

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CAMILLA BEZERRA DE MOURA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS PARTO:
UMA REVISÃO NARRATIVA**

MOSSORÓ – RN

2021

CAMILLA BEZERRA DE MOURA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS PARTO:
UMA REVISÃO NARRATIVA**

Monografia apresentada à Faculdade Nova Esperança de Mossoró como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel (a) em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Ma. Camila Miryan de Oliveira Ferreira

MOSSORÓ – RN

2021

CAMILLA BEZERRA DE MOURA

Monografia de pesquisa apresentado à Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 04/12/2021

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ma. Camila Miryan de Oliveira Ferreira
Orientador
(FACENE/RN)

Profa. Esp. Franciara Maria da Silva Rodrigues
(FACENE/RN)

Profa. Ma. Layra Nirelly Jácome de Araújo
(FACENE/RN)

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN.
Catalogação da Publicação na Fonte. FACENE/RN – Biblioteca Sant'Ana.

M929a Moura, Camilla Bezerra de.

Atuação do enfermeiro na prevenção da depressão
pós parto: uma revisão narrativa / Camilla Bezerra de
Moura. – Mossoró, 2021.

28 f.: il.

Orientadora: Profa. Ma. Camila Miryan de Oliveira
Ferreira.

Monografia (Graduação em Enfermagem) –
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de
Mossoró.

Este trabalho é todo dedicado aos meus pais, pois graças aos seus esforços que hoje posso concluir o meu curso.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudos.

Aos meus pais **Ciro Sabino Fonseca de Moura** e **Antônia Lucileide Bezerra de Medeiros Moura**, por todo o apoio e pela ajuda, que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

A professora **Camila Miryan de Oliveira Ferreira**, por ter sido minha orientadora e ter desempenhado tal função com dedicação e amizade.

Agradeço ao meu companheiro e namorado **Ronaldo Segundo Diniz Bastos** por todo apoio e carinho ao longo dessa jornada.

Por fim agradeço com todo meu amor aos meus avôs que são tudo em minha vida: **João Sabino de Moura**, **Francisca Maria da Fonseca**, **Francisca Bezerra de Medeiros** e **Antônio Santiago Bezerra**.

“A enfermagem é uma arte, e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor.”
(Florence Nightingale)

RESUMO

A depressão pós-parto é um transtorno de humor que pode afetar as mulheres no período pós gestacional. Não apresenta uma causa única, provavelmente resulta de uma combinação de fatores físicos e emocionais. Em mães com depressão pós-parto os sentimentos de tristeza, ansiedade e exaustão podem ser extremos e podem interferir na capacidade de uma mulher cuidar de si mesma ou do filho. O propósito da pesquisa parte da busca pelos principais conceitos sobre a depressão pós parto e o papel do enfermeiro no acompanhamento destas pacientes. Nessa perspectiva, a justificativa deste trabalho visa a necessidade de se discutir sobre a depressão pós parto e quais fatores estão associados a prevenção do seu desenvolvimento frente a Enfermagem. Tratou-se de uma revisão narrativa de literatura, onde todos os artigos foram selecionados a partir de bases de dados como: PubMed, Scielo, Medline e Lilacs entre os anos de 2005 e 2021. Com a revisão narrativa, foi possível evidenciar a dificuldade do diagnóstico e tratamento da Depressão pós-parto (DPP), seja pela quantidade dos fatores de risco envolvidos e de etiologias existentes ou até mesmo pela falta de sensibilidade dos profissionais de saúde em reconhecer os fatores que predispõe o tratamento. A pesquisa permitiu elucidar a atuação do enfermeiro no diagnóstico precoce da depressão pós-parto, alcançando o objetivo e esclarecendo o importante papel da enfermagem na assistência à mulher desde o pré-natal até o puerpério, construindo vínculo, proporcionando acolhimento, implementando a triagem de mulheres com fatores de risco para o desenvolvimento da doença, realizando as visitas domiciliares do puerpério, utilizando auxílio de escalas de rastreamento, anamnese e olhar clínico, proporcionando cuidado integral de acordo com as necessidades apresentadas pela puérpera.

Palavras-chaves: parto, gravidez, depressão, saúde pública, enfermeiro.

ABSTRACT

Postpartum depression is a mood disorder that can affect women in the post-pregnancy period. It does not have a single cause, probably the result of a combination of physical and emotional factors. In mothers with postpartum depression, feelings of sadness, anxiety and exhaustion can be extreme and can interfere with a woman's ability to take care of herself or her child. And the role of nurses in monitoring these patients. From this perspective, a justification for this work aims at the need to discuss about postpartum depression and which factors are associated with the prevention of its development in Nursing. It was a narrative literature review, where all articles were selected from databases such as: PubMed, Scielo, Medline and Lilacs between the years 2005 and 2021. With the narrative review, it was possible to highlight the difficulty of diagnosis and treatment of postpartum depression (PPD), whether due to the number of risk factors affected and existing etiologies or even the lack of health professionals to recognize the factors that predispose the treatment. A of nurses in the early diagnosis of depression postpartum, reaching the goal and clarifying the important role of nursing in care for women from prenatal care to the puerperium, building a bond, providing care, implementing a screening of women with risk factors for the development of the disease, carrying out the home visits during the puerperium, using the aid of tracking scales, anamnesis and clinical look, providing comprehensive care as needed. acquisition ties by the puerperal woman.

Keywords: childbirth, pregnancy, depression, public health, nurse.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	11
3. REVISÃO DE LITERATURA E DISCUSSÃO	13
3.1. DEPRESSÃO PÓS-PARTO: ASPECTOS CONCEITUAIS E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	13
3.2. ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS PARTO... ..	15
3.3. CONSEQUÊNCIAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	16
3.4. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO	18
3.5. ASPECTOS PREVENTIVOS DA DPP	21
3.6. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS- PARTO	22
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

1. INTRODUÇÃO

A depressão pós parto (DPP) é um importante problema de saúde pública, pois se refere a depressão relativamente severa que se estabelece logo após a mulher dar à luz e dura entre seis meses a um ano de idade, afetando tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento do seu filho (ALIANE et al. 2011).

O puerpério, pode ser definido como a fase pós-parto em que a mulher apresenta modificações psíquicas e físicas. Este período ocorre desde o nascimento da criança até os órgãos reprodutores da mãe voltarem ao seu estado não gravídico. (AZEVEDO, 2017). Puerpério é o nome dado ao período do pós-parto, que tem uma duração aproximada de três meses, nos quais a mulher vivencia uma série de adaptações físicas e emocionais. É também nesse período que a mulher se depara com o confronto entre as expectativas construídas durante a gestação e a realidade trazida pela chegada do bebê, o que influencia bastante para o estabelecimento da depressão pós-parto (EMÍDIO; HASHIMOTO, 2008).

Dessa forma, a manifestação da DPP acontece, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses. Os sintomas mais comuns são o desânimo persistente, sentimento de culpa, alterações de sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível do funcionamento mental e presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas (MORAES et al., 2006).

No Brasil, a cada quatro mulheres, mais de uma apresenta sintomas de depressão no período de 6 a 18 meses após o nascimento do bebê. Além disso, a prevalência desse distúrbio no país foi mais elevada que a estimada pela OMS para países de baixa renda, em que 19,8% das parturientes apresentaram transtorno mental, em sua maioria a depressão (THAEME FILHA et al., 2016).

Ainda associado a transtornos psicológicos durante o puerpério, um fenômeno transitório experimentado por 50 a 80% das mulheres pós-parto, é referido como Baby Blues, que envolve mudanças de humor, choro, insegurança e cobrança pela infelicidade de ser mãe que é sentida nesse processo que a mulher é submetida (MORAIS, 2006). Esse período de conturbação, acontece devido as inúmeras mudanças pelas quais a mãe vem passando: nova rotina, forma física diferente, trazer uma criança ao mundo, expectativas sobre o futuro. As mulheres que são subjugadas

a esse processo são, no entanto, mais propensas subsequentemente a desenvolver depressão pós-parto com o nascimento do próximo filho (VIEIRA, 2019).

Devido ao aumento dos índices de mulheres que sofrem DPP as consequências têm sido cada vez mais prejudiciais a mãe e o bebê. As condições físicas e psicológicas da gestante e puérpera influenciam diretamente no desenvolvimento do bebê, pois são as épocas do desenvolvimento infantil. Muitos são os malefícios associados à depressão pós-parto: comprometimento do afeto positivo, da sintonia afetiva, da regulação de comportamentos hostis, de intrusividade e falta de contingência (EDHBORG et al. 2001; STANLEY, et al.2004; FONSECA; SILVA; OTTA, 2010).

Nesse contexto, a prevenção da DPP possibilitaria o desenvolvimento de medidas que resultará na diminuição de sintomas depressivos residuais, melhorando o desempenho social e, principalmente, melhorando o relacionamento mãe-bebê, o que facilitará seu desenvolvimento (SILVA, 2005)

Levando em consideração os sintomas e impactos negativos da DPP, o enfermeiro atua como papel fundamental durante as consultas de pré-natal, presta assistência acompanhando a evolução da gravidez e promovendo saúde da gestante e da criança. Além de proporcionar os cuidados, o enfermeiro atua na prevenção, buscando minimizar os possíveis riscos de ocorrer uma depressão pós-parto (ARAUJO, 2011).

Porém, apesar desse problema de suma importância de saúde pública, o âmbito científico ainda carece de estudos a respeito dessa temática. Isto se deve em partes devido à dificuldade de se notificar e diagnosticar os casos de DPP, pois muitos dados entre os trabalhos não são consensuais, reforçando a necessidade de estudos exploratórios a respeito dessa problemática, objetivando assim obter abordagens mais eficazes no tratamento e prevenção (ALIANE et al. 2011).

A problemática deste trabalho se seguiu pelo seguinte questionamento: Qual o papel do enfermeiro na prevenção da PP no pré-natal?

Portanto, este trabalho tem como objetivo desenvolver uma revisão de literatura sobre os aspectos gerais da depressão pós-parto enfatizando o papel do profissional da enfermagem na prevenção e diagnóstico dessa condição. Para alcançar o objetivo geral, tivemos os seguintes objetivos específicos: Apresentar a definição de DPP e suas variações durante o puerpério. Discutir sobre o trabalho de prevenção a DPP realizado pelo enfermeiro durante a consulta de pré-natal. Identificar quais atividades

estão sendo desenvolvidas no pós-parto pelo enfermeiro para auxiliar no enfrentamento da DPP.

2. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Para o desenvolvimento do referido trabalho, realizou-se uma revisão narrativa de literatura (RNL) para que tivesse um melhor embasamento científico para discutir e analisar os futuros resultados da pesquisa. A RNL possui caráter amplo e se propõe a descrever o desenvolvimento de determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, mediante análise e interpretação da produção científica existente. Essa síntese de conhecimentos a partir da descrição de temas abrangentes favorece a identificação de lacunas de conhecimento para subsidiar a realização de novas pesquisas (BRUM et al., 2015).

Diante da necessidade de assegurar uma prática assistencial embasada em evidências científicas, a revisão narrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico (BRAVIDELLI, 2008).

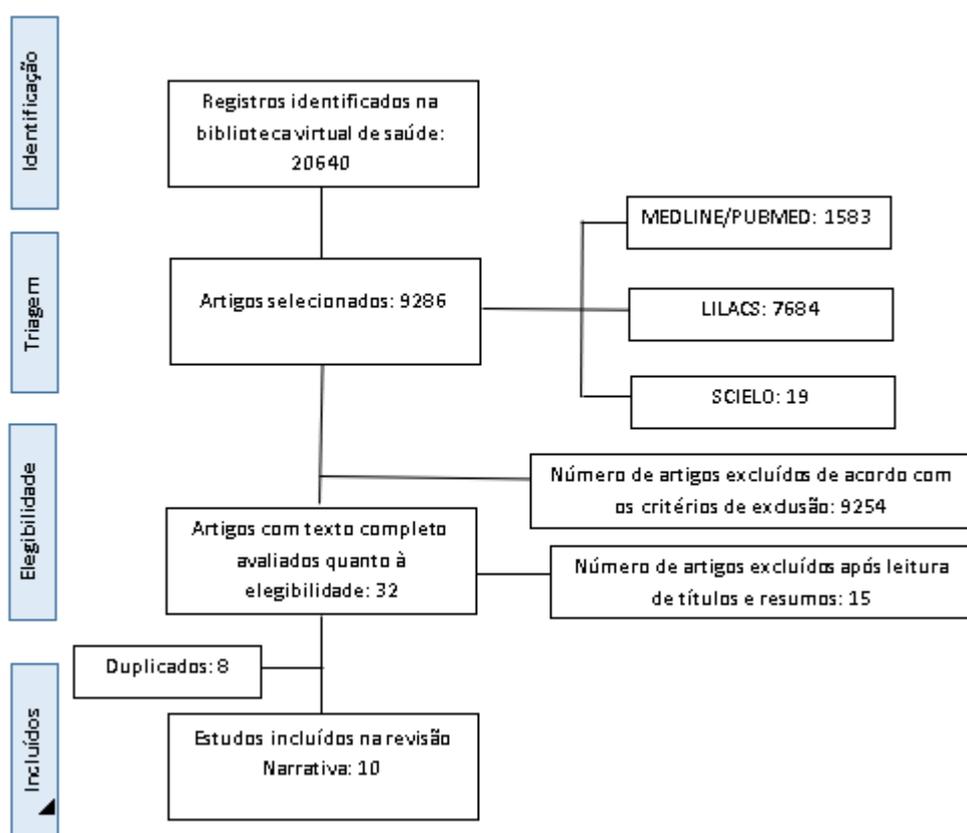
Para esta pesquisa todos os artigos foram selecionados a partir de bases de dados como: PubMed, Scielo, Medline e Lilacs, com base nos descritores: depressão pós-parto, depressão, pré-natal, gravidez e enfermagem, sendo combinados pelo operador booleano “AND”, com o objetivo de refinar a busca dos estudos.

Foram considerados como critérios de inclusão: artigos publicados nas bases de dados escolhidas, em português ou inglês, no intervalo de tempo de 2016 a 2021, que atendam aos descritores deste trabalho e os assuntos relacionados ao estudo. Os critérios de exclusão foram: artigos que não apresentam correlação com o assunto do estudo, resumos, trabalhos incompletos e artigos repetidos em bases de dados diferentes.

Para seleção adequada dos artigos, foi feita a busca destes nas bases de dados pré-estabelecidas com os descritores de forma individual e/ou associados com o operador booleano “AND”. Após isso, foi feita a leitura do título e resumo de todos os artigos encontrados e estes foram selecionados a partir dos critérios de inclusão e

exclusão. Em geral, todos os artigos selecionados preencheram os critérios clínicos, revisões bibliográficas ou revisões sistemáticas e estudos retrospectivos e observacionais como mostra a figura 1.

Figura 1 – Fluxograma de pesquisa



Fonte: Autora (2021)

3. REVISÃO DE LITERATURA E DISCUSSÃO

3.1. DEPRESSÃO PÓS-PARTO: ASPECTOS CONCEITUAIS E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Para algumas mulheres a gravidez é um evento desejado e planejado, para outras, em sua maioria, esse processo raramente é planejado, e nem sempre é marcado por alegrias e realizações (ROSENBERG, 2017), sendo muito comum nessa fase o surgimento de sentimentos conflitantes, o que causa um grande estresse emocional, tanto em relação ao bebê quanto à própria vida da gestante (CHIATTONE, 2017).

A depressão pós-parto (DPP) é definida como um transtorno do humor que se inicia, geralmente, no primeiro mês após o parto e pode ter distintas intensidades, como sendo leve e transitória, neurótica, até desordem psicótica (MARQUES; MENDES, 2018). A depressão com maior intensidade ocorre por período mínimo de quinze dias, com a presença do humor depressivo ou anedonia (diminuição ou perda do interesse nas atividades anteriormente agradáveis) associada a pelo menos quatro dos sintomas: alteração significativa de peso ou do apetite, insônia ou sono excessivo, fadiga, agitação ou lentidão psicomotora, sentimentos de desvalia ou culpa, perda de concentração e ideias de morte ou suicídio (MARQUES; MENDES, 2018).

Dentre esses transtornos psíquicos da puerperalidade, destaca-se a depressão pós-parto (DPP), que de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2012), caracteriza-se pela presença de humor deprimido ou perda de interesse e prazer por quase todas as atividades (Episódio Depressivo Maior), que se manifesta duas semanas após o parto. A ocorrência de transtornos depressivos no puerpério é alta. De acordo com dados do Ministério da Saúde 70% das pacientes apresentam sintomas depressivos que caracterizam o blues puerperal, estado depressivo mais brando e transitório marcado por fragilidade, hiperemotividade e sentimentos de incapacidade (BRASIL, 2016). De acordo com Pereira e Azevedo (2017):

Nos anos 70 a depressão se tornou um marco, não se modificando com o passar dos anos, considerada uma patologia que mais incapacitava mulheres nesse tempo. No período dos anos 90 avançou para 13% em escala mundial sem distinção de sexo, chegando em 23% em países desenvolvidos. Contudo atualmente o sofrimento e adoecimento estão relacionados aos padrões

capitalistas que o indivíduo busca na sociedade (PEREIRA e AZEVEDO, 2017, p.12).

No período de gestação, destacam-se diversas mudanças no comportamento feminino e na vida do casal, nas quais são submetidos aspectos sociais, familiares, conjugais, profissionais e, principalmente, pessoais. Nessa fase, é comum que o humor tenha uma característica instável podendo resultar no surgimento de sentimentos conflitantes tanto em relação ao bebê quanto à vida da gestante (CHIATTONE, 2017).

A depressão, no Brasil, é considerada problema sério de saúde pública, atingindo 2 a 5% da população em geral, com predomínio no sexo feminino, muitas vezes precedida por eventos vitais marcantes, como a gestação, o parto e o período pós-parto. No entanto, a importância deles no estabelecimento da depressão não está totalmente esclarecida. No período pós-parto, a sintomatologia depressiva não difere qualitativamente da que ocorre em outras fases da vida, podendo ser diagnosticada e tratada adequadamente em nível primário de atenção à saúde. Contudo, menos de 25% das puérperas acometidas têm acesso ao tratamento e somente 50% dos casos de depressão pós-parto são diagnosticados na clínica diária (MORAIS, 2006).

Em muitos casos, a DPP é difícil de ser identificada, uma vez que seus sintomas (mudanças do sono, no apetite e fadiga) são comuns no puerpério. Em alguns casos a mulher/mãe apresenta sintomas como a perda de interesse em realizar atividades comuns do seu dia a dia, alterações do sono, adinamia, sentimento de culpa, desânimo, perda de concentração ou pensamentos suicidas. Esses sintomas podem ter início nas primeiras semanas do puerpério, podendo ocorrer até seis meses após o parto (VIANA; FERTTEMANN; CÉSAR, 2020).

Estudos epidemiológicos sobre a depressão pós-parto confirmam a complexidade do tema ao demonstrar divergência nas prevalências encontradas, multiplicidade dos fatores de risco envolvidos e de etiologias propostas. O grande número de mulheres com sintomas depressivos confirma que a depressão é problema sério de saúde pública, o que justifica a capacitação dos profissionais de saúde para o reconhecimento precoce da depressão pós-parto, tendo como auxílio instrumentos como a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), pela sua eficácia e praticidade (HALBREICH; KARKUN 2006).

O pós-parto é um período de alterações biológicas, psicológicas e sociais. Essa é considerada a época mais vulnerável para a ocorrência de transtornos psiquiátricos.

A disforia puerperal, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto têm sido classicamente relacionadas ao pós-parto. Atualmente, tem sido observado que os transtornos ansiosos também estão associados a esse período. A disforia puerperal ocorre em 50% a 85% das mulheres, o quadro é leve e transitório e não requer tratamento (NAGER, et al. 2008).

A depressão pós-parto tem prevalência em torno de 13%, pode causar repercussões negativas na interação mãe-bebê e em outros aspectos da vida da mulher e deve ser tratada. A psicose pós-parto é rara, aparecendo em cerca de 0,2% das puérperas. Tem quadro grave que envolve sintomas psicóticos e afetivos, havendo risco de suicídio e infanticídio e geralmente requerendo internação hospitalar. Os transtornos ansiosos podem ser exacerbados ou precipitados no pós-parto, especialmente o transtorno de ansiedade generalizada, o transtorno de estresse pós-traumático e o transtorno obsessivo-compulsivo (NAGER, et al. 2008).

3.2. ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS PARTO

Um fato que contribui muito para os transtornos mental da mulher é o período pós-natal, que tem sido apontado como um marco da transição de passagem de um ciclo da vida da mulher em que os transtornos mentais são particularmente muito frequentes. (OLIVEIRA; NAKANO, 2018). Outrossim, além de riscos inerentes ao sexo feminino que se encontram aqui somados às grandes mudanças impostas pela chegada de um filho ao núcleo familiar, que também é um fato extremamente relevante e que aumenta a ansiedade da mãe causando vários distúrbios psicológicos (SENA; MENDES, 2018).

Além do surgimento de novas e crescentes responsabilidades, medos e interrogações, somado a isso, mudanças físicas e hormonais impostas pela gestação, parto e puerpério. Transformações da família contemporânea, individualismo, precário nível de informação em saúde, pobreza e desagregação social completam o panorama desfavorável. (SENA; MENDES, 2018). É relevante 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 (GOMES et al., 2017).

A vivência que a mulher é submetida a estresse em relação aos cuidados da criança também foi relacionada ao aumento do risco de DPP. Observa-se a diferença significativa entre as mulheres com e sem DPP em relação à percepção de pelo menos um tipo de estresse nos cuidados da criança. Essa questão que se coloca é de se a própria percepção subjetiva da paciente no que diz respeito à presença de dificuldades em relação a algum aspecto do cuidado da criança não seria já uma consequência do seu estado depressivo, em vez de um fator causal. (MARCOS; MENDES,2016).

Outros fatores considerados de risco para o surgimento da DPP são os antecedentes psiquiátricos da mulher, a existência de episódios depressivos anteriores, o estado civil da mulher, baixas condições socioeconômicas, alterações hormonais e fatores obstétricos/ginecológicos, como complicações durante a gestação e o parto. Além disso, fatores adicionais são destacados por alguns autores, como a associação entre a ocorrência da depressão materna e o baixo apoio oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento, dificuldade no cuidado com o bebê e problemas de saúde da criança (MARQUES; MENDES,2016).

Outros fatores que geram risco e necessitam ser considerados: gestante com menos de 17 anos ou mais de 40 anos, dificuldade com crises evolutivas ou acidentais, ser usuária de drogas ou álcool, tratamento ou hospitalização psiquiátrica anterior, histórico obstétrico de risco (aborto, prematuridade, placenta prévia, natimorto, más-formações), histórico familiar de doença mental e mudanças recentes no ambiente familiar ou previstas para breve (ROSENBERG, 2007), assim como a idealização do bebê e da maternidade, em função de decepção e frustração que esta idealização pode acarretar (ARRAIS, 2005). Dessa forma, o aconselhamento e o esclarecimento adequados podem ser de ajuda imediata e servir como prevenção ao aparecimento de transtornos psicológicos.

3.3. CONSEQUÊNCIAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A depressão materna no pós-parto tem consequências importantes para a criança e em diversas áreas do desenvolvimento, afetando a formação do vínculo na

díade mãe-bebê, o desenvolvimento neurológico, cognitivo e psicológico na infância e o desenvolvimento socioemocional na adolescência. O aumento de transtornos emocionais na infância de crianças cujas mães apresentaram depressão grave é significativo, sendo necessárias estratégias de prevenção dirigidas a estes grupos. (MARQUES; MENDES,2016).

Klaus e colaboradores (2000) afirmaram que existe uma associação entre depressão pós-parto e problemas posteriores de desenvolvimento de crianças, que inclui transtornos de conduta, comprometimento de saúde física, ligações inseguras e episódios depressivos, e esses sintomas da depressão materna podem interferir em todas as relações interpessoais, especialmente no desenvolvimento da interação mãe-bebê (FERNANDES; COTRIN, 2016)

Nos estudos de Godfroid (1997), Chaudrone Pies (2003), os autores explicitaram essas consequências da DPP, dividindo-as em dois casos, precoces e tardias. As consequências precoces incluem: suicídio e/ou infanticídio (0,2% dos casos), casos de negligências na alimentação do bebê, bebê irritável, vômitos do bebê, morte súbita do bebê, machucados "acidentais" no bebê, depressão do conjugue ou divórcio; já as tardias seriam: criança maltratada, 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 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).

Igualmente, Schwengber e Piccinini (2003) afirmam que esses transtornos maternos, após o nascimento do bebê, implicam em importantes resultados no bebê, especialmente em relação a problemas emocionais e de comportamento da criança. Mães deprimidas tendem a ficar mais reclusas e introspectivas, e pode ocorrer uma desatenção e insensibilidade à saúde, segurança e necessidades psicológicas de seus filhos. Ao comparar mães com DPP e mães não deprimidas, é possível inferir

que as últimas tendem a ser mais hostis, menos afetuosas, menos comunicativas, menos habilidosas no trato com o bebê, menos responsivas e mais negativas na interação com seus bebês (CARLESSO, 2011).

Os cuidados, especialmente do lado da mãe com a criança são entendidos por Bowlby (2006) como uma “relação humana viva”, que sofre influências, e em decorrência disso, tanto se altera a personalidade da mãe, quanto a do filho. A qualidade dos cuidados maternos não é demarcada pelo número de horas disponibilizadas por dia ao seu filho, mas em termos do prazer que a mãe e o filho que se constitui da companhia um do outro. E esse prazer e essa profunda identificação de sentimentos só são possíveis, se o relacionamento for contínuo para os dois. Tal continuidade é muito importante para o desenvolvimento da personalidade da criança e da mãe. O bebê precisa sentir que pertence à sua mãe, porém está também necessita sentir que pertence a seu filho, e somente com a satisfação desse sentimento é que ela pode dedicar-se ao seu filho na totalidade (FERNANDES; COTRIN, 2016).

Bowlby (2006) afirma que:

Uma mulher só será capaz de dispensar atenção constante para seu filho, noite e dia, sete dias por semana e 365 dias por ano, se sentir uma profunda satisfação por ver seu filho crescer e passar pelas diversas fases da infância, desde bebê, para se tornar um homem ou uma mulher independente, sabendo que foram seus cuidados de mãe que tornaram isto possível (BOWLBY, 2006, p.32).

A partir dessas considerações, é compreensível que uma mãe que possui transtornos psicológicos devido a gestação não conseguirá cumprir esse papel com tanta eficiência, e é preciso compreender que, o desenvolvimento infantil está intimamente relacionado com uma interação mãe-bebê adequada, que possibilite à criança um ambiente estimulante, acolhedor e afetuoso. A criança deve sentir-se inserida no mundo, identificada e compreendida pela mãe ou cuidador; a íntima e única relação existente na díade deve propiciar satisfação e prazer para ambos (FERNANDES; COTRIN, 2016).

3.4. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

O diagnóstico primordial da depressão pós-parto é o clínico, realizado com observação nos sintomas e situação em específicos. Esse transtorno é um subtipo

de depressão maior. Para ser analisada e considerada depressão pós-parto, os diversos sintomas surgem-se em até quatro semanas após o nascimento da criança. No período de avaliação clínica individual, conforme cada caso, o médico psiquiatra pode diagnosticar a depressão pós-parto, a depressão ou outro tipo de transtorno mental que tenha sintomas semelhantes (CHAVES, LAMOUNIER; CÉSAR, 2007).

Ademais, há também outros tipos distintos de diagnósticos, de acordo com Santos e Gurgel (2018), para diferenciar entre casos curtos ou de uma forma mais grave de depressão, o profissional especializado, seja um psiquiatra, pode recorrer que o paciente preencha um questionário de triagem de depressão e solicitar alguns exames de sangue para visualizar se há presença de alguma disfunção da tireoide ou outros tipos de hormônios no organismo.

Atualmente, buscando medir a presença e intensidade de sintomas depressivos no final da gestação, foi desenvolvido um instrumento de triagem, a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo. Essa escala já validada visa identificar possíveis casos de DPP e planejar o tratamento, é de fácil aplicação e pode ser utilizada por profissionais da área de saúde não-médicos (GONÇALVES et al., 2018).

Em relação aos possíveis tratamentos da depressão pós-parto, é possível ser realizado individualmente, de acordo com Santos e Gurgel (2018), conforme cada caso, com medicamentos antidepressivos combinados com psicoterapia. É também recomendado ouvir conselhos familiares, além do apoio da família, parceiro(a) e amigos são primordiais, pois ajuda a tratar e a prevenir depressão, depressão pós-parto e depressão durante a gravidez (CRAIG; HOWARD, 2009).

Para o tratamento conseguir atingir o seu objetivo principal, que seria uma boa recuperação da paciente, é recomendado que ambos os pais participem de todo o processo. Há, também, vários profissionais muito capacitados como, psiquiatras e psicólogos especializados no tratamento de depressão pós-parto. O tratamento é oferecido de forma integral e gratuita pelo SUS. De acordo com cada situação, também são recomendados como forma auxílio na recuperação: presença de um(a) babá durante meio período ou tempo integral, além de exercícios para fortalecer os laços entre paciente e bebê e terapia hormonal (RODRIGUES, DANTAS; VALLE, 2014).

Em casos específicos, como de psicose pós-parto, é bastante necessário, o tratamento imediato, muitas vezes precisando realizar o processo de internação

hospitalar. Quando há uma garantia na segurança da paciente, uma combinação de medicamentos - como antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores de humor - pode ser usado para controlar os sintomas (CRAIG; HOWARD, 2009). Às vezes, a eletroconvulsoterapia é bastante recomendada. O tratamento para a psicose pós-parto pode afastar a mãe do bebê por muito tempo e tornar a amamentação difícil e alguns medicamentos utilizados para tratar a psicose pós-parto não são recomendados para mulheres que estejam amamentando. (HALE, 2017)

O SUS submete os profissionais mais capacitados para identificar inicialmente, no pré-natal, todos os possíveis sinais e fatores de risco que podem levar a gestante a desenvolver depressão após o nascimento do bebê. As equipes de Saúde da Família podem solicitar o apoio matricial dos profissionais de saúde mental, por intermédio do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou de outras equipes de saúde mental do município (HALE, 2017).

Em alguns casos considerados mais graves, que precisem de um cuidado bem mais intensivo, devem ser encaminhados aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) ou outros serviços de referência em saúde mental do município ou da região. Para os casos mais extremos, como de suicídio ou de infanticídio, é recomendado serem encaminhados para a internação, de preferência em hospital geral (CHAVES, LAMOUNIER; CÉSAR, 2007).

Os tratamentos considerados mais eficazes são as terapias associadas aos medicamentos antidepressivos. Quando ambos os pais mostram sinais de depressão, o aconselhamento do casal também é uma alternativa complementar ao tratamento para depressão pós-parto. Tal medida pode ajudar a controlar os impactos negativos desse problema e restabelecer a saúde e a qualidade de vida (CHAVES, LAMOUNIER; CÉSAR, 2007).

A educação em saúde se torna, então, uma importante ferramenta para a prevenção e tratamento da DPP. Teixeira e colaboradores (2016) colaboram para esta ideia demonstrando em seu estudo a relevância da implementação de tecnologias educacionais para as gestantes. Vieira e colaboradores (2019) informam também que a partir do momento em que se tem conhecimento dos principais fatores precursores, é possível criar estratégias de proteção, garantindo o cuidado à saúde da mãe e do bebê.

3.5. ASPECTOS PREVENTIVOS DA DPP

Em decorrência da dificuldade de identificação dos casos de depressão e pelos prejuízos que essa doença pode causar, especialistas afirmam que a prevenção é a melhor ação capaz de reduzir os riscos de as mães desenvolverem DPP e prevenir os graves problemas pessoais e familiares decorrentes desta síndrome. As benfeitorias da prevenção da DPP não se restringem ao bem-estar exclusivo das mães e familiares, pois representam um grande benefício para as crianças, uma vez que pode existir relação entre as desordens depressivas das mães e os distúrbios emocionais de seus filhos. (VIANA; FERTTEMANN; CÉSAR, 2020).

De acordo com Chiattonne (2017), mais de 17% das pacientes preenchem critérios para o diagnóstico de DPP, e merecem sim, uma maior atenção. Há relatos de quase 90% dos casos de DPP no mundo não são sequer detectados (BRASIL, 2016).

Dessa forma, a notável gravidade deste transtorno psíquico e, observada a necessidade de adaptação que uma puérpera precisa enfrentar, faz-se válida a utilização de recursos que tentem prevenir este distúrbio. Nesse contexto, o pré-natal psicológico (PNP) é um desses recursos, extremamente relevante e cuja abordagem diferencia-se dos cursos para gestantes, ou seja, trata-se de um novo conceito em atendimento perinatal, voltado para uma maior humanização do processo gestacional, do parto e de construção da parentalidade (ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2014; BORTOLETTI, 2017).

Ainda no estudo de Chiattonne (2017), foi avaliado a eficácia do PNP na prevenção à DPP em mulheres gestantes possuindo alto risco e internadas em um hospital público de referência em Brasília. As pacientes foram distribuídas em dois grupos: grupo A (gestantes participantes do PNP) e grupo B (gestantes não participantes do PNP) e analisadas quanto à presença ou ausência do diagnóstico, quatro semanas após o parto. Também foi utilizada a Psicologia Positiva como referencial teórico que propõe um olhar voltado ao potencial de cada indivíduo, ajudando a identificar e fortalecer os fatores que permitem a redução da incidência e a prevenção de patologias secundárias a condições adversas de vida (OLIVEIRA; NAKANO, 2018).

É de extrema relevância a realização do pré-natal, conforme destacam Baptista e Furquim (2019) e Bortoletti (2017), pois elas visam a prevenção dos problemas gestacionais e o controle de agravantes psicológicos. Nessa perspectiva, durante esse período ocorre ainda o preparo físico e psicológico para o parto e a maternidade, proporcionando um ambiente adequado a uma vivência positiva pela gestante (RIOS; VIEIRA, 2007). Nesse contexto, o psicólogo com formação específica é o mais indicado para atuar em programas de psicoprofilaxia, na medida em que aborda questões relativas a alterações emocionais capazes de atenuar as angústias próprias deste período (BORTOLETTI, 2017), além de considerar aspectos que não apenas os biológicos.

Porém, outros profissionais podem auxiliar no processo preventivo da DPP. De acordo com Gonçalves, 2018:

O profissional de enfermagem deve trabalhar o processo gravídico/puerperal através do pré-natal psicológico onde o profissional explana vários aspectos como a modificação na vida da mulher, elo mãe e filho, cuidados na amamentação, abrindo espaço para a gestante expressar seus sentimentos de medo e ansiedade. A visita dos (ACS) Agentes Comunitários de Saúde se torna um fator muito relevante, assim pode ser observado as alterações no pós-parto e comunicar a equipe. (GONÇALVES et al., 2018).

3.6. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A política atual de saúde da mulher adotada pelo Ministério da Saúde inclui o enfermeiro como profissional mais apto para desenvolver ações em todas as fases do ciclo de vida feminino. Destacando-se a fase puerperal, pois nesta situa-se as maiores diversificações orgânicas e sociais que uma mulher pode enfrentar alterando seu estado de saúde ou bem-estar. Sendo assim, os riscos para o aparecimento dos transtornos aumentam em face das preocupações, anseios e planejamentos realizados e sentidos pela puérpera. (RIBEIRO; ANDRADE, 2017)

O profissional da enfermagem tem papel fundamental na perspectiva de prevenção e promoção da saúde, revestindo sua conduta com potencial para mudar a alta prevalência e o impacto social desse transtorno. Sua atuação deve estimular a compreensão da mulher e do companheiro, bem como as emoções e sentimentos provenientes do período gravídico/puerperal, ou seja, somar esforços para que esse momento seja um exercício materno saudável e essencial ao desenvolvimento futuro

no relacionamento entre o binômio mãe-bebê (VIANA; FERTTEMANN; CÉSAR, 2020).

Oliveira e colaboradores (2016) trazem em seu estudo a visão de que o enfermeiro tem papel significativo na detecção da depressão pós-parto, partindo do princípio de que as unidades básicas de saúde são responsáveis pelo atendimento e acompanhamento das mulheres no pré-natal e pós-parto e o enfermeiro se torna profissional de referência para esses atendimentos.

A enfermagem desenvolve a consulta de puericultura que acompanha o crescimento e desenvolvimento da criança. Essas consultas permitem a identificação de atrasos no desenvolvimento que podem estar associadas a um quadro de depressão e ansiedade da mãe. É essencial que este profissional esteja capacitado para a identificação de alterações bem como para abordar a família de modo a estabelecer relação do atraso dos marcos do desenvolvimento com aspectos afetivos da mãe (VIEIRA, 2019).

O enfermeiro deve estar em alerta, observar a gestante durante o pré-natal, ajudando a identificar quaisquer problemas que levam a DPP. A avaliação deve ser realizada desde a atividade da gestante, o sono, a nutrição, perda de peso até os níveis de ansiedade. O enfermeiro tem papel importante em dar 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 atividades físicas (RICCI, 2015).

Desta forma, o enfermeiro deve ter o conhecimento acerca da etiologia e os sinais associados a DPP, para tomar medidas preventivas contra a doença. Deve promover saúde mental da gestante de uma maneira em geral, cabem ao enfermeiro executar com qualidade e dedicação durante o pré-natal (SILVA; BOTTI, 2005; TOLENTINO et al., 2016).

As intervenções de enfermagem realizadas no pré-natal, podem detectar precocemente e minimizar os riscos de DPP, favorecer o bem estar geral da gestante, da criança que vai nascer e da família e contribuir na prevenção dessa doença. Dentro desse contexto, o enfermeiro faz o acompanhamento, além da realização de orientações através de consultas e palestra e os cuidados prestado a gestante durante o pré-natal. Ou seja, o enfermeiro deve estar atento a alterações emocionais/psicológicas, a fim de contribuir para minimizar os riscos relacionados a DPP (RODRIGUES; SILVA, 2014).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a revisão narrativa, foi possível evidenciar a dificuldade do diagnóstico e tratamento da Depressão pós-parto (DPP), seja pela quantidade dos fatores de risco envolvidos e de etiologias existentes ou até mesmo pela falta de sensibilidade dos profissionais de saúde em reconhecer os fatores que predispõe o tratamento.

A pesquisa permitiu elucidar a atuação do enfermeiro no diagnóstico precoce da depressão pós-parto, alcançando o objetivo e esclarecendo o importante papel da enfermagem na assistência à mulher desde o pré-natal até o puerpério, construindo vínculo, proporcionando acolhimento, implementando a triagem de mulheres com fatores de risco para o desenvolvimento da doença, realizando as visitas domiciliares do puerpério, utilizando auxílio de escalas de rastreamento, anamnese e olhar clínico, proporcionando cuidado integral de acordo com as necessidades apresentadas pela puérpera.

O estudo contribuiu também para mostrar a relevância da assistência de enfermagem no diagnóstico precoce da DPP, visto que a doença traz grandes prejuízos para a mãe, o bebê e a família envolvida, além de ressaltar o distúrbio psíquico como um problema de saúde pública e pouco mencionado nas políticas de saúde da mulher. Cabe a enfermagem detectar novos casos de mães deprimidas, por estar à frente do serviço de saúde de porta de entrada da mulher.

Conclui-se também que o reconhecimento da sintomatologia depressiva deve ser feito tanto por profissionais de saúde, a exemplo do enfermeiro, visando a proteção da paciente, quanto pelas mães, visando o autocuidado (CARDILLO et al., 2016).

Como sugestão para trabalhos futuros, aconselha-se o desenvolvimento de trabalhos que tragam os principais “gatilhos” para a DPP e a dificuldade na amamentação que leva a diversos problemas como fissuras, mastite, ingurgitamento mamário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALIANE, P. P; MAMEDE, M. V; FURTADO, E. K. Revisão Sistemática sobre Fatores de Risco Associados à Depressão Pós-parto. **Psicol.pesq.**, Juiz de Fora, v. 5, n. 2, p. 146-155, dez. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472011000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26 out. 2021.
- ARAUJO, S. M. A Importância do Pré-natal e a Assistência de Enfermagem. **Revista Eletrônica de Ciências** – v. 3, n. 2 – julho a dezembro de 2010. Disponível em:<<http://veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/article/viewFile/98/211>>. Acesso em 26 de out. 2021.
- ARRAIS, A. R., CABRAL, D. S. R., & MARTINS, M. H. F. Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. **Encontro: Revista de Psicologia**, 15(22), 53-76. 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-IV-TR (4a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed. 2002.
- BAPTISTA, A. S. D., & FURQUIM, P. M. **Enfermaria de obstetrícia**. In: M. N. Baptista, & R. R. Dias, Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos (pp. 12-31). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan. 2009.
- BARRETO, C. M. et al. Atenção Pré-natal na Voz das Gestantes. **Rev. De Enfermagem**. Recife, jun., 2013. Disponível em:<file:///C:/Users/Damaris%20condeiro/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/4355-41136-1-PB.pdf> Acesso em 26 de out. 2021.
- BORTOLETTI, F. F. Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In: A. F. Moron, F. F. Bortoletti, J. Bortoletti Filho, M. U. Nakamura, R. M. Santana, & R. Mattar. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem Interdisciplinar** (pp. 21-31). Barueri, SP: Manole. 2007.
- BORTOLETTI, F. F. Psicoprofilaxia no ciclo gravídico puerperal. In: A. F. Moron, F. F. Bortoletti, J. Bortoletti Filho, M. U. Nakamura, R. M. Santana, & R. Mattar. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem Interdisciplinar** (pp. 37-46). Barueri, SP: Manole. 2007.
- BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília, DF. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Área Técnica de Saúde da Mulher**. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Área Técnica de Saúde da Mulher**. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF. 2006.

CARDILLO, V.A. et al. Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.18, p.1-10, 2016.

CARLESO, J. P. P. & SOUZA, A. P. R. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: Revisão de literatura. **Rev. CEFAC.**, v. 13, n. 06. 2011.

CHAUDRON, L. H., & PIES, R. W. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: **A review. J ClinPsychiatry**, 64, 1284-92. 2003.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A.; CÉSAR, C. C. Medicamentos e amamentação: atualização e revisão aplicadas à clínica materno-infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 25, n 3, p. 276-288, 2007.

CHIATTONE, H. B. C. Assistência psicológica de urgência. In: A. F. Moron, F. F. Bortoletti, J. Bortoletti Filho, R. M. Santana, & R. Mattar. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem Interdisciplinar** (pp. 52-59). Barueri, SP: Manole. 2007.

CRAIG, M.; HOWARD, L. Postnataldepression. **ClinicalEvidence**, v. 1, n. 1.407, 2009.

FERNANDES, F. C. COTRIN, J. T. DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SUAS IMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL. **Revista Panorâmica On-Line**, Barra do Garças, v. 14, n. 8, p. 15-34, jul. 2016.

GODFROID, O. Une vue d'ensemble sur la dépression du post-partum. **Ann Med Psychol**, 155, 379-385. 2007.

GOMES, L. A.; TORQUATO, V. S.; FEITOZA, A. S.; SOUZA, A. B.; SILVA, M. C.; PONTES, R. F. IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 8, p. 117-123, nov. 2017.

GONÇALVES, A. P. et al. Reconhecendo e intervindo na depressão pós-parto. **Revista Saúde em Foco** – Edição nº 10. 2018. Disponível em:<http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2018/035_> Acesso em 03 de nov. de 2020.

GREINERT, B.R.M. et al. A relação mãe-bebê no contexto da depressão pós-parto: Estudo qualitativo. **Saúde e Pesquisa**. Maringá – PR, v. 11, n. 1, p. 81-88, jan-abr., 2018.

HALBREICH, J. U. KARKUN, S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. **J Affect Disord**. 91 (2-3):97-111. 2009.

HALE, T. W. **Maternal medications during breastfeeding**. Clin ObstetGynecol. 2017

KLAUS, M. H., KENNEL. J. H. & KLAUS, P. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artmed. 2016.

MARQUES, D. M.; MENDES, R.G. FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PÓS-PARTO. **Revista de Psicologia**, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 21-45, nov. 2018. Anual. 2016.

MORAES IGS, PINHEIRO RT, SILVA RA, HORTA BL, SOUSA PLR, FARIA AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev.SaúdePública**. 2006.

NAGER, A. SUNDQUIST, K.RAMIREZ-LEOON, V. JOHANSSON, M. Obstetric complications, and postpartum psychosis: a follow-up study of 1.1 million first-time mothers between 1975 and 2003 in Sweden. **Acta Psychiatry Scand**.117(1):12-9. 2008.

OLIVEIRA, A.M. et al. Conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre depressão pós-parto. **JournalofNursingand Health**. v. 1, n.1, p. 17-26, 2016.

OLIVEIRA, M. A., & NAKANO, T. C. **Revisão de pesquisas sobre criatividade e resiliência**. Temas em Psicologia, 19(2), 467-479. 2011.

OLIVEIRA, K. S.; NAKANO, T. C. Avaliação da resiliência em Psicologia: revisão do cenário científico brasileiro. **Revista Psicologia em Pesquisa**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 23-34, 26 abr. 2018. Anual. Universidade Federal de Juiz de Fora. <http://dx.doi.org/10.24879/2018001200100283>.

PEREIRA, M.; Bruna, M.; AZEVEDO; J. Depressão e angústia: modos de expressão na contemporaneidade. **Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas** v. 2, n. 3, jan./jul. 2017. Disponível em:<<http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/14256>>Acessado em 04 de maio 2021.

Ribeiro W.G. Andrade M. O papel do enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto (DPP). **Informe-se em promoção da saúde**. 2009; 5(1):7-9. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/dpp3.Pdf>>Acesso em: 2 abr. 2021.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher** / Susan Scott Riscchi; tradução Maisa Ritomy Ide, 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

RIOS, C. T. F., & VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(2), 477-486. Doi:10.1590/S1413-81232007000200024. 2007.

ROSENBERG, J. Transtornos psíquicos da puerperalidade. In: F. F. Bortoletti et al., **Psicologia na prática obstétrica: abordagem Interdisciplinar** (pp. 110-117). Barueri, SP: Manole. 2007.

STOWE, Z. N., & NEMEROFF, C. B. Women at risk for post-partum-onset major depression. **Am J ObstGynecol**, 173, 639-645. 2005.

SCHMIDT, E. B., PIVVOLOTO, N. M. & MULLER, M. C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, v. 10, n. 01. 2005.

SENA, D.M.; G. MENDES, D. T. FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PÓS-PARTO. **Revista de Psicologia**, São Paulo, v. 3, n. 11, p. 3-8, abr. 2018.

SCHWENGBER, D. D. S. & PICCININI, C. A. Depressão Materna e Interação Mãe-Bebê no Final do Primeiro Ano de Vida. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 03. 2004.

SILVA, Elda Terezinha & BOTTI, Nadja Cristiane. Depressão Puerperal – uma revisão de literatura. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v.07, n.02, 2005. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista7_2/pdf/REVISAO_01.pdf >. Acesso em: 26 de out. 2021.

TOLENTINO et al. Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. **Revista Ciência Saúde**, Nova Esperança, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Damaris%20condeiro/Downloads/6._Depressão_pós-parto_pronto.pdf>. Acesso em: 26 de out. 2021.

TEIXEIRA, E. et al. Tecnologia educacional sobre cuidados no pós-parto: construção e validação. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-10, abr-jun, 2016.

VIANA, M.D.Z.S. FETTERMANN, F.A.CESAR, M.B.N. **Estratégias de enfermagem na prevenção da depressão pós-parto**. 2020 jan/dez; 12:953-957. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.6981>.

VIEIRA, F.S. et al. Influência do Parto Sobre o Desmame no Puerpério. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. v. 1, p. 425-431, 2019.