

Universidade Federal do Espírito Santo
Centro de Ciências da Saúde HUCAM UFES
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Residência Médica

Arnaldo Ferreira Netto

Depressão Pós-Parto: Revisão Bibliográfica

Trabalho de conclusão de curso

Volume I

Vitória
2016

Arnaldo Ferreira Netto

Depressão Pós-Parto: Revisão Bibliográfica

Trabalho de conclusão de curso ao Programa de Residência Médica De Ginecologia e Obstetrícia ,como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Especialista Em Ginecologia e Obstetrícia

Orientador: Arnaldo Ferreira Filho
Coorientador: Justino Mameri

Volume I

Vitória
2016

Dedicado a meu Orientador e Pai Professor Arnaldo Ferreira Filho, Professor Doutor Justino Mameri , Professor Marcelo Almeida Guerzet e a todos que de certa forma contribuíram para conclusão deste trabalho

Agradecimentos

Agradeço a Deus , Minha Família , Meus Amigos , Professores, Residentes , internos , Funcionários e Pacientes , que estiveram sempre presente nestes ultimos anos proporcionando um aprendizado incrível , amadurecimento e crescimento pessoal durante o período de residência.

Resumo

A depressão pós parto(DPP) é um dos principais transtornos mentais do puerpério que acomete principalmente mulheres novas com baixo nível socioeconômico podendo acometer em média 10 a 20 % das mulheres. Ainda não se sabe ao certo sua fisiopatogenia , porém acredita-se que tenha origem multifatorial destacando-se fator genético e alterações hormonais. Pode levar a sérias consequências tanto para a mãe(depressão clássica dificuldade no aleitamento materno),como o recém nascido (alterações no desenvolvimento cognitivo). Ainda não se sabe ao certo quais medidas são possíveis para prevenção. O diagnóstico é muito importante pois muitas vezes esta doença é sub-diagnosticada , paciente pode apresentar sinais de ansiedade e , alterações do humor .O médico lançar mão do Escore de Edimburgo para rastreio da Depressão pós-parto , ferramenta simples e fácil de ser usada.O tratamento da DPP é principalmente medicamentoso com , os antidepressivos inibidores de recaptção de serotonina uma boa opção , levando em conta a questão do aleitamento materno , uma vez que esses medicamentos foram encontrados em doses menores em relação a outras drogas no leite humano.

Abstract

The postpartum depression is a major mental disorders after delivery that affects mainly young women with low socioeconomic status. It can affect an average of 10-20% of women. Still do not know for sure its pathogenesis, but it is believed to have a multifactorial origin with emphasis on genetic factors and hormonal changes. Can lead to serious consequences for both the mother (classic depression, difficulty in breastfeeding), as the newborn (changes in cognitive development). It is not known exactly which measures are possible to prevent. The diagnosis is very important because often the disease is under-diagnosed, the patient may show signs of anxiety and mood swings .The doctor to make use of the score from Edinburgh to screening for postpartum depression, simple tool and easy to use .The treatment of PPD is mainly to medication, antidepressants like serotonin reuptake inhibitors are a good option, considering the question of breastfeeding, since these medicines m was found at lower doses compared to other drugs in human milk.

Sumário

1	Metodologia	7
2	Introdução	8
3	Epidemiologia	10
4	Fisiopatologia	12
5	Fatores de risco e prevenção	13
6	Diagnóstico	15
7	Tratamento	17
8	Conclusão	20
9	Referências Bibliográficas	21
	 APÊNDICES	 23

1 Metodologia

Foram selecionados artigos nacionais e internacionais entre 2003 e 2016 , na base de dados Scielo , Lilacs , pubmed , Up to Date contendo as palavras chaves “depressão” e “pos parto” .além dos principais livros-texto de obstetrícia com o intuito de realizar revisão literária acerca do tema em questão.

2 Introdução

O puerpério é uma fase de grande importância e que exige cuidados especiais à mulher. É marcado pela experiência materna em diversos aspectos, sobretudo na parte emocional, muitas vezes influenciada por variação hormonal, e muitas vezes influenciada pelo ambiente psicossocial em que se encontra. Toda essa vivência emocional, amamentação difícil, ambiente social desfavorável, falta de laços afetivos podem desencadear transtornos mentais na paciente. Estes transtornos mentais no pós-parto incluem a Tristeza pós-parto, psicose pós-parto e depressão pós-parto (DPP).

A tristeza pós-parto, ou *maternity blue*, são alterações benignas e transitórias ocorrendo entre os dez primeiros dias de pós-parto. Sentimentos mais frequentes, são: choro fácil, irritabilidade, flutuações do humor, tristeza, fadiga, dificuldade de concentração, insônia e ansiedade. Ocorre aproximadamente em 60% das puérperas. Quadro geralmente regride deve ser tratado com medidas de apoio materno. O quadro desaparece por volta de 14 dias após o parto e raramente evolui para depressão maior.

A psicose pós-parto, mais grave transtorno psiquiátrico do pós-parto, ocorre em cerca de um a dois partos a cada mil partos. Tem início nas três primeiras semanas de puerpério. A sintomatologia é inicialmente aguda, ocorrendo além do quadro depressivo, crises psicóticas. Requer internação psiquiátrica e possui recidiva de 30 a 50% em partos subjacentes.

Já a Depressão pós-parto (DPP), é caracterizada por apresentar quadros depressivos não psicóticos e que muitas vezes por terem o início menos agressivo, podem não ser reconhecidos e até ser ignorado pelos profissionais da saúde. É um episódio de depressão maior que ocorre geralmente nas 4 primeiras semanas do puerpério de acordo com a maioria dos autores.

Estes transtornos mentais requerem atenção do médico que precisa estar atento aos sintomas muitas vezes negligenciados ou pouco valorizados pelo profissional de saúde.

O objetivo desta revisão tem como o desdobramento da Depressão pós-parto desde sua epidemiologia, importância, etiopatogenia, fatores de risco prevenção e tratamento.

A DPP tem relatos na literatura desde Hipócrates, onde foi notada relação entre o período de pós-parto e o transtornos do humor. O conceito da DPP também é entendido como uma depressão atípica que apresenta com sintomas neuróticos mais pronunciados, como a ansiedade, a irritabilidade que muitas vezes mascaram o quadro de depressão clássica. Ocorrem também sintomas opostos ao da Depressão clássica,

como a piora ao fim do dia e a insônia inicial que acomete principalmente as puérperas mais novas ou imaturas.

3 Epidemiologia

A depressão pós-parto (DPP) é um sério problema de saúde na gravidez, atinge 10 a 20% das mulheres nos seis primeiros meses após o parto, trazendo consequências para a mãe, a criança, o parceiro e a família. Estima-se uma variação da prevalência nos países ocidentais entre 0,5 a 60%.² O diagnóstico da depressão pós-parto não é fácil, uma vez que muitos sintomas como alterações do sono, no apetite e fadiga são comuns no puerpério.

Os pacientes com DPP geralmente não estão atentos a esta desordem pois os sintomas podem se confundir com os vários sintomas comuns do puerperio tais como fadiga , insônia , baixa libido. Além disso as mulheres geralmente são relutantes para este tipo de queixa devido a pressão social do esteriótipo da “mãe feliz”.Um estudo de 78 pacientes com DPP descobriu que apenas 32% acreditavam sofrer desta moléstia , enquanto 80% não reportaram sintomas ao seu médico.

De acordo com pesquisas no Brasil, Saraiva (2007) e DaSilva et al. (1998) relataram um predomínio entre 32% e 38% de depressão puerperal em mulheres brasileiras de baixa renda, Santos, Martins e Pasquali (1999) e Cantilino et al. (2003), cujos achados apontaram, respectivamente, para a incidência da depressão materna em 13,4% e 13,3% das amostras pesquisadas. A prevalência de depressão pós-parto, encontrada no trabalho de FaisalCury et al. (2004), foi de 15,9% e no estudo de Cruz, Simões e FaisalCury (2005), foi de 19,1%. Moraes et al (2006) identificaram a prevalência da depressão pós-parto em torno de 19,1% das mulheres pesquisadas.Boyce et al (2003) estima uma prevalência de 10 a 15% , alcançando 35% quando o transtorno precede a gravidez. Estudos Estrangeiros apontam prevalência um pouco menor da DPP quando analisada em relação ao Brasil.

A prevalência estimada da depressão pós-parto em alguns estudos americanos varia de 8 a 15%.Embora a DPP afete mulheres de diferentes culturas não está claro se a prevalência está associada a raça e etnia.

Um estudo Capixaba (Ruschi et al ,2007) estudou a prevalência de DPP em puérperas estudada incluiu 292 mulheres atendidas nos ambulatórios de ginecologia e obstetrícia uma Unidade Básica de Saúde de Maruípe, Utilizando o Escore de Edimburgo (EDPS) , explicado mais a frente nesta revisão ,A DPP foi observada em 39,4% das pacientes. Eram mulheres e entre 31 a 180 dias após o parto (média de 2,7 meses), formado por jovens (média de idade 24,7 anos), de cor branca, donas de casa, com parceiros estáveis. O nível de escolaridade do casal mais freqüente foi o ensino médio completo, no entanto, com baixa renda familiar.

As variações entre os índices de prevalência devem-se, provavelmente, ao uso de critérios diagnósticos e métodos diversos, bem como a diferenças econômicas e culturais entre os grupos estudados, que no nosso País pela própria miscigenação cultural e tamanho territorial se fazem diferentes e possuem particularidade em cada região.

4 Fisiopatologia

A patogênese da depressão pós parto ainda é incerta. Alterações hormonais parecem ter um papel relevante mas os estudos demonstram resultados conflitantes. Para alguns estudos sensibilidade a flutuações nos níveis de estrogênio e progesterona, níveis de esteroides no período pós-parto, alterações no eixo hipotálamo-hipófise-ovários, ácidos graxos, ocitocina, arginina e serotonina têm sido citados na gênese da depressão pós-parto. Outros autores acreditam que há indícios que as alterações dos hormônios da tireoide, progesterona, cortisol e estrógenos, podem estar relacionados com a depressão pós-parto. Cerca de 4% das mães apresentam alteração de humor leve associada a uma disfunção tireoidiana nos primeiros oito meses após o parto e 1% apresentam episódio depressivo maior.

Zinga et al (2005) acredita que uma chamada “síndrome de retirada hormonal” em conjunto com a fragilidade genética de algumas mulheres influem diretamente na gênese do quadro

Existem ainda autores que afirmam não haver evidências claras que os desequilíbrios hormonais são os responsáveis pela DPP, correlacionando portanto as mudanças biológicas que antecedem o parto, fatores genéticos, psicossociais. à etiologia da doença. Estudos apontam que o fator genético influencia a gravidade da DPP enquanto os fatores psicossociais podem desencadear sintomatologia mais leve.

5 Fatores de risco e prevenção

Os fatores de risco relatados para a depressão pós-parto incluem a depressão durante a gestação, depressão prévia (fora do puerpério), disforia pré-menstrual prévia, eventos estressantes durante a gestação, baixa idade materna, condições sociais ruins e violência doméstica. Estudos mostram que mulheres que possuem história familiar ou pessoal de depressão e que tenham tido episódios prévios da doença possuem o risco de 50% de recorrências nas próximas gestações, e cerca de 30% das pacientes com depressão prévia a concepção desenvolverão o distúrbio. Autores também afirmam que as mulheres com história de DPP teriam um risco de 41% de depressão em um futuro pós-parto.

Outros fatores de risco citados foram: Violência doméstica, viver sem parceiro, eventos estressantes nos últimos 12 meses, desemprego materno ou paterno, falta de suporte financeiro, diabetes gestacional, não amamentar, história familiar de doenças psicológicas, feto com má formação, relacionamento ruim entre gestante e sua mãe-bebê.

Óbito intra-útero e neomorto também são apontados como fatores de risco para DPP. Um estudo retrospectivo descobriu que a DPP ocorre mais em mulheres com perdas decorrentes de neomortalidade ou óbito intra uterino do que mães de nascidos vivos.

As condições físicas e psicológicas da mãe no período que antecede e sucede o parto são de grande importância, já que as bases do desenvolvimento infantil se estabelecem nessa mesma época e dependem intimamente do funcionamento do binômio mãe-bebê.

Vários estudos descrevem efeitos negativos da depressão pós-parto na relação da mãe com o seu bebê e no desenvolvimento psicoemocional da criança, podendo causar na criança transtornos de atenção, linguagem e aprendizado e até distúrbios comportamentais. Servili et al (2010) evidenciou que crianças cujas mães sofrem de transtornos psiquiátricos costumam ter prejuízos no sistema motor, cognitivo, social e emocional.

Mulheres com depressão pós-parto têm maior dificuldade de iniciar a lactação e de fazê-la de maneira exclusiva, com menor duração e maior interrupção. Adolescentes filhos de mães com depressão não-tratada têm maior comportamento violento, e maior probabilidade de transtornos psiquiátricos futuros.

Ainda não se sabe ao certo se a DPP pode ser prevenida. A DPP pode ocorrer mesmo em mulheres sem histórico psiquiátrico familiar conhecido ou qualquer um

dos fatores de risco. A literatura revela que o início da depressão pode ocorrer não somente poucas semanas após o parto, mas até sete meses após este. Por tanto, o monitoramento cuidadoso do humor no primeiro ano após o parto é crucial, especialmente em mulheres com histórico de DPP. Algumas poucas perguntas simples durante as visitas rotineiras do atendimento primário poderiam ser eficazes para identificar mulheres em risco de ter DPP. Essas perguntas devem investigar histórico psiquiátrico pessoal e familiar, em particular sobre transtornos de humor e alcoolismo e, sobretudo, estabelecer o estado atual de espírito e de humor das mulheres.

A descontinuação abrupta do regime de tratamento com psicotrópicos durante a gravidez deve ser evitada se possível, a fim de impedir uma piora da saúde psicológica. Um relato de observações em um grupo de mulheres grávidas encontrou que os sintomas depressivos pioraram significativamente após a descontinuação abrupta de antidepressivos, sendo que as mulheres haviam tomado antidepressivos em um espaço de tempo tão curto como várias semanas.

Algumas intervenções revelaram-se promissoras para a redução da ocorrência de DPP entre mulheres em risco, como atenção primária pós-natal, psicoterapia, medicamentos antidepressivos, porém nenhuma estratégia isolada evitou esta síndrome em todas essas mulheres. Ainda como medidas de prevenção também são citados grupos de apoio, nutrição adequada, sono adequado e orientações familiar e conjugal.

A lógica subjacente a esse enfoque é que o aumento no nível da atenção à saúde durante o período pré-natal ou logo após o parto pode, como consequência, reduzir o impacto dos fatores de risco psicossociais no humor pós-parto. No entanto, os ensaios clínicos com atenção materna melhoradas completadas até o momento demonstraram um impacto limitado na prevenção de DPP.

6 Diagnóstico

Apesar da ocorrência e da importância desse transtorno, a avaliação de depressão no período puerperal é difícil devido à subjetividade da sintomatologia. Existe uma linha tênue entre o fisiológico e o patológico, que pode gerar dúvidas mesmo nos especialistas.

O estudo da depressão da mulher na fase do puerpério pressupõe a compreensão e a definição da intensidade dos sintomas humorais associados ao período após o nascimento do bebê, e que podem variar desde a melancolia da maternidade (baby blues) até as psicoses puerperais, passando pela depressão pós-parto, propriamente dita.

Para muitos autores sintomas são semelhantes àqueles da depressão que ocorre em período não-puerperal, com início típico nas seis primeiras semanas do puerpério, podendo incidir até seis meses após o parto, sendo que os sintomas de humor depressivo e perda de interesse nas atividades devem estar presentes por no mínimo duas semanas. Outros sintomas como alterações do sono, adinamia, sentimentos de culpa ou desânimo, perda de concentração ou pensamentos suicidas também podem estar presentes. Para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais -DSM-IV, a depressão pós-parto encontra-se dentro da classificação Transtorno do humor caracterizado por um transtorno depressivo com início no pós-parto e está descrita como uma depressão iniciada dentro de 4 semanas após o parto. Já na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10, a DPP encontra-se dentro das categorias selecionadas na classificação de Transtornos mentais e de comportamentos associados ao puerpério (F53), com início dentro de 6 semanas após o parto e deve ser diagnóstico de exclusão.

Resende (2013) relata que geralmente a sintomatologia se apresenta com instabilidade do humor, ansiedade intensa, ataques de pânico. Nos casos mais graves pode ainda haver ideações suicidas delírios e agitação psicomotora.

Um instrumento amplamente utilizado e validado para o rastreio da depressão pós-parto é o Escore de Edimburgo (VER TABELA 1), que consiste em instrumento de auto-registro com 10 perguntas pontuadas de acordo com presença ou a intensidade do sintoma. Contemplam sintomas psíquicos como humor depressivo (sensação de tristeza, auto-desvalorização e sentimentos de culpa, idéias de morte ou suicídio), perda do prazer em atividades anteriormente agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, além de sintomas fisiológicos (insônia ou hipersônia) e alterações do comportamento. Um escore maior que 12 é indicativo

de depressão pós-parto . O período ideal para o rastreio é entre duas semanas e seis meses após o parto.

O escore tem como vantagens sua facilidade, rapidez de aplicação, baixo custo e possibilidade de aplicação por qualquer profissional de saúde. Possui sensibilidade alta e pode ser associado a um aumento nos índices de diagnóstico e tratamento da doença, minimizando assim seus possíveis danos ao binômio mãe-filho.

7 Tratamento

Alguns estudos em países desenvolvidos ocidentais estimam que a maioria dos casos de DPP tem resolução espontânea em 3 a 6 meses , porém o tratamento deve ser instituído para abreviar o sofrimento materno e minimizar os problemas familiares e futuros danos a criança como já mencionada nesta revisão

Uma vez diagnosticada a DPP, uma série de intervenções podem ser realizadas, com o apoio emocional uma importante ferramenta neste momento delicado da mulher. Tomando conhecimento sobre os aspectos multifacetados dos transtornos psicoafetivos da mãe, após o nascimento do bebê, uma gama de ações multifatoriais deve ser implementada.

O tratamento farmacológico é o meio mais acessível a médicos que lidam com tais pacientes, havendo indício de que se restabeleça o funcionamento dessas mulheres, potencialmente atingindo toda a família (LOGSDON et al., 2003). O uso de estrógeno e progesterona tem sido desencorajado e, portanto, o foco desta forma terapêutica tornou-se os medicamentos antidepressivos .

WISNER et evidenciou em seu estudo que mulheres dotadas de histórico de DPP que foram submetidas a tratamento com antidepressivos nas primeiras vinte e quatro horas após o parto associou-se a uma redução drástica na recorrência de depressão (uma para cada quinze mulheres).

O tratamento da depressão pós-parto baseia-se de acordo coma gravidade do quadro depressivo apresentado. Esse tratamento é baseado no mesmo instituído para a depressão clássica, usando tratamentos como a psicoterapia e/ou a farmacoterapia e até eletroconvulsoterapia em caso de suicídio ou infanticídio.

Os medicamentos mais eficazes e utilizados no tratamento da DPP, são os inibidores seletivos da recaptção da serotonina SSRI (fluoxetina, paroxetina, sertralina) e os antidepressivos tricíclicos (nortriptilina e desipramina). Estudos realizados mostram que os medicamentos de primeira escolha são os SSRI, pois os antidepressivos tricíclicos não são bem tolerados pelas puérperas, devidos seus efeitos colaterais, como: sedação, ganho de peso, hipotensão, ortostática e constipação.

A visão negativa que a mulher possui em relação aos antidepressivos pode gerar, fraca adesão e abandono do tratamento, cabendo ao médico analisar e individualizar os casos a fim de elaborar um tratamento eficaz e que possua adesão da paciente

Um receio quanto aos antidepressivos é a possibilidade de efeitos indesejáveis sobre os recém-nascidos As mulheres que estiverem amamentando devem ser orienta-

das pelos profissionais de saúde que todos os antidepressivos são secretados no leite em concentrações variadas. Os possíveis efeitos destas medicações sobre os lactentes (irritabilidade, sedação, baixo ganho de peso, desmame versus os desfechos negativos sobre o desenvolvimento das crianças de mães não-tratadas para a depressão pós-parto devem ser considerados.

Alguns estudos sugerem que os antidepressivos causem alterações no desenvolvimento do sistema serotoninérgico que só venham a ser detectadas posteriormente, porém ressaltam que o benefício da lactação sob efeitos de antidepressivos seja maior do que mulheres que amamentam com depressão.

Uma análise dos níveis dos antidepressivos nas mães e lactentes mostrou que sertralina, paroxetina e nortriptilina não foram relacionadas a níveis séricos elevados, os quais estiveram mais relacionados com fluoxetina e citalopram. Outro estudo complementa, ressaltando que os SSRI, são os medicamentos mais escolhidos, pois seus componentes têm um baixo risco tóxico e são de fácil administração. Carecem estudos de antidepressivos tricíclicos no pós-parto.

Outra modalidade de tratamento da DPP é a psicoterapia que é efetiva no tratamento, mas com efeito menor do que quando se utilizam medicações antidepressivas. Uma vantagem da psicoterapia no tratamento da depressão pós-parto é a ausência de contraindicações e uma segurança provavelmente maior para o aleitamento materno em relação a medicações antidepressivas.

Consequências sobre o desenvolvimento cognitivo, motor, neurológico e comportamental de crianças expostas a antidepressivos durante a lactação ainda não estão bem determinadas.

Outros tratamentos incluem Atividades físicas, como a caminhada que têm se mostrado benéfica na redução dos sintomas, o uso de ômega 3, que provou não ser eficaz, além de eletroconvulsoterapia também ter sido citada como modalidade, mas pouco utilizada.

Uma abordagem individualizada, levando em consideração fatores psicossociais, desejos e expectativas da mulher com esta condição, favorecerá a adesão ao tratamento e facilitará sua recuperação.

A falta de tratamento pode gerar consequências, que incluem suicídio e/ou infanticídio (0,2% dos casos), negligências na alimentação do bebê, bebê irritável, vômitos do bebê, morte súbita do bebê, machucados, depressão do conjugue e divórcio, maus tratos infantis, desenvolvimento. A mulher que sofre de DPP corre o risco de suicídio, o casal se for o caso também sofre, e, por fim, as interações precoces mãe-bebê são alteradas, comprometendo o prognóstico cognitivo e social do bebê (Stowe & Nemeroff, 1995; Chaudron & Pies, 2003).

Um recém-nascido dá início à uma família e isto pode trazer muita alegria, afinal, a sociedade, e de forma mais direta a família ,espera manifestações de alegria e satisfação pela maternidade. Não existe uma fórmula para o sucesso desta nova jornada da mulher Porém, amor, atenção, e compreensão, que pode criar um ambiente saudável para a puérpera, seja ela primípara, ou não. Trata-se de apoio. A prevenção portanto começa com o apoio familiar , mas este não pode ser exclusivo deve-se ter em mente a grande importância de uma equipe multidisciplinar por perto ; atentos e, se necessário,agir junto à família quando algo que não está bem com a paciente,.Com essa união a paciente se sentirá acolhida e confiante para expressar seus sentimentos, pois o descaso e a subestimação do sofrimento da mulher, seja pela equipe ou família , pode levar a paciente apresentar quadro de Depressão.

A Depressão Pós Parto deve ser tratada com sua devida importância pelos profissionais de Saúde os sintomas não devem ser negligenciados nem subestimados . A terapêutica não medicamentosa e medicamentosa deve ser instituída sempre que necessário e o médico precisa lançar mais do que nunca mão do seu lado humano , empatia e relação médico paciente e boa relação com a equipe multidisciplinar para otimizar os resultados nesta importante patologia puerperal.

8 Conclusão

A DPP é uma doença com prevalência importante e difícil diagnóstico muitas vezes ignorado pela equipe de saúde.

è uma doença com sua fisiopatologia ainda desconhecida, acredita-se no envolvimento de fatores hormonais na gênese da doença. A baixa idade materna , abandono familiar, baixa renda e depressão prévia são fatores de risco importantes.

O tratamento desta condição envolve medidas multidisciplinares , porém na maioria dos casos a primeira linha de tratamento são ao antidepressivos, em especial os inibidores da recaptção de serotonina. A paciente deve ser informada sobre efeitos dos remédios sobre a amamentação , que geralmente sobresaem os benefícios da continuação desta.

O obstetra tem um papel crucial no manejo da depressão pós-parto , pois é com ele o primeiro contato com a puérpera e cabe a ele a sensibilidade e conhecimento para um bom diagnóstico e direcionar corretamente o tratamento para esta condição.

9 Referências Bibliográficas

- 1-REZENDE,J.; MONTENEGRO, C.A.B. Obstetrícia fundamental. 12^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- 2-FONSECA, Vera Regina J. R. M.; SILVA, Gabriela Andrade da; OTTA, Emma. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 26, n. 4, p. 738-746, Apr. 2010 .
- 3-IBIAPINA, Flávio Lúcio Pontes; Alves, Julio Augusto Gurgel; Busgaib, Rosana Pereira Sá; Costa, Fabricio Silva;Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências / Postpartum depression: treatment based on evidences .Femina;38(3), mar. 2010. tab
- 4-SCHWENGBER, Daniela Delias de Sousa; PICCININI, Cesar Augusto. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. Estud. psicol. (Natal), Natal , v. 8, n. 3, p. 403-411, Dec. 2003 .
- 5- Dawn Zinga, Shauna Dae Phillips,Leslie Born. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented? Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(Supl II):S56-64
- 6-Eluisa Bordin Schmidt ,Neri Maurício Piccoloto ,Marisa Campio Müller1.Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil.Psico-USF, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005
- 7-GUEDES-SILVA, Damiana et al . Depressão pós-parto: prevenção e conseqüências.Rev. Mal-Estar Subj., Fortaleza , v. 3, n. 2, p. 439-450, set. 2003 .
- 8-Maria da Penha de Lima Coutinho ,Evelyn Rúbia de Albuquerque.Depressão pós-parto: considerações teóricasPost partum depression: theoretical considerations Saraiva II, Estud. pesqui. psicol. v.8 n.3 Rio de Janeiro dez. 2008
- 9- Higuti PCP, Capocci PO. Depressão pós-parto. Rev Enferm UNISA 2003; 4: 46-50.
- 10-Mattar R, Silva EYK, Camano L, Abrahão AR, Colás OR, Andalaft Neto J, et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(9):470-7.
- 11-Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, , Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul 2007 29:27480.

12- Carlos Michell Tôrres Santos ,Glessiane de Oliveira Almeida, Thiago Santos. DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REVISÃO DA LITERATURA .Psicologia & m foco, Aracaju, Faculdade Pio Décimo, v. 3, n. 2, jul./dez. 2009

13-Patrícia Figueira, Humberto Corrêa ,Leandro Malloy-Diniz, Marco Aurélio Romano-Silva. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde.Rev Saúde Pública 2009;43(Supl. 1):79-84 Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG

14-Inácia Gomes da Silva Moraesa , Ricardo Tavares Pinheirob , Ricardo Azevedo da Silvaa , Bernardo Lessa Hortac , Paulo Luis Rosa Sousab e Augusto Duarte Fariab .Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados .Rev Saúde Pública 2006;40(1):p70 ,USP-SP

15 O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:801.

16 Lee D, Yip A, Chiu H, et al. A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese women. Am J Psychiatry 2001; 158:220.

17 Whitton A, Warner R, Appleby L. The pathway to care in post-natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. Br J Gen Pract 1996; 46:427.

18 Gold KJ, Johnson TR. Mothers at risk: maternal mental health outcomes after perinatal death. Obstet Gynecol 2014; 123 Suppl 1:6S.

19 Postpartum blues and unipolar depression: Prevention and treatment , Murray B Stein, MD, MPH , UptoDate.com

20:Postpartum blues and unipolar depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis . Murray B Stein, MD, MPH , UptoDate.com

Apêndices

TABELA 1 - ESCORE DE EDIMBURGO

Figura 1 – Legenda

Quadro 1 - Escore de Edimburgo.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	
Nome: _____	Endereço: _____
Data de nascimento (mãe): _____	
Data de nascimento (bebê): _____	
<p>Como você teve recentemente um bebê, gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor marque a resposta que mais se aproxima de como você tem se sentido nos últimos 7 dias, não apenas hoje.</p> <p>Aqui está um exemplo.</p> <p>Eu tenho me sentido feliz:</p> <p>() Sim, o tempo todo</p> <p>(X) Sim a maior parte do tempo</p> <p>() Não, não muito frequentemente</p> <p>() Não, de maneira alguma</p>	
<p>Isto significa: "Eu me senti feliz a maior parte do tempo durante a última semana". Complete o restante do questionário da mesma forma.</p> <p>Nos últimos 7 dias:</p>	
<p>1. Eu tenho rido e visto o lado engraçado das coisas:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Tanto quanto eu sempre fiz + Não tanto quanto antes + Sem dúvida, menos que antes + De jeito nenhum 	<p>6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia</p> <ul style="list-style-type: none"> + Sim, na maioria das vezes eu não consigo controlar a situação + Sim, algumas vezes eu não consigo controlar a situação + Não, na maioria das vezes eu controlo bem a situação + Não, sempre eu tenho controlado a situação
<p>2. Eu tenho encarado o futuro com alegria</p> <ul style="list-style-type: none"> + Tanto quanto sempre fiz + Menos do que o de costume + Muito menos do que o de costume + Praticamente não 	<p>7. Tenho estado tão triste que tenho dificuldade para dormir</p> <ul style="list-style-type: none"> + Sim, na maioria das vezes + Sim, algumas vezes + Não muito frequentemente + Não, nunca
<p>3. Eu tenho me culpado quando as coisas dão errado</p> <ul style="list-style-type: none"> + Sim, a maior parte do tempo + Sim, parte do tempo + Não muito frequentemente + Não, nunca 	<p>8. Eu tenho estado triste ou arrasada</p> <ul style="list-style-type: none"> + Sim, na maioria das vezes + Sim, frequentemente + Não muito frequente + Não, de jeito algum
<p>4. Eu tenho estado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão</p> <ul style="list-style-type: none"> + De jeito nenhum + Raramente + Sim, algumas vezes + Sim, frequentemente 	<p>9. Tenho estado tão triste que choro</p> <ul style="list-style-type: none"> + Sim, na maior parte do tempo + Sim, frequentemente + Ocasionalmente, apenas + Nunca
<p>5. Tenho tido medo ou pânico sem uma boa razão</p> <ul style="list-style-type: none"> + Sim, muito + Sim, algumas vezes + Não, não muito + Não, de jeito algum 	<p>10. Tenho pensado em me machucar (ferir)</p> <ul style="list-style-type: none"> + Sim, frequentemente + Às vezes + Raramente + Nunca
<p>QUESTÕES 1, 2, e 4: Pontuação de 0 a 3, de cima para baixo</p> <p>QUESTÕES 3, 5 a 10: Pontuação de 0 a 3, de baixo para cima</p> <p>Pontuação máxima: 30</p> <p>Possível depressão: 10 ou mais</p> <p>Sempre ficar atento ao item 10 (pensamentos suicidas)</p>	