

## IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOZE

*IDENTIFYING THE RISK FACTORS FOR POSTPARTUM DEPRESSION: IMPORTANCE OF EARLY  
DIAGNOSIS*

*IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN POST-PARTO: LA  
IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ*

LORENA ANDRADE GOMES<sup>1</sup>

VALÉRIA DA SILVA TORQUATO<sup>2</sup>

ALINE RODRIGUES FEITOZA<sup>3</sup>

ADRIANO RODRIGUES DE SOUZA<sup>4</sup>

MARIA ADELANE MONTEIRO DA SILVA<sup>5</sup>

RICARDO JOSÉ SOARES PONTES<sup>6</sup>

A pesquisa objetivou identificar os fatores de risco que podem contribuir para a Depressão Pós-parto (DPP), bem como identificar os sintomas que podem caracterizá-la no período puerperal imediato. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, realizada entre abril e maio de 2008, com puérperas (n=95) de uma maternidade de Referência da cidade de Fortaleza-CE/Brasil. Como instrumentos utilizaram-se: um formulário com informações socioeconômicas e demográficas e a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), para avaliação da DPP. A prevalência de depressão pós-parto encontrada foi de 24,2% (EPDS=13). Os achados sugerem que baixas condições socioeconômicas podem contribuir para o desenvolvimento de DPP e, apesar de ser uma enfermidade subdiagnosticada, os números encontrados revelam alto percentual de puérperas suscetíveis a desenvolver sintomas depressivos após o parto.

**DESCRIPTORIOS:** Depressão Pós-Parto; Enfermagem; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Fatores de Risco.

The research aimed to identify the risk factors that may contribute to post-partum depression (PPD) and identify the symptoms that can characterize it in the immediate puerperal period. This is a descriptive research with quantitative approach, conducted between April and May 2008, with puerperas (n = 95) of a Reference Maternity Hospital of the city of Fortaleza. It was used as instruments of research: a form with socioeconomic and demographic information and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for PPD evaluation. The prevalence of postpartum depression found was 24.2% (EPDS = 13). The findings suggest that low socioeconomic conditions may contribute to the development of PPD and, despite being an under diagnosed disease, the figures show high percentage of women who are susceptible to developing depression symptoms after giving birth.

**DESCRIPTORS:** Postpartum Depression; Nursing; Mental Health; Women's Health; Risk Factors.

La investigación tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo que pueden contribuir para la Depresión Post-parto (DPP) y también identificar los síntomas que pueden caracterizarla en el período del puerperio inmediato. Se trata de una investigación descriptiva con enfoque cuantitativo, realizada entre abril y mayo del 2008, con puérperas (n = 95) de una maternidad considerada de referencia de la ciudad de Fortaleza. Como instrumentos se utilizaron: un formulario con informaciones socioeconómicas y demográficas y la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), para evaluar la DPP. La prevalencia de depresión post-parto encontrada fue de 24,2% (EPDS = 13). Los hallazgos sugieren que las bajas condiciones socioeconómicas pueden contribuir para el desarrollo de la DPP y, a pesar de ser una enfermedad subdiagnosticada, las cifras encontradas muestran alto porcentaje de puérperas susceptibles a desarrollar síntomas de depresión después del parto.

**DESCRIPTORIOS:** Depresión Postparto; Enfermería; Salud Mental; Salud de la Mujer; Factores de Riesgo.

<sup>1</sup> Enfermeira, Programa Saúde da Família de São Luiz do Curu (CE), Brasil. E-mail: lozinthagomes@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira, Hospital Municipal de Maracanaú (CE), Brasil. E-mail: valeria.torquato@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Brasil. E-mail: alinerfeitoza@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeiro, Doutorando em Saúde Coletiva, Professor do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Av. Bezerra de Menezes, 2080 apt° 402. CEP: 60.325-002 - Fortaleza - Ceará. Brasil. E-mail: adrianorsouza@gmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem—UFC, Bolsista do Programa Nacional de Pós-doutorado — CAPES/UFC, Brasil. adelanemonteiro@hotmail.com

<sup>6</sup> Médico Sanitarista, Doutor em Medicina (Medicina Preventiva) [Sp-Rib Preto] — Universidade de São Paulo, Professor Associado do Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina —UFC, Brasil. E-mail: rjpontes@fortalnet.com.br

## INTRODUÇÃO

As últimas décadas foram marcadas por um profundo aumento das patologias psiquiátricas, fazendo com que se alcancem índices alarmantes de ocorrência. Dentre essas patologias destaca-se a depressão, problema comum em muitos países, constituindo-se em um grave problema de saúde pública e chegando a uma prevalência entre a população mundial de 3 a 11%<sup>(1)</sup>.

Para a Psiquiatria, a depressão é uma doença do organismo como um todo, que compromete o físico, o humor e, em consequência, o pensamento. É uma doença afetiva ou do humor, não é sinal de fraqueza, de falta de pensamentos positivos ou uma condição que possa ser superada apenas pela força de vontade ou com esforço. A Medicina define a depressão como mau funcionamento cerebral, distinguindo-a da má vontade psíquica ou cegueira mental para as coisas boas que a vida pode oferecer. A depressão pode se manifestar de várias formas, constatando-se em todos os tipos, comprometimento do ânimo, inclusive para as atividades que geram prazer<sup>(2)</sup>.

Uma das formas conhecida dessa doença é a Depressão Pós-Parto (DPP), transtorno mental de alta prevalência, que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Inicia-se de maneira insidiosa, levando até semanas após o parto. Podemos considerá-la uma patologia derivada da combinação de fatores biopsicossociais, dificilmente controláveis, que atuam de forma implacável no seu surgimento<sup>(3)</sup>.

O diagnóstico da DPP muitas vezes é negligenciado pela própria puérpera, marido e familiares, atribuindo os sintomas ao “cansaço e desgaste” naturais do puerpério, causados pelo acúmulo de tarefas caseiras e cuidados com o bebê<sup>(4)</sup>.

Além do ritmo acelerado das mudanças fisiológicas na fase puerperal (elevações dos níveis de corticosteróide e queda abrupta dos níveis hormonais), surgem exigências culturais, sociais, familiares e pes-

soais em relação à puérpera, no que corresponde ao desempenho das funções maternas adequadamente. Assim, mesmo vivenciando um período de fragilidade, cabe ainda à mulher a satisfação e o reconhecimento holístico das necessidades e demandas do bebê.

Essa realidade acaba por intensificar as alterações psicológicas na puérpera, pois esta enfrentará os comentários familiares, conjugais, sociais e culturais que a recepcionarão após o nascimento do filho. Nesse período também todas as atenções estão voltadas ao novo membro da família, ficando a mulher muitas vezes esquecida.

Vale salientar que os distúrbios depressivos puerperais afetam a interação do binômio mãe-filho; promovem desgaste progressivo na relação da puérpera com seus familiares, principalmente na vida afetiva do casal; além disso, aumentam as possibilidades de auto e heteroagressões. Por sua vez, o desequilíbrio gerado pela DPP repercute negativamente no perfil econômico e social da mulher, gerando alterações dramáticas na homeostase psicossocial e familiar.

Múltiplos fatores de risco estão envolvidos com as alterações no período de DPP. Entre os principais, encontram-se: idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, estado civil de solteira ou divorciada, desemprego (puérpera ou seu cônjuge) e ausência ou pouco suporte social. Inclui-se ainda a personalidade desorganizada, a espera de um bebê do sexo oposto ao desejado, relações afetivas insatisfatórias, suporte emocional deficiente e abortamentos espontâneos ou de repetição<sup>(5)</sup>.

Os referidos fatores motivaram a realização desse estudo, bem como por perceber que as doenças psíquicas, sobretudo a depressão, pouco são enfatizadas pelas ações de promoção à saúde, e quando isso acontece estas são direcionadas na atenção básica apenas a grupos específicos, ignorando na maioria das vezes a gestante e puérpera<sup>(6)</sup>. Ainda na qualidade de componentes da academia, presenciamos no coti-

diano, dentro da rede básica de saúde, o despreparo por parte dos profissionais de enfermagem em identificar e acompanhar possíveis fatores de risco ao desenvolvimento da depressão pós-parto.

O conhecimento dos fatores de risco da depressão pós-parto é importante para o planejamento e execução de ações preventivas como favorecer o apoio emocional da família, amigos e companheiro, proporcionando segurança à puérpera. A identificação precoce possibilitará o encaminhamento da mãe com risco elevado para depressão pós-parto para aconselhamento ou psicoterapia, possibilitando, assim, constituir um precioso instrumento de prevenção destes transtornos.

Para isso, entendemos ser fundamental responder as seguintes questões: Que sintomas podem caracterizar uma depressão pós-parto? Que puérperas estão mais sujeitas a apresentar estes sintomas? Que fatores externos influenciam para que as puérperas apresentem tais sintomas?

Portanto, o objetivo deste estudo foi identificar os fatores de risco que podem contribuir para a depressão pós-parto em puérperas internadas em uma maternidade de referência do Município de Fortaleza-CE.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, desenvolvida em uma maternidade de referência do Município de Fortaleza-CE, que realiza em média 394 partos por mês<sup>(7)</sup>.

Os sujeitos da pesquisa foram as puérperas internadas nesse hospital, residentes em Fortaleza, independentemente de idade, raça, grau de escolaridade, estado civil e/ou renda familiar, e ainda, que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídas da pesquisa: as puérperas de outro município. Para calcular a amostra do estudo, utilizamos o *STATCALC* do programa Epi Info versão 6.0. Aplicando os valores ao programa, obteve-se uma amostra de 95 pacientes, com um intervalo de confiança de 95%.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2008, e a seleção da amostra foi aleatória. As participantes do estudo corresponderam as puérperas que estiveram na maternidade no momento de nossa visita, descartando, desta forma, qualquer viés de tendência.

Utilizamos um formulário como instrumento para coleta de dados, composto por 24 perguntas fechadas, das quais, 13 foram elaboradas pelos pesquisadores para obtenção das informações sobre condições de vida, renda e inserção na estrutura ocupacional, e outras 11 baseadas na *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Esta Escala consiste em um instrumento de autoregistro composto de dez enunciados, cujas opções são pontuadas de acordo com a presença ou intensidade do sintoma. Seus itens cobrem sintomas como: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, ideias de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa<sup>(8)</sup>. Foi aplicado um instrumento-piloto junto há cinco puérperas, de forma a colaborar na estruturação definitiva do instrumento, sendo que estas não integraram a amostra da pesquisa.

As informações foram tabuladas e analisadas pelo Excel Microsoft XP, por meio de tabelas, como é próprio da pesquisa quantitativa, além de ter como subsídio a literatura pertinente ao tema.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, sob o protocolo de nº 028/08, por estar de acordo com o preconizado pela Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS

### Perfil das puérperas e a influência na depressão pós-parto

As puérperas pesquisadas encontravam-se na faixa etária que se concentrou entre 16 a 40 anos,

tendo uma idade média de 24,9 anos. Observamos na tabela 1 que a faixa etária de maior ocorrência correspondeu a dos 20 a 23 anos, com 28% das puérperas (27); já a faixa etária de 24 a 27 anos representou 20% (19) das pesquisadas, portanto, mulheres jovens.

**Tabela 1** — Distribuição e N° de puérperas atendidas em uma maternidade de referência de Fortaleza-CE, segundo faixa etária, renda, escolaridade e situação conjugal. Fortaleza, CE, Brasil, 2008

Variáveis (N=95)	N	%
Faixa Etária		
16-19	18	19
20-23	27	28
24-27	19	20
28-31	16	17
32-35	11	12
36-40	4	4
Renda		
< 1 salário mínimo	20	21
1 salário mínimo	40	42
2 a 4 salários mínimos	33	35
> 4 salários mínimos	2	2
Escolaridade		
Analfabeta	1	1
Fundamental Completo	11	12
Fundamental Incompleto	40	42
Médio Completo	22	23
Médio Incompleto	21	22
Situação Conjugal		
Solteira	15	16
Casada	16	17
Separada	2	2
União Consensual	62	65

Constatamos que 42% (40) das participantes informaram que possuem renda mensal familiar equivalente a um salário mínimo; 35% (33) vivem com uma renda de dois a quatro salários mínimos, enquanto que 21% (20) sobrevivem com menos de um salário mínimo por mês e apenas 2% (2) relataram que a renda total da família está acima de quatro salários mínimos.

Agregados a esta situação de pobreza, encontramos os baixos níveis de escolaridade que neste estudo apresentaram valores significantes, pois 42% (40) das entrevistadas possuíam ensino fundamental incompleto; 23% (22) concluíram o ensino médio; 22% (21) não concluíram o ensino médio; 12% (11) concluíram o ensino fundamental e 1% (1) não possui nenhuma escolaridade.

Ressaltamos o estado civil como outro fator determinante do bem-estar psicológico, considerando o apoio que a mulher necessita no período puerperal. Em nossa amostra, 65% das entrevistadas vivem em união consensual, porém 16% (15) das mulheres entrevistadas são solteiras.

**Tabela 2** — Distribuição das puérperas atendidas em uma maternidade de referência, de acordo com a situação de moradia. Fortaleza, CE, Brasil, 2008

Variáveis (N=95)	N	%
Tipo de moradia		
Casa	92	97
Apartamento	2	2
Outro tipo	1	1
Situação da moradia		
Própria	63	66
Alugada	26	27
Cedida	5	5
Outro	1	1
Tipo de construção		
Alvenaria	92	97
Madeira	1	1
Taipa	1	1
Outro	1	1
Número de cômodos		
0-2	13	14
3-5	60	63
6-8	19	20
9-11	3	3
Número de moradores		
1-4	62	65
5-8	27	29
9-12	5	5
13-16	1	1

A tabela 2 caracteriza a situação de moradia das puérperas entrevistadas. Destacamos 97% (92) residindo em casa, fato que descreve bem a estrutura arquitetônica das periferias de Fortaleza. A informação por parte de uma puérpera, no entanto, nos despertou para mais uma realidade dos grandes centros urbanos — a ausência de moradia, fenômeno tipicamente urbano, com características próprias, vinculadas à profunda desigualdade e exclusão social<sup>(9)</sup>.

Evidenciamos entre as entrevistadas, 66% moram em imóveis próprios, enquanto outras 27% (26) residem em imóveis alugados. Entre estes imóveis 97% são casas de alvenaria. A quantidade de cômodos é bem variada, de um a dez, sendo que 63% encontram-se entre três a cinco cômodos. Este número de cômodos, no entanto, torna-se insuficiente em alguns casos para abrigar a quantidade de moradores da residência, que nesta pesquisa teve como maior incidência de um a quatro moradores. Lembramos que não há possibilidade de identificar o tipo de construção e a situação da moradia da participante que não tem lar, sendo, portanto, considerada a opção “outro”; e quanto à quantidade de cômodos da moradia, consideramos como zero.

### **Sintomatologias de risco ao desenvolvimento de depressão pós-parto**

A aplicação da Escala de Edimburgo neste estudo registrou escores de zero a 26 pontos e tivemos como ponto de corte entre depressão e não-depressão o escore 13, que é capaz de indicar a presença de um episódio depressivo<sup>(8)</sup>.

A prevalência de depressão pós-parto no estudo foi de 24,2%. Observamos que este indicador se apresenta bem elevado se comparado com a maioria dos estudos brasileiros em que a prevalência média fica em torno dos 15 a 20%<sup>(3-5)</sup>.

Além dos dez questionamentos da Escala de Edimburgo, foi incluído o último questionamento, no qual indagamos se as puérperas pensaram em fazer

algum “mal” aos seus bebês. Como esperado, a maioria, 91% (86), respondeu que nenhuma vez pensou em fazer algum “mal” ao seu bebê, no entanto, 5% (5) afirmaram que sim, muitas vezes ultimamente, enquanto 2% (2), responderam que algumas vezes nos últimos dias, 2% (2) disseram que pouquíssimas vezes pensaram em machucar o bebê ultimamente.

Em 9% (9) das puérperas, em algum momento entre a gestação e o instante da aplicação desta pesquisa (um a dez dias após o parto) tiveram a intenção de fazer algum “mau” ao seu bebê. A interação mãe-bebê pode ser negativamente influenciada quando a mãe está deprimida, pois este estado pode repercutir negativamente no estabelecimento das primeiras interações com o bebê e em seu desenvolvimento social, cognitivo e afetivo<sup>(10)</sup>.

### **DISCUSSÃO**

Evidenciamos uma ocorrência de 19% (18) entre as entrevistadas, de acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) que considera adolescente a faixa etária de 10 a 19 anos.

A adolescência é caracterizada por um período vulnerabilidade física, psicológica e social, que sofre influências de sua cultura e sub-cultura, da família e dos companheiros, com complexas mudanças para o desenvolvimento do ser humano, constituindo um dos grupos mais sensíveis aos graves problemas na atualidade como fome, miséria, desnutrição, analfabetismo, prostituição, violência, abandono, desintegração familiar<sup>(11)</sup>.

A adolescência e a gravidez são etapas críticas e de transição durante o desenvolvimento da personalidade da mulher. Por essa razão, avaliamos quanto difícil se torna o período, quando essas duas fases coexistem. Portanto, acreditamos que a gravidez nessa fase da vida interfere significativamente na rotina das adolescentes, seja na sua relação familiar, seja na sua convivência escolar, e principalmente, nos conflitos de relacionamento no “eu” destas jovens.



Ante tais fatores, podemos inferir que a depressão nas adolescentes se torna um risco iminente. Essa condição envolve ainda o fato da imaturidade afetiva, do abandono precoce dos estudos, da separação repentina dos amigos e colegas de “curtição”, além da frustração nos relacionamentos amorosos com que elas se envolvem.

Quando somamos esses achados ao da renda familiar e identificamos que mais da metade das participantes 63% (60), sobrevivem com até um salário mínimo, estes dados tornam-se relevantes, visto que há evidências do efeito causal da educação sobre a depressão. Entendemos que a educação reduz significativamente o risco de depressão adulta, pois mulheres com escolaridade mais alta e melhor rendimento financeiro apresentam menor risco para depressão<sup>(12-13)</sup>.

Sabemos que a falta de apoio oferecido pelo parceiro e demais pessoas com quem a puérpera mantém relacionamento constitui fator que influencia consideravelmente na etiologia da depressão pós-parto<sup>(14)</sup>. Desta forma, outro aspecto que merece discussão diz respeito a situação conjugal das participantes do estudo, tanto no que se refere a condição de solteira ou “separada” como a de união consensual.

Esse tipo de união se caracteriza principalmente pela sua instabilidade, podendo ensejar conflitos conjugais constantes, os quais favorecem o aumento e a tendência a desenvolver práticas de cuidado ineficazes com o bebê, ou contribuem no desenvolvimento de sintomatologia depressiva da mãe<sup>(15-16)</sup>.

Também consideramos relevante discutir os achados sobre a situação de moradia das entrevistadas, com ênfase no achado de uma participante que não possuía residência. Concordamos que condições de moradia inadequadas contribuem para elevada prevalência de transtornos mentais na população brasileira<sup>(10)</sup>. Assim, podemos imaginar as inúmeras dificuldades que uma grávida, morando na rua, pode enfrentar, pois o cidadão em circunstância de rua não é visto como igual, nem como integrante da mesma espécie, apenas não é visto<sup>(17)</sup>.

Portanto, foi possível enumerar nessa investigação diversos fatores de ordem social e emocional que prejudicarão o desenvolvimento deste novo ser, como: ausência de moradia ou condições inadequadas, falta de estrutura, de alimentação, de recursos higiênicos, de acolhida familiar e outros.

Mesmo sabendo que a prevalência de depressão pós-parto evidenciada no estudo (24,2%) seja elevada, é importante salientar, que o uso da Escala não deve sobrepor a avaliação clínica, que deverá ser realizada para confirmar o diagnóstico.

No entanto, os achados a partir da Escala de Edimburgo são preocupantes já que os infanticídios e os suicídios apresentam-se entre as complicações mais graves decorrentes de transtornos puerperais. Ressaltamos ainda que a existência de transtornos psiquiátricos não só no puerpério, mas também na gestação, pode levar a outras consequências graves<sup>(5)</sup>.

## CONCLUSÕES

Ainda que a depressão pós-parto seja considerada enfermidade subdiagnosticada, os números encontrados nesse estudo revelam acentuado percentual de puérperas com suscetibilidade para desenvolver a depressão pós-parto.

Os principais fatores de risco encontrados foram: idade (19% eram adolescentes); baixa renda econômica, o que contribui para o aumento de conflitos entre os pais, produzindo um efeito direto no relacionamento destes com o bebê; baixa escolaridade, o que eleva significativamente o risco para depressão; a relação conjugal, prevalecendo a união consensual, caracterizada pela instabilidade na relação.

A alta prevalência de depressão pós-parto encontrada (24,2%) reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento. Dessa forma, a fim de prevenir complicações e construir um prognóstico satisfatório, cabe destacar a importância da identificação dos sintomas iniciais que desencadeiam o quadro patológico

no puerpério. Logo, quanto antes se detectar os fatores de risco, melhor assistência poderá ser oferecida à puérpera.

Para isso, no entanto, é necessária a preparação dos profissionais para abordar essas mulheres e identificar precocemente os riscos, de forma que estas possam ser encaminhadas para aconselhamento ou tratamento, evitando assim, o aparecimento ou aumento desse transtorno mental.

## REFERÊNCIAS

1. Duncan BB, Schimidt MI, Giugliani ERJ et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
2. Sieiro AA, Fadini AC. Modernidade e depressão: novos significados para essa relação. [monografia na Internet]. São Paulo: Universidade São Judas Tadeu; 2005 [citado 2007 set 18]. Disponível em: <http://www.bvs-psi.org.br/tcc/607.pdf>.
3. Zanotti DV, Saito KC, Rodrigues MD, Otani MAP. Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: A colaboração do enfermeiro psiquiatra. *Nursing*. 2003; 61(6):36-42.
4. Cruz EBS, Simões GL, Cury AF. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(4):181-8.
5. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilin A.; Gonsales BK, Braguittoni É, Rennó Júnior J. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiquiatr Clín*. 2006; 33(2):92-102.
6. Souza AR, Moraes LMP, Barroso MGT, Vieira NFC, Braga VAB. Estresse e ações de educação em saúde: Contexto da promoção da saúde mental no trabalho. *Rev Rene*. 2007; 8(2):26-34.
7. Fortaleza. Secretaria da Saúde. Vigilância Epidemiológica — [TABNET online]. [citado 2008 fev 18]. Disponível em: <<http://www.saudefortaleza.ce.gov.br/sms/vigilancia>>.
8. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatr*. 1987; 150:782-6.
9. Mendes J, Silveira S. Nas páginas dos periódicos: construção social e realidade do fenômeno morador de rua. *Textos & Contextos* [periódico na internet] 2005 [citado 2009 jul 9]; 4(4). Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/997/777>
10. Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: An estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med*. 1996; 26:211-22.
11. Davim RMB, Germano RM, Menezes RMV, Carlos DJD. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. *Rev Rene*. 2009; 10(2):131-40.
12. Schmiede S, Russo NE. Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. *BMJ*. 2005; 331(3):1303-4.
13. Chevalier A, Feinstein L. The causal effect of education on depression 2004 [citado 2008 Jun 1]. Disponível em: [www.tinbergen.nl/cost/cost/chevalier.pdf](http://www.tinbergen.nl/cost/cost/chevalier.pdf).
14. Schwengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud Psicol*. 2003; 8(3):403-11.
15. Brown SL. The effect of union type on psychological well-being: depression among cohabitators versus marrieds. *J Health Soc Behav*. 2000; 41(3):241-55.
16. Sotto-mayor IMB, Piccinini CA. Relacionamento conjugal e depressão materna. *Psico*. 2005; 36(2):135-48.
17. Mattos RM, Ferreira RE. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. *Psicol Soc*. 2004; 16(2):47-58.

**RECEBIDO:** 19/07/2010

**ACEITO:** 15/12/2010