheres com idades entre 18 a 26 anos, entre a segunda semana e o sexto mês após o parto. Coletaram-se os dados entre os meses de agosto/2017 a janeiro/2018, por meio da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo e de um inquérito sociodemográfico. Utilizou-se, para a tabulação dos dados, o programa *Microsoft Excel*, digitando-os por dupla entrada e, posteriormente, transportando-os para o programa *BioEstat*, versão 5.0. Aplicou-se o teste qui-quadrado para a análise estatística descritiva e apresentaram-se os resultados em forma de tabela. **Resultados:** identificou-se uma provável depressão pós-parto em 19,70% das puérperas e essa condição teve associação com os seguintes fatores: idade do bebê, multiparidade e baixo nível de escolaridade. **Conclusão:** evidencia-se que a depressão pós-parto precisa ser investigada na atenção primária em saúde, que deve valorizar os aspectos sociodemográficos e individuais para estabelecer um plano de cuidados integral desde o pré-natal, com vistas à prevenção desse frequente transtorno do puerpério. **Descritores:** Enfermagem; Psiquiatria; Atenção Primária em Saúde; Assistência; Depressão Pós-parto; Prevenção de Doenças.

**ABSTRACT**

**Objective:** to track postpartum depression among young women who are in the second week and in the sixth month postpartum. **Method:** it is a quantitative, descriptive, exploratory and cross-sectional study whose participants were women aged between 18 and 26 years, between the second week and the sixth month after delivery. The data was collected between August 2017 and January 2018, using the Edinburgh Postnatal Depression Scale and a sociodemographic survey. For the tabulation of data, the Microsoft Excel program was used, typing them by double entry and then transporting them to the BioEstat program, version 5.0. The chi-square test was applied for the descriptive statistical analysis and the results were presented in table form. **Results:** a probable postpartum depression was identified in 19.70% of the puerperae and this condition was associated with the following factors: baby age, multiparity and low level of schooling. **Conclusion:** it is evidenced that postpartum depression needs to be investigated in primary health care, which should value the sociodemographic and individual aspects to establish a comprehensive care plan from the prenatal period, with a view to preventing this frequent postpartum disorder. **Descriptors:** Nursing; Psychiatry; Primary Health Care; Assistance; Depression Postpartum; Disease Prevention.

**RESUMEN**

**Objetivo:** rastrear la depresión posparto entre mujeres jóvenes que se encuentran en la segunda semana y en el sexto mes después del parto. **Método:** se trata de estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio y transversal, cuyas participantes fueron mujeres con edades entre 18 a 26 años, entre la segunda semana y el sexto mes después del parto. Se recolectaron los datos entre los meses de agosto / 2017 a enero / 2018, por medio de la Escala de Depresión Post-natal de Edimburgo y de una encuesta sociodemográfica. Se utilizó, para la tabulación de los datos, el programa *Microsoft Excel*, digitados por doble entrada y posteriormente transportados al programa *BioEstat*, versión 5.0. Se aplicó la prueba chi-cuadrada para el análisis estadístico descriptivo, se presentaron los resultados en forma de tabla. **Resultados:** se identificó una probable depresión posparto en el 19,70% de las puérperas y esa condición tuvo asociación con los siguientes factores: edad del bebé, multiparidad y bajo nivel de escolaridad. **Conclusión:** se evidencia que la depresión posparto necesita ser investigada en la atención primaria en salud, que se deben valorar los aspectos sociodemográficos e individuales para establecer un plan de cuidados integral desde el prenatal, con miras a la prevención de ese frecuente trastorno, del puerperio. **Descritores:** Enfermería; Psiquiatría; Atención Primaria de Salud; Asistencia; Depresión Posparto; Prevención de Enfermedades.

<sup>1</sup>Doutora (Pós-doutora), Universidade de Uberaba/UNIUBE. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: [mrcna13@yahoo.com.br](mailto:mrcna13@yahoo.com.br) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4794-4255>; <sup>2</sup>Mestre. Universidade de Uberaba/UNIUBE. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: [aldo.matos@uniube.br](mailto:aldo.matos@uniube.br) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-8924-5116>; <sup>3,4,6</sup>Graduandas de Enfermagem. Universidade de Uberaba/UNIUBE. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: [enfermagemtatiakin@gmail.com](mailto:enfermagemtatiakin@gmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5086-0314>; E-mail: [maartinstayna@gmail.com](mailto:maartinstayna@gmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-3274-6555>; E-mail: [nathaliapirex@gmail.com](mailto:nathaliapirex@gmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2769-9942>; <sup>5</sup>Pós-graduanda. Universidade de Uberaba/UNIUBE. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: [enfermagem.pires@gmail.com](mailto:enfermagem.pires@gmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8524-1449>

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que a depressão pós-parto (DPP) é um transtorno mental de alta prevalência, pois análises globais demonstram que esse transtorno de humor acomete de 10% a 20% das mulheres em período pós-natal e estima-se que, até o ano de 2020, será o segundo maior fator de morbidade entre puérperas.<sup>1-3</sup>

Provocam-se, de maneira geral, pela DPP, alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas que se iniciam, geralmente, entre a quarta e oitava semanas após o parto e se intensificam nos seis primeiros meses.<sup>4-5</sup>

Identificam-se os sinais e sintomas da DPP por manifestações psíquicas e físicas, sendo os sintomas físicos pela redução dos níveis de energia e de atividade, podendo ser associados a problemas de sono, cansaço acentuado, perda ou aumento de apetite e diminuição do desejo sexual. Determinam-se os sintomas psíquicos pelo rebaixamento do humor, dificuldade de concentração e de experimentar prazer em situações normalmente consideradas agradáveis, diminuição da autoestima e sentimento de culpa. Nutrem-se, por meio deste quadro clínico, no indivíduo, sensações de inutilidade, incapacidade, podendo surgir, em alguns casos, pensamentos ligados ao suicídio.<sup>6</sup>

Estabelece-se, geralmente, o tratamento da DPP conforme a gravidade do quadro depressivo apresentado. Baseia-se esse tratamento no mesmo instituído para a depressão que não está relacionada com o pós-parto, podendo ser utilizada a psicoterapia e/ou a farmacoterapia e, em caso de tentativas de suicídio ou infanticídio, a eletroconvulsoterapia.<sup>7</sup>

Acrescenta-se, como consequência do referido transtorno, a ausência da interação mãe e filho, que pode ser expressa pelas seguintes situações: hostilidade, rejeição, negligência, agressividade, assim como menor afetividade e maior ansiedade da mulher ao prestar cuidados maternos.<sup>6</sup>

Evidencia-se, diante dessa realidade, que os cuidados físicos e emocionais destinados ao bebê ficam vulneráveis, incidindo em possíveis comprometimentos afetivo e intelectual da criança.<sup>6</sup>

Apontam-se, entre os principais fatores de risco, a baixa idade das puérperas, ser solteira ou divorciada e questões econômicas representadas pelo fato de a mulher ou seu cônjuge estar desempregado.<sup>8</sup>

Representam-se as consequências para as mulheres acometidas pela DPP pelas

dificuldades de envolvimento e interação social, apresentando *deficits* na regulação dos seus estados afetivos.<sup>6</sup>

Descrevem-se, também, repercussões precoces e tardias para as crianças. Representam-se manifestações precoces: baixo desempenho em testes de desenvolvimento e altos níveis de apego inseguro com a mãe aos 12 meses. Caracterizam-se os transtornos de conduta, o comprometimento da saúde física, ligações inseguras e episódios depressivos como repercussões tardias.<sup>6</sup>

Deve-se enfatizar que o prognóstico deste transtorno puerperal está fortemente ligado ao diagnóstico precoce e a intervenções rápidas. Necessita-se que a mulher tenha um cuidado integralizado, tanto na gestação quanto no período puerperal, a fim de minimizar o risco de desenvolver DPP e prevenir as consequências supracitadas.<sup>1</sup>

Enfatiza-se, nas primeiras semanas de vida do recém-nascido, a procura da mulher pelo serviço de saúde onde, comumente, são realizadas as seguintes intervenções: incentivo ao aleitamento materno exclusivo; vacinação no bebê e na mãe; teste para a triagem neonatal; avaliação de risco de saúde da mãe e do bebê; orientações sobre a contracepção; agendamento de consultas de acompanhamento puerperal e odontológico para a mãe e de avaliação do crescimento e desenvolvimento para o bebê e, ainda, deve-se investigar o quadro indicativo da DPP.<sup>9</sup>

Percebe-se, entretanto, que a DPP é difícil de ser diagnosticada e, por isso, muitas vezes, não é detectada pela equipe de Enfermagem ou pelo obstetra em um primeiro momento, uma vez que os sintomas iniciais podem ser confundidos com o período de ajustamento emocional pós-parto da puérpera denominado de tristeza pós-parto.<sup>10</sup>

Considera-se importante, a partir desta contextualização, que sejam realizados estudos científicos que rastreiem a depressão pós-parto entre mulheres jovens (18 aos 26 anos) para que, diante de indícios deste transtorno, as mulheres sejam encaminhadas para profissional especializado e que esteja qualificado para estabelecer o diagnóstico final e iniciar a terapêutica. Deve-se esta intervenção ocorrer, predominantemente, no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), visto que o período ideal para esta busca é entre duas semanas e seis meses após o parto e é neste período que as mulheres buscam os serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF).<sup>11</sup>

## OBJETIVO

- Rastrear a depressão pós-parto entre mulheres jovens que estão na segunda semana e no sexto mês após o parto.

## MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, transversal, de abordagem quantitativa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade de Uberaba (CAAE: 68006017.6.0000.5145).

Realizou-se a pesquisa em serviços de saúde da atenção primária em saúde localizados no distrito sanitário II da área urbana de uma cidade do interior de Minas Gerais. Deve-se a escolha desse distrito sanitário à sua extensa área de cobertura, que abrange um grande número de equipes de saúde da família (quinze), sendo composto por pessoas e comunidades com características socioeconômicas mistas.

Identificaram-se 237 mulheres nesse distrito sanitário, com diferentes faixas etárias, cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SisPreNatal). Constituiu-se a população do estudo, considerando a juventude como fator de risco para a DPP, por mulheres com idades entre 18 a 26 anos.

Calculou-se o tamanho da amostra considerando uma prevalência mínima de DPP de 15%, 95% de confiança e 5% de erro, procedendo-se a uma amostragem por conveniência.

Estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: idade entre 18 e 26 anos; estar no período após o parto que compreenda a segunda semana e o sexto mês; residir no distrito sanitário 2 e estar devidamente cadastrada no SisPreNatal. Deve-se a escolha por essa faixa etária ao fato de evidências científicas apontarem que, no Brasil, cerca de 30% a 40% das puérperas atendidas na atenção primária em saúde tendem a apresentar elevados níveis de sintomas depressivos, o que se relaciona diretamente à juventude associada aos seguintes fatores: baixo nível de escolaridade; ausência de parceiro fixo; baixas condições socioeconômicas e submissão ao estresse contínuo.<sup>12</sup>

Elencaram-se como critérios de exclusão: ter ultrapassado o sexto mês após o parto; residir em área rural do distrito sanitário 2 ou, ainda, residir em áreas de abrangência dos distritos sanitários 1 e 3 e não estar cadastrada no SisPreNatal.

Coletaram-se os dados entre os meses de agosto/2017 a janeiro/2018, de forma privativa, para proteger a individualidade de cada participante, e, para isso, utilizou-se a estrutura disponibilizada em cada uma das referidas unidades de saúde. Basearam-se os dias e horários da coleta nos agendamentos nos quais as puérperas mais frequentavam (teste do pezinho, consulta médica da própria mulher ou da criança, grupos de aleitamento materno, entre outros).

Optou-se, para investigar a DPP, por utilizar a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS), que possui dez itens, sendo de domínio público atualmente. Desenvolveu-se esta escala na Inglaterra, em 1987, com o objetivo de rastrear a depressão pós-parto, favorecendo-se o uso pela facilidade e velocidade de sua aplicação.<sup>13-4</sup>

Confirmaram-se os valores clínico e epidemiológico dessa escala por vários estudos de validação realizados em diferentes países, principalmente, entre as mulheres no período pós-parto, com sensibilidade e especificidade na faixa de 70-85%, dependendo do ponto de corte. Salienta-se que a escala (EPDS) obteve validação em diversos países e sua versão em português foi feita em 1996.<sup>13-4</sup>

Consiste-se a EPDS em instrumento de autorregistro, composto de dez enunciados, cujas opções são pontuadas (de zero a três) de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma. Constituem-se, em seus itens, sintomas psíquicos como o humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa, ideias de morte ou suicídio), a perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, além de sintomas fisiológicos (insônia ou hipersonia) e alterações do comportamento (crises de choro). Perfaz-se, pela somatória dos pontos, um escore de 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 12, como definido na validação da escala em uma amostra brasileira.<sup>15</sup> Realizou-se, precedendo a aplicação da referida escala, um inquérito sociodemográfico que contemplou as seguintes abordagens: idade e escolaridade da puérpera; renda familiar; número de filhos; idade do bebê e estado civil.

Digitaram-se, tabularam-se e consolidaram-se os dados do inquérito sociodemográfico pelo programa *Microsoft Excel*, por dupla entrada, digitando-os de forma independente para minimizar falhas na entrada do banco de dados. Transportou-se o banco para o programa *BioEstat*, versão 5.0, por meio do

qual se realizou a estatística descritiva e se aplicou o teste qui-quadrado para avaliar a associação entre a DPP e a idade da puérpera, seu estado civil, sua escolaridade, a renda familiar, o número de filhos e a idade do bebê.

## RESULTADOS

Constituiu-se a amostra por 66 puérrperas, identificando-se provável depressão em 13 (19,70%) delas. Utilizou-se, com o intuito de investigar a influência de alguns fatores na depressão pós-parto, o teste qui-quadrado para avaliar a associação com a idade da puérpera, seu estado civil, sua escolaridade, a renda familiar, o número de filhos e a idade do bebê, cujos resultados estão apresentados na tabela 1. Variou-se a idade das puérrperas de 18 a 26 anos (mediana 23).

Encontrou-se associação da provável depressão com a idade do bebê, cuja distribuição está representada na tabela 1,

sendo relacionada a puérrperas com bebês nos extremos da idade - até dois meses ou com cinco ou seis meses.

Variou-se prole de um a dez filhos, com 50% das mulheres primíparas. Observou-se associação da provável depressão com esta variável (Tabela 1), sugerindo que o maior número de filhos seja fator de risco para a depressão.

Informa-se que a escolaridade das puérrperas variou de Ensino Fundamental incompleto até Ensino Superior completo, com maior ocorrência para o Ensino Médio incompleto (42,86%). Encontrou-se associação da provável depressão com a escolaridade mais baixa (Tabela 1).

Observa-se, ainda, na tabela 1, a distribuição percentual do estado civil - com 54,55% das puérrperas solteiras - e da renda familiar. Revela-se que, para ambas as variáveis, não foi encontrada associação com a provável depressão.

Tabela 1. Características e fatores associados à depressão pós-parto em puérrperas da área urbana. Uberaba (MG), Brasil, 2018.

Variável	Descrição da amostra (%)	Valor de p
Número de filhos		<0.0001
1	50,0	
2	33,33	
3	10,61	
4 a 10	6,06	
Idade do bebê (meses)		<0.0001
Até 1	16,95	
2	15,25	
3	10,17	
4	18,64	
5	18,64	
6	20,35	
Renda familiar (salários mínimos)		0.6768
Até 1	24,15	
1 a 2	40,03	
2 a 3	22,16	
3 a 4	6,02	
4 ou mais	7,64	
Estado civil		0.5170
Solteira	54,55	
Casada	18,18	
Amasiada	16,67	
União estável	10,6	
Escolaridade materna		<0.0001
Ensino Fundamental incompleto	17,46	
Ensino Fundamental completo	15,87	
Ensino Médio incompleto	17,46	
Ensino Médio completo	42,86	
Ensino Superior incompleto	1,59	
Ensino Superior completo	4,76	

## DISCUSSÃO

Reforça-se que a DPP é um problema de saúde pública, pois, em diferentes estudos científicos, sua frequência é significativa, tal como foi evidenciado nesta investigação.

Salienta-se, nesse sentido, estudo atual,<sup>16</sup> realizado na Etiópia, com a participação de 450 mulheres, que identificou que 102 delas (22,4%) apresentaram sintomas depressivos indicativos de DPP, sendo que eles predominavam entre as seis primeiras

semanas após o parto. Devem-se valorizar, considerando essa realidade, o período do puerpério e o local onde se rastreia a DPP por meio da Escala de Edimburgo, uma vez que, quando ela é aplicada em até 48 horas do puerpério imediato, em ambiente hospitalar, os resultados não são tão significativos, pois, de 2.687 mulheres entrevistadas no referido período puerperal e ambiente, em uma cidade de médio porte do Sul do país, apenas 14% tiveram sintomas compatíveis com a DPP.<sup>17</sup>

Revela-se que, mesmo diante desse diferencial, em estudo realizado no Brasil com 23.894 puérperas, a depressão é um dos transtornos mentais mais frequentes no pós-parto e se relaciona a diferentes fatores sociodemográficos e individuais.<sup>18</sup>

Descreve-se, nesse sentido, por meio desta investigação, a associação entre a provável depressão com os seguintes fatores: idade do bebê, quantidade de filhos e escolaridade.

Acrescenta-se que, neste estudo, houve a associação com a idade do bebê nos extremos da idade até dois meses ou com cinco e seis meses. Destaca-se que, antes da maternidade, a mulher estava adaptada com os papéis que lhe eram inerentes (filha, esposa, trabalhadora, entre outros) e, após o nascimento do bebê, ela precisa incluir, entre esses papéis, a maternidade, que tende a proporcionar intensas alterações em sua vida, requerendo uma adaptação para que os cuidados com o bebê possam ser realizados.<sup>19</sup>

Considera-se que essa condição pode estar associada a diversos outros fenômenos estressantes (falta de apoio da família, interrupção das atividades, podendo acarretar problemas socioeconômicos) e que os primeiros seis meses correspondem a um período de ajustes emocionais e no cotidiano que podem ocasionar quadros depressivos.<sup>20</sup>

Representou-se a associação com a quantidade de filhos, nesta investigação, por uma prole com quatro ou mais filhos. Apontaram-se resultados semelhantes também em estudos que foram realizados no Brasil entre os anos de 2011 e 2012<sup>18</sup> e, especificamente, em uma cidade de médio porte no extremo sul desse país, durante o ano de 2013,<sup>17</sup> que apontam que a multiparidade se relaciona diretamente à provável depressão identificada, em ambos os estudos, pela Escala de Edimburgo. Assinala-se, nesse sentido, que o grande número de filhos tende a gerar sobrecarga e estresse na mulher.<sup>19</sup>

Associou-se também, nesta investigação, a baixa escolaridade à provável depressão, o que não corrobora os achados de investigação

realizada em Hatay, na Turquia, que está com a economia em desenvolvimento, tal como o Brasil.<sup>21</sup>

Identificou-se, no entanto, em recente investigação brasileira, pela EPDS,<sup>20,22</sup> associação entre a DPP e o nível de escolaridade.

Percebe-se, a despeito de outros autores encontrarem associação da DPP com a renda familiar,<sup>17</sup> que isso não foi observado na amostra deste estudo. Acrescenta-se que os mesmos autores não encontraram influência do suporte do pai do bebê como fator de proteção contra a DPP e, nesse aspecto, não se encontrou associação entre a provável DPP e o estado civil das mulheres que compuseram a amostra.

## CONCLUSÃO

Identificou-se, neste estudo, a provável depressão pós-parto em 19,70% das 66 puérperas que participaram da investigação e essa condição teve associação com os seguintes fatores: idade do bebê (dois meses ou entre cinco e seis meses), multiparidade (ter quatro ou mais filhos) e baixo nível de escolaridade.

Conclui-se que, embora este estudo tenha sido desenvolvido em apenas um distrito sanitário, ele expressa relevância nos contextos assistencial e social, pois evidenciou que a depressão pós-parto precisa ser investigada na atenção primária em saúde, que deve valorizar aspectos sociodemográficos e individuais para estabelecer um plano de cuidados integral, desde o pré-natal, com vistas à prevenção desse frequente transtorno do puerpério. Faz-se necessário, diante desse contexto, que integrantes da equipe atuante na atenção primária em saúde, com ênfase no enfermeiro, que deve assistir as mulheres em todas as fases do ciclo gravídico puerperal, se atentem para a inclusão do rastreamento e do monitoramento da depressão pós-parto entre as ações prioritárias durante o puerpério.

## REFERÊNCIAS

- Oliveira AM, Alves TRM, Azevedo AO, Cavalcante RD, Azevedo DM. Knowledge of professionals that work in the Family Health Strategy about postnatal depression. *J Nurs Health*. 2016;1(1):17-26. Doi: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.15210/JONAH.V6I1.5957](http://dx.doi.org/10.15210/JONAH.V6I1.5957)
- Brito CNO, Alves SV, Ludermir AB, Araújo TVB. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. *Rev Saúde Pública*. 2015 June;49:33. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005257>

3. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Postpartum depression: prevalence and associated factors. *J Neurosci Prática Rural*. 2015 Jan/Mar; 6:116-9. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094016>

4. Matão MEL, Miranda DB, Campos PHF, Oliveira LN, Martins V. Experience of family in the experience of postpartum depression. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2011. Doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.106>

5. Freitas DR, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Leão DCMR, Cruz AFN. Accommodation set in a university hospital: postpartum depression in nurses' perspective. *J res fundam care on line*. 2014 July/Sept; 6(3):1202-11. Doi: [10.9789/2175-5361.2014v6n2p1202](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n2p1202)

6. Oliveira AP, Braga TL. Postpartum depression: consequences for mother and newborn- a systematic review. *Rev Eletrônica Estácio Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2018 July 15]; 5(1):133-44. Available from: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/sauesantacatarina/article/viewFile/2235/1060>

7. Tolentino EC, Maximino DAFM, Souto CGV. Depressão pós-parto: conhecimentos sobre os sinais e sintomas em puérperas. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança* [Internet]. 2016 Apr [cited 2018 June 18];14(1):59-66. Available from:

[https://sistemas.facene.com.br/revista/artigos/167/download?url=%2Fhome%2Fdeployer%2Fsistemas%2Frevista%2Fpublic%2Fuploads%2Fartigos%2Farquivos%2F279%2F6.\\_Depress%C3%A3o\\_p%C3%B3s-parto\\_PRONTO.pdf](https://sistemas.facene.com.br/revista/artigos/167/download?url=%2Fhome%2Fdeployer%2Fsistemas%2Frevista%2Fpublic%2Fuploads%2Fartigos%2Farquivos%2F279%2F6._Depress%C3%A3o_p%C3%B3s-parto_PRONTO.pdf)

8. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, et al. Psychiatry disorders in pregnancy and puerperium: classification, diagnosis and treatment. *Rev psiquiatr clín*. 2006; 33(2):92-102. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000200009>.

9. Souza MHN, Gomes TNC, Paz EPA, Trindade CS, Veras RCC. A welcome strategy mother-baby : aspects related to the clientele in a basic health unit of the municipality of Rio de Janeiro. *Escola Anna Nery Rev Enferm*. 2011 Oct/Dec;15(4):671-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400003>

10. Higuti PCL, Capocci PO. Depressão pós-parto. *Rev Enferm UNISA*. 2003; 4: 46-50. Recuperado de <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-11.pdf>.

11. Boyd RC, Le HN, Sombert R. Review of screening instruments for postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. 2005 Sept 8(3):141-53. Doi: [10.1007/s00737-005-0096-6](https://doi.org/10.1007/s00737-005-0096-6)

12. Cardillo VA, Oliveira LCQ, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Identification of depressive symptoms during postpartum in adolescent mothers. *Rev eletrônica enferm*. 2016;18:e1149. Doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.32728>.

13. Matijasevich A, Munhoz TN, Tavares BF, Barbosa APPN, Silva DM, Abitante MS, et al. Validação da escala de depressão pós-natal de Edimburgo(EPDS) para rastreamento de episódios depressivos maiores em adultos da população geral. *BMC Psychiatry* 2014 Oct;14:284. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0284-x>

14. Lima NC, Ravelli APX, Messias LSF, Skupien SV. POSTPARTUM DEPRESSION BASED ON EDINBURGH SCALE. *Ver Conexão UEPG*. 2016 May/Aug;12(2):268-77. Doi: [10.5212/Rev.Conexao.v.12.i2.0008](https://doi.org/10.5212/Rev.Conexao.v.12.i2.0008)

15. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VJ. Postpartum depression epidemiology in a Brazilian sample. *Rev psiquiatr*. 2007 Nov;29(3):274-80. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082007000300006>

16. Toru T, Chemir F, Anand S. Magnitude of postpartum depression and associated factors among women in Mizan Aman town, Bench Maji zone, Southwest Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018 Nov;18:442. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2072-y>

17. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2017 Oct; 33(9):e00094016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00094016>

18. Theme Filha MM, Ayers S, Gama SGN, Leal MC. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Dis*. 2016 Apr; 194:159-67. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>

19. Greinert BRM, Milani RG. Post-partum depression: psycho-social understanding. *Psicol teor prat* [Internet]. 2015 Apr [cited 2018 June 15];17(1):26-36. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v17n1/03.pdf>

20. Torres JPRV, Torres SAS, Vieira GDR, Barbosa GP, Souza MS, Teles MAB. The motherhood meanings for adolescents assisted by the family health strategy. *J res fundam*

care on line. 2018 Oct/Dec; 10(4):1008-13.

Doi: [10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1008-1013](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1008-1013)

21. Tambag H, Turan Z, Tolun S, Can R. Percebeu o apoio social e os níveis de depressão das mulheres no período pós-parto em Hatay, na Turquia. Níger J Clin Pract. 2018;21:1525-30

22. Boska GA, Wisniewski D, Lentsck MH. Depressive symptoms in the postpartum period: identification by the Edinburgh postpartum depression scale. J Nurs Health. 2016;1(1):38-50. Doi:

[HTTP://DX.DOI.ORG/10.15210/JONAH.V6I1.5525](http://dx.doi.org/10.15210/JONAH.V6I1.5525)

Submissão: 12/12/2018

Aceito: 16/03/2019

Publicado: 01/05/2019

### Correspondência

Marciana Fernandes Moll

Av. Nenê Sabino, 1801

Bairro Universitário

CEP: 38055-500 – Uberaba (MG), Brasil