



ORIGINALES

Ocorrência e fatores associados à depressão pós parto em uma área urbana do Brasil

Ocurrencia y factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil

Occurrence and factors associated with postpartum depression in the urban area of Brazil

Marciana Fernandes Moll¹

Aldo Matos¹

Giovanna Beirigo Borges¹

Carla Aparecida Arena Ventura²

Fabiana Cristina Pires Bernardinelli¹

Tayná da Silva Martins¹

¹ Universidade de Uberaba. Minas Gerais. Brasil. mrcna13@yahoo.com.br

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.525191>

Submissão: 25/05/2022

Aprovação: 21/09/2022

RESUMO:

Com o objetivo de avaliar a ocorrência de depressão pós-parto e alguns fatores sociodemográficos associados, entre mulheres acompanhadas na Atenção Primária à Saúde, um questionário sociodemográfico e a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo foram aplicados a 123 puérperas entre a segunda semana e o sexto mês após o parto. A frequência de depressão pós-parto na amostra foi determinada e sua associação com variáveis sociodemográficas foi avaliada por meio do teste do qui-quadrado. A provável depressão pós-parto foi identificada em 19,51% das participantes, e essa condição foi associada à faixa etária (36 a 44 anos), idade do bebê (4 ou 6 meses), estado civil (divorciado), baixa renda e não houve associação com a escolaridade materna. Assim, a depressão pós-parto precisa ser investigada na atenção primária à saúde, atentando para os aspectos sociodemográficos e individuais. Esses aspectos precisam ser valorizados pelo enfermeiro, que deve estabelecer um plano assistencial integral desde o pré-natal, para prevenir esse frequente transtorno puerperal.

Palavras-chave: Enfermagem; Psiquiatria; Atenção Primária à Saúde; Período Pós-Parto; Depressão Pós-Parto; Prevenção de Doenças.

RESUMEN:

Con el objetivo de rastrear la depresión pos parto entre las mujeres em Atención Primaria de Salud, se aplicó un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo a 123 puérperas entre la segunda semana y el sexto mes después del parto. Se determinó la frecuencia de depresión pos parto en la muestra y se evaluó su asociación con variables sociodemográficas mediante

la prueba de chi-cuadrado. Se identificó depresión posparto probable en el 19,51% de las participantes, y esta condición se asoció con el grupo de edad (36 a 44 años), edad del bebé (4 o 6 meses), estado civil (divorciada), bajos ingresos y no había asociación con la escolarización materna. Por lo tanto, la depresión del parto necesita ser investigada en la atención primaria de salud, prestando atención a los aspectos sociodemográficos e individuales. Estos aspectos necesitan ser valorados por las enfermeras, qui deben establecer un plan de cuidados integral desde el prenatal, para prevenir este frecuente trastorno puerperal.

Palabras clave: Enfermería; Psiquiatría; Atención Primaria de Salud; Periodo Pos parto; Depresión Pos parto; Prevención de Enfermedades.

ABSTRACT:

Aiming to track postpartum depression among women followed in Primary Health Care, a sociodemographic questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale were applied to 123 postpartum women between the second week and the sixth month after delivery. The frequency of postpartum depression in the sample was determined, and its association with sociodemographic variables was assessed using the chi-square test. Probable postpartum depression was identified in 19.51% of the participants, and this condition was associated with age group (36 to 44 years), age of the baby (4 or 6 months), marital status (divorced), low income and there was no association with maternal schooling. Thus, postpartum depression needs to be investigated in primary health care, paying attention to sociodemographic and individual aspects. These aspects need to be valued by nurses, who must establish a comprehensive care plan from prenatal care, to prevent this frequent puerperal disorder.

Keywords: Nursing; Psychiatry; Primary Health Care; Postpartum Period; Depression, Postpartum; Disease Prevention.

INTRODUÇÃO

A saúde materna é cada vez mais investigada na comunidade científica, e o puerpério tem sido amplamente explorado, com destaque para a Depressão Pós-Parto (DPP), identificada como um problema de saúde pública⁽¹⁾. A depressão pós-parto é um transtorno mental de alta prevalência que atinge 10% a 20% das mulheres no período pós-parto, causando alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas que geralmente se iniciam entre a quarta e a oitava semana após o parto e se intensificam nos primeiros seis meses⁽²⁾.

A DPP apresenta sintomas psíquicos e físicos. Os sintomas físicos são caracterizados por níveis reduzidos de energia e atividade e podem estar associados a problemas de sono, cansaço intenso, perda ou aumento do apetite e diminuição do desejo sexual. Por outro lado, os sintomas psíquicos são caracterizados por humor deprimido, dificuldade de concentração e prazer em situações normalmente consideradas agradáveis, diminuição da autoestima e sentimento de culpa. Essa condição clínica ajuda o indivíduo a nutrir sentimentos de inutilidade e incapacidade e, em alguns casos, pode ter pensamentos suicidas⁽³⁾.

O tratamento da DPP geralmente é estabelecido de acordo com a gravidade do quadro depressivo apresentado. Esse tratamento é baseado no mesmo estabelecido para a depressão não relacionada ao puerpério, podendo ser utilizada psicoterapia e/ou farmacoterapia e, em caso de tentativa de suicídio ou infanticídio, eletroconvulsoterapia⁽⁴⁾. Como consequência desse transtorno, destaca-se a ausência de interação entre mãe e filho, que pode ser expressa pelas seguintes situações: hostilidade, rejeição, negligência, agressividade, bem como menor afeto e maior ansiedade da mulher ao prestar o cuidado materno⁽³⁾. Diante dessa realidade, fica

evidente que o cuidado físico e emocional com o bebê é vulnerável, focando em possíveis prejuízos afetivos e intelectuais da criança^(3,5).

Os principais fatores de risco ligados ao desenvolvimento da DPP são: baixa idade das mães, escolaridade, multiparidade, ser solteira ou divorciada e questões econômicas representadas pelo fato de a mulher ou seu cônjuge estarem desempregados⁽⁶⁾. As consequências para as mulheres acometidas pela DPP são representadas pelas dificuldades de engajamento e interação social, com déficits na regulação de seus estados afetivos^(3,7).

Repercussões precoces e tardias para as crianças também são descritas. Eles representam manifestações precoces: baixo desempenho em testes de desenvolvimento e altos níveis de apego inseguro à mãe aos 12 meses. Distúrbios de conduta, saúde física prejudicada, conexões inseguras e episódios depressivos, por outro lado, representam as repercussões tardias⁽³⁾. Ressalta-se que o prognóstico desse transtorno puerperal está fortemente ligado ao diagnóstico precoce e intervenções rápidas. Assim, a mulher necessita de atenção integral durante a gestação e no puerpério, minimizando o risco de desenvolver DPP e prevenindo as consequências citadas anteriormente^(8,9).

Nessa perspectiva, destaca-se que nas primeiras semanas de vida do recém-nascido, a mulher procura o serviço de saúde, onde comumente são realizadas as seguintes intervenções: incentivo ao aleitamento materno exclusivo, vacinação do bebê e da mãe, teste para triagem neonatal, e avaliação do risco à saúde da criança, orientações sobre contracepção, agendamento de consultas pós-parto e de acompanhamento odontológico para a mãe e avaliação do crescimento e desenvolvimento do bebê, devendo ainda ser investigada a condição indicativa de DPP⁽¹⁰⁻¹¹⁾. No entanto, a DPP é de difícil diagnóstico 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 ajuste emocional pós-parto da puérpera, denominado tristeza pós-parto⁽¹²⁾.

Com base nesse contexto, considera-se importante que estudos científicos sejam realizados para rastrear a depressão pós-parto para que, diante dos sinais desse transtorno, as mulheres sejam encaminhadas a um profissional especializado e qualificado para estabelecer o diagnóstico final e iniciar a terapia. Essa intervenção deve ocorrer predominantemente no contexto da atenção primária à saúde, onde o enfermeiro é responsável pelo acolhimento e ainda desempenha um papel de liderança nas ações de prevenção de doenças. Nesse sentido⁽¹³⁾, o período ideal para esta pesquisa é entre duas semanas e seis meses após o parto, ou seja, durante o período em que as mulheres procuram os serviços da estratégia saúde da família. Este estudo teve como objetivo avaliar a ocorrência de depressão pós-parto e fatores demográficos associados entre mulheres acompanhadas em uma Unidade de Saúde localizada na zona urbana de um município do interior do estado de Minas Gerais, Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal, com abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da

Universidade de Uberaba (CAAE: 68006017.6.0000.5145). A pesquisa foi realizada em serviços de atenção primária à saúde localizados no distrito sanitário II da zona urbana de um município do interior de Minas Gerais. A escolha desse distrito sanitário se deve ao fato de ser bastante amplo, com características socioeconômicas mistas, e nele há muitas equipes de saúde da família (quinze).

Foram identificadas 237 mulheres cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (SisPreNatal) neste distrito sanitário, e o tamanho da amostra foi calculado considerando uma prevalência mínima de DPP de 20%, 95% de confiança, e erro de 5%, procedendo-se a uma amostragem de conveniência. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: ter idade mínima de 18 anos; estar no puerpério que compreende a segunda semana e o sexto mês; residir no Distrito Sanitário 2 e estar devidamente cadastrado no SisPreNatal. Os critérios de exclusão foram: residir em área rural do Distrito Sanitário 2 ou residir em áreas de abrangência dos Distritos Sanitários 1 e 3.

A coleta de dados ocorreu entre agosto/2017 a janeiro/2018 e foi realizada de forma privativa para resguardar a individualidade de cada participante. Para tanto, utilizou-se a estrutura disponibilizada em cada uma das referidas Unidades de Saúde. Os dias e horários de coleta foram organizados a partir dos horários em que as puérperas mais frequentavam a unidade (teste do pezinho, consulta médica da mulher ou criança, grupos de amamentação, entre outros).

Foi utilizada a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS), que possui dez itens e atualmente é de domínio público. Ele foi desenvolvido na Inglaterra em 1987⁽¹⁴⁾. Seu objetivo é rastrear a depressão pós-parto e seu uso é favorecido pela facilidade e rapidez de sua aplicação⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. O valor clínico e epidemiológico dessa escala foi confirmado por diversos estudos de validação realizados em diferentes países, principalmente em mulheres no puerpério, com sensibilidade e especificidade na faixa de 70-85%, dependendo do ponto de corte. Cabe destacar que a Escala (EPDS) foi validada em vários países, e Augusto et al. realizou sua versão em português em 1996^(15,16).

A EPDS consiste em um instrumento de auto registro composto por 10 afirmações, cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença ou intensidade do sintoma. Seus itens abrangem sintomas psíquicos como humor depressivo (sentimentos de tristeza, autodepreciação e culpa, ideias de morte ou suicídio), perda de prazer em atividades antes consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, concentrar ou tomar decisões, além de sintomas fisiológicos (insônia ou hipersonia) e alterações comportamentais (crise de choro). A soma dos pontos perfaz um escore de 30, sendo considerado um valor igual ou superior a 12 para sintomas depressivos, conforme definido na validação da escala em uma amostra brasileira⁽¹⁷⁾. Antes da aplicação dessa escala, foi realizado um levantamento sociodemográfico, incluindo as seguintes abordagens: idade e escolaridade da puérpera, renda familiar, número de filhos, idade do bebê, estado civil.

Os dados do levantamento sociodemográfico foram digitados, tabulados e consolidados no software Microsoft Excel por dupla digitação e digitadores independentes para minimizar falhas na digitação. O banco de dados foi transferido para o software BioEstat versão 5.0, por meio do qual foi realizada estatística descritiva, e foi aplicado o teste do qui-quadrado para avaliar a associação entre DPP

e idade da puérpera, estado civil, escolaridade, renda familiar, número de filhos e a idade do bebê.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 123 puérperas, sendo identificada provável depressão em 24 (19,51%) delas. As características da amostra e a distribuição dos fatores associados à possível depressão pós-parto estão consolidadas na Tabela 1 e detalhadas a seguir.

Tabela 1: Características e fatores associados à depressão pós-parto em puérperas da zona urbana de um município do interior de Minas Gerais. Uberaba, MG, Brasil, 2022.

	Variável	Descrição da amostra (%)	valor p (distribuição na amostra)	PPD (%)	valor p (frequência do PPD)
	Idade da puérpera		<0,0001		<0,0001
	18 a 26	53,66		19,70	
	27 a 35	35,77		15,91	
	36 a 44	10,57		30,77	
	Número de filhos		0,0012		0,0042
	1	38,21		14,89	
	2	30,89		26,31	
	3	17,07		9,52	
	4 ou mais	13,83		29,41	
	Idade do bebê (meses)				
≤1	27,64	0,0654		14h70	0,0109
2	15,45			15,79	
3	19/12			33,34	
4	13.01			25h00	
5	18h70			13.04	
6	13.01			25h00	
	Renda familiar (salário mínimo)				
≤1	27,64	0,0654		14h70	0,0109
2	15,45			15,79	
3	19/12			33,34	
4	13.01			25h00	
5	18h70			13.04	
6	13.01			25h00	
	Estado civil				
	solteiro	39.01	<0,0001	27.08	<0,0001
	Casado	34.14		11,90	
	Coabitação sem	15,47		15,79	

casamento				
União estável	9,76		16,67	
Divorciado	1,62		50,00	
Educação materna		<0,0001		0,1991
Ensino fundamental completo ou incompleto	32,52		30,00	
Ensino médio completo ou incompleto	52,03		17,19	
Ensino superior completo ou incompleto	15,45		5,26	

Fonte: Coleta de dados

A idade das mulheres variou de 18 a 44 anos (mediana 26). Foi encontrada associação entre idade e DPP ($p < 0,0001$), mais prevalente na faixa etária de 36 a 44 anos. O tamanho dos filhos variou de 1 a 10 (mediana 2), sendo 38,51% primíparas, com associação da DPP ($p = 0,0042$) com essa variável, com maior prevalência entre as mulheres com quatro filhos ou mais.

A idade do bebê variou de 0 a 6 meses (mediana 3). Houve associação de provável depressão com a idade do bebê ($p = 0,0109$), com maior prevalência entre mães com bebês de 4 ou 6 meses.

Além disso, a renda familiar variou de menos de um salário mínimo a 10, com metade (50,41%) ganhando até um salário mínimo. Essa variável foi associada à provável DPP ($p < 0,0001$), observando-se que a frequência de depressão pós-parto tende a diminuir com o aumento da renda familiar.

Quanto ao estado civil, 19 declararam viver em união estável, 12 em união estável, 48 solteiros, 42 casados e dois divorciados. Na amostra analisada, essa variável esteve associada à DPP, mais prevalente entre as mães divorciadas ($p < 0,0001$). No entanto, dada a baixa contribuição de mães divorciadas para a amostra (1,62%), a alta prevalência de DPP entre elas pode não refletir a realidade. Foi então realizada uma análise excluindo mães divorciadas, na qual não foi encontrada associação entre estado civil e provável depressão pós-parto ($p = 0,0698$).

Quanto à escolaridade, as puérperas relataram ter do ensino fundamental incompleto ao ensino superior completo, com maior ocorrência para o ensino médio completo incompleto ou completo (52,03%). Os resultados não mostraram associação entre DPP e essa variável.

DISCUSSÃO

O desenvolvimento da DPP em mulheres é caracterizado por uma variabilidade de fatores associados, capazes de impactar negativamente na qualidade de vida da

puérpera, no desenvolvimento de seu filho e no relacionamento com o cônjuge^(5,18-20). Diante do exposto, este estudo é relevante para a ciência da enfermagem, pois rastreia a DPP em puérperas e a associa a fatores sociodemográficos, o que contribui para o conhecimento dos sinais desse transtorno, a fim de estabelecer ações de prevenção de doenças e proporcionar às mulheres uma diagnóstico.

Assim como nesta investigação que detectou 24 (19,51%) mulheres com DPP em uma amostra de 123 participantes, um estudo realizado na Etiópia com 450 mulheres constatou que 102 delas (22,4%) apresentavam sintomas depressivos indicativos de DPP, predominando entre as primeiras seis semanas após o parto⁽²¹⁾. Percentual semelhante foi encontrado em estudo desenvolvido no sul do Brasil, no qual 61 (21,9%) das 278 mulheres apresentavam sintomas compatíveis com DPP⁽¹²⁾.

Considerando essa realidade, deve-se valorizar o período pós-parto e onde a PPD é rastreada pela Escala de Edimburgo. Assim, um estudo em que a escala foi aplicada em até 48 horas do puerpério imediato em ambiente hospitalar resultou em dados não tão significativos, pois 2.687 mulheres entrevistadas no referido puerpério e ambiente, em um município de médio porte do sul do país, apenas 14% apresentavam sintomas compatíveis com DPP⁽⁶⁾.

Apesar dessa diferença, afirma-se em estudo realizado no Brasil com 23.894 puérperas que a depressão é um dos transtornos mentais mais frequentes no puerpério e está relacionada a diferentes fatores sociodemográficos e individuais⁽²²⁾. Acrescenta-se, ainda, que danos ao estado afetivo da mãe podem interferir negativamente no amadurecimento cognitivo e comportamental da criança, bem como em seu relacionamento^(5,23).

Sem dúvida, a DPP é um problema de saúde pública, pois sua frequência é significativa em diferentes estudos científicos, como evidenciado nesta investigação. Nessa perspectiva, foi confirmada a associação entre provável depressão pós-parto e os seguintes fatores: idade do bebê, idade materna, estado civil, número de filhos e escolaridade.

A investigação identificou a idade materna como variável associada ao estado depressivo, sendo as mulheres entre 23 e 27 anos mais suscetíveis à DPP, o que se aproxima dos achados de pesquisas científicas⁽²⁴⁾ indicando que mulheres jovens (20 a 24 anos) são mais sensíveis aos sintomas depressivos. Ressalta-se que a gravidez na fase adulta é um fator protetor para os transtornos de humor pós-parto⁽⁶⁾.

Difere da presente pesquisa, um estudo transversal com o objetivo de identificar os fatores de risco e as preocupações da DPP em 360 mulheres que procuraram atendimento em uma *unidade de saúde da Regional Centro-Norte* de Trinidad e Tobago, que mostrou que não houve associação significativa entre PPD e a idade. No entanto, o estudo defende que mulheres mais jovens são mais propensas a desenvolver DPP⁽²⁰⁾.

Antes da maternidade, a mulher estava adaptada aos papéis inerentes (filha, esposa, trabalhadora, entre outros). Após o nascimento do bebê, ela precisa incluir a maternidade entre esses papéis, o que tende a provocar intensas mudanças em sua vida, exigindo uma adaptação para que os cuidados com o bebê possam ser realizados. Este estudo identificou a associação com a idade do bebê em puérperas

com bebês de quatro ou seis meses. Considerando que essa condição pode estar associada a diversos outros fenômenos estressantes (falta de apoio familiar, interrupção de atividades, que podem acarretar problemas socioeconômicos), justifica-se que os primeiros seis meses correspondam a um período de ajustes emocionais e diários que pode levar a quadros depressivos⁽²⁵⁾.

Embora a baixa frequência de mães divorciadas possa influenciar no resultado deste estudo, houve associação da DPP com o estado civil da mãe, com predomínio entre as mulheres divorciadas, o que também foi evidenciado em pesquisas científicas⁽²⁴⁾ que destacam que o apoio do parceiro é essencial para reduzir o risco relacionado à depressão pós-parto. Discute-se também a importância da mulher morar com o cônjuge para minimizar a DPP⁽¹⁾.

Este estudo corrobora com os estudos já apresentados, realizados com 618 mulheres que compareceram aos serviços de saúde da cidade de DebreBerhan, Etiópia, em que se destaca que as mulheres viúvas também são mais propensas a sofrer DPP, isso se justifica pelo fato de ter companheiro contribui para a saúde mental da puérpera⁽⁵⁾.

A associação com o número de filhos nesta investigação foi representada por ter quatro ou mais filhos. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos realizados no Brasil entre 2011 e 2012⁽²²⁾ e especificamente, em uma cidade de médio porte do extremo sul daquele país, durante o ano de 2013⁽⁶⁾, os quais apontam que a multiparidade está diretamente relacionada a prováveis depressão. Justifica-se que muitas crianças tendem a gerar sobrecarga e estresse para as mulheres⁽¹⁾. Essa realidade foi detectada em estudo realizado nos Estados Unidos, que também utilizou a Escala de Edimburgo como instrumento de coleta de dados⁽¹⁹⁾.

Não houve associação entre DPP e escolaridade neste estudo. No entanto, uma recente investigação brasileira utilizando a Escala de Depressão de Edimburgo⁽²⁴⁾ encontrou associação com baixa escolaridade. No contexto internacional, estudo realizado no Vietnã, com 116 mulheres, detectou associação entre DPP e escolaridade, principalmente para mulheres com baixa escolaridade⁽¹⁸⁾.

A associação da DPP com menor renda familiar também foi observada nesta investigação, o que também foi apontado em estudo realizado em 2017⁽¹²⁾ e em investigações^(8,23) que mencionam associação entre a situação econômica desfavorável e o desenvolvimento de sintomas depressivos no puerpério. A renda familiar é apontada como fator de risco para o desenvolvimento da DPP. Assim, um estudo realizado com 124 puérperas nos Estados Unidos mostra que as mulheres empregadas são menos propensas a desenvolver a doença e também complementa que o emprego tem efeito protetor para a DPP⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÕES

Neste estudo, foi possível identificar a provável depressão pós-parto em 19,70% das 123 puérperas que participaram da investigação. Essa condição foi associada aos seguintes fatores: idade do bebê (dois meses ou entre cinco e seis meses), multiparidade (ter quatro ou mais filhos), idade materna (36 e 44 anos) e renda familiar, prevalecendo a baixa renda.

Destaca-se como limitação o fato de o estudo não abranger fatores e circunstâncias perinatais associadas ao parto, que também podem afetar o estado emocional da mulher após o parto. No entanto, foi possível evidenciar que a depressão pós-parto precisa ser investigada na atenção primária à saúde, incluindo aspectos sociodemográficos e individuais, para estabelecer um plano de atenção integral desde o pré-natal para prevenir esse frequente transtorno puerperal. Nesse contexto, é necessário que os membros da equipe que atuam na atenção primária à saúde, com ênfase no enfermeiro, estabeleçam o cuidado emocional em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal, atentando para a inclusão do rastreamento e monitoramento da depressão pós-parto entre as ações prioritárias durante o puerpério.

REFERENCIAS

1. Alvarenga P, Souto LN, Oliveira HP, Santana IG. Sociodemographic variables and maternal mental health in a context of social vulnerability. *Psicol Saúde Doenças*. 2018; 19(3):776-88. doi: [10.15309/18psd190324](https://doi.org/10.15309/18psd190324).
2. Alvarenga P, Frizzo GB. Stressful Life Events and Women's Mental Health During Pregnancy and Postpartum Period. *Paidéia*. 2017;27(66):51-9. doi: 10.1590/1982-43272766201707.
3. Oliveira AP, Braga TL. Post partum depression: consequences for mother and newborn- a systematic review. *Rev Eletrônica Estácio Saúde [Internet]*. 2016 [cited 2022 Jan 10]; 5(1):133-44. Available from: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/index>.
4. Tolentino EC, Maximino DAFM, Souto CGV. Depressão pós-parto: conhecimentos sobre os sinais e sintomas em puérperas. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança [Internet]*. 2016 [cited 2022 Aug 10];14(1):59-66. Available from: http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/6.-Depress%C3%A3o-p%C3%B3s-parto_PRONTO.pdf.
5. Wubetu AD, Engidaw NA, Gizachew KD. Prevalence of postpartum depression and associated factors among postnatal care attendees in Debre Berhan, Ethiopia. 2018. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20:189. doi: [10.1186/s12884-020-02873-4](https://doi.org/10.1186/s12884-020-02873-4).
6. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Post partum depression: prevalence and associated factors. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(9):e00094016. doi: 10.1590/0102-311x00094016.
7. Wulff V, Hepp P, Wolf OT, Fehm T, Schaal NK. The influence of maternal singing on well-being, postpartum depression and bonding - a randomised, controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):501. doi: 10.1186/s12884-021-03933-z.
8. Atuhaire C, Rukundo GZ, Nambozi G, Ngonzi J, Atwine D, Cumber SN, et al. Prevalence of post partum depression and associated factors among women in Mbarara and Rwampara district of south-western Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021; 21:503. doi: [10.1186/s12884-021-03967-3](https://doi.org/10.1186/s12884-021-03967-3).
9. Oliveira AM, Alves TRM, Azevedo AO, Cavalcante RD, Azevedo DM. Knowledge of professionals that work in the Family Health Strategy about post natal depression. *J Nurs Health*. 2016;6(1):17-26. doi: 10.15210/jonah.v6i1.5957.
10. Vieira ES, Caldeira NT, Eugênio DS, Lucca MM, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3035. doi: [10.1590/1518-8345.2110.3035](https://doi.org/10.1590/1518-8345.2110.3035)
11. Baratieri T, Natal S. Post partum program actions in primary health care: an integrative review. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(11):4227-38. doi: [10.1590/1413-812320182411.28112017](https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28112017)

12. Silva MAP, Demitto M, Agnolo C, Torres M, Carvalho M, Peloso S. Maternity blues in post partum women and associated factors. Portuguese J Mental Health Nurs. 2017;18:08-13. doi: 10.19131/rpesm.0186.
13. Boyd RC, Le HN, Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression Arch Womens Ment Health. 2005;8(3):141-53. doi: 10.1007/s00737-005-0096-6
14. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782-6. doi: 10.1192/bjp.150.6.782
15. Lima NC, Ravelli APX, Messias LSF, Skupien SV. Post partum depression based on edinburgh scale. Rev Conexão UEPG. 2016;12(2):268-77. doi: 10.5212/Rev.Conexao.v.12.i2.0008
16. Matijasevich A, Munhoz TN, Tavares BF, Barbosa Neto APP, Silva DM, Abitante MS, et al. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for screening of major depressive episode among adults from the general population. BMC Psychiatry. 2014;14:284. doi: 10.1186/s12888-014-0284-x.
17. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima CJ. Post partum depression epidemiology in a Brazilian sample. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2007;29(3):274-80. doi: 10.1590/S0101-81082007000300006.
18. Do TKL, Nguyen TTH, Pham TTH. Postpartum depression and risk factors among vietnamese women. BioMed Res Int. 2018;2018:4028913. doi: 10.1155/2018/4028913.
19. Lewis BA, Billing L, Schuver K, Gjerdingen S, Avery M, Marcus BH. The relationship between employment status and depression symptomatology among women at risk for postpartum depression. Women's Health. 2017;13(1):03-9. doi: 10.1177/2F1745505717708475.
20. Nayak SB, Jaggerdnauth S, Jaggernauth A, Jadoo P, Jagmohansingh N, Jaggernauth V, et al. An assessment of the risk factors and concerns of postpartum depression among mothers seeking health care in North Central Trinidad. Indian J Community Med. 2021;46(2):263-7. doi: 10.4103/ijcm.IJCM_628_20.
21. 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 Childbirth. 2018;18:442. doi: [10.1186/s12884-018-2072-y](https://doi.org/10.1186/s12884-018-2072-y).
22. 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 Disord Title. 2016;194:159-67. doi: 10.1016/j.jad.2016.01.020.
23. Morais AODS, Simões VMF, Rodrigues LS, Batista RFL, Lamy ZC, Carvalho CA, et al. Maternal depressive symptoms and anxiety and interference in the mother/child relationship based on a pre natal cohort: an approach with structural equations modeling. Cad Saúde Pública. 2017;33(6):e00032016. doi: [10.1590/0102-311X00032016](https://doi.org/10.1590/0102-311X00032016).
24. Boska GA, Wisniewski D, Lentsck MH. Depressive symptoms in the post partum period: identification by the Edinburgh post partum depression scale. J Nurs Health. 2016;6(1):38-50. doi: 10.15210/jonah.v6i1.5525.
25. Torres JPRV, Torres SAS, Vieira GPR, Barbosa GP, Souza MS, Teles MAB. The mother hood meanings for adolescents assisted by the family health strateg. J Res Fundam Care Online. 2018;10(4):1008-13. doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1008-1013.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia