

Cesárea e parto normal: implicações na prevalência de depressão no puerpério

Cesarean and normal birth delivery: implications for the prevalence of depression in the puerperium

Running title: Via de parto e depressão pós parto

Ana Carolina Esteves Tozzi¹ | André Luís Canuto¹ | Bruna Corsetti Fagundes¹ | José Alexandre Ferreira Neto¹ | Mateus Borges Ribeiro Brasil¹ | Matheus Carvalho Nascimento de Andrade^{1*}

¹Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, MG, Brasil.

Endereço para correspondência: Matheus Carvalho Nascimento de Andrade, 263, Bairro São José, Barbacena – MG. CEP: 36.205.118. Telefone: +55 32 99176 7289. E-mail: matheuscna.fame@gmail.com. **Conflito de interesse:** Nada a declarar.

doi: [10.29327/2343584.6.1-3](https://doi.org/10.29327/2343584.6.1-3)

Submetido: 24/01/2023

Aceito: 12/04/2023

RESUMO

Objetivo: Avaliar se há relação de associação entre a prática do parto normal ou cesariano e o surgimento do Transtorno Depressivo Maior (TDM) no período pós-gestacional em mulheres residentes de Barbacena, interior de Minas Gerais. **Métodos:** Estudo observacional de corte transversal com amostragem por conveniência realizado entre os anos de 2020 e 2022 em que foram coletados dados via dois questionários, em locais selecionados, para puérperas com máximo de 60 dias pós-parto atendidas pela atenção primária. Foram produzidas tabelas de frequências absoluta e relativa com Intervalo de Confiança (IC) de 95%. A existência de relação entre variáveis foi considerada significativa quando $p \leq 0,05$. **Resultados:** Participaram 250 voluntárias, sendo 46 descartadas por não cumprirem critérios. Das 204 restantes (82%), majoritariamente

foram colhidos os dados na Santa Casa de Misericórdia de Barbacena (53,43%) e o perfil, também em maioria, era de casadas (47%), com renda familiar de até um salário mínimo (42,65%), que estavam na primeira gestação (45,95%), que tiveram parto cesariano (57,35%) e que tinham entre um e vinte dias dia de puerpério (79,90%). A média das idades foi de 28 anos \pm 6 meses, tendo a maior 48 e a menor 15. O diagnóstico para Depressão no Pós-parto (DPP) foi positivo para 25 (12,25%) e negativo para 17 (87,75%) voluntárias. **Conclusão:** Não foi possível encontrar associação entre DPP e o método de parto utilizado.

Palavras-chave: Depressão e puerpério; Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo; Período pós-parto; Incidência; Saúde da mulher; Saúde mental.

ABSTRACT

Objective: To assess whether there is association relationship between the practice of normal or cesarean delivery and the emergence of Major Depressive Disorder (MDD) in the post-gestational period in women living in Barbacena, in the interior of Minas Gerais. **Methods:** Observational cross-sectional study with convenience sampling carried out between the years 2020 and 2022 in which data were collected via two questionnaires, in selected locations, for postpartum women with a maximum of 60 days postpartum attended by primary care. Absolute and relative frequency tables were produced with a confidence interval (CI) of 95%. The existence of a relationship between variables was considered significant when $p \leq 0.05$. **Results:** 250 volunteers participated, 46 of which were discarded for not meeting the criteria. Of the remaining 204 (82%), most data were collected at the Santa Casa de Misericórdia de Barbacena (53.43%) and the profile, also in the majority, was married (47%), with a family income of up to one minimum wage. (42.65%), who were in their first pregnancy (45.95%), who had a cesarean delivery (57.35%) and who had between one and twenty days of puerperium (79.90%). The mean age was 28 years \pm 6 months, with the highest being 48 and the lowest being 15. The diagnosis of Postpartum Depression (PPD) was positive for 25 (12.25%) and negative for 179 (87.75). % volunteers. **Conclusion:** It was not possible to find association between PPD and the method of delivery used.

Keywords: Depression and puerperium; Edinburgh Postpartum Depression Scale; Postpartum period; Incidence; Women's Health; Mental health.

INTRODUÇÃO

Atingindo 2 a 5% da população e sendo predominante na população feminina^{1,2}, a depressão ou Transtorno Depressivo Maior (TDM) é uma doença mental que possui grande importância epidemiológica na esfera da saúde pública brasileira. De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM V)², os critérios clínicos diagnósticos para o TDM se baseiam na duração de, no mínimo, duas semanas e abrangem cinco dos seguintes sinais e sintomas: queda cognitiva, fadiga, sentimentos de apatia, inutilidade ou culpa, anedonia, alterações no sono, peso e apetite, e pensamentos recorrentes de morte^{3,4}.

Sua incidência está fortemente associada aos acontecimentos vitais mais marcantes³⁻⁶. Para as mulheres, por exemplo, vale citar os momentos da gestação e do parto⁴⁻⁸. Em relação ao quadro depressivo durante o puerpério, período com duração de 45 dias após o parto em que o organismo da mulher volta às condições pré-gestacionais no que tange à produção hormonal e à

retomada dos órgãos internos aos estágios anteriores⁹, a sintomatologia não difere muito em relação a diferentes fases da vida, possuindo eficácia quando tratada pela atenção primária^{4,5,7,8}. Na pesquisa quantitativa descritiva “Consulta de Enfermagem no Pré-Natal e no Pós-Parto” publicado em 2016, extensionistas coletaram dados que revelaram que, aproximadamente, 50% dos casos de TDM pós-gestacional – sinônimo para Depressão Pós-parto (DPP) – possuem, como fatores de risco: baixa escolaridade, baixa renda familiar e estado civil de solteira ou divorciada. Desses, apenas 20% recebem algum apoio ou tratamento adequado por equipes multidisciplinares de saúde^{10,11}. Há de se destacar, portanto, a necessidade e a importância de se prestar uma correta assistência do momento de início do pré-natal até a consulta do puerpério, de identificar possíveis fatores de risco, de promover o bem-estar e de acompanhar as mudanças fisiopatológicas da mãe e do recém-nascido.

A literatura médica brasileira trabalha relatando uma prevalência de

DPP de grau severo a moderado variando entre 10 e 19%, valores equivalentes a uma em cada 8 mulheres. Em relação a tristeza materna – sinônimo para o estado de *Baby Blues* Materno (BBM) –, quadro considerado como autolimitado, a incidência varia de 50 a 80%. Outros transtornos mais graves como a psicose pós-parto, por exemplo, são mais raros, abarcando uma incidência mínima 0 a 0,2%¹². Estudos elaborados pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), no Paraná, concluem que todas essas três modalidades de estado mental são resultado da adaptação psicológica, social e cultural imprópria da mulher frente à maternidade e podem trazer consequências adversas para a mãe, para o bebê e, claro, para a família^{11,12}.

E embora ainda não existam parâmetros fisiológicos suficientes para se avaliar um caso de depressão, é possível que se empreenda e se utilize de escalas de avaliação – que são métodos de aplicação rápida, de baixo custo e são passíveis de aplicação por outros profissionais do âmbito da saúde (enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) – a fim de haver uma descrição mais detalhada dos sinais e sintomas, facilitando identificações padronizadas ou não. Apesar disso, essas escalas não podem ser utilizadas como único critério

para um diagnóstico definitivo. Exemplificativamente, a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EDPS) é de grande aceitação e, por isso, é muito utilizada no rastreamento e na intensidade de sinais e sintomas depressivos relacionados ao advento do parto¹³⁻¹⁶.

No intuito de estabelecer critérios clínicos procedentes, é válido aprofundar nos demarcadores epidemiológicos (sociais, educacionais, econômicos e demográficos) relacionados ao desenvolvimento da depressão. Com isso, é possível aperfeiçoar padrões terapêuticos e propedêuticos visto a defasagem na assistência médica na área da saúde mental. Consequentemente, a existência (ou não) de padrões sugestivos de causalidade podem ajudar no controle e na capacitação dos profissionais envolvidos – dessa maneira aumentando a extensão que o sistema público-privado brasileiro consegue atingir.

A depressão, por não ter clínica bem delimitada é, em geral, resultado da somatização de condições psicológicas^{1,3,4,7,8,11}. Em consonância, a DPP pode ser confundida pelas pessoas ao redor ou até mesmo pela própria puerpera devido à nova fase da vida¹⁷⁻¹⁹.

Esta pesquisa, então, objetiva avaliar se a via de parto influencia no acontecimento de episódios depressivos no período puerperal e, sobretudo, visa a discussão sobre a possibilidade de acompanhamento precoce e correto caso os resultados se mostrem alarmantes.

MATERIAL E MÉTODOS

Desenho e População

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal com amostragem por conveniência que foi realizado entre os anos de 2020 e 2022 com 250 mulheres transeuntes pelo centro e/ou mulheres atendidas pela atenção primária na Unidade Central de Vacinas, no Centro Barbacenense de Assistência Médica e Social (CEBAMS - Ibiapaba), no Centro Acadêmico Multiprofissional Agostinho Paolucci (CAM - FAME), nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e na Santa Casa de Misericórdia de Barbacena, todos localizados no município de Barbacena, interior do estado de Minas Gerais, que possui uma população de 136.689 habitantes²⁰.

Os critérios de inclusão foram: mulheres puérperas com máximo de 60

dias pós-parto, selecionadas de maneira aleatória, que aceitassem participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); se mulher menor de idade, foi necessária, também, a autorização de responsável maior. Foram excluídas do estudo as que não consentiram em assinar o TCLE, as que não aceitaram responder as perguntas e as que, na data da coleta, possuíam mais de 61 dias pós-parto.

Entrevistas

Em uma primeira avaliação, foi aplicado – por uma equipe de pesquisadores – um questionário para levantamento de características socioeconômicas (idade, estado civil, renda familiar, gestação, tipo de parto e tempo pós-parto). Na sequência, aplicou-se a EDPS para sondagem de caracteres cognitivos, comportamentais e fisiológicos que permitam diagnosticar DPP; ao todo são 10 perguntas que pontuam entre 0 e 3 de acordo com a presença ou a intensidade de sinais e sintomas, positivando se a soma for \geq a 12.

Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de

Medicina de Barbacena (FAME/FUNJOBE) com o número do parecer: 4.833.723, pela Secretaria Municipal de Saúde (SESAP/SUS/Barbacena) e pelo Núcleo de Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena.

Análise Estatística

Os questionários foram transcritos para planilha eletrônica e processados em software estatístico STATA v. 9.2. Foi calculado Intervalo de Confiança (IC) de 95% para as prevalências observadas, medidas de tendência central, posição e dispersão das variáveis quantitativas. A existência de relação entre variáveis de estudo foi medida através de testes de qui-quadrado, exato de Fisher, teste T, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, conforme indicação, sendo consideradas significativas as diferenças observadas com valor $p \leq 0,05$. Os dados obtidos somente foram utilizados para fins educacionais.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 250 mulheres, em que, dessas, 46 (18%) foram excluídas por não cumprirem os critérios inclusivos. Das 204 restantes

(82%), os dados de 33 foram colhidos nas ruas do centro (16,18%), 28 foram na Unidade Central de Vacinas (13,73%), 7 foram no Centro Barbacense de Assistência Médica e Social (CEBAMS - Ibiapaba) (3,43%), 9 foram no Centro Acadêmico Multiprofissional Agostinho Paolucci (CAM - FAME) (4,41%), 18 foram nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) (8,82%) e 109 foram na Santa Casa de Misericórdia de Barbacena (53,43%). A média das idades foi de 28 anos \pm 6 meses, tendo a maior 48 e a menor 15 anos (ambas com apenas uma pessoa) (**Tabela 1**).

A amostra, majoritariamente colhida na Santa Casa de Misericórdia de Barbacena (53,43%), foi composta, também em maioria, por mulheres casadas (47%), com renda familiar de até um salário mínimo (42,65%), que estavam na primeira gestação (45,95%), que tiveram parto cesariano (57,35%) e que tinham entre um e vinte dias de puerpério (79,90%) (**Tabelas 1 a 3**).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das voluntárias entrevistadas e distribuição das entrevistas colhidas em Barbacena, MG. 2022.

Variáveis		n	%
Local de coleta	Centro	33	16,18
	Unidade Central de Vacinas	28	13,73
	Centro Barbacenense de Assistência Médica e Social (CEBAMS - Ibiapaba)	7	3,43
	Centro Acadêmico Multiprofissional Agostinho Paolucci (CAM - FAME)	9	4,41
	Unidades Básicas de Saúde	18	8,82
	Santa Casa de Misericórdia de Barbacena	109	53,43
	Idade (anos)	15 a 25	63
	26 a 36	115	56,37
	37 a 48	26	12,75
Estado civil	Casada	96	47,06
	Divorciada	14	6,86
	Solteira	91	44,61
	Viúva	3	1,47
Renda familiar (salário mínimo)	≤ 1	87	42,65
	> 1 e ≤ 2	53	25,98
	> 2 e ≤ 3	40	19,61
	> 3	24	11,76
Tempo pós-parto (dias)	1 a 20	163	79,90
	21 a 40		14,71
	41 a 60	30	5,39
		11	

Fonte: Autores, 2022.

Tabela 2 – Frequência do número da gestação, tipo de parto e de diagnóstico de DPP segundo a EDPS¹ das voluntárias entrevistadas em Barbacena, MG. 2022.

Variáveis		n	%
Gestação	1 ^a	93	45,59
	2 ^a	63	30,88
	3 ^a	29	14,22
	≥ 4 ^a	19	9,31
Tipo de parto	Cesárea	117	57,35
	Normal	87	42,65
Diagnóstico DPP	Positivo	25	12,25
	Negativo	179	87,75

¹ Escala de Depressão Puerperal de Edimburgo. **Fonte:** Autores, 2022. O diagnóstico de DPP, segundo a EDPS, é positivo se valor de pontuação no questionário for ≥ 12 . Dito isto, tem-se, neste estudo, das 204 participantes, 25 (12,25%) positivadas e 179 (87,75%) negativadas.

Tabela 3 – Associação entre a incidência de DPP¹, estado civil e vias de parto das voluntárias entrevistadas em Barbacena, MG. 2022.

Variáveis	Diagnóstico de DPP				Total	p
	Positivo	%	Negativo	%		
Estado Civil						
Casada	7	7,3	89	92,7	96	0,042
Sozinha ²	18	16,7	90	83,3	108	0,042
Total	25	12,25	179	87,8	204	
Tipo de parto						
Cesárea	15	12,8	102	87,2	117	0,775
Normal	10	11,5	77	88,5	87	0,775
Total	25	12,25	179	87,8	204	

¹Depressão pós-parto; ²Solteiras, divorciadas e viúvas. **Fonte:** Autores, 2022. Considerando como significativas as diferenças observadas com valor $p \leq 0,05$, ou seja, $< 5\%$ ($0,05 \times 100\% = 5\%$), indicam associação de incidência de DPP; se $> 0,05$, não. Seguindo essa proposta, foi observado que o estado civil possui ($0,042 \times 100\% = 4,2\%$, logo, $< 5\%$) enquanto o tipo de parto não possui ($0,775 \times 100\% = 77,5\%$, logo, $> 5\%$).

DISCUSSÃO

O presente estudo almejou consolidar conhecimentos já existentes, havendo um direcionamento para a formulação de hipóteses que embasam investigações futuras acerca das doenças de grande prevalência na população mundial e brasileira. Nos resultados obtidos são consideradas como grandes fatores de relevância as influências exercidas por fatores temporais e de localidade. É sabido do atraso, em território brasileiro, no que respeito diz à assistência psicológica a nível de pré-natal.^{4,18,19} Surge, então, notória problemática acerca do diagnóstico de DPP dado que a sintomatologia depressiva, em 50 a 60% dos casos, já estava presente anteriormente à concepção^{4,8,14,17}. Objetiva-se, portanto, construir um perfil de mulheres com maior risco e, sobretudo, averiguar se o meio de parto exerce influência significativa no surgimento do quadro psiquiátrico.

Após interpretados os resultados da EDPS aplicada para as 250 puérperas, somente 25 obtiveram diagnóstico para DPP, indicando, assim, prevalência próxima a 12% – fato respaldado pela literatura científica encontrada a qual trabalha com números

aproximados ao intervalo entre 10 e 19%¹². Vale salientar, novamente, que a doença possui caráter multifatorial, ou seja, depende de análise que inclua fatores médicos e sociais^{4-6,12,17}.

Afirma-se à essa complexidade, que os aspectos socioeconômicos desempenham significativa influência na percepção crítica da mulher durante o período gestacional, facilitando no reconhecimento de sinais e sintomas e, dessarte, facilitando o acesso a serviços de saúde público e/ou privados⁴⁻⁶. Das mulheres diagnosticadas com DPP, 60% alegaram renda familiar de até um salário mínimo e somente 4% apresentaram renda superior a três salários mínimos mensais, todavia é uma doença que atinge todas as classes. Embora seja bem estabelecida a relação entre baixo nível socioeconômico e DPP na ciência¹⁷, neste estudo não foi possível estabelecer relação estatística causal na análise promovida, presumivelmente explicada pelo baixo número amostral. Outro pertinente aspecto analisado foi a frequência de partos realizados pelas puérperas, curiosamente havendo 24% de primíparas entre as diagnosticadas; mas, ainda que este valor se constitua como resultado expressivo, não se pode categorizá-lo como fator isolado de

influência em razão da falta de robustas evidências²¹.

Em relação ao estado civil, o estudo encontrou relação expressiva entre a ausência de parceiro e o surgimento de DPP, posto que, das 25 mães positivadas, 17 eram solteiras à ocasião da coleta dos dados – totalizando 68%; é factível a afirmação que este achado se encontra consoante com algumas referências encontradas, podendo a explicação advir da defasagem de suporte emocional e financeiro associados à falta de apoio contínuo ao exercício parental²²⁻²⁵.

A pauta principal desta pesquisa é investigar se há paralelo dentre o tipo de parto e o aparecimento de novos casos de DPP, tendo em vista a constante alta na prevalência de cesáreas no Brasil²⁶⁻²⁸ e a escassez de material relativo ao tema – em comparação a outros semelhantes que não adentram na esfera da Obstetrícia e somente se firmam na Psiquiatria. Na amostra, das 25 afirmativas para a DPP, 16 tiveram seus filhos por cesárea (64%) ao passo que 9 (36%) conceberam via vaginal. Assim sendo, este estudo não encontrou relação estatística significativa entre o método de parto e a incidência de DPP; útil destacar que a falta de relevância causal

pode residir no fato de que há estresse físico antes e durante a concepção de ambos os métodos, havendo uma influência superior do apoio da equipe médica, apoio afetivo por parceiros e familiares, condições socioeconômicas e a realização de um pré-natal com bom padrão de qualidade.

Considera-se proveitoso citar alguns dos fatores limitantes associados ao estudo, como, por exemplo, o pequeno número de puérperas entrevistadas em virtude do prazo em que a pesquisa foi realizada; acrescido disso, o número substancialmente maior de entrevistas colhidas na enfermaria obstétrica da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena que implicaram em 53,4% das puérperas com um a dois dias de pós-parto, podendo, de algum modo, interferir na avaliação diagnóstica da DPP; não obstante leituras afirmam que 60% das gestantes desenvolvem sinais e sintomas depressivos em um período anterior ao parto^{29,30}. Ademais, considera-se também como limitante o caráter retrospectivo deste estudo que, mesmo minimizado pela objetividade dos textos e dos examinadores, as respostas das pacientes eventualmente podem não ser fidedignas por refletirem a subjetividade da entrevistada ou o contexto em que ela se encontra inserida.

Por fim, o puerpério é um período de mudanças físicas, sociais e psicológicas que podem e interferem na maneira da coleta de dados, mesmo que esse seja, justamente, um dos fatores avaliados.

CONCLUSÃO

Não foi possível encontrar resultado de causalidade entre a DPP e o método de parto utilizado. Este estudo argumenta, entretanto, que é de suma importância haver outros que abracem problemáticas relacionadas à condição psiquiátrica das gestantes para que, por conseguinte, uma política nacional de rastreio – que seja efetiva na prevenção e no acolhimento das mães que estejam em situação de sofrimento psíquico ou que sejam de alto risco – possa ser consolidada, possibilitando a redução do surgimento de novos casos, do estigma e, também, conferindo suporte para que as famílias se tornem processo ativo de apoio social.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao corpo de apoio a atenção primária da SESAP/SUS/Barbacena, ao núcleo científico e as equipes de enfermagem do

CEBAMS - Ibiapaba, do CAM - FAME e da Santa Casa de Misericórdia de Barbacena e as participantes da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Brito VC de A, Bello-Corassa R, Stopa SR, Sardinha LMV, Dahl CM, Viana MC. Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2022;31(spe1):e2021384. Available from: <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200006.especial>.
2. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VJ de. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul* [Internet]. 2007 Sep;29(3):274–80. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000300006>
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
4. Da Penha de LCM, et al. Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*

- [Internet]. 2008;8(3):759-773.
Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844627014>.
5. Da Rocha Arrais A, et al. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Psicologia, Saúde e Doenças* [Internet]. 2017;18(3):828-845. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36254714016>.
6. Da Rocha Arrais A, et al. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2018, v. 38, n. 4, pp. 711-729. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1982-3703003342016>.
7. Silva BP, et al. Common mental disorders in pregnancy and postnatal depressive symptoms in the MINA-Brazil study: occurrence and associated factors. *Rev de Saúde Pública* [online]. 2022, v. 56. Available from:
<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004028>.
8. Almeida MS, et al. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Cad de Saúde Pública* [online]. 2012, v. 28, n. 2, pp. 385-394. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200017>.
9. Fernandes CE, Silva de Sá MF. *Tratado de Obstetrícia Febrasgo*. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
10. Zaconeta AM, et al. Depressão com início após o parto: estudo de corte prospectivo em mulheres submetidas à cesárea eletiva em Brasília, Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. e Obstet.* 2013 Mar;35(3): 130-5.
11. Fonseca, VR, et al. The relationship between postpartum depression and maternal emotional availability. *Cad de Saúde Pública* [online]. 2010, v. 26, n. 4, pp. 738-746. Available from:
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400016>.
12. Moraes, IGS, et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2006, v. 40, n. 1, pp. 65-70. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000100011>.
13. Cristina De LP, et al. Depressão pós-parto baseada na escala de

- Edimburgo. Revista Conexão UEPG. 2016; 12(2): 268-277.
14. De Albuquerque SE, et al. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. Psico-USF [Internet]. 2007;12(2):319-326. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401036067020>.
15. Schardosim JM e Heldt E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2011, v. 32, n. 1, pp. 159-166. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000100021>.
16. De Moraes L, et al. Uso da escala de Edimburgh pelo enfermeiro na identificação da depressão pós-parto: revisão integrativa da literatura. Revista Ciência e Sociedade. 2016; 1(1): 1-19.
17. Cunha R, et al. Prevalence of depression and associated factors in a low income community of Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2012, v. 15, n. 2, pp. 346-354. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>.
18. Serruya SJ, et al. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]. 2004, v.4, n. 3, pp. 269-279. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292004000300007>.
19. Cristianetti G, et. al. Pré-natal: um panorama dos obstáculos encontrados no Brasil. Revista Lume UFRGS. 2022; 1(1): 1-16.
20. Fundação Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. [cited 14 de out. 2022; Available from: <http://cod.ibge.gov.br/2VTDZ>.
21. Agência Senado. Volta à câmara projeto de rastreamento de sintomas depressivos em gestantes [Internet]. Brasília; 2022. [acesso em 13 Outubro 2022]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/06/07/volta-a-camara-projeto-de-rastreamento-de-sintomas-depressivos-em-gestantes>.
22. Nardi AE, Silva AG, Quevedo J. Tratado de psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria. 1. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

23. Konradt CE, et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* [online]. 2011, v. 33, n. 2, pp. 76-79. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000010>.
24. Manente MV, et al. Maternidade e Trabalho: Associação entre depressão pós-parto, apoio social e satisfação conjugal. *Pensando Famílias*, v. 20, n. 1; p. 99-111, 2016.
25. Gabriel MR, et al. Depressão pós-parto materna e o envolvimento paterno no primeiro ano do bebê. *Aletheia*, v.46; p. 50-65, 2015.
26. Schmidt EB, et al. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF* [online]. 2005, v. 10, n. 1, pp. 61-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712005000100008>.
27. Teixeira MG, et al. Detecção precoce da depressão pós-parto na atenção básica. *Journal of Nursing and Health*. 2021; 11(2): 1-15.
28. Santos DF, et al. Prevalência de sintomas depressivos pós-parto e sua associação com a violência: estudo transversal, Cariacica, Espírito Santo, 2017. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2021 Dez [citado 22 Outubro 22]; 30(4): e20201064. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742021000400304&lng=pt. Epub 19-Nov-2021. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000400002>.
29. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Alta taxa de cesáreas no Brasil é tema de audiência pública [Internet]. Rio de Janeiro; 2018. [acesso em 22 Outubro 2022]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/728-alta-taxa-de-cesareas-no-brasil-e-tema-de-audiencia-publica>.
- 30: Câmara, Raphael et al. Cesarean section by maternal request. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* [online]. 2016, v. 43, n. 04, pp. 301-310. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-69912016004002>.