



## Características clínicas e fatores de risco da depressão pós-parto: uma revisão de literatura

Clinical features and risk factors of postpartum depression: a literature review

Características clínicas y factores de riesgo de la depresión posparto: una revisión de la literatura

Felipe de Souza Santos<sup>1\*</sup>, Eithor Henrique Siqueira<sup>2</sup>, João Victor Romão Neto Mury de Aquino, Ivana Picone Borges de Aragão<sup>2</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar as características clínicas e fatores de risco para Depressão Pós-parto (DPP). **Revisão bibliográfica:** A DPP é um transtorno depressivo que ocorre durante a gestação ou nas primeiras quatro semanas após o parto. Sua origem é multifatorial e seus sintomas são tristeza, anedonia, crises de choro e maior irritabilidade, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, diminuição da capacidade de concentração e pensamentos recorrentes de morte. Entre os fatores de risco estão características individuais, socioeconômicas e comportamentais das mulheres, como ser jovem, múltipara, ter história de depressão prévia e/ou história familiar de depressão. **Considerações finais:** A DPP ocorre durante a gestação ou nas primeiras semanas pós-parto e seus fatores de risco incluem fatores genéticos, história prévia de depressão e exposição à violência tendo consequências físicas e psicossociais para a mulher e seu bebê. Nesse contexto, é essencial um pré-natal adequado, de modo a amenizar os fatores de risco ambientais e identificar os fatores intrínsecos a fim de diagnosticar precocemente e tratar o transtorno de forma adequada com tratamento farmacológico e terapia.

**Palavras-chave:** Depressão pós-parto, Gravidez, Gestantes.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the clinical characteristics and risk factors for Postpartum Depression (PPD). **Bibliographic review:** PPD is a depressive disorder that occurs during pregnancy or in the first four weeks after delivery. Its origin is multifactorial, and its symptoms are sadness, anhedonia, crying spells and increased irritability, agitation or psychomotor retardation, fatigue, feelings of worthlessness or excessive guilt, decreased ability to concentrate and recurrent thoughts of death. Among the risk factors are individual, socioeconomic and behavioral characteristics of women, such as being young, multiparous, having a history of previous depression and/or a family history of depression. **Final considerations:** PPD occurs during pregnancy or in the first weeks postpartum and its risk factors include genetic factors, previous history of depression and exposure to violence, having physical and psychosocial consequences for the woman and her baby. In this

<sup>1</sup> Universidade de Vassouras (UV), Vassouras – RJ. \*E-mail: [Felipe.souza.santossf@hotmail.com](mailto:Felipe.souza.santossf@hotmail.com)

context, adequate prenatal care is essential, in order to mitigate environmental risk factors and identify intrinsic factors in order to diagnose early and adequately treat the disorder with pharmacological treatment and therapy.

**Key words:** Postpartum depression, Pregnancy, Pregnancy woman.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las características clínicas y los factores de riesgo de la Depresión Posparto (DPP). **Revisión de la literatura:** la depresión posparto es un trastorno depresivo que ocurre durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas después del parto. Su origen es multifactorial y sus síntomas son tristeza, anhedonia, crisis de llanto y aumento de la irritabilidad, agitación o retraso psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, disminución de la capacidad de concentración y pensamientos recurrentes de muerte. Entre los factores de riesgo se encuentran las características individuales, socioeconómicas y conductuales de las mujeres, como ser joven, múltipara, tener antecedentes de depresión previa y/o antecedentes familiares de depresión. **Consideraciones finales:** la DPP ocurre durante el embarazo o en las primeras semanas posparto y sus factores de riesgo incluyen factores genéticos, antecedentes de depresión y exposición a la violencia, teniendo consecuencias físicas y psicosociales para la mujer y su bebé. En este contexto, el control prenatal adecuado es fundamental para mitigar los factores de riesgo ambientales e identificar los factores intrínsecos para diagnosticar precozmente y tratar adecuadamente el trastorno con tratamiento y terapia farmacológica.

**Palabras clave:** Depresión posparto, Embarazo, Mujeres embarazadas.

---

## INTRODUÇÃO

A Depressão Pós-parto (DPP) é um transtorno psiquiátrico grave que é pouco estudado, tanto clínica, quanto experimentalmente, e subdiagnosticado. Se caracteriza por humor deprimido, ansiedade, culpa e outros sintomas. Nos casos mais graves, considerados Psicose Pós-parto (PP), consistindo em agitação, confusão, alucinações, delírios, além de depressão grave (PAYNE JL e MAGUIRE J, 2019; WILKINSON A, et al., 2017).

A DPP é a complicação mais comum do parto, impactando, negativamente, na mãe, sendo o suicídio responsável por, aproximadamente, 20% das mortes no pós-parto (PAYNE JL e MAGUIRE J, 2019). Estima-se que a PPD prevaleça em 6,5 a 12,9% das puérperas e a PP, em, aproximadamente, 0,002–3% das puérperas nos Estados Unidos da América (EUA), embora a prevalência real seja, provavelmente, maior devido à subnotificação e/ou ao subdiagnóstico, associado à diminuição do vínculo infantil, desenvolvimento infantil prejudicado, discórdia conjugal, suicídio e infanticídio. A DPP e a PP são considerados problemas graves de saúde pública e cuidado materno infantil (WILKINSON A, et al., 2017; MELTZER-BRODY S e KANES SJ, 2020).

A probabilidade de episódios depressivos pode ser duas vezes maior na gravidez, em comparação aos outros períodos da vida de uma mulher e, muitas vezes, passam despercebidos e não tratados, causando conflitos, tanto com os parceiros, como no crescimento emocional e cognitivo de bebês. Entre os sintomas mais comuns da depressão pós-parto estão o desespero, tristeza, náusea, alterações nos hábitos de sono e alimentação, diminuição da libido, crises de choro, ansiedade, irritabilidade, sentimentos de isolamento, responsabilidade mental, pensamentos de ferir a si mesmo e/ou ao recém-nascido até pensamentos de suicídio, os quais começam no período gestacional ou até quatro semanas após o parto (WANG Z, et al., 2021; BAZZARIAN S, et al., 2021).

Devido à prevalência e às consequências negativas, tanto para a mãe, quanto para o filho, esse estudo objetivou analisar as características clínicas e fatores de risco da DPP, a fim de proporcionar, o diagnóstico e tratamento adequado, precocemente.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### Definição e Epidemiologia

De acordo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é a terceira doença mais comum do mundo, podendo ser a primeira em 2030. O sexo feminino apresenta risco duas vezes maior para o desenvolvimento da depressão que o masculino, sendo esta diferença acentuada na fase da vida em que são responsáveis pelo cuidado de seus filhos. O período gravídico-puerperal é considerado de alto risco para o desenvolvimento de depressão e ansiedade em decorrência das transformações hormonais, físicas e emocionais vivenciadas pela mulher (HARTMANN JM, et al., 2017).

A DPP é uma forma perinatal de Transtorno Depressivo Maior (TDM) com início no periparto (GUINTIVANO J, et al., 2018; WILKINSON A, et al., 2017). A manifestação se inicia durante a gravidez em cerca de um terço das pacientes com depressão pós-parto (WILKINSON A, et al., 2017). A depressão perinatal, por outro lado, dura mais de 14 dias e prejudica a qualidade de vida da mulher (VAN MSN, et al., 2020).

Globalmente, a prevalência da DPP é de até, aproximadamente, 20% das mulheres durante a gravidez ou após o parto, podendo atingir 26%, em mães adolescentes e solteiras e, principalmente, naqueles com baixo *status* social, baixo nível de educação ou que são pobres ou desnutridos (FRIEDER A, et al., 2019). Essa situação reflete que uma em cada quatro mães tem pós-parto depressão, embora possa não ser grave (CERIANI JMC, 2020; AGHAJAFARI F, et al., 2018).

Sabe-se que a depressão grave pode levar à ideia suicida cujas taxas no pós-parto variam de 2 a 22%, com taxas no Brasil de até 20,8%. A ansiedade é um dos fatores mais associados à depressão perinatal. As taxas de ansiedade no Brasil variam de 19,8% e 42,9% na gravidez e cerca de 20% no puerpério (GALLETTA MAK, et al., 2022).

De acordo com um estudo brasileiro cerca de 30 a 40% das mulheres grávidas atendidas em unidades básicas de saúde (UBS), com reduzido poder socioeconômico apresentaram elevados índices de sintomatologia depressiva. Estudos demonstram que mulheres com antecedentes de depressão apresentam risco 50% maior de desenvolver a doença no período puerperal (HARTMANN JM, et al., 2017).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-V), indica que ocorre um transtorno psiquiátrico depressivo maior quando os sintomas são observados já durante gravidez, enquanto as mulheres com menor risco geralmente desenvolvem sintomas nas primeiras semanas após a entrega (CERIANI JMC, 2020; GUINTIVANO J, et al., 2018).

### Fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós parto

No puerpério ocorrem mudanças abruptas nos níveis de hormônios tireoidianos e gonadais, nos níveis de ocitocina e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. Além das alterações biológicas, a maternidade é marcada por importantes mudanças psicológicas, sociais, sexuais e financeiras. A combinação desses fatores caracteriza o puerpério, como um período de grande vulnerabilidade para o surgimento de transtornos psiquiátricos, como o *baby blues* e psicoses puerperais, além de transtornos de ansiedade (ARAÚJO IS, et al., 2019).

Características individuais, socioeconômicas e comportamentais das mulheres, como ser jovem, múltipara, ter história de depressão prévia e/ou história familiar de depressão têm sido associadas a maior prevalência de sintomas de DPP. Além disso, pertencer à faixa de renda mais baixa, fazer uso de bebida alcoólica, ter uma gravidez não planejada, experiência negativa de parto e histórico de violência por parceiro íntimo são fatores associados à maior ocorrência de DPP (SANTOS DF, et al., 2021).

Também estão incluídos como fatores de risco para a DPP, fatores genéticos, epigenéticos, a presença de moléculas neuroativas, como hormônios e neurotransmissores (alopregnanolona, beta endorfina, hormônio liberador de corticotropina, cortisol, ocitocina, hormônios tireoidianos) (GUINTIVANO J, et al., 2018; ARAÚJO IS, et al., 2019).

Um dos maiores preditores, na atualidade, para o desenvolvimento de DPP, é a avaliação de transtornos psiquiátricos antes e durante a gravidez, como evidenciado na literatura, através medidas retrospectivas e prospectivas, demonstrando a importância do rastreamento de pacientes quanto ao histórico psiquiátrico, para a estimativa do risco de DPP. Histórias pregressas de transtorno de depressão maior, ansiedade, outros transtornos de humor, transtornos de personalidade ou quaisquer transtornos psiquiátricos estão relacionadas ao aumento do risco de DPP. Além disso, há estudos mostrando que o TDM pré-natal, ansiedade ou outro transtorno psiquiátrico também aumentam, significativamente, o risco de DPP, assim como a história familiar autorrelatada de transtorno depressivo maior, história familiar de transtorno bipolar e qualquer doença psiquiátrica (GUINTIVANO J, et al., 2018).

Certos traços de personalidade aumentam a vulnerabilidade à depressão, e vários deles têm sido propostos como fatores de risco para DPP, incluindo dependência, obsessão, perfeccionismo e sensibilidade interpessoal (PUYANÉ M, et al., 2022).

A vivência da violência é um fenômeno que pode ocorrer em todas as fases da vida da mulher, inclusive na gestação e no puerpério, sendo um grave problema de saúde pública. Um estudo realizado em Recife no Brasil, demonstrou valores 113% maiores de probabilidade de DPP em mulheres que sofreram violência psicológica durante a gravidez e, 183% para DPP em mulheres que sofreram violência psicológica e física ou sexual durante a gravidez (SANTOS DF, et al., 2021).

A cessação precoce do aleitamento materno exclusivo é um fator preocupante no contexto da DPP, pois a depressão causa a interrupção precoce e a interrupção precoce causa depressão. A DPP e a interrupção da amamentação podem estar relacionadas com o sistema neuroendócrino. A ocitocina plasmática, que é liberada durante o trabalho de parto e através da sucção do recém-nascido, apresenta propriedades ansiolíticas, regula o estresse e seus baixos níveis estão associados a sintomas depressivos. Com isso, alguns estudos consideram que a amamentação tem efeito protetor para a DPP (SANTANA KR, et al., 2020).

### **Diagnóstico**

O diagnóstico de depressão maior requer a presença de cinco ou mais dos seguintes sintomas: humor deprimido, diminuição do interesse ou prazer nas atividades, mudança no peso corpora em mais de 5% em um mês, insônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, diminuição da capacidade de concentração ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida. Os critérios para o especificador periparto listados no DSM-V estipulam que o início dos sintomas pode ocorrer durante a gravidez ou nas primeiras quatro semanas depois do parto (PAYNE JL e MAGUIRE J, 2019).

### **Violência obstétrica e depressão pós-parto**

Os partos nas instalações e a assistência qualificada ao parto são os principais impulsionadores da redução da morbidade e mortalidade materna em todo o mundo. Apesar do progresso substancial na cobertura desses indicadores-chave de parto, o acesso inadequado a cuidados obstétricos abrangentes continua sendo um desafio importante para muitas mulheres, particularmente no contexto de países de baixa e média renda. Cuidados de maternidade respeitosos, incluindo a prevenção e eliminação do desrespeito e abuso de mulheres durante o parto em instituições de saúde são um componente crítico para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para melhorar a saúde materna e neonatal globalmente (SILVEIRA MF, et al., 2019).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a violência institucional foi definida como a omissão ou qualquer tipo de omissão nos serviços de saúde. Isso vai desde o amplo nível de falta de acesso a esses serviços até sua má qualidade (SOUZA KJ, et al., 2017). O desrespeito e o abuso das mulheres durante o processo de parto constituem uma violação dos direitos humanos, particularmente em um período em que as mulheres estão mais vulneráveis (SILVEIRA MF, et al., 2019).

As experiências de desrespeito e abuso das mulheres geralmente resultam da natureza das interações paciente-profissional no contexto da assistência obstétrica e podem ser expressas como abuso verbal, físico ou sexual, estigma e discriminação, negligência e falha em atender aos padrões de cuidado e atenção – como

quebra de privacidade e confidencialidade, limitação de acesso a informações e procedimentos médicos realizados sem consentimento (SILVEIRA MF, et al., 2019; DO TKL, et al., 2019).

A ocorrência de DPP é comum em mulheres em todo o mundo, com maior prevalência países de baixa e média renda, e tem sido associada a dificuldades interpessoais, problemas parentais e piores resultados comportamentais, de apego e cognitivos da criança. Embora as causas da depressão perinatal sejam conhecidas por serem multifatoriais, experiências negativas do nascimento, como o sentimento de abandono durante o parto, têm sido associadas à ocorrência de transtornos psiquiátricos, incluindo depressão e transtorno de estresse pós-traumático no período pós-natal (SILVEIRA MF, et al., 2019; SOUZA KJ, et al., 2017).

Um estudo demonstrou que as mulheres que relataram pelo menos um tipo de desrespeito e abuso foram 1,6 vezes mais propensas a apresentar DPP. Aquelas que sofreram abuso físico foram 2,3 vezes mais propensas do que aquelas que não sofreram. Nas análises estratificadas, o abuso físico durante o parto foi associado a uma maior chance de ocorrência de DPP entre mulheres que apresentaram sintomas depressivos pré-natais (SILVEIRA MF, et al., 2019).

Dessa forma, há uma forte correlação entre variáveis relacionadas à assistência ao parto e transtornos psiquiátricos, como sensação de perda de controle por parte da mulher, falta de informação dada pela equipe de saúde profissional assistencial, experiência de dor física, percepção de não ter sido atendido adequadamente pela equipe de saúde e submissão a procedimentos sem consentimento informado. O alívio inadequado da dor, sensação de perda de controle da mulher, experiência humilhante, falta de informação e apoio da equipe de saúde e medo da própria morte ou da morte do bebê foram fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto (SOUZA KJ, et al., 2017).

### **Complicações**

Problemas associados à depressão impactam negativamente a saúde da mãe e do recém-nascido. As puérperas com DPP apresentam níveis, significativamente, mais elevados de ansiedade, estresse e fadiga, diminuição da autoestima, qualidade de vida e relações sociais. Mulheres com DPP grave relataram maior prevalência de ideação suicida, através do pensamento, idealização, planejamento e desejo de tirar a própria vida. Também, foi constatado que houve prejuízo ao vínculo mãe-bebê, ao desempenho materno e à prática do aleitamento materno (SANTOS DF, et al., 2021; OZTORA S, et al., 2019).

Um estudo demonstrou que mulheres com altos níveis de depressão evidenciaram níveis, significativamente, níveis mais altos de raiva e níveis mais baixos de afeto positivo do que mães com baixos níveis de depressão. Além disso, outros estudos mostraram que a DPP estava associada à maior estresse percebido, eventos de vida mais negativos (indicando maior angústia e descontinuidade) e mais problemas financeiros (SLOMIAN J, et al., 2019; GILA-DÍAZ A, et al., 2020).

A DPP também foi associada a mais dificuldades de relacionamento e, portanto, a menor função social. Mães deprimidas também apresentaram suporte social (percebidos) mais baixos do que mães não deprimidas (SLOMIAN J, et al., 2019; GILA-DÍAZ A, et al., 2020). Para a mãe, pode levar à tristeza intensa, ansiedade acentuada e desinteresse pela vida e pelo filho, muitas vezes resultando em vínculo materno pobre ou ausente com o bebê (VAN MSN, et al., 2020).

Filhos de mulheres com DPP podem desenvolver déficit cognitivo, neuropsicológica, habilidades sociais e emocionais ao longo da infância até a adolescência. Tanto a cronicidade quanto a gravidade da DPP predizem o desempenho cognitivo posterior em crianças (FRIEDER A, et al., 2019).

### **Tratamento**

O tratamento é realizado através de drogas como os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS), Inibidores da Recaptação de Serotonina Norepinefrina (SNRIs) e Antidepressivos Tricíclicos (AT). Entre os ISRS, a sertralina foi o de maior evidência no tratamento da DPP. Um estudo de metanálise de três pesquisas comparando o tratamento com ISRS versus placebo, para tratamento de DPP, e descobriu que os pacientes randomizados para tratamento com ISRS eram mais propensos a apresentar resposta ou remissão

de DPP no seguimento. Até o momento, a nortriptilina é o único AT que foi pesquisado em um estudo controlado para DPP. Além do tratamento farmacológico, pode-se citar o tratamento psicoterápico com Terapia Cognitivo-Comportamental (FRIEDER A, et al., 2019; YAN H, et al., 2020).

### Outros transtornos de humor puerperais

Os transtornos de humor puerperais, além da depressão pós-parto, temos duas outras categorias: *baby blues* (*maternity blues*, melancolia da maternidade ou disforia puerperal) e psicoses puerperais (ARAÚJO IS, et al., 2019; ROLLE L, et al., 2020).

O *baby blues* é caracterizado por depressão mais leve, atingindo cerca de 60% das novas mães entre o e dia pós-parto, e, geralmente, tem remissão espontânea. O quadro clínico inclui choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade e comportamento hostil com familiares e companheiros. Mulheres com disforia puerperal não necessitam de intervenção farmacológica; a abordagem é projetada para fornecer suporte emocional adequado, compreensão e ajuda nos cuidados com o bebê (ARAÚJO IS, et al., 2019; FRIEDER A, et al., 2019; VIEIRA ES, et al., 2018).

A psicose puerperal é o transtorno mental mais grave que pode ocorrer no puerpério e é uma situação de risco para a ocorrência de suicídio ou infanticídio. Tem uma prevalência que varia de 0,2 a 1%, e seu início geralmente é rápido. Os sintomas psicóticos e afetivos se instalam nos primeiros dias e incluem euforia, humor irritável, logorrea, agitação e insônia, evoluindo com delírios, ideias persecutórias, alucinações e comportamento desorganizado. O infanticídio geralmente ocorre quando as ideias delirantes envolvem o bebê. Como o quadro de psicose puerperal é grave, geralmente é necessária internação (ARAÚJO IS, et al., 2019; FRIEDER A, et al., 2019; ROLLE L, et al., 2020).

Os transtornos de ansiedade também podem ser exacerbados ou precipitados no puerpério, especialmente transtornos de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo (ARAÚJO IS, et al., 2019; SILVEIRA MF, et al., 2019).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DPP ocorre durante a gestação ou nas primeiras semanas pós-parto e seus fatores de risco incluem fatores genéticos, história prévia de depressão e exposição à violência tendo consequências físicas e psicossociais para a mulher como ideação suicida e com seu bebê como redução do vínculo além de problemas de cognição na criança. Nesse contexto, é essencial um pré-natal adequado, de modo a amenizar os fatores de risco ambientais e identificar os fatores intrínsecos a fim de diagnosticar precocemente e tratar o transtorno de forma adequada com tratamento farmacológico e terapia.

### REFERÊNCIAS

1. AGHAJAFARI F, et al. Vitamin D Deficiency and Antenatal and Postpartum Depression: A Systematic Review. *Nutrients*, 2018; 10(4): 478.
2. ARAÚJO IS, et al. Postpartum Depression: Epidemiological Clinical Profile of Patients Attended In a Reference Public Maternity in Salvador-BA. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2019; 41(3): 155-163.
3. BAZZARIAN S, et al. The relationship between depression, stress, anxiety, and postpartum weight retention: A systematic review. *J Educ Health Promot*, 2021; 10: 230.
4. CERIANI JMC. Postpartum depression: Risks and early detection. *Arch Argent Pediatr*, 2020; 118(3): 154-155.
5. DO TKL, et al. Postpartum Depression and Risk Factors among Vietnamese Women. *Biomed Res Int*, 2018; 2018: 4028913.
6. FRIEDER A, et al. Pharmacotherapy of Postpartum Depression: Current Approaches and Novel Drug Development *CNS Drugs*, 2019; 33(3): 265-282.
7. GALLETTA MAK, et al. Postpartum depressive symptoms of Brazilian women during the COVID-19 pandemic measured by the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Affect Disord*, 2022; 296: 577-586.
8. GILA-DÍAZ A, et al. Association between Maternal Postpartum Depression, Stress, Optimism, and Breastfeeding Pattern in the First Six Months. *Int J Environ Res Public Health*, 2020; 17(19): 7153.
9. GUINTIVANO J, et al. Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clin Obstet Gynecol*, 2018; 61(3): 591-603.

10. HARTMANN JM, et al. Postpartum depression: prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*, 2017; 33(9): e00094016.
11. MELTZER-BRODY S, KANES SJ. Allopregnanolone in postpartum depression: Role in pathophysiology and treatment. *Neurobiol Stress*, 2020; 12: 100212.
12. OZTORA S, et al. Postpartum depression and affecting factors in primary care. *Niger J Clin Pract*, 2019; 22(1): 85-91.
13. PAYNE JL, MAGUIRE J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol*, 2019; 52: 165-180.
14. PUYANÉ M, et al. Personality traits as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 2022; 298(Pt A): 577-589.
15. ROLLE L, et al. Prenatal Attachment and Perinatal Depression: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(8): 2644.
16. SANTANA KR, et al. Influência do aleitamento materno na depressão pós-parto: revisão sistematizada. *Revista de Atenção à Saúde*, 2020; 18(64): 110-123.
17. SANTOS DF, et al. Prevalence of postpartum depression symptoms and their association with violence: a cross-sectional study, Cariacica, Espírito Santo, Brazil, 2017. *Epidemiol Serv Saúde*, 2021; 30(4): e20201064.
18. SLOMIAN J, et al. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond)*. 2019; 15: 1745506519844044.
19. SILVEIRA MF, et al. The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *J Affect Disord*, 2019; 256: 441-447.
20. SOUZA KJ, et al. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev Saude Publica*, 2017; 51: 69.
21. VAN MSN, et al. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med*. 2020; 87(5): 273-277.
22. VIEIRA ES, et al. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Rev Lat Am Enfermagem*, 2018; 26: e3035.
23. YAN H, et al. Mental Health of Pregnant and Postpartum Women During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol*, 2020; 11:617001.
24. WANG Z, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry*, 2021; 11(1): 543.
25. WILKINSON A, et al. Screening for and Treating Postpartum Depression and Psychosis: A Cost-Effectiveness Analysis. *Matern Child Health J*, 2017; 21(4): 903-914.