FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ALÉM PARAÍBA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ARCHIMEDES THEODORO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DAYANA GABRI MARQUES

A IMPORTANCIA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Além Paraíba
2019

DAYANA GABRI MARQUES

A IMPORTANCIA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Monografia apresentada a Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, mantida pela Fundação Educacional de Além Paraíba–FEAP, como requisito parcial à aprovação no Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientadora: Profª Maria Laura Couto Fortes Araujo

Além Paraíba
2019

FICHA CATALOGRÁFICA

MARQUES, Dayana Gabri.

A importância do profissional enfermeiro na prevenção da Depressão Pós-Parto/MARQUES, Dayana Gabri, 2019.

Além Paraíba: FEAP/FAC SAÚDE ARTH, Graduação, 2019.

Monografia (Bacharel em Nutrição) – Fundação Educacional de Além Paraíba, FAC SAÚDE ARTCH, Além Paraíba, 2019.

Nº de Folhas: 31p

Professor da Disciplina: Mestre Douglas Pereira Senra

Orientação: Professora Maria Laura Couto FortesAraujo

Coordenador: Gleidson Roberto Santos Costa

I. Senra, Douglas Pereira (Prof. Da Disciplina).II. Araújo, Maria Laura Couto Fortes (Orient.). III. Fundação Educacional de Além Paraíba, Bacharel em Nutrição. IV. A importância do profissional enfermeiro na prevenção da Depressão Pós-Parto.

DAYANA GABRI MARQUES

A IMPORTANCIA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Monografia apresentada a Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, mantida pela Fundação Educacional de Além Paraíba–FEAP, como requisito parcial à aprovação no Trabalho de Conclusão de Curso.

BANCA EXAMINADORA:

_____
Profº: Douglas Pereira Senra (Prof. da Disciplina)

_____
Professora Maria Laura Couto Fortes Araujo(Orientadora)

_____
Convidado

_____
NOTA

APROVADA ☐ APROVADA COM RESTRIÇÕES ☐ REPROVADA ☐

_____
Professor Gleidson Roberto Santos Costa
COORDENADOR DO CURSO DE ENFERMAGEM

ALÉMPARAÍBA _____de _____ de 2019

MARQUES, Dayana Gabri.**A importancia do profissional enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto**. Além Paraíba-MG. Monografia (Bacharelado em Enfermagem), Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro. Fundação Educacional de Além Paraíba. Além Paraíba - 2019.

RESUMO

O tema do presente trabalho é sobre a importância do profissional enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto.O interesse pelo tema surgiu por ser a depressão pós-parto (DPP) uma síndrome em que o funcionamento comportamental, emocional, físico e cognitivo interfere na qualidade de vida da mulher. Durante a gravidez é possível observar muitas mudanças hormonais com altos picos, fazendo com que a mulher venha a apresentar mudanças drásticas de humor. O objetivo foi escrever sobre a importância do profissional enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto. Trata-se de uma pesquisa teórica onde foi feito um levantamento bibliográfico, dividido em dois capítulos. O primeiro abordou sobre Depressão Pós-Parto (DPP) e no segundo foi sobre a importância da enfermagem na prevenção da depressão pós-parto. Portanto, a presente pesquisa tem uma perspectiva de contribuir para aumentar os conhecimentos no que se refere o quanto é importante a realização da prevenção precoce da depressão pós-parto.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto. Prevenção da Depressão Pós-Parto. Assistência de Enfermagem.

MARQUES, Dayana Gabri**. A importância do profissional enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto**. Além Paraiba-MG. Monografia (Bacharelado em Enfermagem), Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro. Fundação Educacional de AlémParaíba. AlémParaíba – 2019.

ABSTRACT

The theme of the present paper is about the importance of the professional nurse in the prevention of postpartum depression. Interest in the topic arose because postpartum depression (PPD) is a syndrome in which behavioral, emotional, physical and cognitive functioning interferes with women's quality of life. During pregnancy it is possible to observe many hormonal changes with high peaks, causing the woman to experience drastic mood swings. The objective was to write about the importance of professional nurses in the prevention of postpartum depression. This is a theoretical research where a bibliographic survey was made, divided into two chapters. The first dealt with Postpartum Depression (PPD) and the second was about the importance of nursing in preventing postpartum depression. Therefore, the present research has the perspective of contributing to increase the knowledge regarding the importance of early prevention of postpartum depression.

Keywords: Postpartum Depression. Prevention of Postpartum Depression.Nursing care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DPP	Depressão Pós-Parto
EDPS	Edimburg Depression PostpartumScale
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDSS	Pospartum Depression Screening Scale
SCL-25	Hopkins Symptom CheckList
SRQ-20	Self-Report Questinnaire 20

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 06

2 JUSTIFICATIVA 08

3 OBJETIVOS 09
3.1 OBJETIVO GERAL 09
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 09

4 METODOLOGIA 10

5 REFERENCIAL TEÓRICO 11
5.1 DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP) 11
5.1.1 Fatores etiológicos da Depressão Pós-Parto (DPP) 15
5.1.2 Prevalência da Depressão Pós-Parto (DPP) 16
5.1.3 Diagnóstico da Depressão Pós-Parto (DPP) 17
5.1.4 As consequências ocasionadas pela Depressão Pós-Parto (DPP)..... 18

5.2 IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO..... 20
5.2.1 Ações do profissional em enfermagem na Prevenção da Depressão Pós-Parto 21

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 24

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 25

1 INTRODUÇÃO

O tema da presente pesquisa é sobre a importância do profissional enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto. O interesse pelo tema surgiu por ser a Depressão Pós-Parto (DPP) uma síndrome em que o funcionamento comportamental, emocional, físico e cognitivo interfere na qualidade de vida da mulher. E por ser pouco enfatizada pelas ações de promoção a saúde, não dando importância necessária ao estado psicológico dessa gestante e depois dessa puérpera.

A importância do tema consiste em reconhecer que a Depressão Pós Parto ou depressão puerperal é um transtorno mental de alta prevalência e que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas e que se iniciam de maneira insidiosa, levando até semanas após o parto. Portanto, cabe ao profissional de enfermagem um papel importante como, observar os sinais e sintomas durante as consultas para que se possam ter condutas adequadas, e também, observar a família, se está apoiando e ajudando a mãe a se adaptar nessa importante fase de transição.

Muitas mulheres sentem-se confusas e tristes e essa confusão faz com que o sentimento de culpa as atinja. Durante a gravidez é possível observar muitas mudanças hormonais com altos picos, fazendo com que a mulher venha a apresentar mudanças drásticas de humor. Após a gravidez, os sintomas se apresentam em sua forma mais forte nas duas primeiras semanas após o parto, por causa de mudanças que ocorre com o nascimento do bebê já que o mesmo necessita de atenção dia e noite, e, isso pode levar a mulher apresentar alta irritabilidade, transtornos de sono e momentos de choro, mais conhecido como Depressão Pós-Parto (DPP). Diante disto pergunta-se, qual a importância do profissional enfermeiro na prevenção da Depressão Pós-Parto (DPP)?

É de grande importância o acompanhamento realizado pelo profissional de enfermagem à gestante neste período da vida. O profissional enfermeiro possui habilidades e conhecimentos para disponibilizar de estratégias que serão eficientes para as ações de promoção da saúde e também de prevenção de agravos ocasionados pela depressão. Para tal, o profissional promoverá ações de educação em saúde englobando a família e a mulher, visando atividades de vida diária, proporcionando uma melhora no autocuidado, cuidados com o recém- nascido, propiciando o bem-estar geral.

É muito importante a realização da prevenção precoce da depressão. Essa prevenção pode ser realizada através de intervenções conjuntas durante a gravidez, e assim minimizar o

risco das mães desenvolverem Depressão Pós-Parto (DPP) e prevenindo os graves problemas pessoais e familiares decorrentes desta síndrome.

A depressão pós-parto trata-se então, de um quadro depressivo com uma alta incidência e que pode trazer consequências tanto para as mães como para as crianças.

2 JUSTIFICATIVA

Ao contrário do que muitos pensam, nem sempre a gravidez é um período de alegria para todas as mulheres. Pois, muitas pessoas, não percebem que existem muitos casos de Depressão Pós-Parto (DPP), e que esta situação pode ocorrer até mesmo com as mulheres que sonhavam em ter filhos.

Na Depressão Pós-Parto (DPP), o humor deprimido da paciente é caracterizado por muito desânimo e sofrimento intenso, acrescido de muita tristeza e angústia persistente e não desaparecem espontaneamente somente com ajuda profissional.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever sobre a importância do profissional enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conceituar a depressão pós-parto;
- Refletir sobre as consequências, formas de prevenção e a atuação do profissional enfermeiro na depressão pós-parto.

4 METODOLOGIA

O método adotado foi à revisão da literatura. Foram consultadas as bases de dados bibliográficos Scielo, Google Acadêmico, revistas científicas, artigos, dissertações, teses, sites da internet. A busca foi realizada a partir dos descritores depressão pós-parto, prevenção da depressão pós-parto, assistência de enfermagem.

Segundo Cervo, Bervian e Silva (2007), a pesquisa bibliográfica "constitui o procedimento básico para os estudos monográficos, pelos quais se busca o domínio do estado da arte sobre determinado tema".

Por se tratar de um trabalho descritivo, o método aqui utilizado foi de uma pesquisa bibliográfica sustentada em análise de livros e artigos já publicados sobre o assunto.

.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP)

A depressão é conhecida como um dos Transtornos do Humor e apresenta como característica a lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo e/ou irritável, redução da energia (desânimo, cansaço fácil). Pode apresentar também incapacidade parcial ou total de sentir alegria e/ou prazer, desinteresse, apatia ou agitação psicomotora, bem como dificuldade de concentração, pensamentos de cunho negativo, com perda da capacidade de planejar o futuro e alteração do juízo da realidade (DEL PORTO, 2000).

De acordo com Melo (1999) os sintomas da depressão podem ser com duração variada ou com intensidades diferentes. Os de duração variada são: episódios únicos, recorrentes, crônicos ou breves e os com intensidades diferentes são: comprometimento no funcionamento do dia-a-dia de forma leve, moderada ou grave.

Segundo Nogueira (2003) muitas pessoas confundem depressão com tristeza, com luto ou mesmo como uma fase ruim, e a atribuem às dificuldades cotidianas ou mesmo ao estresse. A depressão aparece como resposta a situações reais, devido a uma reação vivencial depressiva ocasionada por fatos que sejam desagradáveis, aborrecedores e que, cause frustrações e perdas. Trata-se, neste caso, de uma resposta a conflitos íntimos e determinados por fatores vivenciais (NOGUEIRA, 2003).

Menezes (2000) esclarece que há uma estimativa relacionada a frequência da depressão que de 15% a 25% da população geral sofre deste transtorno, ou seja, que de cada quatro pessoas, uma irá tratamento desse transtorno, pelo menos alguma vez na vida.

A Depressão é um problema que atinge pessoas ambos os sexos,de todas as raças etnias, idades e de todas as condições sociais, porém as mulheres estão no grupo das mais vulneráveis na proporção de duas mulheres a três cada homem. No Brasil, aproximadamente 24 a 30 milhões de pessoas apresentam, apresentaram ou virão a ter pelo menos um episódio depressivo ao longo da vida (NOGUEIRA, 2003; SOUZA; GUIMARÃES; BALLONE, 2004).

A depressão pós-parto é encontrada nas literaturas como sendo um distúrbio psicológico relativamente frequente nas gestantes e puérperas, pois é considerado um período de grande instabilidade emocional elas (AMORIM, 2010).

Conhecida como um transtorno psiquiátrico, a Depressão Pós-Parto (DPP) apresenta várias repercussões negativas sobre a paciente, a criança e as relações familiares. Esse

transtorno pode durar vários anos, e pode está relacionado com o aumento de risco de outros quadros depressivos recorrentes. O impacto sobre a criança também é significativo, pois a doença limita a habilidade da mãe de responder à demanda envolvida nos cuidados e sua capacidade de engajamento positivo e contato emocional com o bebê (ESPER; FURTADO, 2010).

A Depressão Pós-Parto (DPP) se caracteriza por meio de um sofrimento excessivo e profundo apresentando graves e instáveis alterações de humor, se tornando mais preocupante e persistente do que o Blues (tristeza) pós-parto (LOWDERMILK et al, 2012).

Segundo Morais (2015) não existe ainda um entendimento entre os autores, a respeito da duração do período que se considera como Depressão Pós-Parto (DPP). Alguns estudos mostram que a doença inicia logo após o nascimento do bebê e; outros definem como Depressão Pós-Parto (DPP) os episódios depressivos que se iniciam a partir de duas semanas até três meses após o parto.

É muito importante esclarecer também que, as doenças psiquiátricas do pós-parto foram reconhecidas como transtorno específico há pouco tempo e, por isso, são pouco pesquisadas e de pouco conhecimento. A Depressão Pós-Parto é uma doença grave que tem atingido as puérperas e vem se mostrando importante pela morbidade e frequência entre essas mulheres, e que tem sido considerada mundialmente como importante problema de saúde pública (GUEDES et al., 2011; MORAES et al., 2006).

De acordo com Guedes et al. (2011)cerca de 30% das mulheres têm dificuldades de se adaptar no pós-parto e que aproximadamente uma, em cada 10 mulheres, apresenta sintomas de depressão na gestação ou no pós-parto.

Segundo Tolentino; Maximino e Souto (2016) a Depressão Pós-Parto (DPP) apresenta na vida feminina, o mesmo quadro clínico característico da depressão, porém, com uma particularidade relacionada à maternidade em si e ao desempenho do papel de mãe, em que esta, apresenta sentimentos negativos, desinteresse pelo bebê e culpabilidade por não conseguir cuidar dele. Estes sentimentos são frequentes e podem resultar em um desenvolvimento insatisfatório da interação mãe-bebê.

O afastamento ou separação da criança pela necessidade de ser cuidada por outra pessoa pode dificultar ainda mais o estabelecimento de vínculos afetivos e fortalecer a sensação de inadequação materna (JOSEFSSON et al., 2001).

O período inicial da Depressão Pós-Parto (DPP) comumente se encontra a quarta e oitava semana após o parto, podendo ocorrer algumas vezes mais tarde, mas sempre dentro do

primeiro ano, e pode persistir por mais de um ano (TOLENTINO; MAXIMINO; SOUTO, 2016).

Autin (2004) esclarece que em estudos realizados recentemente sobre saúde mental em relação com parto, trouxeram um novo conceito sobre a Depressão Pós-Parto (DPP), por considerá-la um espectro de transtornos depressivos e ansiosos que aparecerem no período perinatal. Este novo conceito está associado ao crescente reconhecimento da necessidade de prevenção e intervenção precoce nesse período.

Os sintomas da Depressão Pós-Parto (DPP) incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, alterações alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações e queixas psicossomáticas. Uma mãe com depressão pós-parto pode apresentar também sintomas como cefaléia, dores nas costas, erupções vaginais e dor abdominal, sem causa orgânica aparente (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000).

De acordo com Camacho et al. (2006) a Depressão Pós-Parto (DPP) é uma síndrome em que o funcionamento comportamental, emocional, físico e cognitivo interfere na qualidade de vida da mulher.

Existem três tipos de depressão: 1) baby blues conhecida como a forma mais branda da depressão pós-parto; 2) a depressão puerperal e 3)psicose puerperal (depressão grave),a depressão caracterizada por delírios, alucinações, transtornos cognitivos, hiperatividade, ideação de suicídio e/ou infanticídio conhecida como psicoses puerperais (CAMACHO et al., 2006).

> A primeira manifestação da Depressão Pós-Parto (DPP) é conhecida como baby blues (tristeza materna) que é um tipo de depressão que pode ser identificada em até 85% das mulheres após o parto. Sendo a "labilidade emocional, choro fácil, ansiedade, insônia, irritabilidade e sentimentos de inadequação umas das reações emocionais relatadas pelas novas mães, começando geralmente nos primeiros dias do parto e desaparecendo de forma espontânea em até duas semanas" (TESS; DIAS, 2011, p. 1731).

Basicamente, o baby blues é causado pelas mudanças hormonais que ocorrem no corpo na mulher no período imediato após o parto, considerando a queda imediata e significativa dos níveis de hormônios como o estrógeno e a progesterona (HARVEY, 2002).

Segundo Moreno; Demétrio; Moreno (2011) a depressão baby blues um quadro transitório e benigno que ocorre nos primeiros 7 a 10 dias após o parto.

Oliveira (2006, p. 115) descreve que a depressão baby blues, por ser a forma mais leve dentre os quadros de depressão pós-parto, por ser considerada transitória e não necessitar de

um tratamento específico, visto que “algum grau de confusão, medo e introspecção é inteiramente apropriado às novas condições de vida de uma recém-mamãe” (OLIVEIRA, 2006, p.115).

Para Tess e Dias (2011) o estágio de baby blues pode ser considerado como um começo de uma depressão mais grave futuramente, evoluindo para estágios mais preocupantes em virtude de sintomas persistentes e com duração de mais de duas semanas.

A segunda de manifestação da Depressão Pós-Parto (DPP) é a depressão puerperal, que se desenvolvem nas primeiras quatro semanas após o parto, via de regra,aquela que pare pela primeira vez; que tem o primeiro parto, mas frequentemente a depressão teve início durante a gestação. Fatores psicossociais desempenham um papel importante e devem ser endereçados. Os sintomas requerem tratamento medicamentoso, caso comprometam os cuidados maternos (MORENO; DEMÉTRIO; MORENO, 2011, p.703).

Para Moreno; Demétrio e Moreno (2011)a depressão puerperal é, de fato, a Depressão Pós-Parto (DPP) identificada clinicamente, e atingindo de 10 a 15% das mulheres em estágio puerperal. Dentre as mulheres com histórico de depressão, este índice se eleva a aproximadamente 25%.

A Depressão Pós-Parto (DPP) é uma síndrome em que o funcionamento comportamental, emocional, físico e cognitivo interfere na qualidade de vida da mulher (CAMACHO et al., 2006). E o autor esclarece ainda que, durante a gestação, há a liberação em larga escala de hormônios como o estrogênio e a progesterona, que atuam na manutenção do feto e podem interferir na emissão de neurotransmissores. Depois do nascimento, os níveis hormonais despencam, fazendo com que haja um desequilíbrio no organismo. Essa condição pode causar o descontrole emocional e a sensação de melancolia.

A terceira manifestação da DPP é a psicose puerperal, que conforme Moreno; Demétrio e Moreno (2011) esta condição é um raro transtorno bipolar, atingindo severa gravidade em mais de 90% dos casos diagnosticados.

> Psicose puerperal é uma emergência psiquiátrica. Caracteriza-se por quadros graves, de início precoce, com instalação nas primeiras três semanas após o parto, em geral, entre as primeiras 48 e 72 horas. Estão presentes em 0,1 a 0,2% das parturientes. Os sintomas prodômicos são inquietação, irritabilidade e alteração do sono, que evoluem rapidamente para um quadro psicótico caracterizado por humor depressivo ou eufórico, comportamento desorganizado, labilidade emocional, delírios e alucinações. Também são frequentes quadros confessionais, como o delirium (TESS; DIAS, 2011, p.1733).

Outros sintomas da psicose puerperal (depressão grave) apresentados por Camacho et al. (2006) são: delírios, alucinações, transtornos cognitivos, hiperatividade, ideação de suicídio e/ou infanticídio conhecida como psicoses puerperais, desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, temor de machucar o filho, redução do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas.

Tess e Dias (2011) afirmam que a psicose puerperal necessita de cuidados imediatos, uma vez que a ausência de tratamento pode colocar a mãe e o bebê em risco (estima-se uma taxa de infanticídio de 4%). E esclarece ainda que o tratamento da psicose puerperal precisa e deve ser sempre realizado em ambiente hospitalar.

5.1.1 Fatores etiológicos da Depressão Pós-Parto (DPP)

A etiologia da depressão pós-parto (DPP) é multifatorial e inclui fatores biológicos, psicológicos e sociais, podendo ocorrer até um ano após o parto (MORAES et al., 2006).

De acordo com Schmidt; Piccoloto e Miller (2005) a literatura esclarece que existem diversos fatores associados à etiologia da depressão pós-parto, dentre eles é possível citar os fatores relacionados ao bebê como prematuridade, intercorrências neonatais e malformações congênitas; fatores socioculturais, como morte de familiares, decepções na vida pessoal ou profissional, retomada de atividade profissional e situação social de solidão. E também fatores físicos da mãe, como modificações hormonais; além de fatores psicopatológicos prévios.

Para Beck (2002) são identificados recentemente quatro fatores: baixa auto-estima, problemas na situação conjugal e socioeconômica, além de gravidez não planejada ou não desejada.

Steiner; Dunne e Born (2003) esclarecem que o conhecimento atual propõe que algumas mulheres apresentam uma percepção especial a alterações hormonais, já no começo da menarca, aumentando assim sua vulnerabilidade aos estressores psicológicos, ambientais e fisiológicos durante a menacme; que é o período fértil da mulher, que vai da primeira menstruação (menarca) à última menstruação (menopausa). Em mulheres sujeitas a esses estressores provocam a alteração de um estado já suscetível para a manifestação de um transtorno do humor especificamente feminino em momentos de altas flutuações hormonais, tais como no parto.

5.1.2 Prevalência da Depressão Pós-Parto (DPP)

A prevalência da Depressão Pós-Parto (DPP) varia muito na literatura. Essas variações ocorrem possivelmente,devido o uso de critérios de diagnósticos e métodos distintos, assim como as diferenças econômicas e culturais entre os diversos grupos estudados. A variação da prevalência chega a valores entre 5,92-27,5%, ficando a média entre 10-15% das mulheres no pós-parto sendo relativamente maior nos países de baixa renda (GUEDES et al., 2011). Também a Depressão Pós-Parto (DPP) apresenta uma tendência a aumentar em casos de gestação de alto risco (CRUZ; SIMÕES; CURY, 2005; PEREIRA; LOVISI, 2008).

Segundo Guedes et al. (2011), a prevalência de Depressão Pós-Parto (DPP) é de 10-15%, com estudos apontando para 22%. Já o risco de recorrência é de 50% e aproxima-se dos 100% em mulheres com histórico de transtorno de humor e Depressão Pós-Parto (DPP) prévios.

Zinga; Phillips e Born (2005) relatam uma estimativa de 25 a 35% de mulheres com sintomas depressivos na gravidez e que até 20% das mulheres podem preencher os critérios para depressão.

De acordo com Evans (2001) os índices de sintomas depressivos são mais altos durante o terceiro trimestre do que seis meses após o parto. Os pesquisadores encontraram um pico na depressão no primeiro trimestre da gravidez, uma melhoria dos sintomas durante o segundo trimeste e um aumento do índice de depressão durante o terceiro trimestre.

Evidências crescentes na literatura demonstram que os transtornos psiquiátricos durante a gravidez são subdetectados e subtratados na prática clínica (ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005).

Segundo Gjerdingen et al. (2009) 8 de cada 10 mulheres estão propensas em apresentar a melancolia da maternidade (postpartum blues), que é um transtorno transitório do humor especificamente marcado por fragilidade do humor, momentos de choro, irritabilidade e transtorno do sono, podendo perdurar cerca de duas semanas após o parto.

Para Azevedo; Arrais (2006) em algumas mulheres, os sintomas depressivos não se resolvem e persistem, levando à Depressão Pós-Parto (DPP).

Enfim, de acordo com Pereira e Lovisi (2008) foi identificada em estudos epidemiológicos uma variação da prevalência de Depressão Pós-Parto (DPP) entre 10 e 20%. E Aproximadamente um em cada 1.000 partos é seguido de um episódio psicótico (SILVA; BOTTI, 2005).

5.1.3 Diagnóstico da Depressão Pós-Parto (DPP)

A Depressão Pós-Parto (DPP) é muito difícil de ser diagnosticada e não há, segundo a Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-10), um consenso final para o próprio diagnóstico, a etiologia e o tratamento. Segundo os critérios do DSM-IV (transtornomental), para que um quadro depressivo seja caracterizado como pós-parto, deve ocorrer nas primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê, já de acordo com o CID-10 a Depressão Pós-Parto (DPP) ocorre até seis semanas após o parto (COSTA, 2013).

De acordo com Costa (2013) não existem parâmetros fisiológicos para avaliar as manifestações clínicas da Depressão Pós-Parto (DPP). Porém, escalas de avaliação psicométricas podem ser utilizadas para mensurar e caracterizar os sintomas, mesmo não podendo ser consideradas como critério de diagnóstico.

Para Schardosim e Heldt (2011) existem diversas escalas de rastreamento de depressão geral, validadas e publicadas em diversos idiomas, são elas: as de autoavaliação, as aplicadas por observadores, as de avaliação global e as mistas

As escalas de autoavaliação apresentam vantagens de uso em pacientes com transtorno de humor, pois estes pacientes estão em posição única de fornecer dados sobre seus sentimentos e seu humor. Quanto as desvantagens estão incluídas a dificuldade em analisar a confiabilidade, além do fato de que a sua utilização requer um grau mínimo de escolaridade e cooperação dos respondentes. Os pacientes que apresentam patologias graves podem não se concentrar o suficiente para responder as questões (SCHARDOSIM; HELDT, 2011).

De acordo com Schardosim e Heldt (2011) no que se refere a estudos sobre Depressão Pós-Parto (DPP) estes têm sido utilizados em escalas que variam no número de perguntas e nas categorias de sintomas abordados. Essas escalas são as seguintes:

> **1- Edimburg Depression Postpartum Scale (EDPS)**- essa é a escala mais utilizada para realizar o rastreamento de sintomas depressivos que se manifestam no pós-parto.É uma escala auto-aplicável, constando de 10 itens, divididos em quatro graduações (0 a 3). Medea presença e a intensidade de sintomas depressivos sentidos nos últimos sete dias. Sua aplicação é rápida e simples e pode ser utilizada por profissionais da área de saúde não médicos (MENEZES et al, 2012).
>
> **2- Pospartum Depression Screening Scale (PDSS)**- essa escala realizada por meio de um questionário de autorelato composto por 35 itens que avaliam 7 dimensões: dormir/comer; distúrbios ansiedade/insegurança; instabilidade emocional cognitiva, perda de auto-culpa,/ vergonha, e temor de prejudicar o outro (CHAUDRON et al., 2010).
>
> **3- Hopkins Symptom CheckList (SCL-25)**- essa é uma escala amplamente utilizada como instrumento de rastreamento para obter informações sobre sintomas

de ansiedade e depressão em pacientes clínicos, doentes e na população normal. O questionário é breve, usa linguagem simples e pode ser auto-administrado por pacientes alfabetizados e bem compreendido por pessoas de todos os níveis de escolaridade. É dividida em 10 itens sobre ansiedade e 13 itens sobre depressão (HALEPOTA; WASIF, 2001).

4- Self-Report Questinnaire 20 (SRQ-20)- é composto, originalmente, por 30 questões, sendo 20 sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não-psicóticos, 4 para rastreamento de transtornos psicóticos, 1 para rastreamento de convulsões do tipo tônico-clônica e 5 questões para rastreamento de transtorno por uso de álcool. O SRQ está recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para estudos comunitários e em atenção básica à saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, devido ser de fácil uso e custo reduzido. É considerado um instrumento de rastreamento e não de diagnóstico (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

5.1.4 As Consequências Ocasionadas pela Depressão Pós-Parto (DPP)

A Depressão Pós-Parto (DPP) refere-se então, a quadro depressivo de alta ocorrência podendo trazer consequências tanto para as mães como para as crianças. Diversos países já reconheceram a depressão pós-parto como um problema de grande importância por afetar a população feminina, e diante disso como uma maneira de intervir por esse problema, foi criada organizações para esclarecer e orientar as mulheres sobre essa doença (SILVA; BOTI, 1998).

São inúmeras as consequências desse distúrbio, a Depressão Pós-Parto (DPP), dentre elas a mãe deixa de ter contato com seu filho, passando menos tempo com ele, tornando a criança a pessoa mais afetada, com tendência à irritação, ansiedade e até mesmo a depressão. Durante o desenvolvimento da criança, filhos de mães deprimidas tendem a mostrar menos expressão de afeto positivo e algumas das mães tendem a ser mais intrusivas, enquanto outras se apresentam menos envolvidas ao cuidar e brincar com seus filhos (SCHMIDT; PICCOLOTO; MILLER, 2005). Segundo Simão (2004), dentre as consequências existe uma chance três vezes maior de a mulher desenvolver outro episódio de Depressão Pós-Parto (DPP) em sua segunda gravidez.

De acordo com Godfroid (1997); Chaudron e Pies (2003) as consequências da Depressão Pós-Parto (DPP), são divididas em precoces e tardias. As consequências precoces são: suicídio e/ou infanticídio (0,2%dos casos), negligências na alimentação do bebê, bebê irritável, vômitos do bebê, morte súbita do bebê, machucados “acidentais” no bebê, depressão do conjugue e divórcio; já as tardias seriam: criança mal tratada, desenvolvimento cognitivo inferior, retardo na aquisição da linguagem, distúrbio do comportamento e psicopatologias no futuro adulto. Desta forma, as repercussões de uma depressão pós-parto são múltiplas.

A mulher que está sofrendo da síndrome Depressão Pós-Parto (DPP) corre o risco de suicídio, como em qualquer outra situação depressiva; as relações interpessoais são perturbadas; o casal - se for o caso - também sofre, o que pode provocar uma ruptura e, por fim, as interações precoces mãe-bebê são alteradas, comprometendo o prognóstico cognitivo comportamental do bebê (STOWE; NEMEROFF, 1995; CHAUDRON; PIES, 2003).

Segundo Deziderio e Milani (2013) as consequências da Depressão Pós-Parto (DPP) na vida da mulher podem se apresentar de diversas maneiras tais como, no comprometimento emocional e afetivo que é evidente, no enfraquecimento da relação da mãe com o seu bebê, pode ocorrer também desestruturação da relação matrimonial. A doença pode afetar a mulher também com infarto agudo do miocárdio, diabete e acidente vascular cerebral e a intensificação do estresse.

Winnicott (1982) afirma que como consequência também pode acontecer da mãe não se entusiasmar com a ideia de ter seus planos e interesses interrompidos caso haja uma gravidez indesejada.

Segundo Teixeira et al. (2015) é possível que no pós-parto, a mulher apresente maior risco para problemas de ordem física, mental e social. Esses problemas podem também atingir a família e a criança, através de dores/incômodos; medos/preocupações; percalços sexuais; redução da autoestima e do cuidado pessoal; dificuldades interacionais com familiares e/ou com o filho; depressão; dentre outros problemas.

Martinez et al., (2016) afirmam que afirmam que durante o pós-parto, depressão pós-parto (DPP) é a condição psiquiátrica mais comum, e mais que é um problema de saúde pública de escala mundial.

Para Brito et al. (2015) muitas são os fatores que ocasionam a depressão pós-parto (DPP) comprometendo a relação entre mãe e filho como: histórico de depressão, transtorno mental, ansiedade ou problemas emocionais na gravidez, eventos estressantes, apoio social ou financeiro ausente ou insuficiente.

5.2 IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS PARTO

De acordo com Ricci (2015) é preciso que o enfermeiro esteja sempre em alerta, observando a gestante durante o pré-natal e ajudando a identificar quaisquer problemas que levam a Depressão Pós-Parto (DPP). Deve realizar a avaliação as atividades da gestante, o sono, a nutrição, perda de peso até os níveis de ansiedade.

É muito importante que o enfermeiro dê apoio emocional para a gestante, encorajando a verbalizar o que está passando e incentivando a necessidade em ter um bom sono, livres de insônia, uma boa nutrição e realização de atividade física (RICCI, 2015).

Diante disto, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento acerca da etiologia e os sinais associados a Depressão Pós-Parto (DPP), para que possa tomar medidas preventivas contra a doença. Deve promover saúde mental da gestante em modo geral, por ter o enfermeiro que executar com qualidade e dedicação o pré-natal (SILVA; BOTTI, 2005; TOLENTINO et al., 2016).

Ribeiro e Andrade (2009) relatam que a participação do profissional de enfermagem no pré-natal auxilia na identificação dos sintomas, reconhecendo os sinais. A confiança adquirida entre a família e o profissional dá muita segurança a mãe nas atividades maternas, ajudando a diminuir a intensidade da Depressão Pós-Parto (DPP).

> O pré-natal serve para detectar e intervir precocemente as situações de riscos da gestante, garantido uma qualidade na assistência durante o parto. Permite que o recém-nascido seja saudável sem impactos na a saúde materna, assegurada no desenvolvimento gestacional. Por isso, toda gestante possui instrumento de registro que é o cartão da gestante que recebe no primeiro dia da consulta, onde deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, sendo importante para a referência e contra-referência e deverá ficar sempre com a gestante (BRASIL, 2013).

Para que ocorra uma assistência de qualidade, esta deve iniciar-se com acolhimento. Pois o acolhimento é um dos principais instrumentos para assegurar uma gestação até o final e o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno. Este é um aspecto essencial da política de humanização que implica o profissional de enfermagem ter uma postura ética. Isto faz com que as ações sejam integradas como promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, em todos os instantes da atenção acontecendo desde o pré-natal, parto e o puerpério (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

> O pré-natal representa a oportunidade de assistência contínua à saúde, sobretudo nas mulheres de baixa condição socioeconômica. Sua importância pode ser reforçada porque se constitui num momento de intenso aprendizado, por estimular a compreensão da mulher e do companheiro em relação às modificações e dificuldades no transcurso da gravidez e do puerpério, bem como emoções e sentimentos provenientes destes períodos, ou seja, somando esforços na prevenção e no tratamento da Depressão Pós-Parto (DPP) que irão traduzir no exercício materno saudável e essencial ao desenvolvimento humano (VALENÇA, GERMANO, 2010).

Desse modo, cabe ao enfermeiro verificar as mínimas alterações seja no humor ou na integridade física das gestantes, ficando atento a possíveis problemas futuros e, pois assim irá

garantir a detecção e prevenção precoce dos transtornos psíquicos puerperais, no caso, a Depressão Pós-Parto (DPP) (SOUZA, 2018).

Para Souza (2018) é essencial que os profissionais da saúde tenham conhecimento da Depressão Pós-Parto (DPP), por terem a função de prestar cuidados diretos às gestantes e seus familiares. Assim, é imprescindível que saibam identificar a instabilidade emocional para que as direcionem as ações de cuidados, no sentido de ajudá-las a enfrentarem e superarem as dificuldades encontradas neste momento de transição do ciclo vital.

Reuniões em grupos fazem muito bem e trazem um resultado satisfatório para as gestantes, pois as auxilia na compreensão, a atenção e o interesse, juntamente com os familiares. As trocas de experiências e conhecimentos são consideradas como uma boa maneira de ajudar na promoção e compreensão do processo de gestação. Passando a ter uma intervenção humanizada e harmônica entre suas duvidas, contando com o apoio do grupo juntamente com os profissionais da saúde (ALBUQUERQUE et al., 2008).

O enfermeiro é integrante da equipe que realiza as ações de forma particular no pré-natal, portanto, é muito importante que ele seja capaz de identificar fatores ou condições que tenham relação aos riscos e agravos à saúde da mulher, especialmente, na Depressão Pós-Parto (DPP). Assim, é uma pratica muito importante para que os trabalhadores em saúde atuem. É importante também que os profissionais enfermeiros atuem prestando cuidados aos sujeitos com transtornos psíquicos, priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua (VALENÇA; GERMANO, 2010).

5.2.1 O profissional em enfermagem e suas ações na prevenção da Depressão Pós-Parto

De acordo com Coutinho e Saraiva (2008) e Silva-Guedes et al. (2003) a atuação preventiva das equipes multidisciplinares durante a gestação proporciona a nova mamãe o apoio de que tanto necessita para poder enfrentar os possíveis episódios de depressão. É importante permitir que a gestante possa expressar seus temores, queixas e ansiedades, e diante dessa situação o profissional de enfermagem poder proporcionar assistência e orientação durante o acompanhamento do pré-natal, pois o atendimento precoce representa prevenção, ao qual traz grandes repercussões futuras.

A partir do momento em que a gestante chega na unidade de saúde e comece a realizar consultas pré-natais, inicia um vínculo e também a confiança entre a gestante e a equipe de saúde. A tecnologia e os avanços científicos no contexto da gestação têm proporcionado aos profissionais da saúde o atendimento mais humanizado a mulher (BRASIL, 2001b).

Para Brasil (2001a) os profissionais de saúde estão bem capacitados para o atendimento a mulher em todo o ciclo de sua vida, proporcionando a promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde.

Silva e Botti (2005) salientam que os profissionais de saúde precisam e devem ter vários tipos de conhecimentos para poderem atuar em diversas áreas da saúde, considerando o indivíduo como um todo.

Segundo Borges (2001) toda a equipe de enfermagem precisa estabelecer um relacionamento de confiança com a paciente, e também prestar atenção em seu comportamento, prestar cuidados específicos, caso ela esteja deprimida; estimular e oferecer atividades construtivas; observar e ouvir atentamente indícios de ideia suicida; e estimular os cuidados pessoais como higiene, vestuário e alimentação.

Azevedo e Arrais (2006) e Maldonado (2002) descrevem que no período no pré-natal, são imprescindíveis, as reuniões de grupos com as gestantes, e estas devem ser realizadas por profissionais da saúde. Nessas reuniões de grupo as gestantes relatam e compartilham suas vivências, com o intuito de aliviar os sentimentos de culpa, diminuir a insegurança, o sentimento de inferioridade e as expectativas sobre o bebê, ajudando na compreensão sobre o período que está passando, esclarecendo todas suas dúvidas.

A equipe de saúde precisa monitorar todo o período de gestação, e estar sepre focado no atendimento mais humanizado, pois, assim auxiliará um vínculo maior na relação mãe e filho, o que irá contribuir, e ajudar na prevenção, no diagnóstico, e no tratamento da depressão pós-parto (GONÇALES; MACHADO; 2008).

Para Gonçalves e Machado (2008) é preciso ter muito conhecimento das necessidades da gestante, bem como seus planos e projetos, compreendendo a singularidade de cada pessoa.

Silva-Guedes et al. (2003) acreditam que os enfermeiros ao perceberem qualquer diferença ou alteração psíquica na paciente gestante, necessita comunicar a família deixando-as ciente do que está acontecendo. Ressaltam, também, que o trabalho em equipe dos profissionais de saúde muito contribui para que a paciente se sinta acolhida e confiante para expressar seus sentimentos. E, assim, serão capazes de proporcionar uma melhor superação das dificuldades da depressão pós-parto (DPP) tanto pela paciente, quanto pelos familiares.

O profissional de enfermagem é o facilitador e colaborador para que a mulher desenvolva habilidades para desempenhar o autocuidado e transformar a sua condição de saúde. A intervenção pode ser estruturada a partir de consultas de enfermagem, visitas domiciliares, grupos educativos e ações na comunidade (BRASIL, 2001b).

O acompanhante da puérpera é muito importante e fundamental para que a interação seja mais eficaz na tentativa de buscar algum relato de dificuldade que a mesma tenha omitido e que a enfermagem não tenha observado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão pós-parto é um problema de saúde que pode ser detectado precocemente, ainda na gestação, sendo de fundamental importância uma assistência de pré-natal qualificada com estratégias para prevenção da mesma.

Realizar consulta de enfermagem é muito importante durante o período gestacional e no puerpério, pois através do pré-natal, o profissional enfermeiro manterá um contato contínuo com a gestante e durante este período ele deverá ter sensibilidade para compreender a gestante, bem como ouvir e manter sempre um diálogo com ela, porque assim irá conhecer seus medos frente à maternidade, podendo ajudá-la a enfrentá-los.

Assim, para que a assistência de enfermagem seja prestada de forma positiva, é muito importante e necessário que o profissional enfermeiro saiba reconhecer os sinais clínicos relacionados à Depressão Pós-Parto (DPP), isso poderá contribuir para a realização de um diagnóstico precoce e felizmente para uma rápida recuperação da puérpera.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, A. P. A. et al. **Ações educativas de enfermeiros, médicos e agentes comunitários em unidades de saúde da família**. Revista de Enfermagem UFPE, v. 2, n. 1, p. 28-35, 2008.

AMORIM, S. P. T. 2010. 106 f. **Tristeza Pós-Parto a Importância do Diagnóstico Precoce**. Monografia (Conclusão de Curso)-Curso de enfermagem, Faculdade Fernando Pessoa. Ponte Lima, 2010.

AUSTIN, M. P. **Antenatal screening and early intervention for perinatal distress, depression and anxiety**: Where to from here? Archive of Woman Mental Health., v. 7, n. 1, p. 1-6, 2004.

AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. **O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto**. Psicol. Reflexão Crítica., v. 19, n. 2, p. 269-76, 2006.

BECK, C. T. **Revision of the postpartum depression predictors inventory**. Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nursing, v.31, n. 4, p. 394-402, 2002.

BORGES, T. M. **Manual de enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, p. 122, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-Natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Como ajudar as mães a amamentar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_13.pdf>. Acesso setembro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, p. 163, 2005.

_____. **Ministério da Saúde, Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde.** Departamento de Ações Programáticas Estratégias – Brasília, 2006.

BRITO, C. N. O. et al . **Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 49, 33, 2015.

CHAUDRON, L. H. et al. **Precisão das ferramentas de depressão de triagem para identificação de depressão pós-parto entre as mães urbanas**. Pediatria, v.125, n. 3, p. 609-617, 2010.

_____. **The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder**: A review. J Clin Psychiatry, n. 64, p. 1284-92, 2003.

CAMACHO, R. S. et al. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação,diagnóstico e tratamento**. Revista Psiquiatria Clínica, n. 33, v.2, p. 92-102, 2006.

COSTA, L. M. **Depressão pós-parto**. 2013. 29 p. [Monografia]. Faculdade de Odontologia de Piracicaba– Unicamp. Piracicaba-SP, 2013.

COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. **Depressão pós-parto**: considerações teóricas. Estudos e pesquisas em psicologia. Rio de Janeiro, v.8, n.3: p. 759-773, dez., 2008.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; CURY, A. F. **Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família**. Rev Bras Ginecol Obstet., v. 27, n. 4, p. 181-188, 2005.

DEL PORTO, J. A. Conceito de depressão e seus limites. In: LAFER, B.; ALMEIDA, O. P.; FRAGUAS, J. R. R.; MIGUEL, E. C. **Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre**: Artes Médicas Sul, p. 20-8, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script>. Acesso em agosto de 2019.

DEZIDERIO, D.; MILANI, R. G. **As influências da depressão pós-parto na relação mãe-bebê**. Anais Eletrônico VIII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar. Maringá – Paraná, p. 1-8, 2013. Disponível em: < http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Daniele_Deziderio.pdf.> Acesso em setembro de 2019.

ESPER, L. H.; FURTADO, E. F. **Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes**. SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog., v. 6, n.Esp, p. 368-86, 2010. Disponível em: <https://www.senaaires.com.br/wp-content/uploads/2017/05/depress-uma-abordagem-sobre-os-fatores-relacionados.pdf.> Acesso em agosto de 2019.

GJERDINGEN, D. et al. **Postpartum depression screening at well-child visits**: validity of a 2-question wcreen and the PHQ-9. Ann Fam Med., n.7, p. 63-70, 2009.

GODFROID, O. **Unevue d ensemble sur la dépression du post-partum**. Ann Med Psychol, n. 155, p. 379-385, 1997.

GONÇALES, C. A. V.; MACHADO, A. L. **Vivendo com a depressão**: história de vida de mulheres. Revista da Escola de Enfermagem, USP. São Paulo, v.42, n.3: p.461- 466, set., 2008.

GUEDES, A. C. E. et al. **Depressão pós-parto**: incidência e fatores de risco associados. Revista de Medicina, São Paulo, v. 90, n. 3, p. 149-154, 2011. Disponível em: <www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/58907/61885>. Acesso em agosto de 2019.

HARVEY, E. **Depressão pós-parto**: esclarecendo suas dúvidas. São Paulo: Ágora, 2002.

JOSEFSSON, A. et al. **Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum**. Acta Obstet Gynecol Scand.,v. 80, n. 3, p. 251-255, 2001.

KLAUS MH, KENNEL JH, KLAUS P. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para independência. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

LOWDERMILK, D. L. et al. **Saúde da mulher e enfermagem obstétrica**. 10. ed.Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MARTINEZ, P.; VOHRINGER, P. A.; ROJAS, G. **Barreiras de acesso a tratamento para mães com depressão pós-parto em centros de atenção primária**: um modelo preditivo. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 24, p. 2675, 2016.

MELO, A. L. N. **Psiquiatria.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 30-9, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script>. Acesso em agosto de 2019.

MENEZES, P. R.; NASCIMENTO, A. F. **Epidemiologia da depressão nas diversas fases da vida**. Porto Alegre: Artmed; p. 21-6, 2000.

MORAES, I. G. S. et al. **Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados**. Revista Saúde Coletiva, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n1/27117.pdf>. Acesso em agosto de 2019.

MORENO, D. H.; DEMÉTRIO, F. N.; MORENO, R. A. Depressão. In: MIGUEL, E. C. N., MARTINS, L. A. **Residência médica**: estresse e crescimento. Psychiatryon Line Brazil 1998 [citado 2003 Mar 23]; v. 3, n. 10, [cerca de 11 p.]. Disponível em:URL: http://www.polbr.med.br/arquivo/resid2.htm. Acesso em agosto de 2019.

OLIVEIRA, F. G. **E depois do parto? Cuidados com o corpo, a mente e a vida sexual**. São Paulo: Ideia e Ação, 2006.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. **Prevalência da depressão gestacional e fatores associados**. Rev Psiquiatr Clin., v. 35, n. 4, p. 144-153, 2008.

RIBEIRO, W. G.; ANDRADE, M. **O Papel do Enfermeiro na Prevenção da Depressão Pós-Parto (DPP)**. Rio de Janeiro. v. 5, n. 1. p. 07-09, 2009.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Tradução, Maisa Ritomy Ide, 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

SCHARDOSIM, J. M.; HELDT, E. **Escalas de rastreamento para depressão pós-parto**: uma revisão sistemática. Revista Gaúcha Enfermagem., *v.*32, n. 1, p. 159-66, 2011.

SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M.; MILLER, M. C. **Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil**. Psico-USF, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005.

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. **Depressão Puerperal**: uma revisão de literatura. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 7, n. 02, p. 231–238, 2005. Disponível em: http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/700/769. Acesso em março de 2019.

SILVA-GUEDES, D.; SOUZA, M.; MOREIRA, V.; GENESTRA, M. **Depressão pós-parto prevenção e consequências**. Rev. Mal-Estar e Subjetividade. Fortaleza, v.3, n.2: p.19-62, set., 2003.

SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M.; BALLONE, G. J. **Psicopatologia e psiquiatria básicas**. São Paulo: Vetor; p. 25-9, 2004.

SOUZA, G. P. 2018. 30 p. **Ações e estratégias de Enfermagem na prevenção da Depressão Pós Parto**. Porto de Souza – Assis, 2018.

STEINER, M.; DUNN, E.; BORN L. **Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond.** J Affect Disord., v. 74, n. 1, p. 67-83, 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000125&pid=S151644462005000600 00500007&lng=en.> Acesso em 28 de setembro de 2019.

STOWE, Z. N.; NEMEROFF, C. B. **Women at risk for post partum- onset major depression**. Am J Obst Gynecol, n. 173 p. 639-645, 1995.

TESS, V. L. C.; DIAS, R. S. Interconsulta em Ginecologia e Obstetrícia: Transtornos Psiquiátricos na Gestação e no Puerpério. In: MIGUEL, E. C. et al. **Clínica psiquiátrica**. Barueri: Manole, p. 1726-37, 2011.

TOLENTINO, E. C.; MAXIMINO, D. A. F. M.; SOUTO, C. G. V. **Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas**. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Abr. v. 14, n. 1, p. 59-66, 2016.

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. **Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família**: ações do enfermeiro no pré-natal. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 2, n.1, 2010.

WINNICOTT, D. W. **A criança e seu mundo**. 6ª edição. Rio de Janeiro: JC Editora, 1982.

ZINGA, D.; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. **Depressão pós-parto**: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? Rev. Bras. Psiquiatr., v. 27 suppl. 2, p. 556-564, São Paulo, Oct., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp.pdf.> Acesso em setembro de 2019.