



ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO – UNEMAT
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES “JANE VANINI”
FACULDADE DE CIÊNCIA E SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM



TATIANE BATISTA PEREIRA

DEPRESSÃO PÓS - PARTO: A importância do diagnóstico precoce

CÁCERES/MT
DEZEMBRO, 2013



ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO – UNEMAT
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES “JANE VANINI”
FACULDADE DE CIÊNCIA E SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM



DEPRESSÃO PÓS - PARTO: A importância do diagnóstico precoce

**Pré-Projeto de conclusão de curso
apresentado no departamento de
enfermagem da UNEMAT, *Campus*
Universitário de Cáceres como requisito
inicial para elaboração e apresentação do
TCC.**

**Orientador: Prof. Dr. Marcelo Luís
Grassi Beck**

CÁCERES/MT
DEZEMBRO, 2013

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. PROBLEMA.....	7
3. JUSTIFICATIVA.....	7
4. OBJETIVO	7
4.1 GERAL	7
4.2 ESPECÍFICOS	8
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
6. METODOLOGIA.....	14
7. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	15
8. RESULTADOS ESPERADOS.....	15
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16

1. INTRODUÇÃO

A depressão pós- parto, é encontrada nas literaturas como sendo um distúrbio psicológico relativamente frequente nas gestantes e puérperas, pelo fato de se encontrar em um período de grande instabilidade emocional para esta mulher. (AMORIM, S. P.T. 2010).

A Depressão Pós Parto ou depressão puerperal é um transtorno mental de alta prevalência e que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas que se iniciam de maneira insidiosa, levando até semanas após o parto (ZANOTTI, DV *et.al.* 2003).

Segundo Barros *et.al* 2002 o puerpério é definido como o período que vai da dequitação à volta do organismo materno às condições pré-gravídicas. Este processo tem duração de aproximadamente de 6 a 8 semanas. Esse período está dividido em três fases:

- a- Imediato (1° ao 10° dia após o parto)
- b- Tardio (11° ao 45° dia)
- c- Remoto (a partir do 46° dia).

Essas fases são marcadas por um período rico e intenso de vivências emocionais para a puérpera. As transformações do corpo, as mudanças hormonais, a adaptação ao bebê, a amamentação, a nova vida, as noites mal dormidas, a carência afetiva, uma menor atenção à mãe e um menor apoio familiar e social nesse período de adaptação e de grandes exigências e todas as outras modificações, tornam a mulher mais vulnerável a desencadear um transtorno mental (AMORIM, S. P.T. 2010).

Na gestação e no puerpério há um período em que a nova mãe se depara com muitas dificuldades e dúvidas com o cuidado com este bebê, a mudança que houve em seu corpo, o convívio com a família. E com essas tantas preocupações podem ser fatores para esta alteração psicológica, por isso é de suma importância o diagnóstico precoce da depressão pós-parto por meio da equipe de saúde, acompanhando esta gestante desde o pré-natal até o período de puerpério.

O profissional de saúde tem papel importante, como observar os sinais e sintomas durante as consultas de enfermagem para que se possa ter condutas adequadas e também da família, apoiando e ajudando a mãe a se adaptar nessa importante fase de transição.

Neste contexto a presente pesquisa tem como objetivo conceituar a depressão pós-parto, intensificando a importância do diagnóstico precoce deste distúrbio, os fatores que influenciam essa gestante e puérpera a apresentar estes sintomas.

Para coleta de dados seguiremos a metodologia de estudo bibliográfico.

2. PROBLEMA

Qual a importância do diagnóstico precoce desde o pré-natal e depois no período do puerpério e quais os fatores que influenciam para que as puérperas apresentem tais sintomas?

3. JUSTIFICATIVA

Os fatores que me motivaram a esse tema, é que a depressão pós-parto é pouco enfatizada pelas ações de promoção a saúde, não dando importância necessária ao estado psicológico dessa gestante e depois dessa puérpera.

Cerca de 60% das mulheres revelam distúrbios emocionais de curta duração logo após o parto, rompendo em prantos sem razão alguma ou se preocupando com sua falta de habilidade nos cuidados para com o bebê (DALLY; HARRINGTON, p.170 1978).

Observei em meus estágios e até mesmo na universidade em relação à disciplina designada a saúde da mulher que há o despreparo de estudantes e dos profissionais da área de saúde em identificar e acompanhar possíveis fatores de risco para esse distúrbio psicológico destas mulheres.

4.OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar em literaturas sobre depressão pós-parto os conhecimentos científicos produzidos sobre o tema, como definição, sintomas e prevenção e orientações sobre o diagnóstico precoce e o período do puerpério.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantamento dos conhecimentos adquiridos cientificamente sobre depressão pós-parto em livros e artigos;
- Analisar a importância do diagnóstico precoce;
- Identificar causas e efeitos durante a gestação e puerpério;
- O pré-natal como preventivo da depressão pós-parto.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

Para a Psiquiatria, a depressão é uma doença do organismo como um todo, que compromete o físico, o humor e, em consequência, o pensamento. É uma doença afetiva ou do humor, não é sinal de fraqueza, de falta de pensamentos positivos ou uma condição que possa ser superada apenas pela força de vontade ou com esforço. A Medicina define a depressão como mau funcionamento cerebral, distinguindo-a da má vontade psíquica ou cegueira mental para as coisas boas que a vida pode oferecer. A depressão pode se manifestar de várias formas, constatando-se em todos os tipos, comprometimento do ânimo, inclusive para as atividades que geram prazer (APA- American Psychiatry Association 2000).

A gravidez é uma fase de muitas mudanças na vida de uma mulher, a espera por esse ser é magnífica, o corpo sofre várias transformações, mas nem toda mulher está preparada para este momento, é onde pode ocorrer a depressão nessa futura mãe.

Apesar da gestação ser tipicamente considerada um período de bem-estar emocional e de se esperar que a chegada da maternidade seja um momento jubiloso na vida da mulher, o período perinatal não a protege dos transtornos do humor (CAMACHO; *et al.* 2006).

A mulher está particularmente sujeita a sofrer depressões nos primeiros três meses de gravidez, geralmente desaparecendo no quarto mês. Ela pode reaparecer nas últimas semanas de gravidez. A instabilidade emocional e a irritabilidade são comuns. A ansiedade pode ir e vir. Ela pode se expressar no medo de que o bebê nasça deformado ou morto, de morrer no parto ou de ser abandonada pelo marido (DALLY; HARRINGTON, p.69 1978).

Este distúrbio é uma combinação de fatores biopsicossociais, dificilmente controláveis, que atuam de forma implacável no seu surgimento. Lai e Huang (2004) apontaram diversos pontos desta multifatorialidade, incluindo:

- Gravidez não desejada;
- Baixo peso do bebê;
- Alimentação do bebê direto na mamadeira;
- Pouca idade da mãe;
- O fato da mãe não estar casada;
- Parceiro desempregado;
- Grande número de filhos;
- Desemprego após a licença maternidade;
- Morte de pessoas próximas;
- Separação do casal durante a gravidez;
- Antecedentes psiquiátricos anteriores ou durante a gravidez;
- Problemas da tireóide (simulando de uma série de doenças psiquiátricas);

A falta de conhecimento e o despreparo dessa mãe com o cuidado do seu primeiro filho, muitas vezes sem ajuda nem mesmo do parceiro, trás o desenvolvimento deste transtorno emocional, o que leva ao sentimento de tristeza, desespero de não saber cuidar do seu próprio filho sem ajuda de seus familiares.

Bloch et.al (2003) levantou a hipótese de que algumas mulheres seriam mais sensíveis a variações hormonais em qualquer momento de suas vidas, incluindo-se período pré-menstrual, menarca, gestação, puerpério, menopausa e até mesmo durante o uso de anticoncepcionais.

Os hormônios, tão amiúde implicados na oscilação de humor das mulheres, talvez ofereçam uma explicação racional. O teor de estrogênio e de progesterona declina precipitadamente depois do parto, podendo aí residir a causa da depressão, exatamente como o fazem as flutuações hormonais antes da menstruação. Acredita-se que tais flutuações, que variam de mulher pra mulher, expliquem ao menos em parte o porquê de somente 50% das puérperas sofrerem

da depressão puerperal, apesar de todas passarem pelo mesmo declínio hormonal após o parto (EISENBERG; MURKOFF; *et. al* p.446 1991).

Segundo Baptista (2004), a DPP (Depressão Pós-Parto) é um distúrbio que possui as mesmas características de uma depressão habitual, mas é uma depressão difícil de diagnosticar e acomete de 10% a 20% das mulheres, sendo pouco comentada. É um distúrbio que afeta muito a saúde da mãe e o desenvolvimento do filho, sendo então necessário um bom acompanhamento durante o pré-natal, já que muitas das DPP são observadas durante a gravidez.

O diagnóstico da DPP muitas vezes é negligenciado pela própria puérpera, marido e familiares, atribuindo os sintomas ao “cansaço e desgaste” naturais do puerpério, causados pelo acúmulo de tarefas caseiras e cuidados com o bebê (EBS, GL, *et.al* 2005).

Em linhas gerais, a sintomatologia depressiva não difere daquela presente nos episódios não relacionados com o parto e incluem instabilidade de humor e preocupações com o bem-estar do bebê, cuja intensidade pode variar de exagerada a francamente delirante (APA- American Psychiatry Association 2000).

Reading e Reynolds (2001) relacionaram os riscos para a depressão materna em três categorias: a primeira refere-se à qualidade dos relacionamentos interpessoais da mãe, particularmente com seu parceiro; a segunda relaciona-se à gravidez e ao parto e à ocorrência de eventos estressantes; e a terceira refere-se a adversidades socioeconômicas.

Zanotti *et al* (2003) afirma que na fase puerperal a mulher encontra-se exposta a maiores riscos de aparecimento de transtornos mentais em relação a outras fases da vida, uma vez que as suas defesas tanto físicas quanto psicossociais são direcionadas à proteção e vulnerabilidade do bebê.

A depressão pós-parto trata-se então, de um quadro depressivo com uma alta incidência e que pode trazer consequências tanto para as mães como para as crianças. Muitos países já reconheceram a depressão pós-parto como um importante problema que afeta a população feminina e como uma forma de intervenção, foram criadas organizações que esclarecem e orientam as mulheres sobre essa doença (SILVA *et al* 1998).

As consequências desse distúrbio são várias, entre elas, a mãe deixa de ter contato com seu filho e passa menos tempo com ele, a criança então se torna a pessoa mais afetada, sendo tendente à irritação, ansiedade e até mesmo a depressão. Durante o desenvolvimento da criança, filhos de mães deprimidas tendem a mostrar menos expressão de afeto positivo e algumas das mães tendem a ser mais intrusivas, enquanto outras se apresentam menos envolvidas ao cuidar e brincar com seus filhos. Segundo Simão (2004), dentre as consequências existe uma chance três vezes maior de a mulher desenvolver outro episódio de depressão pós – parto em sua segunda gravidez.

Meredith e Noller (2003) apontaram o fato de que mães com DPP têm estilo de apego considerado inseguro em relação às mães que não apresentam DPP, assim como vêem seus filhos como mais difíceis de lidar, mais lentos, exigentes e não adaptados. Na relação das mães com seus bebês, as mães com DPP mostraram níveis de hostilidade maior na interação com seus filhos, apresentando maior rejeição, negligência e agressividade quando lidam com seus filhos.

A DPP não é difícil de ser diagnosticada, porém, muitas vezes, não é detectada pela equipe de enfermagem ou pelo obstetra em um primeiro momento, por conta dos sintomas iniciais poderem ser confundidos com o período de ajustamento emocional pós-parto da puérpera denominada tristeza pós-parto. No entanto um bom vínculo entre o profissional e a puérpera tende a favorecer ao diagnóstico precoce (ROCHA FL.1999).

Segundo Moreira (2006) a maior parte das DPP vai de leve à moderada, onde normalmente os pediatras e os obstetras têm dificuldade para diagnosticar. Muitas vezes, o diagnóstico não é feito por ser encarado como um problema social e não médico, ou simplesmente pelo fato dos sintomas da depressão aparecerem após a alta hospitalar.

Conforme o Ministério da Saúde (2005), após 14 estudos científicos, tanto nacionais como internacionais, envolvendo mais de 5 mil mulheres, as gestantes que tiveram acompanhamento durante o parto sentiram-se mais confiantes e seguras, havendo redução nos casos de depressão pós – parto.

A prevenção nos casos de depressão pós-parto é durante o pré-natal, pois é durante a consulta de enfermagem que o enfermeiro tem mais contato com esta gestante e futura puérpera, possibilitando uma maior assistência, principalmente às mães em que já foram observados os sinais e sintomas deste distúrbio. Nessas consultas deve-se ficar atentos aos fatores de risco, dar uma apoio emocional e físico durante a gravidez, parto e pós – parto, tendo também apoio dos familiares e amigos (GOMES LA, *et. al.*2010)

É necessária a criação de programas preventivos na saúde pública tanto para mulheres gestantes como para todas as mulheres, para que elas tenham conhecimento e consigam identificar os fatores de risco (SIMÃO, 2004).

Quando detectada a depressão pós-parto, é de suma importância a implementação imediata do tratamento, podendo prevenir consequências biológicas e psicológicas desfavoráveis, quer para a mãe e criança, quer para a família como um todo.

Segundo Silva (2005), não é possível afirmar a eficácia do uso profilático de medicamentos antidepressivos em mulheres com história de depressão pós – parto. Então nada melhor que certas atividades para prevenir a depressão como essas citadas abaixo:

Atividades para prevenir a Depressão Pós-Parto (PERRY E BOBACK, 2002)

- Compartilhar o conhecimento sobre os problemas emocionais pós-parto com a família próxima e com os amigos;
- Cuidar-se, incluindo a ingestão de uma dieta equilibrada, exercitando-se regularmente e obtendo sono adequado. Pedir que alguém cuide do bebê para que possa ter uma noite inteira de sono;
- Compartilhar seus sentimentos com alguém próximo a você; não se isolar em casa;
- Não se comprometer demasiadamente ou sentir-se como se fosse uma super mulher;
- Não ter expectativa irreal sobre você mesma;
- Não se envergonhar por ter problemas emocionais após o nascimento do bebê, isso acontece com aproximadamente 15% das mulheres.

Na prática assistencial, deve-se então dar atenção, apoio físico e emocional, demonstrar paciência, conversar com a parturiente, para que ela se sinta segura e tranquila,

para até mesmo sanar as suas dúvidas sobre a gestação e período do puerpério, para que a mesma desenvolva o instinto materno.

Durante a conversa com a mãe, o profissional de saúde pode utilizar instrumentos de avaliação para verificar os sintomas depressivos, como a Escala Edinburgh de Depressão Pós– Natal desenvolvida por Cox *et al*, (1987) e a Lista de Verificação da Depressão Pós– Parto, desenvolvida por Beck e Gable, (2000) . Através das respostas dessa lista e da escala, poderá ser feito um bom diagnóstico, que serve também para alertar clínicos, obstetras e pediatras para dar atendimento clínico àquelas mulheres que precisariam de avaliação mais profunda e tratamento.

A escala é de fácil aplicação e de simples interpretação, é formada por um questionário que contém dez perguntas e que abordam basicamente questões emocionais da puérpera. O diagnóstico surge com a pontuação atingida pelas respostas dadas (SANTOS MFS, *et al*.1998).

6. METODOLOGIA

A presente pesquisa será exploratória, de caráter qualiquantitativo e do tipo bibliográfica. A pesquisa teórica dar-se-á com a análise de periódicos escritos e eletrônicos, que discutam assuntos referentes à depressão pós-parto e a importância do diagnóstico precoce.

A pesquisa bibliográfica acompanhará todo percurso, do desenvolvimento a conclusão do trabalho monográfico. Serão utilizados referências teóricas por meio de livros, periódicos, artigos científicos, localizados em sites especializados como Scielo, Google Acadêmico, Lilacs, BIREME, Portal de Periódicos da CAPES, Biblioteca Virtual em Saúde, dentre outros sites.

A busca nas bases de dados será realizada durante os meses de dezembro de 2013 a junho de 2014, para estes serão utilizados palavras chaves como “depressão pós-parto”, “depressão na gestação” e “depressão puerperal”.

7. CRONOGRAMA

PERIODOS	2013/2	2014/1	2014/2
ATIVIDADES			
LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	X	X	X
SELEÇÃO DO DE BANCO DE DADOS E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO MATERIAL PESQUISADO		X	
ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS DADOS		X	X
CORREÇÕES		X	X
ENTREGA DO PRIMEIRO ESBOÇO			X
ENTREGA DO TCC			X
DEFINIÇÃO DE BANCA			X
APRESENTAÇÃO			X
PRODUÇÃO E APRESENTAÇÕES CIENTÍFICAS		X	X

8.RESULTADOS ESPERADOS

Portanto, esse trabalho pode contribuir com o conhecimento sobre a temática que se espera que reflita em ações concretas no acompanhamento e assistência a este grupo de mulheres de ser realizado um diagnóstico precoce da depressão pós-parto no período da gestação e puerperal, e a responsabilidade que o profissional da saúde tem em perceber esse distúrbio em suas consultas de enfermagem com esta mulher.

9.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA American Psychiatry Association (2000). Diagnostic and statistical of mental manual disorders. Fourth edition. Text revision. Washington-DC: American Psychiatric Association. apud, SCHMIDT, E. et.al. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. Psico-USF, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005.

AMORIM, S. P.T. **Tristeza Pós-Parto a Importância do Diagnóstico Precoce**. Ponte Lima, 2010.106f. Monografia (Conclusão de Curso) – Curso de enfermagem, Faculdade Fernando Pessoa.

BAPTISTA, MAKILIM NUNES, **Suicídio e depressão – atualizações**, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 2004.

BLOCH, M. *et al.* - **Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders**. *J Affect Disord* 88 (1): 9-18, 2005. apud CAMACHO, R.S.; CANTINELLI, F.S.; RIBEIRO, C.S.; CANTILINO, A.; GONSALES, B.K.; BRAGUITTONI, E.; RENNÓ JR., R. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento**. Revista Psiquiatria clinica V 33 n.2; p. 92-102, 2006.

BECK, C.T.; GABLE, R.K. - **Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing**. *Nurs Res* 49 (5): 272-282, 2000. apud REIS, L. B. **Depressão pós - parto e a assistência de enfermagem: um levantamento bibliográfico**. 2008.30f. Monografia (Conclusão de Curso) – Curso de enfermagem, Universidade Estadual do estado de Mato Grosso.

COX, J.L.; HOLDEN, J.M.; SAGOVSKY, R. - **Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale**. *Br J Psychiatry* 150:782-786, 1987 apud REIS, L. B. **Depressão pós - parto e a assistência de enfermagem: um levantamento bibliográfico**. 2008.30f. Monografia (Conclusão de Curso) – Curso de enfermagem, Universidade Estadual do estado de Mato Grosso.

Cruz EBS, Simões GL, Cury AF. **Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família.** Rev Bras GinecolObstet. 2005; 27(4):181-8.

CAMACHO, R.S.; CANTINELLI, F.S.; RIBEIRO, C.S.; CANTILINO, A.; GONSALES, B.K.; BRAGUITTONI, E.; RENNÓ JR., R. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento.** Revista Psiquiatria clinica V 33 n.2; p. 92-102, 2006.

EINSBERG, ARLENE; MURKOFF, HEIDI; HATHWAY, SANDEE;. **O que esperar quando está esperando.** Ed. Circulo do livro, São Paulo, p.446, 1991.

GOMES LA, TORQUATO VS, et. al. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Rev. Rene, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 117-123.**

Lai J. Y., Huang T. L. (2004). Catatonic features noted in patients with post-partum mental illness. Psychiatry Clin Neurosci, 58, 157-162.apud GUEDES. D. et.al **Revista Mal-estar e Subjetividade / Fortaleza / v. iii / n. 2 / p. 439 - 450 / set. 2003.**

Miller LJ. Postpartum depression. JAMA 2002; 287(6):762-5.apud Higuti PCP, Capocci PO. Depressão pós-parto. **Revista Enfermagem UNISA 2003; 4: 46-50.**

Meredith, P. & Noller, P. (2003). Attachment and infant difficulty in postnatal depression. *Journal of Family Issues*, 24, 668-686.apud, SCHMIDT.E. et.al. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestante do SUS ganha direito a acompanhante no trabalho de parto.** 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias> Acessado em 09/10/2013.

MOREIRA, ELAINE. **Depressão Pós – Parto**. Hospital Geral de Bom sucesso, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.hgb.rj.saude.gov.br/noticias/not.asp?id=1159>> Acessado em 13/10/2013.

PETER, DALLY.; HEATHER, HARRINGTON. **Psicologia e Psiquiatria na Enfermagem**. E.P.U, São Paulo, p. 69,1975.

PETER, DALLY.; HEATHER, HARRINGTON. **Psicologia e Psiquiatria na Enfermagem**. E.P.U, São Paulo, p. 170,1975

PERRY, S.E.;BOBAK, I.M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Rocha FL. Depressão puerperal: revisão e atualização. *Brás Psiq* 1999; 48(3): 105-14.apud Higuti PCP, Capocci PO. Depressão pós-parto. **Revista Enfermagem UNISA 2003; 4: 46-50.**

Reading, R. & Reynolds, S. (2001). Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science & Medicine*, 53, 441-453.apud, SCHMIDT.E. et.al.Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005.

SIMÃO. **Identificação de fatores de risco pode evitar Depressão Pós - Parto?**

Disponível em: <<http://www.usp.br/agenciausp/repgs/2004/pags/224.htm>> Acessado em 13/10/2013.

Silva EM, Sougney EB, Carvalho TFR, Bandim JM. Depressão no pós-parto: aspectos clínicos e epidemiológicos. *Neurobiol* 1998; 61(4): 107-14 apud Higuti PCP, Capocci PO. Depressão pós-parto. **Rev Enferm UNISA 2003; 4: 46-50.**

SILVA, ELDA TEREZINHA DA; BOTTI, NADJA CRISTIANE LAPPANN. Depressão Puerperal – uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 02, p.231 – 238, 2005. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/700/769> Acessado em 20/10/2013.

SANTOS MFS, MARTINS FC, PASQUALI L. Escala de auto avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Revista Enfermagem UERJ** 1998; 6(1): 253-8.

ZANOTTI, D.V.; SAITO, K.C.; RODRIGUES, M.D.; OTANI, M. A. P. Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: A colaboração do enfermeiro psiquiatra. **Revista Nursing. V. 61, n. 6, p.36-42, 2003.**