



BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ORRANA OLIVEIRA DA CRUZ

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DEPRESSÃO PÓS-
PARTO**

**Conceição do Coité-BA
2022**

ORRANA OLIVEIRA DA CRUZ

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DEPRESSÃO PÓS-
PARTO**

Artigo científico submetido como Trabalho de Conclusão de Curso para o curso de Bacharelado em Enfermagem para a Faculdade da Região Sisaleira.

Orientador: Rafael Reis Bacelar Antón.

**Conceição do Coité-BA
2022**

Ficha Catalográfica elaborada por:
Joselia Grácia de Cerqueira Souza – CRB-Ba. 1837

C955a Cruz, Orrana Oliveira da

Assistência de enfermagem em pacientes com depressão pós-parto.- Conceição do Coité (Ba.), FARESI, 2022.

17 f.

Referências: f. 15- 17

Artigo científico submetido como Trabalho de Conclusão de Curso para o curso de Bacharelado em Enfermagem para a Faculdade da Região Sisaleira.

Orientador: Rafael Reis Bacelar Antón.

1. Depressão pós- parto. 2. Fatores de risco. 3. Escalas de dor. 4. Depressão. I. Título.

CDD: 618.76

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Orrana Oliveira da Cruz¹
Rafael Reis Bacelar Antón²

RESUMO

O objetivo da presente pesquisa é analisar a prevalência da depressão gestacional e os fatores a ela associados, encontrados nos mais diversos estudos, desenvolvidos em diferentes contextos socioeconômicos, visando melhor compreender a dimensão global do fenômeno em questão e a atuação do enfermeiro frente a esta patologia. Uma proporção de mulheres entra na gravidez com sintomas ou distúrbios psiquiátricos ativos, com ou sem medicação psicotrópica concomitante. Estudos relatam que a exposição à depressão não tratada e ao estresse durante a gravidez pode ter consequências negativas para o desfecho e o desenvolvimento da criança. Foi utilizada a busca on-line nas bases de dados da literatura nacional e internacional. A consulta foi realizada com levantamento bibliográfico no Scielo (Scientific Electronic Library Online), PUBMED (National Library of Medicine and the National Institutes of Health) e Banco de teses das Universidades brasileiras. A detecção precoce e o tratamento da depressão pré-natal são vitais. Para pacientes mais sérios, a psicoterapia sozinha pode ser insuficiente e um tratamento adicional com um antidepressivo pode ser necessário.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão. Fatores de risco. Gravidez. Prevalência.

ABSTRACT

The objective of the present study is to analyze the prevalence of gestational depression and the factors associated with it, found in the most diverse studies, developed in different socioeconomic contexts, aiming at a global dimension of the phenomenon in question and the role of the nurse in front of this pathology. A proportion of women enter pregnancy with symptoms or active psychiatric disorders, with or without concomitant psychotropic medication. Studies related to an untreated presentation and stress during pregnancy can have negative consequences for the outcome and development of the child. The online search was used in national and international literature databases. Consultation carried out with a bibliographic survey not Scielo (Electronic Scientific Electronic Library), PUBMED (National Library of Medicine and National Institutes of Health) and Bank of Thesis of Brazilian Universities. Early detection and treatment of prenatal depression are vital. For more serious patients, psychotherapy alone may be insufficient and further treatment with an antidepressant may be necessary.

KEYWORDS: Depression. Risk factors. Pregnancy. Prevalence.

¹ Discente do curso de Nome do Curso. Faculdade da Região Sisaleira – FARESI.
orranacruz.15@hotmail.com

² Docente do curso de Nome do Curso. Faculdade da Região Sisaleira – FARESI.
email@faresi.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A depressão pode ser conceituada como patologia que afeta todo o organismo, que compromete o físico, o humor e, em consequência, o pensamento e os relacionamentos sociais. Trata-se de uma doença, com alterações das expressões e humores, não sendo sinal de fraqueza, ausência de pensamentos positivos ou uma condição que se supera apenas pela força de vontade ou esforço. Pode se manifestar de diversas maneiras, constando em todos os tipos, comprometimento de ânimo, principalmente, nas atividades que geram prazer (ALVES AM, at 2007).

O período pós-parto, chamado de puerpério é um período que abrange desde o nascimento do bebê até a volta da mãe à “vida habitual”, isto é, ao estilo de vida mais próximo do anterior da gestação. No entanto, as obrigações e responsabilidades sobre a mãe redobram, além de uma série de alterações hormonais no seu corpo, ela tem que lidar com o recém-nascido sob seus cuidados, a falta de sono, amamentação, adaptação a nova rotina e uma nova dinâmica familiar. (BRAGA *et al.*, 2021).

A gestação é um momento único e de extrema importância na vida das mulheres, mas com grandes mudanças e descobertas que quando associada a fatores de risco podem ocorrer sinais e sintomas depressivos levando a intenso sofrimento psíquico (TEIXEIRA, 2001; VIANA, 2011).

O período gestacional e puerperal a mulher começa a desenvolver alterações físicas, hormonais, psíquica que refletem diretamente na saúde mental. São vivências intensas e por vezes sentimentos contraditórios, momentos de dúvidas, ansiedade, se diagnosticada tardiamente, podem refletir diretamente na saúde da mãe e no desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança.

O período gravídico-puerperal é, muitas vezes, marcado por prevalência de transtornos mentais que se manifestam, maioritariamente no primeiro e terceiro trimestre de gestação e nos trinta dias de puerpério (BOTEGA; DIAS, 2006). As alterações psíquicas dependerão dos seguintes fatores: orgânicos, familiares, conjugais, socioculturais e personalidade da gestante (FALCONE *et al.*, 2005). A prevalência de depressão é em 20% das mulheres que se encontram no período gestacional e puerpério (LIMLOMWONGSE;

LIABSUETRAKUL, 2006), no entanto, a maioria delas nem é diagnosticada nem tratada convenientemente (ANDERSSON et al., 2003).

O objetivo da presente pesquisa é analisar a assistência de enfermagem a portadora de depressão pós-parto e a prevalência da depressão gestacional e os fatores a ela associados, encontrados nos mais diversos estudos, desenvolvidos em diferentes contextos socioeconômicos, visando melhor compreender a dimensão global do fenômeno em questão.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho consistiu em uma revisão da literatura a respeito dos principais estudos epidemiológicos sobre a prevalência e assistência de enfermagem na depressão pós-parto de modo a pontuar os principais aspectos desenvolvidos durante o período gestacional e os fatores de risco relacionados.

Foi utilizada a busca on-line nas bases de dados da literatura nacional e internacional. A consulta foi realizada com levantamento bibliográfico no Scielo (ScientificElectronic Library Online), PUBMED (National Library of Medicine and the National Institutes of Health) e Banco de teses das Universidades brasileiras.

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura (RNL), que 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. Ademais, sua operacionalização pode se dar de forma sistematizada com rigor metodológico.

Para responder à questão norteadora “Qual a assistência de enfermagem prestada à portadora de depressão pós-parto?” foram acessadas as Scielo (ScientificElectronic Library Online), PUBMED (National Library of Medicine and the National Institutes of Health) e Banco de teses das Universidades brasileira.

Por meio da busca avançada, realizada no período compreendido entre janeiro a abril de 2022, utilizando-se os termos delimitadores de pesquisa,

depressão pós-parto, cuidados de enfermagem. Como descritores para o levantamento de dados nos últimos 10 anos. Este processo envolveu atividades de busca, identificação, fichamento de estudos, mapeamento e análise.

Após essa etapa foi realizada a leitura dos artigos pelo resumo, tarefa necessária, pois, apesar do uso dos descritores, foi obtido muito material que não condizia com o tema abordado. Os dados coletados para a seleção dos artigos analisados neste estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: tratar-se de artigo original, ter resumo completo na base de dados, no idioma de línguas portuguesa e inglesa, cujo objeto de estudo seja de interesse desta revisão narrativa e que esteja disponível gratuitamente, na íntegra em formato eletrônico na base de dados, publicado nos últimos cinco anos. Já os critérios de exclusão foram: artigos publicados em periódicos não editados no Brasil ou nos Estados Unidos; artigo de revisão; Tese ou Dissertação; Relato de Experiência; artigo que, embora sobre atenção ou cuidado pré-natal, tratasse de situações específicas relacionadas a patologias.

Inicialmente, foram encontradas 101 produções científicas com os descritores Depressão e Parto. Desses, foram selecionadas 35 produções científicas que apresentavam o texto na íntegra, disponível online, sendo que apenas 5 atenderam ao critério de inclusão relativo ao idioma que eram as línguas portuguesa e inglesa.

Das 15 produções selecionadas, 5 atenderam ao critério de inclusão ao serem classificadas como artigos. Após a leitura dos títulos e dos resumos dessas produções, 10 foram excluídos por não responderem a questão norteadora desse estudo. Restaram dez artigos que passaram a compor o corpus de análise para este estudo de revisão narrativa, que se encontra ilustrado na Figura 1.

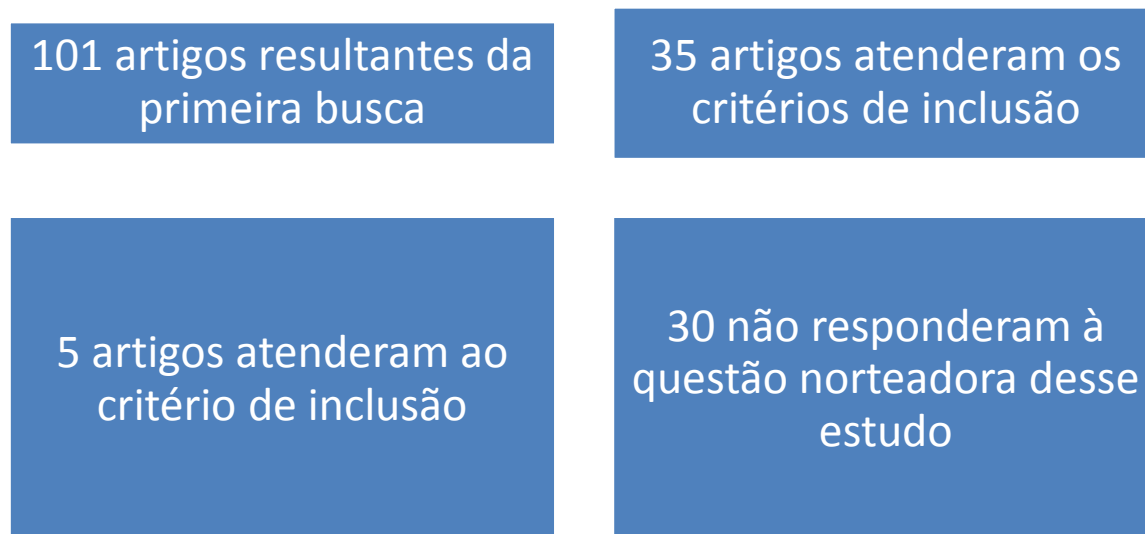


Figura 1. Fluxograma da Escolha dos Artigos

3 DISCUSSÃO

O termo depressão foi usado pela primeira vez em 1680 com a finalidade de designar um estado de desânimo, ou perda de interesse, porém foi apenas incorporada ao dicionário em 1750 por Samuel Johnson (QUEVEDO; SILVA, 2013).

De acordo com Lafer (2007), Freud, diferente de outros autores, não caracterizava uma definição sobre depressão, embora identificado e descrito manifestações depressivas nas diferentes categorias nosográficas sem, entretanto, assemelhá-las à melancolia nem reuni-las em critérios para diagnóstico, tal como se vê nos atuais manuais de psiquiatria.

A depressão é uma patologia que interfere no estado biopsicossocial do indivíduo. Caracterizada como um problema de saúde pública, essa doença pode ser causada por vários fatores e em todas as suas formas é observado um quadro de tristeza profunda e humor deprimido no indivíduo. Provoca uma desordem no estado mental da mulher que ocorre no período pós-parto ou puerperal. Os sinais clínicos podem surgir logo nas primeiras semanas após o nascimento. Esta desordem pode comprometer tanto a vida materna, como o desenvolvimento do bebê e a interação mãe-filho (LEÔNIDAS; CAMBOIM, 2016, p. 437).

A literatura científica indica que o período gravídico-puerperal e a fase de maior prevalência de transtornos mentais na mulher, principalmente no

primeiro e no terceiro trimestre de gestação e nos primeiros 30 dias de puerpério (BOTEGA; DIAS, 2006). A intensidade das alterações psíquicas dependera de fatores orgânicos, familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante (FALCONE et al., 2005). Cerca de um quinto das mulheres no período gestacional e no puerpério apresenta depressão (LIMLOMWONGSE; LIABSUETRAKUL, 2006). Cabe ressaltar que a maioria dessas mulheres não é diagnosticada e tratada adequadamente (ANDERSSON et al., 2003).

3.1 SINAIS E SINTOMAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Entendida como um problema de saúde pública, a depressão é uma patologia que influencia diretamente nas esferas biológicas e psicológicas do ser humano, esta doença de cunho multifatorial apresenta a marcante presença de tristeza pessoal influenciando de varias formas o comportamento do individuo. Tratando-se de depressão pós-parto a doença a cima referenciada pode causar distúrbios no estado mental das mulheres neste período. Apresentando sinais clínicos logo após o nascimento do bebê. Interferindo assim negativamente da mãe-bebê e no desenvolvimento do mesmo (BRAGA *et al.*, 2021).

Neste sentido, o conjunto de sintomas da depressão pós-parto demonstra-se através de tristeza profunda, episódios de choros sem explicação, sentimento de inutilidade, a versão do recém-nascido, falta de apetite, indisposição para realizar atividades cotidianas e cuidados do bebê, desinteresse para amamentar, sobre tudo morte e suicídio. Sintomas comuns manifestados no corpo da mãe com DPP são dores no corpo, dores de cabeça, erupções vaginais entre outros sintomas orgânicos sem explicação fisiológica direta.

O transtorno depressivo maior (TDM) é definido como um período de pelo menos 2 semanas de baixo humor, ou perda de interesse ou prazer, associado a pelo menos cinco características citadas: (1) mudança de apetite ou peso; (2) insônia ou hipersonia; (3) sintomas psicomotores, como inquietação ou atraso (fala, pensamento ou movimentos mais lentos);(4)diminuição de energia ou fadiga;(5) sensação de inutilidade ou

culpa,desesperança ou desamparo;(6) dificuldade em se concentrar ou tomar decisões;e (7) pensamentos recorrentes de morte, morte ou suicídio (APA, 2013).

A prevalência de depressão em mulheres é 10 e 20% após a puberdade, aproximadamente duas vezes a taxa de prevalência em homens (APA, 2013). A depressão é mal identificada e mal tratada durante o pré-natal (SIDEBOTTOM *et al.*, 2012). O diagnóstico de depressão em mulheres grávidas pode ser complicado devido à sobreposição de sintomas de gravidez normal (por exemplo, alterações do sono, alterações do apetite e fadiga) com alguns dos sintomas diagnósticos de TDM (SIDEBOTTOM *et al.*, 2012).

3.2 FATORES DE RISCO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A depressão É o transtorno mental de maior prevalência durante a gravidez e o período puerperal (BENNETT *et al.*, 2004) e esta associada a fatores de risco, como antecedentes psiquiátricos, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, gestação na adolescência, falta de suporte social, eventos estressores e história de violência doméstica. Evidências demonstram que, além de a depressão pré-natal ser mais frequente, ela e o principal fator de risco para depressão pós-natal, sendo esta, muitas vezes, uma continuação da depressão iniciada na gestação (ALAMI *et al.*, 2006; ANDERSSON *et al.*, 2006; LOVISI *et al.*, 2005; RYAN *et al.*, 2005; HERON *et al.*, 2004).

É importante avaliar fatores de risco psicossociais em mulheres grávidas, que incluem habitação instável, recursos baixos, apoio social fraco, violência de parceiro, distúrbios psiquiátricos ativos e abuso de substâncias (MILGROM; GEMMIL, 2014). O rastreio para a depressão perinatal é mais eficaz quando acompanhado pela avaliação de problemas psicossociais e a disponibilidade de tratamento integrado e opções de suporte (MILGROM; GEMMIL, 2014; CHAUDROM; WISNER, 2014; AUSTIN, 2014).

3.3 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Ao abordar o diagnóstico da depressão pós-parto, devemos salientar que este é realizado pelo médico psiquiatra e um psicólogo que atende a

puérpera. Toda via, deve-se destacar que no pré-natal o enfermeiro tem um papel muito importante ao notar sinais e sintomas da depressão que poderá evoluir para uma DPP. Assim sendo, o enfermeiro carrega enorme responsabilidade por ter contato pré e pós-parto com as gestantes, tornando-se uma peça essencial para o diagnóstico precoce da patologia.

As intervenções para depressão durante a gravidez geralmente incluem medicamentos antidepressivos; psicoterapia (individual ou grupal); terapia de luz brilhante; e muito raramente, terapia eletroconvulsiva (TEC) (RYAN *et al.*, 2005).

As duas psicoterapias mais utilizadas são a terapia interpessoal (TIP), que se concentra na melhoria das interações sociais e no enfrentamento das transições da vida e da terapia comportamental cognitiva (TCC), que visa ajustar os padrões de pensamento autodestrutivos dos pacientes. O uso de TIP durante a gravidez mostrou melhorar o humor substancialmente após 16 semanas (SPINELLI; ENDICOTT, 2003).

Há pouca pesquisa sobre a eficácia de outros tratamentos não-farmacológicos para a depressão pré-natal. Embora a eficácia da TCC para depressão pós-parto tenha sido demonstrada (BOLTON *et al.*, 1998) que não há pesquisas sobre seu uso para depressão durante a gravidez. A eficácia da terapia grupal para depressão durante a gravidez não foi relatada, embora a terapia de grupo pré-natal mostrou ser efetiva na prevenção de depressão pós-parto (ZLOTNICK *et al.*, 2001).

Classes de drogas antidepressivas para uso durante a gravidez incluem tricíclicos, inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRSs) e inibidores da recaptção da serotonina-norepinefrina (IRSNs). Embora nenhum desses agentes tenha sido provado absolutamente seguro em mulheres grávidas, há dados mais tranquilizáveis sobre os ISRS do que nas outras duas classes de drogas.

As mulheres que recebem antidepressivos geralmente apresentam depressão mais grave do que as mulheres que não recebem medicamentos; portanto, os riscos associados ao uso de medicamentos podem ser explicados por doenças mais graves ou por condições de coexistência associadas (ou seja, confundindo por indicação). Além disso, uma vez que aproximadamente 13% das mulheres tomam um antidepressivo (COOPER *et al.*, 2007), e mais de

80% tomam pelo menos uma dose de medicação (além de vitaminas) durante a gravidez (HEADLEY *et al.*, 2004), pode ser difícil avaliar o efeito separado dos antidepressivos. Finalmente, os recém-nascidos expostos a medicamentos antidepressivos podem ser mais cuidadosamente avaliados do que outros recém-nascidos, levando a um viés de determinação (BAR-OZ *et al.*, 2007).

Em uma revisão sistemática de estudos em que a depressão foi avaliada por uma entrevista clínica estruturada, a prevalência pontual da depressão (TDM e depressão menos grave) foi de 11% no primeiro trimestre com queda de 8,5% nos segundo e terceiro trimestres (GAVIN *et al.*, 2005). A prevalência pontual de TDM variou de 1% a 5,6% durante a gravidez (GAVIN *et al.*, 2005). A gravidez não parece ser um momento de aumento das taxas de prevalência de depressão em comparação com outros períodos de tempo durante os anos de reprodução das mulheres, mas o período perinatal pode ser considerado um momento de risco de episódio depressivo maior em algumas mulheres.

3.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Segundo o Ministério da Saúde, os profissionais de enfermagem têm papel primordial ao garantir uma assistência em enfermagem de qualidade, tendo como porta de entrada o acolhimento e acompanhamento, contribuindo assim para geração e nascimento de uma criança saudável e a preservação da saúde da mãe. Esta é uma característica importante, de uma política de saúde humanizada que se concretiza através de ações e estratégias de prevenção a patologia e a promoção de saúde da gestante e do recém-nascido desde o pré-natal ao puerpério (BRASIL, 2011)..

Durante o período gestacional e no puerpério, o enfermeiro desempenha um papel importante, auxiliando na consulta de enfermagem, juntamente com a evolução da gravidez, através do pré-natal, mantendo um contato contínuo durante a gestação, deve-se estar atento em identificar sinais e sintomas e ter sensibilidade para compreender, ouvir, dialogar, conhecendo seus receios frente á maternidade, podendo auxiliá-la a enfrentá-los.

Tratando-se da atuação do enfermeiro no contexto pós-parto, deve-se ressaltar a assistência prestada por este profissional com a finalidade de

melhorar a adaptação da puérpera as novas condições demandadas por este período. Ao traçar um paralelo com a DPP, o papel do enfermeiro torna-se ainda mais notável, pois, conhecendo as particularidades da patologia junto a este momento do puerpério, a assistência em enfermagem pode contribuir com técnicas e estratégias tornando a relação da mulher com maternidade e com o bebê mais tranquilo e repercutindo assim também no ambiente da família (KOGIMA, 2004).

É extremamente importante que o enfermeiro utilize ações preventivas, tais como abordagem psicológica da mulher, o incentivo a presença do parceiro nas consultas de pré-natal, realização de visitas domiciliares ou mesmo a formação de grupos de gestante para educação em saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendendo a intensidade do momento vivenciado pela mulher, entende-se a importância da atenção e cuidados com a saúde materna precisam ser ampliados, as redes de apoio se tornam instrumentos essenciais para a passagem saudável da mãe, o suporte de familiares e amigos fazem toda a diferença nesse primeiro momento de adaptação. Por isso, o auxílio com tarefas domésticas, cuidado com o bebê e apoio psicológico são fundamentais.

É necessário que a assistência de enfermagem reconheça a gravidade desta doença e reflitam sobre como suas atuações, que visem contribuir com ferramentas e modelos práticos a serem implantados e implementados na

assistência à puérpera, sendo importantes para a prevenção e a redução da prevalência deste transtorno.

A detecção precoce e o tratamento da depressão pré-natal são vitais. Uma vez que o diagnóstico é confirmado, os médicos de família precisam incluir pacientes em uma análise de risco-benefício e descrevem cuidadosamente as consequências da depressão não tratada tanto para mãe quanto para bebê.

Para depressão leve a moderada, os tratamentos não farmacológicos devem ser oferecidos primeiro, juntamente com a referência a um psicólogo, se disponível. Para pacientes mais sérios, a psicoterapia sozinha pode ser

insuficiente e um tratamento adicional com um antidepressivo pode ser necessário.

REFERÊNCIAS

ALAMI, K.M.; KADRI, N.; BERRADA, S. Prevalence and psychosocial correlates of depressed mood during pregnancy and after childbirth in a Moroccan sample. **Arch Womens Ment Health**. 2006;9(6):343-6.

ALVES AM et AL A. Enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. **Revista Cogitare Enfermagem**. Campina Grande do Sul, v. 12, n. 4, p. 416.

ANDERSSON, L.; SUNDSTRÖM-POROMAA, I.; BIXO, M.; WULFF M, BONDESTAM, K.; ASTRÖM, M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. **Am J Obstet Gynecol**. 2003;189(1):148-54.

ANDERSSON, L.; SUNDSTRÖM-POROMAA, I.; ASTRÖM, M.; BIXO, M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. **Acta ObstetGynecolScand**. 2006;85(8):937-44.

APA. **American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual**. 5th Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

AUSTIN, M.P. Marce Society Position Statement Advisory Committee. Marce International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. **Best Pract Res Clin ObstetGynaecol** 2014;28: 179e87.

BAR-OZ, B.; EINARSON, T.; EINARSON, A.; BOSKOVIC, R.; O'BRIEN, L.; MALM, H.; BERARD, A.; KOREN, G. Paroxetine and congenital malformations: meta-analysis and consideration of potential confounding factors. **Clin Ther** 2007;29:918-26.

BENNETT, H.A.; EINARSON, A.; KOREN, G.; EINARSON, T.R. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. **Obstet Gynecol**. 2004;103(4):698-709.

BOLTON, H.L.; HUGHES, P.M.; TURTON, P.; SEDGWICK, P. Incidence and demographic correlates of depressive symptoms during pregnancy in an inner London population. **J Psychosom ObstetGynaecol** 1998;19(4):202-9.

BRAGA, L., S; SANTOS, D. A.; RODRIGUES, M. S. D.; GONÇALVES, A. M.; SOARES, P. F. C.; LEÔNICIO, A. B. A. A assistência de enfermagem na depressão pós-parto. **Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza**, v. 1, n. 2, p. 92-105, 2021.

BRASIL. Saúde Integral da Mulher. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: **Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** –1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

CHAUDRON, L.H.; WISNER, K.L. Perinatal depression screening: let's not throw the baby out with the bath water! *J Psychosom Res* 2014;76:489e91.

COOPER, W.O.; WILLY, M.E. PONT, S.J.; RAY, W.A. Increasing use of antidepressants in pregnancy. *Am J ObstetGynecol*2007; 196:544-55.

FALCONE, V.M.; MADER, C.V.N.; NASCIMENTO, C.F.L.; SANTOS, J.M.M.; NÓBREGA, F.J. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev SaúdePública.* 2005;39(4):612-8.

GAVIN, N.I.; GAYNES, B.N.; LOHR, K.N.; MELTZER-BRODY, S.; GATLEHNER, G.; SWINSON, T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *ObstetGynecol*2005;106:1071e83.
Grote, N.K.; Bridge, J.A.; Gavin, A.R.; MELCILLE, J.L.; IYENGAR, S.; KATON, W.J. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:1012e24.

HEADLEY, J.; NORTHSTONE, K.; SIMMONS, H.; GOLDING, J. Medication use during pregnancy: data from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Eur J Clin Pharmacol*2004;60:355-61.

HERON, J.; O'CONNOR, T.G.; EVANS, J.; GOLDING, J.; GLOVER, V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord.* 2004;80(1):65-73.

KOGIMA E. O. O entendimento dos enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde acerca da depressão puerperal [dissertação]. São Paulo: **Faculdade da Saúde Pública da Universidade de São Paulo**, 2004; 123p.

LAFER, B. et al. **Depressão no ciclo da vida.** Porto alegre, RS: Artes Médicas Sul, 2000.

LANCASTER, C.A.; GOLD, K.J.; FLYNN, H.A.; YOO, H.; MARCUS, S.M.; DAVIS, M.M. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J ObstetGynecol*2010;202:5e14.

LATTIMORE, K.A.; DONN, S.M.; KACIROTI, N.; KEMPER, A.R.; NEAL, C.R.; VAZQUEZ, D.M. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and effects on the fetus and newborn: a meta-analysis. *J Perinatol*2005;25:595-604.

LEÔNIDAS, Fernanda de Medeiros; CAMBOIM, Francisca Elidivânia de Faria. Cuidado de enfermagem à mulher com depressão pós-parto na atenção básica. **Temas em Saúde**. Volume 16, Número 3. João Pessoa, 2016. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/25341264-Artigo-cuidado-de-enfermagem-a-mulher-com-depressao-pos-parto-na-atencao-basica-nursing-care-the-woman-depression-postpartum-in-primary-care.html>>. Acesso em: 25 Nov. 2022.

LIMLOMWONGSE, N.N.; LIABSUETRAKUL, T. Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6-8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). **Arch Womens Ment Health**. 2006;9:131-8.

LOVISI, G.M.; LOPES, J.R.; COUTINHO, E.; PATEL, V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. **Psychol Med**. 2005;35:1485-92.

MALM, H.; ARTAMA, M.; GISSLER, M.; RITVANEN, A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk for major congenital anomalies. **ObstetGynecol**2011;118:111- 20.

MAURI, M.; OPPO, A.; BORRI, C.; BANTI, S. SUICIDALITY in the perinatal period: comparison of two self-report instruments. Results from PND-ReScU. **Arch Womens Ment Health**2012;15:39e47.

MELVILLE, J.L.; GAVIN, A.; GUO, Y.; FAN, M.Y.; KATON, W.J. Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. **ObstetGynecol**2010;116:1064e70.

MILGROM, J.; GEMMILL, A.W. Screening for perinatal depression. **Best Pract Res Clin ObstetGynaecol**2014;28:13e23.

NEWPORT, D.J.; LEVEY, L.C.; PENNELL, P.B.; RAGAN, K.; STOWE, Z.N. Suicidal ideation in pregnancy: assessment and clinical implications. **Arch Womens Ment Health**2007;10:181e7.

PEDERSEN, L.H.; HENRIKSEN, T.B.; VESTERGAARD, M.; OLSEN, J.; BECH, B.H. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and congenital malformations: population based cohort study. **BMJ** 2009;339:b3569.

QUEVEDO, J.; SILVIA, A.. **Depressão**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.

RAHIMI, R.; NIKFAR, S.; ABDOLLAHI, M. Pregnancy outcomes following exposure to serotonin reuptake inhibitors: a metaanalysis of clinical trials. **ReprodToxicol**2006;22:571-5.

REIS, M.; KALLÉN, B. Delivery outcome after maternal use of antidepressant drugs in pregnancy: an update using Swedish data. **Psychol Med**2010;40:1723-33.

RYAN, D.; MILIS, L.; MISRI, N. Depression during pregnancy. **Can Fam Physician**; 2005;51:1087-93.

RYAN, D.; MILIS, L.; MISRI, N. **Depression during pregnancy**. Can Fam Physician 2005;51:1087-1093.

SIDEBOTTOM, A.C.; HARRISON, P.A.; GODECKER, A.; KIM, H. Validation of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 for prenatal depression screening. **Arch Womens Ment Health**2012;15:367e74.

SPINELLI, M.G.; ENDICOTT, J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parent ing education program for depressed pregnant women. **Am J Psychiatry** 2003;160(3):555-62.

TEIXEIRA, C.B.P.V. **Ansiedade e depressão em mulheres e homens durante a gravidez**.2001. 62f. Tese de mestrado em Saúde Pública-Faculdade de Medicina Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.

UDECHUKU, A.*et al*. Antidepressants in pregnancy: a systematic review. **Aust N Z J Psychiatry**2010;44:978-96.

VIANA, L.C. **Ginecologia. 2**. Editora Belo Horizonte. 2011. Botega NJ, Dias MK. Gravidez e puerpério. In: Botega NJ, organizador. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006, p. 341-54.

ZLOTNICK, C.*et al*. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. **Am J Psychiatry**2001;158(4):638-40.