

 <p>ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DA VIDA</p>	<p>PSICO</p> <p>Psico, Porto Alegre, v. 53, n. 1, p. 1-13, jan.-dez. 2022 e-ISSN: 1980-8623 ISSN-L: 0103-5371</p>
<p> http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2022.1.38506</p>	

SEÇÃO: ARTIGO

Depressão pós-parto em mães de bebês sem e com fissuras labiais, palatinas e labiopalatinas

Postpartum depression in mothers of babies without and with cleft lip and/or palate
Depresión postparto en las madres de bebés sin y con labio y/o paladar hendido

Mário Augusto

Tombolato¹

orcid.org/0000-0002-2486-267

marioaugt@hotmail.com

Bárbara Camila de

Campos²

orcid.org/0000-0003-4856-1491

badecampos@gmail.com

Taís Chiodelli³

orcid.org/0000-0002-8586-1111

tais.chiodelli@hotmail.com

Olga Maria Piazzentin

Rolim Rodrigues⁴

orcid.org/0000-0002-5332-256X

olgarolim29@gmail.com

Recebido em: 9 jul. 2020.

Aprovado em: 13 set. 2021.

Publicado em: 21 out. 2022.

Resumo: Depressão pós-parto (DPP) é um transtorno que afeta a saúde da mulher e a qualidade da relação mãe-bebê. Este estudo comparou a DPP de mães de bebês sem e com fissuras labiais, palatinas e labiopalatinas, e identificou as variáveis preditoras da DPP considerando a amostra como um todo. Participaram 120 mães, sendo 60 de bebês com fissuras e 60 de bebês sem condição de risco. Para a coleta foram utilizados: protocolo de entrevista e Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE). Resultados apontaram maior incidência de DPP em mães de bebês sem fissura (30%) do que em mães de bebês com fissura (20%). Porém, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. As variáveis que explicaram a ocorrência de DPP foram: menor escolaridade materna, menor número de filhos, ausência de fissura no bebê, maior idade do bebê, e menor condição socioeconômica.

Palavras-chave: depressão pós-parto, relações mãe-criança, fissura labial, fissura palatal

Abstract: Postpartum depression (PPD) is a disorder that affects women's health and the quality of the mother-baby relationship. This study compared the PPD of mothers of babies without and with cleft lip and/or palate, and identified the predictor variables of PPD considering the sample as a whole. 120 mothers participated, 60 of babies with clefts and 60 of babies without risk condition. For data collection, were used the interview protocol and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Results showed a higher incidence of PPD in mothers of babies without cleft (30%) than in mothers of babies with clefts (20%). However, there were no statistically significant differences between groups. The variables that explained the occurrence of PPD were: lower maternal education, fewer children, absence of cleft in the baby, older age of the baby, and lower socio-economic status.

Keywords: postpartum depression, mother child relations, cleft lip, cleft palate

Resumen: La depresión posparto (DPP) es un trastorno que afecta la salud de la mujer y la calidad de la relación madre-bebé. Este estudio comparó la DPP de madres de bebés sin y con labio y/o paladar hendido, e identificó las variables predictoras de DPP considerando la muestra en su conjunto. Participaron 120 madres, 60 de bebés con hendiduras y 60 de bebés sin condiciones de riesgo. Para la recolección de datos se utilizó el protocolo de entrevista y la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Los resultados mostraron una mayor incidencia de DPP en madres de bebés sin hendidura (30%) que en madres de bebés con hendidura (20%). Sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Las variables que explicaron la ocurrencia de DPP fueron: menor educación materna, menor número de hijos, ausencia de hendidura en el bebé, mayor edad del bebé y menor nivel socioeconómico.

Palabras clave: depresión post-parto, relaciones madre-niño, labio leporino, paladar fisurado



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

¹ Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil e University College London (UCL), Londres, Reino Unido.

² Universidade Estadual Paulista (UNESP), Bauru, SP, Brasil.

³ Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, MS, Brasil.

⁴ Universidade Estadual Paulista (UNESP), Bauru, SP, Brasil.

A depressão pós-parto é considerada um transtorno de alta prevalência entre as mulheres. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009), afeta de 10% a 15% das mulheres em países desenvolvidos e quase o dobro em países em desenvolvimento. Ainda, as mulheres com episódio de depressão maior anterior têm o risco aumentado entre 25% e 50%. Estudos têm apontado que as mulheres deprimidas, na maioria dos casos, não estão emocionalmente disponíveis para o recém-nascido, o que pode acarretar prejuízos ao desenvolvimento afetivo, social e cognitivo do bebê (Alvarenga et al., 2013; Murray et al., 2015; Ribeiro et al., 2014). Por essa razão, a depressão pós-parto e suas implicações são consideradas fatores de risco para a mãe e para o bebê, e têm sido alvo de variados estudos (Arrais, et al., 2014; Morais et al., 2013; Servilha & Bussab, 2015; Walker et al., 2013).

A trajetória da mulher nas fases gestacional e puerperal traz consigo a reorganização de seus mundos interno e externo em função das adaptações a esses períodos. Com isso, há a reelaboração de aspectos subjetivos com forte influência cultural sobre o bebê e a família (Sousa et al., 2011). A partir dessas transformações biopsicossociais, o período pós-parto é considerado um evento estressor em potencial que está associado à ocorrência da depressão (Liu et al., 2016; Rodrigues & Schiavo, 2011).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), a depressão com início no pós-parto, denominada transtorno depressivo no pós-parto ou depressão pós-parto materna (DPP-M), pode ocorrer durante a gestação ou nas primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê. Embora o DSM-5 circunscreva esse período para o diagnóstico do transtorno, há pouco consenso em relação à restrição do período acerca do fenômeno da depressão pós-parto. Nesse sentido, Brum (2017) analisou artigos sobre o surgimento dos sintomas e alerta que podem ser diagnosticados até o primeiro ano de vida do bebê.

Quanto à prevalência da DPP-M na população,

os resultados variaram nos diferentes estudos. O estudo de revisão de Norhayati et al. (2015) reuniu 203 pesquisas realizadas entre 2005 e 2014. A análise apontou que a frequência da depressão pós-parto variou de 1,9% a 82,1% em países em desenvolvimento e de 5,2% a 74,0% em países desenvolvidos. Estudos brasileiros encontraram índices que variam de 7,2 a 39,4% em populações de mães de crianças sem deficiência. Lobato et al. (2011) revisaram 14 estudos da última década acerca da prevalência da DPP-M. Segundo os autores, as taxas analisadas variaram de 7,2%, no Nordeste, a 39,4%, no Sul do país. Morais et al. (2015), em pesquisa realizada na cidade de São Paulo, com 462 mulheres que frequentavam hospitais públicos e privados, obtiveram índices de depressão pós-parto variados, sendo 26% na rede pública, e 9% na rede particular. Hartmann et al. (2017) identificaram 14% de mulheres com depressão pós-parto das 2.687 entrevistadas. Em um estudo recente, Teixeira et al. (2021) avaliaram 92 mães, na média de 45 dias após o parto, utilizando a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE), em uma Unidade Básica de Saúde em Teresina (Piauí). Os resultados apontaram para uma prevalência de 39,13% de mães com indicadores clínicos para depressão pós-parto. Apenas uma pesquisa foi encontrada sobre depressão pós-parto em mães de crianças com malformação. Ferreira et al. (2019) avaliaram a depressão pós-parto em 30 mães de bebês com Síndrome de Down no primeiro ano de vida utilizando a EDPE. Os resultados apontaram para a prevalência de 16,6% das mães com indicadores clínicos.

De modo geral, os estudos evidenciam certas características de mães com depressão pós-parto: interagem menos com seu bebê de forma adaptativa, respondem de forma menos contingente e direta ao perceber os sinais da criança, estabelecem menos contato físico, usam de práticas educativas intrusivas, e tendem a demonstrar menos sentimentos positivos quando comparadas às mães não deprimidas (Campos & Rodrigues, 2015; Ribeiro et al., 2014).

De acordo com Greinert e Milani (2015), a ocor-

rência da depressão pós-parto está relacionada a uma dinâmica complexa entre aspectos biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos, dentre eles, a possibilidade da sua associação às condições do bebê. Desse modo, é essencial identificar alguns fatores que podem atuar como proteção para minimizar os efeitos da depressão, tanto para o bem-estar da mulher quanto para a qualidade do desenvolvimento da criança. Enquanto fatores de proteção, estudos têm indicado o suporte social adequado, podendo ser da família, da relação conjugal e/ou também de serviços que auxiliem na preparação física e psicológica para as mudanças advindas da maternidade (Arrais et al., 2014; Marques et al., 2016; Moraes et al., 2015; Hartmann et al., 2017).

Estudos sobre as condições emocionais maternas após o nascimento de filhos que necessitem de cuidados intensivos devido a problemas de saúde ou malformação ainda são pouco frequentes no Brasil. Na revisão de Pereira et al. (2011) foram analisados seis estudos sobre a malformação congênita do bebê e o risco de transtornos mentais maternos durante a gestação e o pós-parto. Os resultados demonstraram que houve uma associação significativa entre o diagnóstico do bebê e a saúde emocional materna. As mães de bebê com alguma malformação tiveram risco significativamente maior de apresentar ansiedade, depressão, experiência de estresse e sofrimento psíquico em relação às mães de bebês saudáveis. Perosa et al. (2009) investigaram a depressão materna em dois grupos: comparando bebês-controle e com malformações. As autoras identificaram um percentual superior de sinais clínicos de depressão em mães do segundo grupo.

Entre as malformações congênitas mais frequentes na população estão as orofaciais e, dentre elas, as fissuras labiais, palatinas e labiopalatinas. Essas fissuras são de origem embrionária e se constituem entre a quarta e décima-segunda semana de vida intrauterina, sendo ocasionadas por falta ou deficiência de fusão dos processos faciais e/ou palatinos. Mundialmente, há uma média de 1,53 por 1.000 nascidos vivos que apresentam algum tipo de fissura. No Brasil,

a incidência varia de 0,19 a 1,54 em 1.000 nascimentos (Di Ninno et al., 2011). A etiologia está relacionada a fatores ambientais (medicamentos, tabagismo, entre outros), genéticos e hereditários. As fissuras labiais, palatinas ou labiopalatinas afetam aspectos físicos, funcionais, estéticos, psicológicos, e sociais do indivíduo. A reabilitação cirúrgica habitualmente se inicia aos três meses de idade, nos casos de fissura labial ou labiopalatina e, aos doze meses, nos de fissura palatina. Com o avançar do desenvolvimento da pessoa, outras cirurgias e/ou intervenções podem ser necessárias, de acordo com as particularidades de cada caso (Beluci & Genaro, 2016).

Nesse contexto, a descoberta de malformação congênita no bebê pode contribuir para a instalação de uma crise emocional na mãe: frustração da expectativa de gerar filhos perfeitos; mais responsabilidades e cobranças em relação às causas da anomalia, aos cuidados à saúde e à sobrevivência do bebê, entre outros aspectos. Sabe-se que a complexidade dos cuidados médicos e as constantes hospitalizações contribuem para as dificuldades das mães no ato de interagir com seus bebês, o que interfere também no processo de adaptação (Beluci & Genaro, 2016; Jeong et al., 2013; Oshodi & Adeyemo, 2015). Os estudos encontrados sobre depressão materna e bebês com malformações apresentam resultados de incidência percentual de sinais clínicos, nessa população, superiores aos obtidos em outros estudos brasileiros com puérperas (Perosa et al., 2009; Perosa et al., 2008). Todavia, a pesquisa de Oshodi e Adeyemo (2015) revelou que mães de bebês com fissuras labiopalatinas enfrentam mais dificuldades, que as fazem perceber seu papel maternal como estressante, o que pode ou não acarretar implicações em seu bem-estar emocional. Montiroso et al. (2012) verificaram que bebês com fissuras labiopalatinas são menos envolvidos, e suas mães evidenciaram mais dificuldades na interação do que em relação ao grupo-controle. Essas mães demonstraram mais afeto negativo, mas não relataram maior índice de sintomas depressivos em relação ao grupo-controle.

Jeong et al. (2013) conduziram uma pesquisa para avaliar o impacto da cirurgia e o grau da visibilidade da fissura sobre estados emocionais maternos. Os resultados mostraram que não houve diferenças estatisticamente significativas nos índices de depressão, ansiedade e estresse entre as mães coreanas de bebês com fissuras labiopalatinas que foram ou não submetidos a cirurgias reparadoras. Também não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as mães de bebês com anomalias visíveis (fissura de lábio e de lábio e palato) e invisíveis (fissura de palato). Uma hipótese é o apoio recebido das equipes de profissionais que atendem em centros eletivos para pessoas com fissura labiopalatal. Por sua vez, a pesquisa de Martins et al. (2013) confirmou essa hipótese ao estudar o processo de resiliência em famílias de crianças com fissuras. Os resultados indicaram que o apoio dos pares e da equipe multiprofissional gera empoderamento das famílias e pode ser considerado fator de proteção.

Além da presença de malformações, outros fatores podem influenciar a qualidade do desenvolvimento de bebês, e incidir negativamente sobre a saúde emocional materna. Entre os fatores de risco para o desenvolvimento do bebê estão a prematuridade, o baixo peso ao nascimento e a presença de malformações. Entre os fatores de risco ambiental estão o baixo índice socioeconômico e de escolaridade da mãe, a idade dos pais, a fragilidade nos vínculos familiares e na saúde emocional dos pais (Pereira et al., 2016; Ribeiro et al., 2014; Silva et al., 2017). Também, a combinação de vários fatores de risco é comum, provocando um efeito cumulativo. Dependendo de quantidade, intensidade, duração e idade em que o indivíduo foi exposto aos fatores de risco, há diferentes possibilidades de interferência no ciclo de desenvolvimento (Bettio et al., 2019). Por outro lado, mecanismos ou fatores protetores são os aspectos que melhoram ou alteram a resposta dos indivíduos expostos às situações de vulnerabilidade. Identificá-los pode proporcionar informações para a organização de medidas protetivas, resultando na eliminação ou no

equacionamento dos fatores de risco.

Se, atualmente, há uma vasta literatura abordando a pluralidade de contextos e de manifestações da depressão pós-parto, ainda são escassos os trabalhos referentes à contribuição da presença de malformações do bebê, principalmente com fissuras labiopalatinas, sobre a presença/ausência da depressão pós-parto (Montirosso et al., 2012). Azambuja et al. (2016) desenvolveram uma revisão sobre depressão pós-parto e malformação do bebê, na qual não encontraram nenhum estudo brasileiro sobre o tema. Desse modo, legitima-se a necessidade de aprofundar a compreensão dos recursos e das dificuldades socioemocionais maternas nos casos de crianças com malformações orofaciais. O estudo e a identificação de possíveis variáveis que interferem, enquanto fatores de risco ou proteção, nos comportamentos maternos em relação ao seu bebê são relevantes e podem contribuir para intervenções no âmbito do desenvolvimento familiar, parental e infantil. O diagnóstico da depressão materna após o nascimento do bebê oportuniza a atuação de intervenções multidisciplinares de profissionais de saúde a fim de contemplar acolhimento, tratamento e acompanhamento adequados à saúde da mulher e da criança. Destaca-se a importância da avaliação precoce da depressão pós-parto para fornecer subsídios para ações preventivas e intervenções específicas para essa população, assim que os sintomas forem identificados, promovendo benefícios, principalmente, ao bem-estar da mulher e da relação mãe-bebê.

Considerando o exposto, o presente estudo com mães de bebês com fissuras labiais, palatinas e labiopalatinas, e mães de bebês sem essa condição pretendeu: (a) caracterizar a amostra segundo as variáveis maternas (idade, escolaridade e índice de depressão pós-parto), dos bebês (idade, sexo, tipo de fissura e número de cirurgias) e das famílias (número de filhos, configuração familiar e condição socioeconômica); (b) comparar os índices de depressão pós-parto de mães de bebês com e sem fissura; e, (c) identificar a partir das variáveis maternas, dos bebês e das

famílias, que caracterizaram a amostra, quais eram as preditoras da depressão pós-parto.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 120 mães de bebês de ambos os sexos e na faixa etária de um a 19 meses. Na composição dessa amostra, o Grupo 1 é representado por 60 mães de bebês com fissuras (lábio, palato ou labiopalatina) e, o Grupo 2, por 60 mães de bebês sem fissuras, ou qualquer outra condição de risco identificada no nascimento.

O estudo foi conduzido em duas instituições públicas. Para a identificação das mães do Grupo 1, os pesquisadores entraram em contato com a equipe de enfermagem do Setor de Internação do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), Bauru, SP, Brasil, com o propósito de verificar a presença de mães de pacientes (bebês) adequadas ao perfil do estudo. As mães pertencentes ao Grupo 2 foram identificadas a partir do projeto de extensão universitária: "Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais", que acontece no Centro de Psicologia Aplicada, (CPA), da Faculdade de Ciências, (FC/UNESP), Bauru, SP, Brasil.

Instrumentos

Foram utilizados três instrumentos para a coleta dos dados:

1. *Protocolo de Entrevista de Mães de Crianças com Fissuras Labiopalatinas* – para a coleta dos dados da mãe (idade, escolaridade), do bebê (sexo, idade, tipo de fissura, número de cirurgias) e da família (condição socioeconômica, configuração familiar e número de filhos).

2. *Protocolo de entrevista do projeto de extensão "Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação de pais"*, que contempla os dados pessoais, socioeconômicos, familiares dos(as) pais/mães participantes, assim como as informações sobre as condições de

saúde materna e do bebê, antes e após o parto. Logo, foram consideradas as mesmas informações obtidas pelo Protocolo 1.

3. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo – EDPE" (Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS, de Cox et al., 1987). Validada para a população brasileira por Santos et al. (1999). Santos et al. (2007) analisaram os itens do teste e os resultados apontaram para sensibilidade (86%), especificidade (78%) e valor preditivo positivo (73%). Trata-se de um instrumento que permite a detecção de possíveis casos de depressão pós-parto e mensuração da intensidade dos sintomas. A escala é de autorregistro, composta por 10 enunciados com as respostas organizadas em escala Likert e, nelas, a mãe assinala o que melhor descreve o modo como tem-se sentido na última semana. Para cada enunciado há quatro opções de respostas, sendo que a cada uma delas é associada uma pontuação que varia de zero a três, de acordo com a presença/ausência ou intensidade do sintoma. Os sintomas abordados são: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, ideias de morte e suicídio, diminuição do desempenho, e culpa. A somatória dos pontos das repostas resulta no escore da escala que varia de zero a 30. Para a população brasileira, pontuações superiores a 10 são indicativas de depressão pós-parto de intensidade leve e, a partir de 12 pontos, há a indicação de um quadro moderado a severo (Santos et al., 1999).

Procedimento

Coleta de dados

Após a identificação dos bebês do Grupo 1, no HRAC/USP, as mães foram contatadas e convidadas a participar da pesquisa. Para aquelas que aceitaram, foi fornecida a instrução para o preenchimento dos instrumentos de números 1 e 3. A aplicação foi individual e efetuada nos Setores de Internação e Pós-operatório do hospital, com duração média de dez minutos. Para a composição do Grupo 2, o convite às possíveis participantes foi realizado às mães integrantes do referido projeto de extensão. Após o aceite, em

um horário previamente agendado, foi fornecida à participante a instrução para o preenchimento dos instrumentos de números 2 e 3. A aplicação deu-se em sala de atendimento individual no Centro de Psicologia Aplicada, com duração média também de dez minutos. Em ambos os grupos, com o intuito de garantir o suporte e a compreensão das participantes, os pesquisadores mantiveram-se presentes durante a aplicação dos instrumentos para, em caso de dificuldade de interpretação e preenchimento dos itens, auxiliá-las.

Análise dos dados

Os dados provenientes de ambos os protocolos de entrevistas foram tabulados e categorizados e, para a descrição, foram elaboradas análises descritivas das frequências. Os dados relacionados à Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo – EDPE foram somados de acordo com os valores de referência descritos nas instruções para avaliação e interpretação. Utilizou-se ponto de corte de 12 ou mais como indicação da presença de um distúrbio depressivo de intensidade moderada a severa (Santos et al., 1999).

Posteriormente, todos os dados foram analisados por meio do software IBM SPSS Statistics 20. Optou-se pela realização de testes estatísticos paramétricos, uma vez que os dados apresentaram distribuição simétrica. Para verificar a homogeneidade dos grupos segundo as variáveis socioeconômicas investigadas, foram utilizados o Teste t para variáveis contínuas (idade do bebê, idade da mãe, número de filhos e número de cirurgias) e o teste de Qui Quadrado para as variáveis categóricas (sexo, configuração familiar, escolaridade e condição socioeconômica). O Teste t também foi empregado para a comparação dos índices de depressão pós-parto das mães de bebês dos Grupos 1 e 2.

A Regressão Linear Múltipla (método stepwise) foi utilizada para verificar quais variáveis socioeconômicas eram preditoras de depressão pós-parto. Essa análise considerou a amostra total. As variáveis sexo do bebê, presença/ausência de fissura labiopalatina, escolaridade materna, configuração familiar, e condição socioeconômica, foram dicotomizadas e transformadas em variáveis indicadoras (*dummy*). O modelo final considerou apenas as variáveis que foram significativas. Adotou-se nível de significância estatística de $p \leq 0,05$.

Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP) e da Faculdade de Ciências, (FC/UNESP). Anteriormente à coleta de dados, as participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As mães que foram identificadas com índices de depressão pós-parto foram encaminhadas pelos pesquisadores para atendimento psicológico.

Resultados

A Tabela 1 apresenta a descrição e a comparação das variáveis socioeconômicas de mães de bebês com fissuras (Grupo 1) e mães de bebês sem fissuras ou outra condição de risco identificada no nascimento (Grupo 2). Os resultados das comparações apontaram diferença significativa no número de cirurgias realizadas nos bebês de cada grupo ($p=0,000$), com média de 1,55 cirurgias para os bebês do Grupo 1. Não foram observadas diferenças significativas nas demais variáveis investigadas.

Tabela 1 – Análise descritiva e comparativa das variáveis socioeconômicas dos grupos de mães de bebês sem e com fissuras

	Grupo 1	Grupo 2	Estatística	
	n (%)	n (%)	χ^2	P
Sexo do bebê				
Masculino	35 (58.3)	28 (46.7)	2.577	0.108
Feminino	25 (41.7)	32 (53.3)		
Configuração familiar				
Nuclear	52 (86.7)	55 (91.7)	0.383	0.536
Outras configurações	8 (13.3)	5 (8.3)		
Escolaridade				
Até Ensino médio completo	42 (70.0)	28 (46.7)	6.250	0.112
Ensino superior completo	18 (30.0)	32 (53.3)		
Condição socioeconômica				
Até três salários mínimos	32 (53.3)	33 (55.0)	0.007	0.933
Quatro salários ou mais	28 (46.7)	27 (45.0)		
	M (DP)	M (DP)	t	p
Idade do bebê	10.06 (5.33)	10.15 (5.35)	-.087	0.931
Número de cirurgias	1,55(0,64)	0(0)	18,499	0,000
Número de filhos	1,62 (0,71)	1,88 (0,97)	,383	0,702
Idade da mãe	29,95 (7,23)	29,50 (5,57)	-,168	0,097

Conforme observado na Tabela 1, 58,3% dos bebês do Grupo 1 eram meninos e 53,3% do Grupo 2 eram meninas. A idade média dos bebês, de ambos os grupos, foi de 10 meses, e a idade média das mães foi de 29 anos. A configuração familiar nuclear foi a mais frequente para os dois grupos, e as mães tinham, em média, um filho. Quanto à condição socioeconômica, a maioria das famílias da amostra tinha renda de até três salários mínimos mensais (G1=53,3% e G2=55%).

A seguir, a Tabela 2 apresenta a frequência de depressão pós-parto das mães do Grupo 1 e do

Grupo 2. Considerou-se, também, o índice de depressão pós-parto materna no Grupo 1 para cada tipo de fissura, de modo que a fissura de lábio foi considerada como Tipo 1, a fissura de palato como Tipo 2, e a fissura labiopalatina como Tipo 3. Verificou-se que 30% das mães de bebês sem fissuras (Grupo 2) apresentaram depressão pós-parto. Para as mães de bebês com fissuras (Grupo 1), o índice de depressão pós-parto foi de 20% e, dentre essas, 41% das mães de bebês com fissura do tipo 2 apresentaram depressão pós-parto.

Tabela 2 – Frequência e porcentagem dos índices de depressão pós-parto de mães de bebês sem e com fissuras

Depressão pós-parto (DPP)	Grupo 1 (n=60)		Tipo 1 (n=9)		Tipo 2 (n=12)		Tipo 3 (n=39)		Grupo 2 (n=60)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Com	12	20	1	11	5	41	6	15	18	30
Sem	48	80	8	89	7	59	33	85	42	70

Conforme demonstrado na Tabela 3, foram realizadas comparações entre os índices de depressão pós-parto das mães dos Grupos 1 e

2. A pontuação média das mães do Grupo 1 na EDPE foi inferior à obtida pelas mães do Grupo 2. Todavia, a diferença não foi significativa.

Tabela 3 – Comparações do índice de depressão pós-parto entre mães de bebês sem e com fissuras.

	Grupo 1	Grupo 2	t*	p
	M (DP)	M (DP)		
Depressão pós-parto	7.10 (4.89)	8.84 (5.36)	1.859	.066

*Teste *t* de Student, $p \leq .05$

Considerando-se que os grupos evidenciaram homogeneidade nas variáveis socioeconômicas investigadas, diferenciando-se apenas quanto ao número de cirurgias (variável associada à presença de fissura labiopalatina), e que não foram observadas diferenças significativas nos índices de depressão pós-parto das mães dos Grupos 1 e 2, optou-se pela utilização da amostra total na análise de regressão linear múltipla (método stepwise) realizada com o intuito de verificar quais das variáveis eram preditoras da depressão pós-parto.

A análise resultou em um modelo estatisticamente significativo $F(5,115) = 8,662$; $p < 0,001$;

R^2 ajustado = 0,242], e o modelo final apresentou apenas as variáveis significativas e que explicaram 24,2% da ocorrência de depressão pós-parto. Consoante à descrição da Tabela 4, a escolaridade materna, a fissura do bebê, a idade do bebê, a condição socioeconômica e o número de filhos foram variáveis preditoras da ocorrência de depressão pós-parto, ou seja, possuir escolaridade até o ensino médio completo, ter um bebê sem fissura, ter um bebê com maior idade, ter menos filhos e menor condição socioeconômica (até três salários mínimos) foram preditores associados a maior índice de depressão pós-parto.

Tabela 4 – Regressão linear múltipla considerando as variáveis socioeconômicas e os índices de depressão pós-parto

Variáveis	Beta ajustado ()	t	p*
Escolaridade materna	-.391	-4,099	0,000
Fissura	-.232	-2,787	0,006
Idade do bebê	.175	2,168	0,032
Condição socioeconômica	-.201	-2,240	0,027
Número de filhos	-.184	-2,121	0,036

*Regressão Linear Múltipla $p \leq .05$

Discussão

Este estudo investigou a saúde mental de mães acerca do impacto da presença/ausência de fissuras nos bebês. Para isso, comparou os índices para depressão pós-parto em mães de bebês com fissuras labiais, palatinas e labiopalatinas com os índices relativos a mães de bebês sem essa condição de risco. A caracterização da amostra indicou que os grupos eram homogêneos quanto às variáveis socioeconômicas maternas

e do bebê. A única diferença observada diz respeito ao número de cirurgias, significativamente maior entre os bebês com fissuras labiopalatinas, uma condição que requer mais cirurgias (Beluci & Genaro, 2016).

Fizeram parte da amostra mulheres que estavam, em média, com 10 meses de pós-parto, com uma amplitude que variou de um a 19 meses. Um estudo de revisão realizado por Coutinho e Sarai-

va (2008) verificou que a maioria das pesquisas analisaram a DPP até seis meses de vida do bebê. Todavia, estudos mais recentes têm encontrado a DPP em até 12 meses (Brum, 2017), e até após o primeiro ano de vida (Hartmann et al., 2017). Considerando a amostra do grupo clínico uma amostra de conveniência, que variou de acordo com o momento em que o bebê era admitido no [HRAC/USP](#), optou-se por estender a idade da amostra para até 20 meses, amparada pelos resultados de estudos que avaliaram a depressão pós-parto de mães de bebês em idades mais avançadas (Hartmann et al., 2017).

Os resultados do presente estudo apontaram para a prevalência de depressão pós-parto em 30% de mães dos bebês sem fissura. São índices mais próximos de determinadas pesquisas brasileiras, como as de Teixeira et al. (2021) e Morais et al. (2015). Para a amostra de mães de bebês com fissura, a prevalência encontrada na amostra geral (20% das mães) ficou próxima à encontrada por Ferreira et al. (2019) com mães de bebês com Síndrome de Down. Todavia, observou-se um índice de DPP de 41% para as mães de bebês com fissura somente de palato, o que sugere a realização de estudos considerando os diferentes tipos de fissuras e com populações maiores.

A hipótese sobre a depressão pós-parto estar ou não relacionada à presença da fissura no bebê foi refutada nesta pesquisa. Observou-se que as mães de bebês sem fissuras (Grupo 2) apresentaram índice de depressão pós-parto mais elevado que as mães de bebês com fissuras (Grupo 1), embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa entre os grupos. O resultado apresentado pelo Grupo 1 é compatível com o estudo de Jeong et al. (2013), cujos resultados não alcançaram o índice clínico para comprometimento emocional quando comparados com a norma padrão dos testes. Tais resultados também se assemelharam aos obtidos por Ferreira, et al. (2019), em cujo estudo as diferenças encontradas não foram significativas, mas indicativas de índices que devem ser confirmados ou não em estudos com amostras maiores. Dessa forma, podem-se levantar duas hipóteses. Uma, relacio-

nada ao momento mais tardio da avaliação dos sintomas da DDP-M, pois então possivelmente o período mais crítico já terá passado, e as demandas emocionais advindas do nascimento nessas condições já podem ter sido elaboradas. Somando-se a isso, o diagnóstico precoce de malformação congênita, ao gerar mudanças na dinâmica familiar e social vivenciada por essas mães, pode ter sido protetivo. Provavelmente, um fator que pode ter contribuído para a diminuição de eventos estressantes no pós-parto é o apoio social recebido e percebido pelas mães, disponível em centros especializados. As mães de bebês deste estudo com fissuras participavam de um serviço multidisciplinar em um hospital de referência internacional para o tratamento da malformação orofacial. No estudo de Ferreira et al. (2019), as mães também foram encontradas em centros especializados para crianças com Síndrome de Down, com atendimentos às mães associados aos da criança, o que sugere reforçar essa hipótese.

Estudos sobre empoderamento e resiliência de mães de bebês sindrômicos demonstraram que familiares que tiveram a oportunidade, após a notícia e até o pós-parto, de instrumentalização e informações sobre a condição do seu filho, apresentaram mais recursos de adaptação para a nova realidade (Fontes, 2015; Pérez et al., 2016). Com isso, embora estivessem em uma condição inicial de vulnerabilidade, a reorganização e a assistência prestada a essas mulheres podem ter sido importantes fatores de proteção que justificariam a maior resiliência do grupo. Entretanto, a variável apoio/suporte social não foi avaliada nesta pesquisa. Tem-se aí uma população que já havia passado pelo período crítico e que teve auxílio profissional para lidar com as demandas advindas do contexto de nascimento do bebê, indicando a importância de investigações sobre a oferta de serviços de apoio às mães de bebês que nascem com malformações.

Embora alguns estudos (Pereira et al., 2011; Perosa et al., 2009) indicassem que o nascimento de um bebê com malformação pode ser um evento estressor e de potencial risco para

a depressão pós-parto materna, os resultados deste estudo apontaram outras variáveis. Entre elas estão bebês sem fissura, menor escolaridade materna, menor condição socioeconômica e menor número de filhos. Estes foram os preditores da ocorrência de depressão pós-parto para a amostra.

Sabe-se que depressão pós-parto é um transtorno de alta prevalência entre as mulheres (WHO, 2009), principalmente, em países em desenvolvimento. Nesse sentido, investigar outras variáveis, em especial, as socioeconômicas, contribui para a compreensão dessa prevalência. A maior escolaridade foi relacionada como um fator de proteção para depressão pós-parto, fato que corrobora as evidências na literatura da área (Alvarenga & Frizzo, 2017, Morais et al., 2015, Ferreira et al., 2019). A baixa escolaridade e o menor nível socioeconômico, no Brasil, relacionam-se com a dificuldade de acesso a tratamentos médicos adequados desde a gravidez, segundo Morais et al. (2015). Esses autores destacaram que a qualidade do pré-natal pode prevenir ou possibilitar o tratamento precoce de problemas de saúde nesse período. Essa é uma variável materna diretamente ligada ao contexto social e que reflete as condições da rede de suporte social oferecida às gestantes.

O menor número de filhos relacionou-se à ocorrência de depressão pós-parto, mostrando-se como uma variável preditora. Mães primíparas ou com menos filhos podem apresentar dificuldades para vivenciar a transição para a maternidade, período marcado por alterações fisiológicas, psicológicas e sociais na mulher, e que requer a adaptação a uma situação nova, com o bebê e suas demandas (Marques et al., 2016, Teixeira et al., 2021). Há também o fato de que o planejamento da gestação é uma prática cultural pouco presente no Brasil, de forma que há a possibilidade de que essas mães não estivessem em condições materiais e objetivas para receber o bebê, o que se relaciona com a incontabilidade e o desamparo em relação ao futuro, fatores desencadeantes de sintomas depressivos.

Considerações finais

Como principal achado deste estudo, tem-se que a presença de malformação (fissuras labiais, palatinas e labiopalatinas) não foi preditora de depressão pós-parto, ou seja, a condição de malformação do bebê não foi considerada um fator de risco. Entretanto, variáveis socioeconômicas foram relacionadas a preditores de sintomas depressivos. Considerando as alterações em saúde mental descritas neste estudo, baixa escolaridade, dificuldade em lidar com consequências objetivas e materiais advindas de uma gravidez não planejada, e acesso a serviços adequados estão mais presentes em populações com menor condição socioeconômica.

O atendimento na saúde pública é o principal foco de planejamento e intervenções: mulheres grávidas, em geral, devem ter a saúde emocional monitorada desde o pré-natal até o primeiro ano de vida do seu filho. Estudos posteriores, sobre apoio e suporte social, geral e de profissionais de instituições, podem enriquecer a compreensão dos resultados sobre a depressão pós-parto.

Algumas limitações foram identificadas e consideradas neste estudo. Uma delas se refere à inexistência de dados sobre depressão das participantes dos dois grupos anteriormente à gestação e ao nascimento dessas crianças. Ainda que a obtenção de medidas anteriores a esses acontecimentos seja complexa, a descrição (ou não) de sua ocorrência pela participante auxiliaria na análise dos dados obtidos. Além disso, deve haver um cuidado com os resultados obtidos pela EDPE que, embora amplamente utilizada em todo o mundo, não é um instrumento validado para essa população específica. Portanto, em futuros estudos, recomenda-se a utilização complementar de uma avaliação mais detalhada dos aspectos da depressão clínica geral, além da situacional, avaliada com escalas para quadros de depressão maior (Lobato et al., 2011; Schetter & Tanner, 2012). Outro aspecto que pode ser considerado uma limitação, e que precisa também ser mais investigado, é o período pós-parto em que a depressão deve ser avaliada. Ou seja, o tempo previsto varia entre as pesquisas e, no presente

caso, o tempo maior depois do nascimento do bebê (até 19 meses) pode ter interferido nos resultados obtidos.

Agradecimentos

Às funcionárias do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), Maria Cecília Muniz Pimentel (psicóloga) e Flávia Maria Ravagnani Neves Cintra (estatística e matemática).

Referências

Alvarenga, P., & Frizzo, G. B. (2017). Stressful life events and women's mental health during pregnancy and postpartum period. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 27(66), 51-59. <https://doi.org/10.1590/1982-43272766201707>

Alvarenga, P., Dazzani, M. V. M., Lordelo, E. D. R., Alfaya, C. A. D. S., & Piccinini, C. A. (2013). Predictors of sensitivity in mothers of 8-month-old infants. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 23(56), 311-320. <https://doi.org/10.1590/1982-43272356201305>

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (5th ed.). American Psychiatric Association.

Arrais, A. R., Mourão, M., & Fragalle, B. (2014). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 251-264. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020140001000020>

Azambuja, C. V., Cardoso, A. S., & Silva, R. W. S. (2016). Depressão pós-parto materna e bebês com malformações: revisão sistemática. *Aletheia*, 49(2), 30-37.

Beluci, M. L., & Genaro, K. F. (2016). Qualidade de vida de indivíduos com fissura labiopalatina pré e pós-correção cirúrgica da deformidade dentofacial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(2), 217-223. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200006>

Bettio, C. D. B., Bazon, M. R., & Schmidt, A. (2019). Fatores de risco e de proteção para atrasos no desenvolvimento da linguagem. *Psicologia em Estudo*, 24, e41889. <https://doi.org/10.4025/1807-0329e41889>

Brum, E. H. M. (2017). Depressão pós-parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 17(2), 92-100. <https://doi.org/0.5935/cadernosdisturbios.v17n2p92-100>

Campos, B. C., & Rodrigues, O. M. P. R. (2015). Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. *Psico*, 46(4), 483-492. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.20802>

Coutinho, M. P. L., & Saraiva, E. R. A. (2008). Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(3), 759-773.

Cox, L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection

of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.

Di Ninno, C. Q. M. S., Gonçalves, K. C., Braga, M. S., & Miranda, I. C. C. (2011). Prevalência de fissura de palato submucosa associada à fissura labial. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 16(3), 304-309. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342011000300011>

Ferreira, T. S., Campos, B. C., & Rodrigues, O. M. P. R. (2019). Depressão pós-parto e variáveis sociodemográficas em mães de bebês com e sem Síndrome de Down. *Psico*, 50(3), e32867. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2019.3.32867>

Fontes, F. D. S. (2015). *Pais frente à malformação craniofacial do filho: uma contribuição da enfermagem para a equipe interdisciplinar* [Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-758242?lang=es>

Greinert, B. R. M., & Milani, R. G. (2015). Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. *Psicologia: Teoria e Prática*, 17(1), 26-36. <https://doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v17n1p26-36>

Hartmann, J. M., Mendoza-Sassi, R. A., & Cesar, J. A. (2017). Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(9), e00094016. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00094016>

Jeong, J. H., Kim, B. N., Choi, T. H., & Kim, S. (2013). A psychological analysis of the Korean mothers of cleft lip and palate patients: screening for psychological counseling and neuropsychiatric treatment. *The Journal of Craniofacial Surgery* (24)5, 1515-1520. <https://doi.org/10.1097/SCS.0b013e31828f2372>

Liu, C. H., Giallo, R., Doan, S. N., Seidman, L. J., & Tronick, E. (2016). Racial and ethnic differences in prenatal life stress and postpartum depression symptoms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.11.002>

Lobato, G., Moraes, C. L., & Reichenheim, M. E. (2011). Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(4), 69-379. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000400003>

Marques, L. C., Silva, W. R. V., Lima, V. P., Nunes, J. T., Ferreira, A. G. N., & Fernandes, M. N. F. (2016). Saúde mental materna: rastreando os riscos causadores da depressão pós-parto. *Journal Health NPEPS*, 1(2), 145-159.

Martins, T. U., Dupas, G., & Zerbetto, S. R. (2013). Mecanismos de empowerment utilizados pela família de uma criança com fissura labiopalatina para uma trajetória resiliente. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 12(3), 494-501. <https://doi.org/10.4025/ciencuccuidsaude.v12i3.19577>

Montirosso, R., Fedeli, C., Murray, L., Morandi, F., Brusati, R., Perego, G. G., & Borgatti, R. (2012). The role of negative maternal affective states and infant temperament in early interactions between infants with cleft lip and their mothers. *Journal of Pediatric Psychology* 37(2), 241-250. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsr089>

Morais, M. D. L. S., Fonseca, L. A. M., David, V. F., Viegas, L. M., & Otta, E. (2015). Fatores psicossociais e socio-

demográficos associados à depressão pós-parto: um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 20(1), 40-49. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150006>

Morais, M. L. S., Lucci, T. K., & Otta, E. (2013). Postpartum depression and child development in first year of life. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(1), 7-17. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000100002>

Murray, L., Fearon, P., & Cooper, P. (2015). Postnatal Depression, Mother–Infant Interactions, and Child Development. In J. Milgrom & A. W. Gemmill (org.), *Identifying Perinatal Depression and Anxiety: Evidence-based Practice in Screening, Psychosocial Assessment and Management* (pp. 139-164). John Wiley & Sons, Ltd.

Norhayati, M. N., Hazlina, N. N., Asrenee, A. R., & Emilin, W. W. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of affective Disorders*, 175, 34-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041>

Oshodi, Y. O., & Adeyemo, W. L. (2015). Psychological distress and perceived stress, among mothers of infants with orofacial clefts in a tertiary hospital in Lagos, Nigeria. *Journal of Clinical Sciences* 12(2), 96-102. <https://doi.org/10.4103/1595-9587.169689>

Pereira, K. R. G., Saccani, R., & Valentini, N. C. (2016). Cognição e ambiente são preditores do desenvolvimento motor de bebês ao longo do tempo. *Fisioterapia e Pesquisa*, 23(1), 59-67. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/14685223012016>

Pereira, P. K., Lima, L. A., Legay, L. F., Santos, J. F. D. C., & Lovisi, G. M. (2011). Malformação congênita do bebê e risco de transtornos mentais maternos durante o período gravídico-puerperal: uma revisão sistemática. *Caderno Saúde Coletiva*, 19(1), 2-10. https://siat.ufba.br/sites/siat.ufba.br/files/CSC_v19n1_2-10.pdf

Pérez, E. J. P., Baró, E. G., & García, M. M. (2016). Estrategia educativa dirigida a incrementar la resiliencia en madres de niños con Síndrome de Down. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(2), 233-244. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200010&lng=es&tlng=es

Perosa, G. B., Canavez, I. C., Silveira, F. C. P., Padovani, F. H. P., & Peraçoli, J. C. (2009). Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 31(9), 433-439. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000900003>

Perosa, G. B., Silveira, F. C. P., & Canavez, I. C. (2008). Ansiedade e depressão de mães de recém-nascidos com malformações visíveis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(1), 29-35. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000100004>

Ribeiro, D. G., Perosa, G. B., & Padovani, F. H. P. (2014). Mental health, mother-child interaction and development at the end of the first year of life. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 24(59), 331-339. <https://doi.org/10.1002/da.22040>

Rodrigues, O. M. P. R., & Schiavo, R. A. (2011). Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 33(9), 252-257. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011000900006>

Santos, I. S., Matijasevich, A., Tavares, B. F., Barros, A. J. D., Botelho, I. P., Lapolli, C., Magalhães, P. V. S., Barbosa, A. P. P. N., & Barros, F. C. (2007). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(11), 2577-2588. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100005>

Santos, M. F., Martins, F. C., & Pasquali, L. (1999). Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(2), 90-95. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-240768>

Schetter, C. D., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503680

Servilha, B., & Bussab, V. S. R. (2015). Interação Mãe-Criança e Desenvolvimento da Linguagem: a Influência da Depressão Pós-Parto. *Psico*, 46(1), 101-109. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2015.1.17119>

Silva, F., Rodrigues, O. M. P. R., & Lauris, J. R. P. (2017). Ansiedade Materna e Problemas Comportamentais de Crianças com Fissura Labiopalatina. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 318-334. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000682016>

Sousa, D. D., Prado, L. C., & Piccinini, C. A. (2011). Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(2), 335-343. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000200015>

Teixeira, M. G., Carvalho, C. M. S., Magalhães, J. M., Veras, J. M. M. F., Amorim, F. C. M., & Jacobina, P. K. F. (2021). Detecção precoce da depressão pós-parto na atenção básica. *J. nurs. Health*, 11(2): e2111217569. <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/17569>

Walker, M. J., Davis, C., Al-Sahab, B., & Tamim, H. (2013). Reported maternal postpartum depression and risk of childhood psychopathology. *Maternal and Child Health Journal*, 17(5), 907-917. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1071-2>

World Health Organization. (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature*. WHO Press.

Mário Augusto Tombolato

Doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP), em Ribeirão Preto, SP, Brasil; mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), em Bauru, SP, Brasil; especialista em Psicologia Clínica e Hospitalar pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), em Bauru, SP, Brasil. Pós-doutorando do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), em São Paulo, Brasil e da Thomas Coram Research Unit da University College London (UCL), em Londres, Reino Unido.

Bárbara Camila de Campos

Doutora e mestra em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), em Bauru, SP, Brasil. Psicóloga clínica em consultório particular.

Taís Chiodelli

Doutora e mestra em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), em Bauru, SP, Brasil. Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), em Dourados, MS, Brasil.

Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

Livre-docente em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), em Bauru, SP, Brasil. Docente do Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP), em Bauru, SP, Brasil.

Endereço para correspondência

Mário Augusto Tombolato
Universidade de São Paulo
Departamento de Psicologia Clínica | Instituto de Psicologia |
Av. Prof. Mello Moraes, 1721
Cidade Universitária, 05508-030
São Paulo, SP, Brasil