

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SUPORTE SOCIAL EM MÃES DE BEBÊS
ATENDIDOS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

**POST-BIRTH DEPRESSION AND SOCIAL SUPPORT IN MOTHERS OF BABIES
CARRIED OUT IN A FAMILY HEALTH STRATEGY (FHS)**

**DEPRESIÓN POSTPARTO Y APOYO SOCIAL EN MADRES DE BEBÉS
ATENDIDOS EN UNA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA (ESF)**

Gabriela Stefany Ferreira de A. Lourenço ¹

Flaviana Batista dos Santos ²

Janne Eyre Sarmiento Leite ³

Aline Rayane Silva Araújo ⁴

Mara Cristina Ribeiro ⁵

Evanisa Helena Maio de Brum ⁶

RESUMO: A Depressão Pós-Parto (DPP) é um problema de saúde pública com elevada prevalência, podendo causar problemas para a mãe, o bebê e a família. O Suporte Social (SS) é visto como ferramenta afetivo-emocional, sendo considerado um fator de proteção. O presente trabalho é um estudo transversal e objetivou investigar a DPP e sua relação com o SS em 29 mães de crianças na faixa etária de 0 a 3 anos. Foram utilizados um questionário com dados sociodemográficos, o Inventário Beck de Depressão para avaliar a DPP e a Escala de Percepção do Suporte Social para avaliar o SS das mães. Os resultados apontaram para uma elevada prevalência de depressão (69%) na amostra em questão. Já a avaliação do SS revelou que 51,7% das mães apresentavam baixo suporte social e a análise estatística mostrou correlação negativa entre DPP e SS ($r = -0,42$) com nível de significância de $p < 0,022$.

Palavras-chave: Depressão pós-parto; Suporte social; Maternidade.

ABSTRACT: A Depressão Posters-Delivery (DPP) is a public health problem with high prevalence, being able to cause problems for my mother, or baby and family. O Suporte Social (SS) é seen as affective-emotional ferramenta, being considered a fator de proteção. Or present work and a cross-sectional study and objective was to investigate DPP and its relationship as SS in 29 months of age in the age group 0 to 3 years. Foram used a questionnaire with sociodemographic data, or Inventário Beck de Depressão to endorse DPP

¹ E-mail: gabrielasfal@hotmail.com.

² E-mail: flaviana-rcc@hotmail.com.

³ E-mail: janneeyresarmiento@gmail.com.

⁴ E-mail: aline_arsa@hotmail.com.

⁵ E-mail: maracrisribeiro@gmail.com.

⁶ Contato principal para correspondência editorial. E-mail: evanisa.brum@gmail.com.

and the Scale of Percepção do Suporte Social to endorse or SS das mães. The results will point to a high prevalence of depression (69%) in the show in questão. The assessment of SS revealed that 51.7% of mothers had low social support, and the statistical analysis showed a negative correlation between Postpartum Depression (DPP) and Social Support (SS) ($r = -0.42$) with a significance level of $p < 0.022$.

Key Words: Postpartum Depression; Social Support; Maternity.

RESUMEN: La depresión posparto (PPD) es un problema de salud pública con alta prevalencia, que puede causar problemas para la madre, el bebé y la familia. El Apoyo Social (SS) es visto como una herramienta afectivo-emocional, siendo considerado un factor protector. El presente estudio es un estudio transversal y tuvo como objetivo investigar PPD y su relación con SS en 29 madres de niños de 0 a 3 años. Se utilizó un cuestionario con datos sociodemográficos, el Inventario de depresión de Beck para evaluar el PPD y la Escala de percepción de apoyo social para evaluar la SS de las madres. Los resultados apuntaron a una alta prevalencia de depresión (69%) en la muestra en cuestión. La evaluación SS reveló que el 51.7% de las madres tenían poco apoyo social y el análisis estadístico mostró una correlación negativa entre DPP y SS ($r = -0.42$) con un nivel de significancia de $p < 0.022$.

Palabras clave: Depresión pós-parto; Apoyo social; Maternidad

INTRODUÇÃO

Segundo a quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014) a Depressão Pós-Parto (DPP) é definida como um episódio de depressão que ocorre no periparto, permitindo que o diagnóstico seja realizado ainda na gestação e se entendendo até quatro semanas após o parto. Já para a Classificação Internacional das Doenças (CID-10, 1993) a DPP é classificada como transtorno mental e comportamental associado ao puerpério e deve ocorrer no período de seis semanas após o parto. Os principais sintomas são: choro fácil, desânimo, ansiedade, dificuldade de se relacionar com o bebê, sentimento de culpa, medo de ficar sozinha com o recém-nascido entre outros (Fonseca, Gorayeb e Canavarro, 2015; Lima, Ravelli, Messias & Skupien, 2016).

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, a prevalência de DPP é de 19,8% segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001). Já o estudo da Fiocruz, realizado no Brasil, encontrou índices mais elevados do que o apontado pela OMS, sendo de 26,3%. Um estudo transversal da prevalência da DPP com 200 novas mães em Teerã, no Irã, encontrou 43,5% de prevalência do diagnóstico (Vaezi, Soojoodi, Banihashemi & Nojomi, 2019).

Devido a esta elevada prevalência em países em desenvolvimento a DPP tem sido alvo de vários estudos, sendo considerada um problema de saúde pública, pois além da elevada prevalência, existe também a dificuldade relacionada à realização do diagnóstico e o impacto adverso tanto na mãe quanto no desenvolvimento infantil (Abou-Saleh, 1997).

Como consequência deste quadro clínico a mãe pode ter dificuldade de cuidar do recém-nascido, ter perturbação do sono, risco de reincidência do quadro depressivo e suicídio. Além dos sintomas causados na mãe, o bebê pode também ser afetado pelo quadro clínico e vir a ter atrasos no desenvolvimento (Arrais & Araújo, 2017).

Boratav, Toker e Kuey (2016), ressaltaram a importância do período pós-parto afirmando que este é um tempo de risco para distúrbios psicológicos e particularmente para os sintomas depressivos, remetendo a uma fase delicada na vida da mulher que requer cuidados e apoio. Além disso, os autores constataram em sua pesquisa que alguns fatores no período pré-parto, especificamente no último trimestre da gravidez, estão relacionados a condições de risco significativas para depressão pós-parto, tais como: apoio familiar, cuidado e apoio do cônjuge, história de depressão anterior e gravidez não planejada.

Diante do exposto, é possível perceber a necessidade do cuidado e do apoio, chamado também de suporte social, que são oferecidos para as mães nesse período, na medida em que as mudanças e variações emocionais, comportamentais e físicas podem vir a se tornar presentes e gerar o risco de um distúrbio, potencializando o desencadeamento, principalmente, da depressão.

Existe, entretanto, de acordo com Azale, Fekadu e Hanlon (2016), uma deficiência no que diz respeito à busca por tratamento para a DPP em países de baixa e média renda, visto que em nível mundial aproximadamente 56% das pessoas que sofrem de DPP permanecem sem tratamento ou sem intervenção adequada. Se os cuidados de saúde materna fossem integrados aos cuidados de saúde mental a falta de tratamento seria reduzida, ao passo que o acesso aos recursos terapêuticos aumentaria, pois as intervenções psicossociais seriam realizadas de forma contextualizada e eficaz (Azale, Fekadu & Hanlon, 2016).

Diante disso, torna-se relevante a existência de uma conscientização pública sobre a DPP, suas causas e consequências, bem como a necessidade de buscar um tratamento adequado. Neste sentido, o SS tem sido apontado como um fator de proteção para a DPP, e consequentemente, para a diminuição dos sintomas depressivos, sendo, portanto, considerado

uma ferramenta eficaz de cuidado e apoio no contexto da DPP (Senturk, Abas, Dewey, Berksun & Stewart, 2017). Segundo Valla (1999), suporte social é definido como qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecido por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos.

Em um estudo transversal feito no sul da Etiópia por Azale, Fekadu e Hanlon (2016), um total de 3.147 mulheres foram avaliadas entre 1 e 12 meses após o parto quanto aos sintomas depressivos. Os autores realizaram uma regressão logística múltipla para identificar os fatores associados de forma independente à busca de ajuda nos serviços de saúde. Os resultados revelaram que apenas 4,2% das mulheres com sintomas elevados de DPP tiveram cuidados de saúde mental e 12,7% realizaram contato com qualquer serviço de saúde desde o início dos seus sintomas. Numa análise multivariada, fatores como residência urbana, forte apoio social, percepção de causa física, gravidade e necessidade de tratamento foram associados significativamente com a busca de ajuda nos serviços de saúde. Por fim, 60% das mulheres com altos níveis de sintomas de DPP atribuíram seu quadro clínico a causas psicossociais e 69,9% perceberam a necessidade de tratamento.

Por meio dos dados apresentados acima, é possível referir que os sintomas depressivos são reduzidos nos casos em que as mães recebem o suporte de forma correta, levando assim a uma melhora significativa na qualidade de vida (Vaezi et al, 2019). Porém, infelizmente ainda existem casos em que essa assistência não é efetuada ou não se dá de forma correta, influenciando no agravamento do quadro depressivo.

Em Portugal, Fonseca, Gorayeb e Canavarro (2015), confirmam o exposto acima com os resultados de um estudo transversal feito com 656 participantes. Dessas, apenas 13,6% buscaram ajuda profissional para seus sintomas de depressão perinatal, uma vez que o acesso à intervenção pode depender da busca por ajuda e capacidade de se comunicar sobre seus sintomas depressivos perinatais.

A literatura aponta que a procura por cuidados de saúde envolve uma série de etapas que começa pela conscientização do indivíduo sobre seu problema emocional seguido pela expressão de seus sintomas à necessidade de ajuda, capacitando-o a procurar assistência profissional sobre as opções de tratamento disponíveis (Fonseca et al., 2015).

Além disso, o estudo de Fonseca et al., (2015), identificou algumas barreiras que impedem as mulheres de procurar ajuda profissional, tais como: conhecimento, atitudes e

barreiras práticas. A primeira diz respeito à falta de reconhecimento de sintomas depressivos e sua gravidade, dificuldade em diferenciar o desajuste emocional à maternidade e depressão, e falta de conhecimento sobre os serviços disponíveis; a segunda se refere aos sentimentos de culpa e vergonha, além do estigma associado à DPP; e a terceira, considerada a mais importante, se trata de dificuldades financeiras e constrangimentos de trabalho, responsabilidades de cuidados infantis e acesso limitado aos cuidados de saúde.

Segundo os autores, a compreensão desses comportamentos é fundamental para estratégias que aumentem a taxa de tratamento. Tais estratégias estão relacionadas à introdução de procedimentos de triagem para problemas de saúde mental nos cuidados antes e depois do parto, oferecendo a essas mulheres oportunidades que as permitam superar as barreiras práticas para a busca de ajuda (Fonseca et al., 2015).

Como citado acima, existem diversos fatores que impedem a busca por apoio, como o desconhecimento e a culpa que as mães possam vir a sentir. O apoio familiar pode ser fundamental para as mulheres aceitarem e buscarem ajuda profissional, obtendo, dessa forma, um tratamento correto, pois dependendo do tempo e do grau da DPP os sintomas podem piorar, prejudicando o bem-estar e qualidade da vida dessa mãe e afetando o desenvolvimento infantil.

Em proximidade a isso, em um estudo quantitativo longitudinal realizado em Genebra, Suíça, com 235 primíparas, Razurel, Kaiser, Antonietti, Epiney & Sellenet, C. (2017), encontraram em seus resultados que a depressão perinatal estava relacionada com a saúde psicológica das mães, podendo o apoio social articular esses efeitos tanto a partir da diminuição dos sintomas depressivos, como aumentando a sensação de eficácia parental. Entretanto, se o apoio social for percebido como inadequado, o resultado pode ser inverso, ou seja, efeitos negativos sobre a saúde psicológica da mãe podem correr o risco de aumentar os sintomas depressivos e o nível de ansiedade.

O apoio social, portanto, mostra-se de extrema importância para a promoção da saúde no contexto da DPP. Desta forma, o objetivo desse trabalho foi mensurar a DPP e o SS em mães de bebês atendidas em uma estratégia de Saúde da Família localizada em Maceió, bem como verificar a correlação destas duas variáveis, tendo em vista que a maioria dos estudos realizados no Brasil localizam-se no Sul e Sudeste do País. Acredita-se que estes dados revelam a necessidade de realizar pesquisas sobre a temática em questão no nordeste do Brasil, especificamente de Maceió, capital de Alagoas.

MÉTODO

Este estudo teve um delineamento transversal. Os dados foram coletados em uma Unidade Docente Assistencial (UDA) de um centro universitário localizado na capital do estado de Alagoas. A unidade abrange o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) de Maceió e atua como Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em consulta aos prontuários dos pacientes atendidos na ESF constatou-se que eram atendidas sistematicamente 32 famílias com crianças na faixa etária de 0 a 3 anos. A partir deste dado foi realizado o cálculo amostral para populações finitas, considerando a população de 32 mães e seus bebês, com um erro amostral de 5%, nível de confiança de 95% e 20% de ocorrência do fenômeno de depressão, chegou-se a uma amostra mínima de 29 mães. Desta forma, participaram do estudo 29 mães que estavam com seus bebês em consulta pediátrica de rotina na UDA de fevereiro a junho de 2018, as quais tinham em média 26 anos (DP: 5,93) e seus bebês tinham em média 15 meses (DP: 10,7%), sendo a maioria do sexo masculino (55,2%; N=16).

A coleta de dados foi realizada mediante aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética sob o CAAE: 77089317.5.0000.0039.

Os critérios de inclusão foram: mães adultas com bebês que tinham idade de zero a três anos e estivessem em consulta pediátrica na UDA. Foram excluídas do estudo mães com características psicóticas e bebês que apresentavam dor ou choro constante.

O recrutamento ocorreu após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CESMAC, momento em que se deu início a coleta de dados. As mães que aceitaram participar do estudo foram convidadas a acompanhar as pesquisadoras a um consultório nas dependências da ESF, destinado à realização da pesquisa. Neste momento, receberam informações sobre o estudo e seus objetivos e esclarecimento sobre os instrumentos de coletas de dados que compõem a pesquisa (Questionário com dados sócio-demográficos e BDI e EPSUS). As mães que aceitaram participar da pesquisa e se enquadraram nos critérios de inclusão, leram e assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com todo seu detalhamento, para a partir de então iniciar a coleta dos dados. Aos participantes do estudo foram garantidos o sigilo e o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento que julgassem necessário.

Após a assinatura do TCLE as mães preencheram os seguintes instrumentos: 1) Questionário com dados sócio-demográficos; 2) Inventário Beck de Depressão (DBI); e 3) Escala de Percepção do Suporte Social (EPSUS). O preenchimento ocorreu em consultório especificamente destinado a este fim, de forma a garantir a privacidade e maior fidelidade e veracidade das informações.

A análise dos dados foi realizada através do Programa SPSS para a realização de análise estatística descritiva e apresentada em números absolutos e percentuais, considerando-se os critérios de interpretação dos resultados do BDI e do EPSUS. Foi realizado também correlação das variáveis com o teste de *Pearson*.

Após o levantamento dos dados, as mães que apresentaram indicadores de depressão foram contatadas e convidadas para a realização de uma entrevista que teve como objetivo a devolução dos resultados e o encaminhamento para atendimento psicológico na Clínica de Psicologia da Instituição.

Inicialmente a coleta de informações foi feita por meio do questionário sociodemográfico que continham dados gerais da mãe e do bebê como endereço, telefone, idade, profissão, estado civil, nome da mãe, do pai e do bebê, se tem outros filhos (idade e sexo da criança) entre outros; bem como dados adicionais como tempo de trabalho e moradores da casa, configuração familiar e história de doença psiquiátrica na família.

RESULTADOS

Segundo os dados coletados e analisados no pacote estatístico SPSS, encontrou-se que as participantes pertenciam, em sua maioria, à classe social C2 (N=12; 41,4%), seguida da classe social C1 (N=10; 34,5%). Outro dado importante referente à caracterização da amostra é que as mães, em sua maioria, não trabalhavam (65%; N=19); moravam com o pai do bebê (72,4%; N=21) em união estável (55,2%; N=16) e consideravam a relação pouco conflituosa (44,8%; N=13). Além disso, eram, em sua maioria, primíparas (44,8%; N=13) e tiveram bebês a termo (N=22; 75,9%), com parto normal (58,6%; N=17).

De acordo com as informações dadas através do questionário, nenhuma das 29 participantes havia recebido diagnóstico de depressão nos serviços de saúde, entretanto, de

acordo com a avaliação de depressão com BDI-II, encontramos que 69% (N=20) apresentavam sintomas relacionados. Destas, 20,7% (N=6) no nível leve; 27,6% (N=8) moderado e 20,7% (N=6) grave, o que pode ser verificado no gráfico 2. Além disso, as mães que apresentavam, segundo os escores, sinais e sintomas de depressão eram, em sua maioria, pertencentes a classe social C1 e C2.

Já na avaliação do SS com o EPSUS, foi identificado que 51,7% das mães (15) apresentaram baixo suporte social; 3,4% (1) médio baixo suporte social; 31,0% (9) médio alto suporte social; e, por fim, 13,8% (4) alto suporte social. Ao estratificarmos o SS pelas subcategorias encontrou-se na dimensão afetivo que 51,7% das mães (15) apresentaram baixo suporte social; 3,4% (1) médio baixo suporte social; 20,7% (6) médio alto suporte social; e, por fim, 24,1% (7) alto suporte social. Na dimensão interação social 44,8% das mães (13) apresentaram baixo suporte social; 6,9% (2) médio baixo suporte social, 20,7% (6) médio alto suporte social; e, por fim, 27,6% (8) alto suporte social. Já na dimensão instrumental 34,5% das mães (10) apresentaram baixo suporte social; 34,5% (10) médio baixo suporte social; 20,7% (6) médio alto suporte social; e, por fim, 10,3% (3) alto suporte social. E, por fim, na dimensão enfrentamento de problemas 58,6% das mães (17) apresentaram baixo suporte social; 17,2% (5) médio baixo suporte social; 10,3% (3) médio alto suporte social; e, por fim 13,8% (4) alto suporte social.

Ao realizar a análise estatística com o teste de correlação de *Pearson* encontrou-se uma correlação negativa ($r = -0,42$) com nível de significância de $p < 0,022$. Desta forma, podemos dizer que quanto maior a intensidade da DPP menor o suporte social e vice-versa.

DISCUSSÃO

Os resultados apontam para uma elevada prevalência de indicadores de depressão na amostra em questão. Torna-se relevante destacar que este transtorno impacta de forma adversa a saúde materna e o desenvolvimento infantil, e nenhum dos estudos revisados apontou prevalência tão elevada quanto as encontradas nesta amostra. Ademais, a escassez do diagnóstico nos serviços de saúde, baixo suporte social e a correlação negativa entre SS e DPP chama a atenção para as falhas nas redes de saúde e a importância do desenvolvimento de estratégias para que a saúde mental seja levada em consideração e dada sua importância.

Devido à falta de atenção na saúde pública nos aspectos ligados à saúde mental, torna-se necessário que profissionais e equipes de saúde melhorem o acesso aos serviços de saúde mental, incluindo medidas de avaliação dos transtornos mentais comuns; e realizem intervenções que promovam o SS na atenção primária, trazendo benefícios para as pessoas que necessitam do serviço.

Um dos problemas frequentes que pode ser encontrado na rede pública é a carência de assistência, lacunas no atendimento contínuo e, principalmente, na acessibilidade a esses serviços. Segundo Hirdes e Scarparo (2015), a integração de saúde mental na Atenção Primária a Saúde (APS) vêm sendo discutida devido a sua importância tanto na diminuição do sofrimento de usuários e familiares como em questões de ordem socioeconômica.

Não obstante, o estado de Alagoas apresenta o menor Índice de Desenvolvimento Humano (0,631) e a penúltima renda *per capita* do Brasil. Maceió segue o mesmo padrão de Alagoas, pois o município apresenta baixa renda; 39% possui rendimento nominal mensal de até meio salário mínimo e renda média *per capita* de 2,7 salários mínimos. Além disso, somente 47% dos domicílios possuem esgotamento sanitário adequado. Soma-se ao exposto que de acordo com o último mapa de pobreza e desigualdade, disponibilizado pelo IBGE (2019), Maceió apresenta 58% de incidência de pobreza. Supomos que a elevada prevalência de DPP possa estar relacionada a este quadro de pobreza.

A correlação negativa em: quanto maior a intensidade da DPP menor o suporte social e vice-versa, também foi encontrada num estudo prospectivo de coorte realizado em Oslo, na Noruega, com 643 mulheres multiétnicas. Os autores apontaram que a falta de SS e a baixa posição econômica estava aumentando o risco da DPP, como também prejudicando de forma cognitiva e emocional a lactante (Shakeel, Sletner, Falk, Slinning, Martinsen, Jenum & Eberhard-Gran, 2018). O mesmo foi constatado em outro estudo de corte com 730 mulheres realizado na Turquia. Os resultados revelaram que o apoio dos membros da família era um importante amortecedor contra a DPP, apontaram que a estrutura familiar pode ter um impacto deletério sobre essas relações quando não há o suporte por parte destes membros (Senturk et al, 2017).

Assim, os resultados obtidos sobre DPP e SS corroboram com a literatura nacional e internacional ao apontar para a correlação negativa entre DPP e SS. Além disso, iluminam a relevância do SS no período gestacional e no pós-parto. Desta forma, pode-se dizer que o SS adequado fornece desde a gestação até o pós-parto um maior sentimento de proteção e

esperança, fortalecendo desta forma a saúde mental e o enfrentamento de situações conflituosas (Razurel et al. 2015; Senturk et al, 2017; Baptista, Baptista & Torres, 2006).

Na pesquisa realizada ficou evidente a falta desse suporte, visto que o resultado revelou o baixo suporte da rede de apoio destas mulheres, como companheiros, familiares e/ou amigos, aumentando assim a probabilidade do surgimento da DPP.

Além disso, os dados referentes à classe social da maioria das participantes pertencerem à classe C2, grande parte sem trabalhar e morando com o pai do bebê são dados semelhantes aos encontrados por Bernard et al (2019), nos estudos com 3.517 jamaicanas grávidas. Os resultados revelaram que uma em cada cinco participantes tinha alta probabilidade de desenvolver DPP caso não obtivesse SS do parceiro, associado à presença de dificuldades financeiras. Este dado citado acima reforça a compreensão de quanto maior for o suporte oferecido às mulheres na gestação e no pós-parto através de suas redes de apoio, menor a chance do surgimento da DPP ou do agravamento do quadro.

Por fim, destaca-se a limitação deste estudo referente ao pequeno tamanho da amostra, entretanto, abrangendo todas as mães e seus bebês atendidos na ESF em questão, pois o cálculo amostral é representativo.

REFERÊNCIAS

- Abou-Saleh M. (1997). The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand*, 95(5):428-32. Doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb09657.x.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 /5. ed. Artmed, Porto Alegre, 2014.
- Arrais, A. & Araújo, T. (2017). Depressão Pós-Parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Revista Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(3): 828-845.
- Azale, T., Fekadu, A. & Hanlon, C. (2016). Treatment gap and help-seeking for postpartum depression in a rural African setting. *BMC Psychiatry*, 16(3): 222-230. Doi:10.1186/s12888-016-0892-8.
- Baptista, M., Baptista, N. & Torres, A. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC*, 7(1): 39-48.
- Beck, A, Steer, R. & Brown, G. (2011). Manual do Inventário de depressão de Beck – BDI-II. Casa do Psicólogo: SP.
- Bernard, O., Gibson, R. C., McCaw-Binns, A., Reece, J., Coore-Desai, C., Shakespeare-Pellington, S., & Samms-Vaughan, M. (2018). Antenatal depressive symptoms in Jamaica associated with limited perceived partner and other social support: A cross-sectional study. *PloS one*, 13(3), e0194338. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194338>
- Boratav, H., Toker, O & Kuey, L. Postpartum depression and its psychosocial correlates: A longitudinal study among a group of women in Turkey, *Women & Health*, 56(5): 456-458. Doi: 10.1080 / 03630242.2015.1101737.
- Cardoso, H. & Baptista, A. (2014). Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta) – EPSUS-A: estudo das qualidades psicométricas. *Psico-USF, Bragança Paulista*, 19(3): 499-510.
- Fonseca, A., Gorayeb, R. & Canavarro, M. (2015). Women's help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Socio-demographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help. *Midwifery*, 31(12), 1177-85. Doi:10.1016/j.midw.2015.09.002.

Hirdes, A. & Scarparo, H. (2015). O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(2), 383-393. DOI: 10.1590/1413-81232015202.12642013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019). *Senso do IBGE*. Brasília, 2019.

Lima, N. C., Ravelli, A.P.X., Messias, L.S.F & Skupien, S.V. (2016). Depressão Pós-Parto Baseada na Escala de Edimburgo. *Revista Conexão UEPG*, 12(2), 268-277.

Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Razurel, C., Kaiser, B., Antonietti, J.-P., Epiney, M. & Sellenet, C. (2017) Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support, *Women & Health*, 57:2, 154-172, DOI: 10.1080/03630242.2016.1157125

Senturk, V., Abas, M., Dewey, M., Berksun, O., & Stewart, R. (2017). Antenatal depressive symptoms as a predictor of deterioration in perceived social support across the perinatal period: a four-wave cohort study in Turkey. *Psychological medicine*, 47(4), 766–775. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002865>

Shakeel, N., Sletner, L., Falk, R. S., Slinning, K., Martinsen, E. W., Jenum, A. K., & Eberhard-Gran, M. (2018). Prevalence of postpartum depressive symptoms in a multiethnic population and the role of ethnicity and integration. *Journal of affective disorders*, 241, 49–58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.056>

Vaezi, A., Soojoodi, F., Banihashemi, A. T., & Nojomi, M. (2019). The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 32(2), e238–e242. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.014>

Valla, V (1999). Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública* 15(2), 7 – 14.

World Health Organization (2004). The global burden of disease. update. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf (acessado em 17/ Jun/2019).