

DEPRESSÃO PÓS PARTO – UMA ABORDAGEM SOBRE OS FATORES RELACIONADOS

POSTPARTUM DEPRESSION – AN APPROACH ON THE FACTORS RELATED

Daniela Meireles de Sena¹; Daniella Ribeiro G.Mendes²

Resumo

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno psiquiátrico com várias repercussões negativas sobre a paciente, a criança e as relações familiares. Esclarecer os principais fatores relacionados à instalação da depressão pós-parto, que através desse esclarecimento. Trata-se de uma revisão de literatura acerca do perfil de pessoas com depressão pós parto. Os artigos utilizados nesta revisão foram pesquisados na base de dado scielo. No total foram utilizados 20 artigos. Para a busca selecionou-se artigos publicados a partir de 2009 à 2011, em português, com os seguintes descritivos: depressão pós-parto, depressão e pós parto. A presença de complicações no pós-parto, seja em relação à saúde da mãe, seja em relação à saúde da criança, também aumenta o nível de estresse nesse período. A prevenção precoce da depressão pode ser realizada por meio de ações e intervenções conjuntas durante a gravidez. O *stress* na gestação, em geral, está associado a eventos específicos como enjoos, gravidez não planejada, medo de ganho excessivo de peso no início da gravidez e medo do parto. A revisão de literatura realizada demonstra que as complicações no pós parto, também aumenta o nível de estresse nesse período, havendo uma maior probabilidade das mães adoecerem emocionalmente durante os momentos mais críticos de suas vidas, sendo momentos bons ou ruins.

Palavras-Chaves: depressão pós-parto, depressão, pós-parto.

Abstract

Postpartum depression (PPD) is a psychiatric disorder with several negative repercussions on the patient , the child and family relations . Clarify the main factors related to the onset of postpartum depression , that through this clarification. This is a review of literature on people with postpartum depression profile. In total 20 articles were used. For the search we selected articles published from 2009 to 2011, in Portuguese, with the following wording: postpartum depression, postpartum and depression. The presence of complications after childbirth , or in relation to the health of the mother , or in relation to children's health , it also increases the level of stress in this period . Early prevention of depression can be accomplished through joint actions and interventions during pregnancy . Stress during pregnancy in general is linked to specific events such as sickness , unplanned pregnancy , fear of excessive weight gain in early pregnancy and fear of childbirth . The literature review shows that complications after childbirth , also increases the level of stress in this period , with a greater likelihood of becoming ill mothers emotionally during the most critical moments of their lives , being good or bad times .

Keywords: depression, postpartum depression, postpartum.

INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno psiquiátrico com várias repercussões negativas sobre a paciente, a criança e as relações familiares. A DPP pode durar vários anos e está relacionada a aumento de risco de outros quadros depressivos recorrentes. O impacto sobre a criança também é significativo, pois a doença limita a habilidade da mãe de responder à demanda envolvida nos cuidados e sua capacidade de engajamento positivo e contato emocional com o bebê. ⁽¹⁾

A etiopatologia da doença não foi ainda bem definida e provavelmente envolve fatores biopsicossociais. Assim, o estabelecimento de possíveis fatores de risco contribui para uma melhor compreensão da doença e para a elaboração de estratégias de prevenção e diagnóstico precoce. ⁽²⁾

A depressão materna pode ocorrer no período de até 12 meses após o parto (período pós-parto), possui as mesmas características da depressão na população em geral, como humor deprimido, perda de interesse ou prazer pelas coisas, sentimentos de baixa autoestima e diminuição da concentração. Além disso, frequentemente esse período é marcado por alterações hormonais e mudanças no caráter social, na organização familiar e na identidade feminina. ⁽³⁾

A maioria dos estudos refere que a DPP atinge de 10 a 15% das mulheres. Entretanto, no Brasil, algumas das prevalências encontradas foram 13,4% em Brasília, 37,1% em São Paulo e 19,1% em Pelotas. ⁽⁴⁾

As condições físicas e psicológicas da mãe no período que antecede e sucede o parto se revestem de grande importância, já que as bases do desenvolvimento infantil se estabelecem nessa mesma época e dependem intimamente do funcionamento da díade. ⁽⁵⁾

A depressão materna pós-parto é um dos aspectos importantes a serem considerados como possível interveniente no exercício da função materna durante o primeiro ano de vida do bebê. Ela pode ter consequências importantes no desenvolvimento infantil, sobretudo de linguagem cuja estruturação se dá pela interação dialógica mãe-filho ⁽⁶⁾

A presença de conflitos emocionais está associada a fatores fisiológicos e emocionais e a situações de vida da mulher, como dificuldades do casal, pouco suporte familiar ou não querer engravidar. ⁽⁷⁾

A depressão materna afeta não só a mãe, mas também o desenvolvimento global do bebê. Os estudos apontam que os efeitos da depressão materna podem resultar negativamente no desenvolvimento da criança, podem desencadear desordens lingüísticas, comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais, bem como alterações da atividade cerebral. ⁽⁸⁾

As mudanças físicas ocorridas durante a gravidez podem provocar instabilidade emocional na mulher. Normalmente, há uma maior probabilidade de as mães adoecerem emocionalmente durante os momentos mais críticos de suas vidas, sejam esses momentos bons ou ruins, devido a uma solicitação de adaptação a essa resposta emocional. ⁽⁹⁾

O *stress* na gestação, em geral, está associado a eventos específicos como enjôos, gravidez não planejada, medo de ganho excessivo de peso no início da gravidez e medo do parto, em meados da gestação. A média de eventos estressores durante a gestação é de cinco eventos por gestante e o quadro pode se agravar no contexto familiar se houver situação econômica difícil, violência doméstica, uso de drogas, depressão, pânico e complicações pré-natais.⁽¹⁰⁾

A avaliação dos sintomas depressivos depende das categorias que serão incluídas no instrumento, sendo esta a principal diferença entre as escalas. São exemplos de categorias de sintomas depressivos: humor (tristeza, crises de choro ou risos), sintomas somáticos (alterações no sono, apetite e peso), sinais motores (inibição, agitação), comportamentos sociais (apatia, isolamento), aspectos cognitivos (ideação de culpa e suicídio), ansiedade (psíquica, fóbica, somática) e irritabilidade (hostilidade, auto-agressão).⁽¹¹⁾

Os cônjuges de mulheres com DPP parecem também mais susceptíveis a desenvolver quadros clínicos de depressão, favorecendo o aparecimento ou agravamento dos conflitos conjugais, e seus filhos mostram-se mais propensos a atraso no desenvolvimento cognitivo e social, distúrbios do sono, doenças diarreicas, distúrbios nutricionais e atraso no crescimento.⁽¹²⁾

Os fatores protetores encontrados foram boa renda familiar, bom apoio social, boa auto-estima, boa qualidade do relacionamento conjugal, apoio emocional e envolvimento em cuidados domésticos e com a criança oferecidos pelo pai.⁽¹³⁾

Tendo em vista vários casos de DPP, o objetivo desse trabalho é esclarecer os principais fatores relacionados à instalação da depressão pós-parto, que através desse esclarecimento, mostrar os fatores protetores para ter uma melhora nos quadros sintomáticos desta patologia.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura integrativa acerca do perfil de pessoas com depressão pós parto. Os artigos utilizados nesta revisão foram pesquisados na base de dados scielo. No total foram utilizados 20 artigos. Para a busca selecionou-se artigos publicados a partir de 2009 à 2011, em português, com os seguintes descritivos: depressão pós-parto, depressão e pós parto.

Os artigos que não atenderam aos critérios acima especificados, foram excluídos da pesquisa.

A busca foi realizada em agosto de 2013 à maio de 2014. Após a busca, os artigos foram fichados de acordo com os seguintes critérios: título, número de autores ano de publicação e objetivo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na análise empreendida aqui, foram verificados os resultados apresentados nos tópicos que se seguem, os quais compreendem as características dos estudos, assim como os dados relacionados com depressão pós-parto, depressão e pós-parto contemplados nos artigos analisados. Na tabela I, observa-se a análise estatística da distribuição dos periódicos aqui analisados.

Tabela I – Distribuição dos artigos focalizando depressão pós-parto, depressão e pós-parto, publicados entre 2009 e 2001, conforme periódico. Brasil, 2014

Periódico	Nº	(%)
Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul	5	(25%)
Revista Brasileira Ginecol. Obstet.	4	(20%)
Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro	3	(15%)
Revista Bras. Saúde Materna Infantil, Recife	3	(15%)
Revista Saúde Pública	2	(10%)
Revista CEFAC	2	(10%)
Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre	1	(5%)

Nota: n= número de publicações. % = frequência percentual.

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Quanto aos periódicos que mais publicaram sobre o assunto, destacaram-se a Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul (25%) e a Revista Brasileira Ginecol. Obstet. (20%) (Tabela I). No concernente ao período de publicação, 2011 foi o ano no qual mais existiram publicações sobre o tema. Não foram verificados artigos publicados no ano de 2008.

Tabela II – Presença de sintomas de ansiedade e depressão em mães de crianças de até 1 ano (31 a 365 dias) de idade internadas em hospital universitário no período de julho a agosto de 2008, n (%).⁽³⁹⁾

	Não depressivas (BDI < 20)	Depressivas (BDI > 20)	Total
Não ansiosas (BAI < 20)	77 (55)	17 (12,1)	94 (67,1)
Ansiosas (BAI > 20)	20 (14,3)	26 (18,6)	46 (32,9)
Total	97 (69,3)	43 (30,7)	140 (100)

Do número total de 140 mulheres, 43 (30,7%) apresentaram escores iguais ou superiores a 20 na BDI, caracterizando a presença de sintomas depressivos; as demais 97 (69,3%) apresentaram escores inferiores a 20 e foram, portanto, consideradas não depressivas (escore médio da população estudada no BDI = 15,33, DP = 10,75, mínimo = 0, máximo = 57). No BAI, 46 mulheres (32,9%)

apresentaram sintomas de ansiedade (escores iguais ou superiores a 20) e 94 (67,1%) tiveram escores inferiores a 20, sendo consideradas não ansiosas (escore médio da população estudada no BAI = 15,99, DP = 10,78, mínimo = 0, máximo = 55).⁽³⁹⁾

A presença de complicações no pós-parto, seja em relação à saúde da mãe, seja em relação à saúde da criança, também aumenta o nível de estresse nesse período. Nosso estudo confirmou essa associação, sendo que 39,4% das mulheres com depressão pós parto (DPP) e 25,1% daquelas sem DPP relataram presença de complicações no pós-parto.⁽¹⁴⁾

A vivência de estresse em relação aos cuidados da criança também foi relacionada ao aumento do risco de DPP. Observamos diferença significativa entre as mulheres com e sem DPP em relação à percepção de pelo menos um tipo de estresse nos cuidados da criança. A questão que se coloca é de se a própria percepção subjetiva da paciente no que diz respeito à presença de dificuldades em relação a algum aspecto do cuidado da criança não seria já uma consequência do seu estado depressivo, em vez de um fator causal.⁽¹⁵⁾

Outros fatores considerados de risco para o surgimento da depressão pós-parto são os antecedentes psiquiátricos da mulher, a existência de episódios depressivos anteriores, o estado civil da mulher, baixas condições socioeconômicas, alterações hormonais e fatores obstétricos/ginecológicos, como complicações durante a gestação e o parto. Além disso, fatores adicionais são destacados por alguns autores, como a associação entre a ocorrência da depressão materna e o baixo apoio oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento, dificuldade no cuidado com o bebê e problemas de saúde da criança.⁽¹⁶⁾

A depressão materna no pós-parto tem consequências importantes para a criança e em diversas áreas do desenvolvimento, afetando a formação do vínculo na díade mãe-bebê, o desenvolvimento neurológico, cognitivo e psicológico na infância e o desenvolvimento sócio-emocional na adolescência. O aumento de transtornos emocionais na infância de crianças cujas mães apresentaram depressão grave é significativo, sendo necessárias estratégias de prevenção dirigidas a estes grupos.⁽¹⁷⁾

A sintomatologia típica inclui: sentimentos de culpa, transtornos do sono, flutuações de humor com grande tendência a tristeza e ausência de sintomas psicóticos.⁽¹⁹⁾

Mães deprimidas tendem a apresentar menos capacidade de interagir com a criança de forma adaptativa, menos capacidade de responder de forma contingente e direta aos sinais da criança e estabelecem menos contato físico com sua criança quando comparadas com mães não deprimidas. A diminuição da sensibilidade materna está diretamente relacionada com o comportamento materno na interação com seu bebê que, na maioria das vezes, caracteriza-se por comportamentos de intrusividade ou de retraimento.⁽¹⁹⁾

Normalmente, há uma maior probabilidade de as mães adoecerem emocionalmente durante os momentos mais críticos de suas vidas, sejam esses momentos bons ou ruins, devido a uma solicitação de adaptação a essa resposta emocional. ⁽²⁰⁾

As síndromes psiquiátricas pós-parto são as doenças mentais que ocorrem durante o primeiro ano após o nascimento da criança. As mais frequentes são a melancolia de maternidade (*Postpartum blues*), podendo atingir de 50 a 80% das puerperais; a psicose pós-parto, mais rara, ocorrendo entre 1 a 2 casos por 1.000; e a depressão pós-parto (DPP), que varia entre 18 a 39,4%%. ⁽²¹⁾

Crianças de mães deprimidas podem apresentar prejuízos relativos ao ganho ponderal. Em relação a outros transtornos psiquiátricos durante o pós-parto, a DPP está também associada a maior risco de manifestação de comportamentos agressivos, incluindo tentativas de suicídio e infanticídio. ⁽²²⁾

Os profissionais da enfermagem, por caracterizarem uma atividade assistencial de acompanhamento diário, devem ser capacitados e qualificados na identificação de traços depressivos e na utilização de instrumentos de rastreamento no puerpério imediato favorecendo o acompanhamento posterior nas consultas.

A prevenção precoce da depressão pode ser realizada por meio de ações e intervenções conjuntas durante a gravidez, minimizando o risco de as mães desenvolverem DPP e prevenindo os graves problemas pessoais e familiares que dela decorrem. O desenvolvimento de medidas efetivas para a prevenção dessa patologia é importante em termos de saúde pública, a fim de reduzir a incidência de DPP. ⁽²³⁾

Os profissionais ligados à saúde materna e obstétrica (médicos, psicólogos e enfermeiros) são os que se encontram em melhores condições de prevenir o aparecimento da DPP, pois possuem o conhecimento necessário para propor a criação de programas preventivos na rede pública, voltados não só para a saúde da grávida, mas para a saúde sexual e reprodutiva da população geral. ⁽²⁴⁾

O pós-parto é um período que exige mais atenção clínica, devido à sua grande vulnerabilidade biológica. Os achados deste estudo sugerem que, além de oferecer assistência clínica, é necessário prover atenção biopsicossocial às mulheres nesse período. E, nesse cenário, o papel da família, do companheiro e/ou dos amigos adquire grande importância. ⁽²⁵⁾

A intervenção precoce com a gestante e seu grupo social, tem o objetivo de fortalecer o suporte social à gestante, pode ter como consequência uma menor prevalência de DPP entre as mulheres atendidas por esses serviços. ⁽²⁶⁾

Portanto, a depressão materna, em um determinado momento após o nascimento, pode interferir no estabelecimento do vínculo mãe-bebê e, por isso, deve ser tratada o mais precocemente possível. ⁽²⁷⁾

O período de tratamento e recuperação de uma criança hospitalizada pode ser longo. Durante esse tempo em que a criança precisa estar inserida no ambiente hospitalar, muitas vezes institui-se uma crise na vida da criança e da mãe. Nesse contexto, níveis de ansiedade e sentimentos de tristeza e melancolia podem ser exacerbados diante da situação de conflito e estresse. ⁽²⁸⁾

Podemos concluir que o diagnóstico de depressão materna permite que intervenções multidisciplinares sejam realizadas tão logo os sintomas sejam detectados. O profissional que presta assistência à puérpera precisa estar consciente de que o tipo de intervenção utilizada traz benefícios diretos à mulher e à relação mãe-bebê. Os primeiros meses após o parto representam um período crucial na interação da mãe com seu filho. A atuação preventiva de equipes multidisciplinares nesse período oferece apoio à mãe e proporciona a chance de evitar o estabelecimento de um padrão negativo de interação desta com o bebê. ⁽²⁹⁾

O diagnóstico preciso, aliado ao apoio familiar, tratamento terapêutico e farmacológico, promove maior controle sobre a doença, prevenindo complicações e repercussões negativas no vínculo mãe-bebê. O diagnóstico é difícil, pois não há um consenso final do próprio diagnóstico, etiologia e tratamento. ⁽³⁰⁾

O *stress* na gestação, em geral, está associado a eventos específicos como enjoos, gravidez não planejada, medo de ganho excessivo de peso no início da gravidez e medo do parto, em meados da gestação. A média de eventos estressores durante a gestação é de cinco eventos por gestante⁴ e o quadro pode se agravar no contexto familiar se houver situação econômica difícil, violência doméstica, uso de drogas, depressão, pânico e complicações pré-natais. ⁽³¹⁾

O *stress* é um conjunto de respostas que o organismo emite para reagir frente a algo que o despertou. Quando o organismo é exposto frequentemente a situações que desencadeiam as reações de *stress* – os estressores – o corpo passa a trabalhar com gasto superior de energia. Pode ser entendido como uma resposta fisiológica, psicológica e comportamental de um indivíduo que procura se adaptar e se ajustar às solicitações internas e/ou externas ao organismo. ⁽³²⁾

Em geral, a resposta ao *stress* é projetada para ter uma duração limitada e as mudanças resultantes desta atividade hormonal e de neurotransmissores são rapidamente restauradas aos níveis pré-stress. ⁽³³⁾

No entanto, quando o *stress* é de natureza crônica e o indivíduo não consegue se adaptar a ele, pode resultar em outros distúrbios, como ansiedade e depressão. Mudanças importantes na vida podem gerar respostas de *stress* nos sujeitos. ⁽³³⁾

Pesquisas apontam que mais de 75% das gestantes apresentam sinais significativos de *stress* em algum nível. Gestantes expostas por longo prazo a eventos estressores são fortes candidatas a apresentar riscos à sua saúde e a de seus descendentes. Entre as consequências, o feto pode responder ao *stress* materno com predisposição a doenças mentais, alergias e asma. ⁽³⁴⁾

Estudos têm também associado a presença de *stress* na gestação a prejuízos ao desenvolvimento infantil. Quanto mais elevado o *stress* na gestação, a probabilidade de a criança apresentar problemas temperamentais e comportamentais aumenta, e problemas temperamentais na criança podem levar a mãe a sintomas depressivos. ⁽³⁵⁾

O *stress* também pode resultar em sequelas danosas para a saúde do neonato, como a prematuridade abaixo do peso. O *stress* pode, também, causar complicações obstétricas na gestante, além de ser um indicativo para manifestação de depressão pós-parto (DPP). ⁽³⁶⁾

No Brasil, há poucas pesquisas com gestantes que identifiquem o *stress* psicológico tanto no período pré-natal como no período pós-natal, sendo esta a primeira a comparar esses dois momentos e associá-los à presença da DPP. A depressão é uma doença que pode ser derivada do *stress* quando duradouro e em níveis elevados no organismo. ⁽³²⁾

Quando comparados à presença de *stress* antes e após o parto, os resultados revelaram que o *stress* é significativamente mais frequente no terceiro trimestre de gestação do que no puerpério. Mesmo que no puerpério a frequência de mulheres que manifestam *stress* seja inferior à da gestação, ainda assim, tem-se que mais da metade delas encontram-se estressadas. ⁽³⁷⁾

Os métodos de avaliação do *stress* nesta fase ainda são diversificados; alguns pesquisadores utilizam escalas, outros inventários, outros questionários e ainda outros medem o cortisol presente na saliva da mulher, correlacionando-os com variáveis diversas. Desta forma, a compreensão dos efeitos do *stress* na gestação e no puerpério sobre a saúde mental materna ainda é inconclusiva e limitada, já que as pesquisas apontaram diversas formas de medir o *stress* no ciclo gravídico-puerperal. ⁽³⁸⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura realizada demonstra que as complicações no pós parto, seja em relação a mãe ou a criança, também aumenta o nível de estresse nesse período, sendo relacionada ao aumento do risco de DPP, podendo incluir o sentimento de culpa, transtornos do sono, flutuações de humor com grande tendência a tristeza e ausência de sintomas psicóticos, baixas condições socioeconômicas, estado civil da mulher, havendo uma maior probabilidade das mães adoecerem emocionalmente durante os momentos mais críticos de suas vidas, sendo momentos bons ou ruins.

A prevenção precoce da depressão pode ser realizada por meio de ações e intervenções conjuntas durante a gravidez, diminuindo o risco das mães desenvolverem DPP. O pós parto é um

período que exige mais atenção clínica, devido à sua grande vulnerabilidade biológica, e os profissionais ligados à saúde materna são os que se encontram em melhores condições de prevenir o aparecimento da DPP, pois possuem o conhecimento necessário.

O stress é um conjunto de respostas que o organismo emite para reagir frente a algo que o despertou. O stress na gestação está associado a eventos específicos como enjoos, gravidez não planejada, medo de ganho excessivo de peso no início da gravidez e medo do parto, sendo ele mais frequente no terceiro trimestre de gestação do que no puerpério, mesmo que no puerpério a frequência de mulheres que manifestam stress seja inferior à da gestação, tem-se que mais da metade delas encontram-se estressadas.

Os profissionais de enfermagem devem ser capacitados e qualificados na identificação de trações depressivos, stress e na utilização de instrumentos de rastreamento no puerpério imediato favorecendo o acompanhamento posterior nas consultas de revisão puerperal, pois caracterizam uma atividade de acompanhamento diário de 24 horas.

REFERÊNCIAS

1. Nielsen FD, Videbech P, Hedegaard M, Dalby SJ, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG*. 2000;107(10):1210-7.
2. Kumar RC. "Anybody's child": severe disorders of mother-to-infant bonding. *Br J Psychiatry*. 1997;171:175-81.
3. 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 PsiquiatrClin*. 2006;33(2):92-102.
4. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001;50(5):275-85.
5. ReckC, Hunt A, Fuchs T, Weiss R, Noon A, MoehlerE, et al. Interactive regulation of affect in postpartumdepressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology* 2004; 37:272-80.
6. De Lemos, C.T.G. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum I-1*; 1992.p.121-35.
7. Felix GMA, Gomes APR, França PS. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. *Comun. ciênc. Saúde*. 2008;19(1):51-60.
8. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *InfantBehav Dev*. 2010; 33(1): 1-6.
9. Caron NA. A relação pais e bebês: da observação à clínica. São Paulo: Casa doPsicólogo; 2002.
10. Esper LH, Furtado EF. Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2010;6 N Esp:368-86.
11. Gorenstein C, Andrade LH, Zuardi AW, organizadores. Escalas de avaliação em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos; 2000.
12. WHO, UNFPA. Mental health aspects of women's reproductivehealth. A global review of the literature. Geneva:WHO Press; 2009.
13. Ritter C, Hobfoll SE, Lavin J, Cameron RP, Hulsizer MR. Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women. *Health Psychol*. 2000;19(6):576-85.

14. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Varner MW. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. *J Abnorm Psychol.* 1991;100(1):63-73.
15. Areias M, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *Br J Psychiatry.* 1996;169:30-5.
16. Golse B. Depressão do bebê, depressão da mãe: conceito de psiquiatria perinatal. In: Correia-Filho L, Corrêa ME, França PS, orgs. *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê.* Brasília: LGE; 2002. p. 232-48.
17. Surkan PJ, Kawachi I, Ryan LM, Berkman LF, Carvalho VLM, Peterson KE. Maternal depressive symptoms, parenting self-efficacy, and child growth. *Am J Public Health.* 2008; 98:125-32.
18. Saraiva ERA, Coutinho MPL. O sofrimento psíquico no puerpério: um estudo psicossociológico. *Rev. Mal-Estar Subj.* 2008; 8(2):505-27.
19. Moehler E et al. Childhood behavioral inhibition and maternal symptoms of depression. *Psychopathology.* 2007; 40 (6): 446-52.
20. Horimoto FC, Domingues JAG, Monteiro GCPL. Antidepressivos em situações especiais: gestação e lactação. In: Horimoto FC, Ayache DCG, Souza JA, orgs. *Depressão: diagnóstico e tratamento clínico.* São Paulo: Roca; 2005. p. 191-202.
21. Sheng X, Le HN, Perry D. Perceived satisfaction with social support and depressive symptoms in perinatal Latinas. *J Transcult Nurs.* 2010;21(1):35-44.
22. Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61(9):946-52. DOI: 10.1001/archpsyc.61.9.946
23. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el parto. *Rev Med Chile.* 2010;138(5):536-42.
24. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA.* 2010;303(19):1961-9.
25. Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de psiquiatria.* 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
26. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21:1-5.
27. Alt MB, Silvia PC. Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. *Psicol. Estud.* 2008; 13(2): 389-94.

28. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio: Psychological Corporation; 1993.
29. Nagata M, Nagai Y, Sobajima H, Ando T, Nishide Y, Honio S. Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;101(3):209-17.
30. Silva ET, Botti NCL. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. *Rev Eletrônica Enferm.* 2005;7(2):231-8.
31. Segato L, Andrade A, Vasconcellos DIC, Matias TS, Rolim MKSB. Ocorrência e controle do estresse em gestantes sedentárias e fisicamente ativas. *Rev Educ Fís/UEM.* 2009;20(1):121-9
32. Margis R, Picon P, Cosner AF, Silveira RO. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2003;25(Suppl1):65-74.
33. Santos AM, Castro JC. Stress. *Anál Psicol.* 1998;16(4):675-90.
34. Rice F, Harold GT, Boivin J, van den Bree M, Hay DF, Thapar A. The links between prenatal stress and offspring development and psychopathology: disentangling environmental and inherited influences. *Psychol Med.* 2010;40(2):335-45.
35. Davis EP, Sandman CA. The timing of prenatal exposure to maternal cortisol and psychosocial stress is associated with human infant cognitive development. *Child Dev.* 2010;81(1):131-48.
36. Diego MA, Jones NA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, et al. Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. *Psychosom Med.* 2006;68(5):747-53.
37. Brummelte S, Galea LA. Chronic corticosterone during pregnancy and postpartum affects maternal care, cell proliferation and depressive-like behavior in the dam. *Horm Behav.* 2010;58(5):769-79.
38. Esper LH, Furtado EF. Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2010;6 N Esp:368-86.
39. Guidolin BL, Hackmann SA. Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2011;33(2):80-86.