

**FACULDADE PATOS DE MINAS  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**MARIA LÚCIA PEREIRA**

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO: PREVENÇÃO,  
CONSEQÜÊNCIAS, TRATAMENTO E ASSISTÊNCIA  
DO ENFERMEIRO**

**PATOS DE MINAS  
2009**

**MARIA LÚCIA PEREIRA**

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO: PREVENÇÃO,  
CONSEQÜÊNCIAS, TRATAMENTO E ASSISTÊNCIA  
DO ENFERMEIRO**

Monografia apresentada a Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para conclusão do curso de graduação em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Vânia Cristina Alves Cunha.

**PATOS DE MINAS  
2009**

618.7 PEREIRA, Maria Lúcia

P436d Depressão pós-parto: prevenção, conseqüências, tratamento e assistência do enfermeiro / Maria Lúcia Pereira. – Patos de Minas/MG, 2009. 43p.

Monografia – Faculdade Patos de Minas – UNIFPM

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Esp. Vânia Cristina Alves Cunha

1 Depressão      2 Pós-parto      3 Enfermagem

MARIA LÚCIA PEREIRA

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: prevenção, conseqüências,  
tratamento e assistência do enfermeiro

Monografia aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ pela comissão examinadora  
constituída pelos professores:

Orientadora: \_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>.Esp.Esp.Vânia Cristina Alves Cunha  
Faculdade Patos de Minas

Examinador: \_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Esp.Elizaine Aparecida Bicalho Guimarães  
Faculdade Patos de Minas

Examinador: \_\_\_\_\_  
Prof<sup>o</sup>.Esp. Gilmar Antoniassi Júnior  
Faculdade Patos de Minas

Dedico a todos os profissionais que muito contribuíram para a minha formação profissional, e para que chegasse esse momento. As minhas colegas e amigas Gláucia, Grassy, Juliana, Luana, Sônia e Rosieny, pelo apoio, companheirismo, amizade e espírito de solidariedade.

## AGRADECIMENTOS

Á Deus, amigo sempre presente, para nos manter forte em busca dos nossos objetivos, sem o qual nada teria feito.

Á toda minha família, em especial meus pais por me dar a vida e mim ensinar a vivê-la com dignidade, ao Eustáquio, Matheus e Gabriel pelos incentivos, apoio e carinho sempre disponíveis, pela compreensão nos momentos em que não pudemos estar juntos.

Á orientadora Prof<sup>o</sup> Vânia Cristina Alves Cunha pelo apoio, interesse, competência, disponibilidade, amizade e conhecimento transmitido ao longo da realização desse trabalho.

Á Prof<sup>o</sup> Luciana Araújo Mendes Silva pela dedicação, paciência, simplicidade e companheirismo, quando tudo estava difícil, abria um sorriso e dizia calma, você vai conseguir, a você grande amiga minha eterna gratidão , obrigada por acreditar em mim.

Ao coordenador Prof<sup>o</sup> José Henrique Nunes por sempre estar pronta a nos atender, com paciência, dedicação, respeito e acima de tudo por acreditar em nossa capacidade.

Aos componentes da banca de defesa pelas sugestões e correções enriquecedoras incorporadas ao meu trabalho.

A todos que direta ou indiretamente fazem parte dessa história. Meu carinho e muito obrigado.

*Somos uma sociedade de pessoas com notória infelicidade: solidão ,ansiedade, depressão, destruição, dependência; pessoas que ficam felizes quando matam o tempo que foi tão difícil conquistar.*

Erich Fromm

## RESUMO

O presente estudo teve como proposta abordar o processo de depressão pós-parto, a importância da prevenção e as formas de tratamento visando um pós-parto mais tranquilo e sem perturbações tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. A depressão pós-parto é um tema pertinente nas atuais discussões dos estudantes em enfermagem. A realidade dos tempos atuais nos mostra uma sociedade em constante evolução, quando se trata em estudar casos da área da saúde relacionados com o estado psicológico do paciente. Vivemos a era da informação e as pessoas acompanham ou sofrem as influências de tais movimentos. Este aborda a temática da depressão pós-parto, com vistas a uma prevenção e conscientização dos sintomas e as formas de prevenção. A situação vivida hoje no sistema hospitalar em termos de avaliação do estado psicológico da parturiente é muito problemática pela falta de conhecimento específico na área da psicologia. Não é um problema de apenas um ramo da medicina ou da enfermagem, mas sim, é um problema de todo o sistema de saúde no Brasil. O processo de avaliação, prevenção e combate à depressão pós-parto de forma eficiente torna-se cada vez mais importante no processo de desenvolvimento do recém-nascido e no pós-parto da mãe. Pretende-se compreender as mudanças ocorridas na vida das parturientes devido ao processo de depressão pós-parto, bem como as formas de prevenção e assistência dos profissionais de enfermagem. Objetiva-se discutir os fatores associados à depressão pós-parto e as formas como devem ser realizadas a assistência pelo profissional enfermeiro na prevenção e tratamento. O estudo será desenvolvido na forma de pesquisa como estudo descritivo a partir de uma revisão bibliográfica.

**Palavras - chave:** Depressão; Pós-parto; Enfermagem



## **ABSTRACT**

This study aimed at addressing the process of postpartum depression, the importance of prevention and treatment options focusing on a postpartum more smoothly, without disturbances for both the mother and the newborn. The postpartum depression is an appropriate time in the current discussions of students in nursing. Nowadays reality shows a society in constant evolution, when it comes to study cases of health related to the psychological state of the patient. We live in the information era and people follow or suffer the influences of such movements. This addresses the issue of postpartum depression, with a view to prevention and awareness of symptoms and prevention methods. The situation experienced today in the hospital system in terms of evaluating the psychological status of women in childbirth is very problematic for the lack of specific knowledge in the field of psychology. It is not a problem of only one branch of medicine or nursing, but it is a problem throughout the health system in Brazil. The process of assessment, prevention and combating postpartum depression in an efficient manner becomes increasingly important in the development of the newborn and postpartum mother. The aim is to understand the changes in the lives of pregnant women due to the process of postpartum depression, and ways of prevention and care of nursing professionals. The objective is to discuss the factors associated with postpartum depression and the assisting ways that a professional nurse should do in the prevention and treatment. The study will be developed in the form of research as a descriptive study from a bibliographic review.

**Keywords:** Depression; Postpartum; Nursery

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1 CONCEITO E NOÇÕES BÁSICAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....</b>	<b>12</b>
1.1 Depressão.....	12
1.2 Depressão na gestação.....	14
1.3 Depressão pós-parto.....	16
<b>2 MECANISMOS DE PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....</b>	<b>20</b>
<b>3 CONSEQUÊNCIAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....</b>	<b>24</b>
<b>4 FORMAS DE TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....</b>	<b>27</b>
<b>5 IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES DO ENFERMEIRO NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....</b>	<b>32</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>

## INTRODUÇÃO

Esse estudo teve como ponto de apoio uma pesquisa de revisão bibliográfica em livros, artigos, monografias, teses, dissertações e base de dados da internet, visando o conhecimento e aperfeiçoamento em relação ao tema. Em seguida, essas interpretações serão refletidas, analisadas e confrontadas com o posicionamento da própria autora da pesquisa visando formular as considerações finais do presente estudo.

Através do estudo do tema depressão pós-parto, as suas formas de prevenção, suas conseqüências e a importância da participação do enfermeiro no tratamento, procura-se conhecer os aspectos conceituais, os fatores de risco da depressão pós-parto.

A depressão psíquica nem sempre expressa um estado patológico, pois localiza na própria essência humana, na agitação do homem perante a sua qualidade de indivíduo temporal, finito e imperfeito. A angústia e a amargura são emoções individuais evidentes tanto no domínio afetivo, na aflição espiritual, no domínio corporal e nas condições fisiológicas (Nóbrega; Fontes; Paula, 2005).

A gravidez e o pós-parto são momentos da vida da mulher que necessitam ser analisados com particular cuidado, pois abrangem inquietações psíquicas, corporais, hormonais e de inclusão social, que podem prejudicar a interação mãe-filho.

De acordo com Sadock (2007) a doença é analisada como um distúrbio psiquiátrico que atinge as mulheres depois do nascimento do bebê. E provoca aflição, agonia, fadiga, dores de cabeça, dificuldades de concentração, excesso ou redução do apetite, insônia, sensibilidade, perda de interesse ou prazer nas atividades, incluindo sexo, pensamentos sobre suicídio, sentimento de culpa, tristeza e desesperança.

O que pode levar a mulher a desenvolver tal distúrbio está relacionado aos fatores de risco mais comuns, principalmente os antecedentes de depressão, questões psicológicas, fatores genéticos, ambientais, dificuldades de aceitar o recém-nascido. Para planejar e implantar ações preventivas é preciso conhecer os fatores de risco da depressão pós-parto.

A prevenção da depressão pós-parto é de suma importância considerando as conseqüências prejudiciais para a mãe e também no desenvolvimento do bebê.

Para prevenir à depressão pós-parto a gestante precisa organizar com antecedência para as alterações de vida que a maternidade ira trazer, como apoio emocional da família, amigos e esposo. A saúde mental da gestante é um elemento importante, é um dever dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado durante a gravidez (BOTTI, 2005).

A ocorrência de depressão pós-parto alerta a respeito da importância de intervenções dos profissionais da saúde não só na área do bem-estar da gestante, mas na saúde da mulher.

Cabe ao enfermeiro enquanto profissional de saúde um papel fundamental na detecção do problema, proteção da vida e assistência, transmitindo segurança ao cliente, demonstrando aceitação pelo cliente, valorizando as suas mudanças, encorajando a perceber pontos positivos, ressaltando a importância da continuidade do tratamento (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Os aspectos emocionais da mulher no período do puerpério é um assunto de extrema importância para quem deseja atuar como profissional de enfermagem hospitalar em uma maternidade. É indispensável distinguir os aspectos emocionais e identificar o limite entre a sintomatologia normal e patológica apresentada pela puérpera. Para trabalhar com a prevenção e a terapia com a puérpera dentro da unidade hospitalar é preciso humanização, respeito e carinho.

O presente estudo de revisão bibliográfica descreve em cinco capítulos informações inerentes ao tema que subsidiarão reflexão e conteúdo teórico para desenvolvimento de uma prática mais qualificada para o público leitor. Dessa forma, o primeiro capítulo abordará o conceito e noções básicas da depressão pós-parto, o segundo capítulo tratará seus mecanismos de prevenção, o terceiro capítulo descreverá as conseqüências da doença, o quarto capítulo mencionará as formas de tratamento desta patologia e o quinto capítulo abordará a importância das ações do enfermeiro na terapêutica da depressão pós-parto.

# 1 CONCEITO E NOÇÕES BÁSICAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

## 1.1 Depressão

A depressão nem sempre expressa um estado patológico, pois apresenta a origem na própria vivência humana, na agitação do homem perante a condição de pessoa moderna. A ansiedade e a amargura são anseios particulares visíveis tanto na esfera afetiva, na aflição mental, como na esfera corporal, nas categorias fisiológicas em geral. Idealizado como aparecimento psicossocial, a angústia psíquica expressa um tipo de enfermidade ou sinal, estabelecido entre a subjetividade e o acontecimento exterior, sendo a expressão de diversas formas de conhecimento de mal-estar, anseios acumulados nas condições de exclusão e isolamento (NÓBREGA; FONTES; PAULA, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, nos próximos 20 anos, a depressão sairá do quarto para o segundo lugar na lista de doenças dispendiosas e fatais e ficará atrás apenas das patologias cardíacas. A depressão tem sido registrada desde a antiguidade, e descrições do que, agora, chamamos de depressão podem ser encontradas em muitos textos antigos. Cerca de 400 a. C., Hipócrates usou o termo melancolia para essa perturbação mental. A palavra melancolia, etimologicamente, vem do grego *melano chole* que significa bilis negra. O termo depressão foi inicialmente usado em inglês para descrever o desânimo em 1660, e entrou para uso comum em meados do século XIX (OMS, 1998)

Segundo a Classificação Internacional das Doenças (CID - 10), da décima revisão, são considerados episódios depressivos quando o indivíduo apresentar três graus de depressão: leve, moderado ou grave. Os principais sintomas são rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade, alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite, da auto-estima e da autoconfiança procedendo a idéias de culpabilidade e/ou de indignidade.

O humor depressivo é variável e pode ser acompanhado de sintomas somáticos (BALLONE, 2000).

De acordo com Gonçalves e Machado (2008) a depressão é, basicamente, uma perturbação episódica recorrente, e cada episódio, na maioria das vezes, dura de alguns meses há anos com um período normal interveniente. Em cerca de 20% dos casos, entretanto, a depressão segue um caminho crônico e sem remissão, em específico, quando não há tratamento apropriado disponível.

De acordo com Bressan (2000) os sinais depressivos não apresentavam proveito para a classificação diagnóstica, o estudo desses foi por um extenso período relegado a um segundo plano. Nas décadas de 60 e 70, com a disseminação de conceitos psicanalíticos no exercício da psiquiátrica, houve um interesse pelos sinais depressivos que acontecem no período que segue a remissão do episódio psicótico agudo.

“A depressão é um grave problema de saúde global. Ela cria um enorme fardo econômico na sociedade e nas famílias e têm grave e penetrante impacto na saúde do indivíduo e de suas famílias” Hegadoren (2009). Segundo este autor, os serviços psiquiátricos diferenciados são muitas vezes insuficientes e, portanto, os cuidados com depressão ficam a cargo dos prestadores de cuidados primários, que trabalha em regiões isoladas onde no atendimento em saúde.

Martin, Quirino e Mari (2007, p. 592) descrevem que:

A depressão é um grave problema de saúde pública, evidenciada pela importância das doenças mentais em relação às outras doenças. Esse transtorno compromete o cotidiano das pessoas no relacionamento social, seja na família, trabalho ou comunidade.

Costa, Soares e Teixeira (2007) relatam que segundo estimativas utilizando o método da Carga Global da Doença proposta pela Organização Mundial de Saúde para o ano de 2020, a enfermidade isquêmica do coração e a depressão serão as duas maiores razões não só de mortalidade, mas de incapacidade sobre a população em geral.

A medicina psicossomática é um campo do aprendizado voltado à averiguação científica envolvendo a semelhança entre fatores psicológicos e

acontecimentos fisiológicos em geral e a patogênese de doenças específicas.

De acordo com Soares, Costa e Mesquita (2006) a medicina psicossomática analisa o paciente como um ser biopsicossocial, a associação entre depressão e doença não psiquiátrica é comum. Os sinais depressivos acompanhados com doenças clínicas variam, o estado de depressão altera desde um leve transtorno de ajuste a um transtorno depressivo maior severo. A queixa psiquiátrica pode ser um aparecimento de doença ou conseqüência dos sinais de uma doença cardiovascular.

A depressão pode ser confundida com a doença orgânica de base, uma vez que a ansiedade e a incapacidade funcional beneficiam o aparecimento de sinais como insônia, cansaço e perda da libido, mesmo quando não se estabelece o diagnóstico de depressão. Em pacientes com doenças físicas os sintomas mais comuns da depressão são perda do interesse nas pessoas, pessimismo, indecisão, sensibilidade, insônia, baixa autoestima e desânimo (BRASIL; PONDE, 2009).

A desordem do sono está associada a um leque de perturbações psiquiátricas, sendo considerada uma característica própria de transtorno mental ou depressão. Bittencourt et al. (2005) descrevem que as queixas exclusivas podem incluir despertadores noturnos habituais, sono não restaurador, diminuição do sono integral ou sonhos agitadores, com impacto sobre a qualidade de vida. Em torno de 10% a 20% dos pacientes depressivos apresentam queixas de sonolência exagerada, com aumento do sono à noite e sonolência exagerada durante o dia.

## **1.2 Depressão na gestação**

A gestação é um momento de mudança que faz parte do processo natural do desenvolvimento humano. Existem muitas alterações no organismo da mulher, no seu bem-estar, induzindo seu psiquismo a ter reações até então desconhecida pela gestante.

Para Zucchi (1999) a depressão na gestação nos últimos 10 anos, descobriu dois amplos grupos de estudos. Aqueles que estudaram os fatores de risco para depressão na gestação, como as dificuldades econômicas e a ausência do companheiro, auxílio familiar e social; e os que procuraram integrar a depressão

como fator de risco para certos desfechos obstétricos, como imaturidade, o baixo peso ao nascer, a sensibilidade do bebê, ou mesmo a mortalidade neonatal.

Para Maldonado (2000) a gravidez como o puerpério é um momento bastante vulnerável a episódio de conflitos, devido às intensas alterações intra e interpessoais desencadeadas pelo parto. É importante não confundir os episódios depressivos do puerpério com a ansiedade presente nas primeiras semanas após o parto, sendo uma manifestação natural nesse período.

Segundo Maldonado (1997, p. 229)

A literatura indica que o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar, e prevenir dificuldades futuras para o filho. A intensidade das alterações psicológicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante.

Na primeira gestação a inexperiência da mulher associada à ansiedade e a expectativa pelo nascimento do bebê, as alterações nos níveis de ansiedade, sentimentos, tristeza e melancolia podem ser exarcebados diante dessa nova situação que poderá desencadear a depressão pós-parto.

De acordo com Caputo e Bordin (2007) além da esperada angústia e/ou desânimo em consequência de uma gravidez, aliada a natural prematuridade emocional de muitas jovens para lidar com a gravidez, é possível questionar se as mães adolescentes já não apresentariam esses sintomas antes de engravidar, devido a perturbações depressivas e/ou transtornos de comportamento presentes na infância ou adolescência.

A gestação é um período de alegria e de intensa complexidade na vida de uma mulher. Pinheiro, Laprega e Furtado (2005) dizem que a presença de problemas emocionais, ansiedade e stress em gestantes durante o período gestacional relacionam-se com complicações obstétricas, tais como, trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia, sangramentos e ruptura prematura das membranas pode colaborar para o uso de substâncias psicoativas.

A gestação é um período da vida da mulher que precisa ser analisada com exclusiva atenção, pois envolvem alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inclusão social, que podem refletir na saúde mental da mulher. Rennó Junior (2007)



destaca que estudos atuais mostraram que transtornos psiquiátricos subdiagnosticados e não tratados em grávidas podem induzir a grave seqüela para mãe e filho, até mesmo durante o trabalho de parto.

### **1.3 Depressão pós-parto**

As escalas usadas para depressão comum apresentam restrições extraordinárias quanto à habilidade de detectar sintomas depressivos em mulheres no pós-parto. Barbosa et al. (2006) relatam que um dos pontos de debate envolvendo o estilo desses instrumentos é a admissão de sintomas que são considerados reações fisiológicas naturais do puerpério, como cansaço, distúrbios do sono, e a eliminação de outros indícios importantes para o diagnóstico da Depressão Pós Parto (DPP) como ansios ambivalentes em relação à criança e de peso pela responsabilidade de cuidar, dificuldade em divulgar seus sintomas por medo de serem condenadas.

Para Camacho et al. (2006) os principais fatores de risco psicossociais relacionados à depressão no puerpério são: idade menor há 16 anos, história de perturbação psiquiátrico anterior, episódios estressantes sentidos nos últimos 12 meses, conflitos matrimoniais, ser solteira ou divorciada, ficar desempregada e apresentar pouco apoio social.

A DPP é uma doença que afeta mulheres após o nascimento do bebê, é considerada um problema de ordem psicológica, o início do tratamento rápido até o desaparecimento total dos sintomas diminui as chances de recaídas no futuro.

Para Trevisan (2004) a depressão envolve um grupo heterogêneo de casos, sendo o aparecimento que alguns se apresentam como de difícil tratamento. A psicoterapia psicanalítica e suas formulações teóricas têm sido muito úteis na compreensão e no tratamento da depressão.

A gestação e o período pós-parto são considerados períodos de elevado risco para o surgimento de transtornos psiquiátricos. Para Figueira et al. (2009), a DPP é uma etiologia multifatorial envolvendo aparência socioeconômica, presença de perturbação psiquiátrica antecedente à gestação, fatores espirituais, morais e pré-disposição hereditária que estão entre os prováveis colaborares para o aparecimento da DPP.

A puérpera depressiva sente-se triste ou melancólica, porém isso geralmente passa em até alguns dias. Quando a mulher tem um episódio depressivo, este pode interferir em suas atividades diárias, e causar dor tanto para o paciente quanto para aqueles que importam com ela. A depressão é uma doença prevalente na maioria da população e requer tratamento.

A DPP é manifestada por tristeza, baixa da auto-estima, pessimismo, pensamentos negativos recorrentes, desesperança e desespero (COSTA; SOARES; TEIXEIRA, 2007).

Os sintomas são normalmente conhecidos como, cansaço, sensibilidade, reclusão, humor depressivo, episódios desagradáveis, aborrecedores e frustrantes precedidos de prejuízos psicológicos que podem desencadear idéias suicidas.

De acordo com a CID-10, o episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F 32.3) apresenta sintomas de alucinações, idéias delirantes, de uma lentidão ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo.

Para Gonçalves e Machado (2008), a puérpera manifesta tristeza ou melancolia podendo ser aleatória e passageira nos primeiros dias. Quando a pessoa tem um transtorno depressivo, este interfere em suas atividades diárias, e causa “dor” tanto para o doente quanto para aqueles que convivem com ele.

A desinformação da sociedade sobre as doenças mentais geralmente é insuficiente. Eventualmente nota-se por noticiários em jornais e televisão, entre outros que mães em estado puerperal cometem atos terríveis contra seus próprios filhos. Para Podovani (2004) as puérperas de bebês recém-nascidos pré-termo manifestaram ansiedade situacional e necessitam de suporte psicológico para enfrentar a internação do bebê. Elas referem que os sintomas mais evidentes são a ansiedade, depressão e os transtornos do humor. O nascimento prematuro de um bebê transforma o convívio familiar em um evento estressante para a família, a qual se depara com uma situação imprevisível e ansiogênica.

Segundo Maldonado (1997) os primeiros dias depois do parto são retratados por uma série de sentimentos e esperanças vivenciadas pela mulher, e por sua vez, a alteração destes anseios causa uma instabilidade no quadro emocional que se

alterna entre a euforia e a depressão. Assim, o perfil psicológico da mulher no puerpério caracteriza-se por uma série de sintomas e anseios que serão demonstrados em reações diversificadas.

Spinelli (2009) diz que a ausência de apoio (tanto emocional quanto financeiro) do companheiro é um dos principais fatores encontrados na avaliação. Mas o tempo que a companheira fica desamparada em casa, apenas com o bebê, também é outro problema. A passagem do tempo deixa a mãe mais sujeita a desânimo. Conforme o bebê desenvolve, ela passa a ganhar menos visitas e o pai fica menos tempo em casa, já que tem de voltar depressa para o trabalho.

A depressão puerperal é um enorme problema de saúde pública, que compromete a saúde da mãe e o desenvolvimento de seu filho. Ela manifesta na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas depois do parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses. Os sinais mais comuns são desesperança constante, sentimentos de culpa, alterações do sono, idéias suicidas, medo de machucar o filho, redução do apetite e da libido, redução do nível de funcionamento mental e presença de idéias obsessivas ou supervalorizadas (MORAES et al.,2006)

De acordo com Stefanelli; Fukuda e Arantes (2008) cerca de 20 a 40% das mulheres podem deparar com agitações emocionais e disfunção cognitiva depois do parto, manifestando ansiedade, disforia, choro freqüente e dependência excessiva e apontada de tristeza da maternidade ou depressão pós-parto leve e é atribuída á breve alteração dos estados hormonais, ao stress do parto e ao fato de a mulher adquirir papel de mãe. Algumas mulheres apresentam depressão pós-parto moderada á grave com queixas de cansaço exagerado, acompanhados de imaginação suicida, com início na segunda ou terceira semana pós-parto.

A depressão pós-parto é prejudicial não só para mãe, mas também para o bebê e até mesmo o próprio pai, tendo em vista a extensão deste quadro no contexto familiar. Segundo Frizzo e Piccinini (2005) a influência do impacto da depressão materna para o bebê depende de diversos fatores como idade da criança, gênio infantil, cronicidade da ocorrência depressiva materna e do próprio jeito interativo da mãe deprimida.

O mito de mãe perfeita, a feminilidade, as mudanças culturais na atuação da mulher, preservam estreita afinidade com o que chamaremos prováveis razões da

depressão após o parto. Azevedo e Arrais (2006) Crêem que a mulher com depressão pós-parto estaria exclusivamente expressando seu choque e decepção em não sentir completa emoção e alegria, normalmente divulgada nos filmes, livros, igreja, brincadeiras de meninice, anúncios de fraldas e de amamentação e nas histórias das suas vizinhas e amigas.

## **2 MECANISMOS DE PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO.**

As evidências apontadas pela literatura sugerem a importância da avaliação precoce da depressão durante a gestação. Quando diagnosticado o quadro depressivo da gestante precocemente, o método de intervenções torna-se viável devido ao conhecimento das suas necessidades básicas e da possibilidade de orientá-la e apoiá-la por identificar os sintomas depressivos.

Para prevenir o risco de depressão pós-parto a grávida precisa preparada emocional e com antecedência para as transformações no estilo de vida que a maternidade irá causar. De acordo com Rocha (1999) as medidas preventivas para evitar ou minimizar o sofrimento puerperal incluem o apoio emocional da família, amigos, companheiro e profissionais da saúde. Durante a gravidez, parto e puerpério é aconselhável explicar ao companheiro a respeito da importância da esposa se sentir amada e protegida, bem como encaminha a gestante com risco elevado de depressão pós-parto para aconselhamento ou psicoterapia.

A gravidez em algumas mulheres é envolvida por problemas emocionais, como a depressão, que causa um desconforto sobre a mãe e a criança. O conhecimento dos fatores de risco da depressão pós-parto é muito importante no planejamento e práticas de ações preventivas. Zinga, Phillips e Born (2005) dizem que as ações educativas atuam com a premissa de que fornecer informações as gestantes e famílias sobre o que esperar do período pós-parto diminuirá os estados de aflição e ajudará a diminuir o choque dos fatores de risco psicossociais, através de melhorias no acolhimento pré-natal e no começo do puerpério enfocando intervenções psicoterapêuticas.

Uma gestação planejada e bem assistida diminui o risco de depressão pós-parto. Padovani (2004) reforça a importância de analisar e fornecer apoio aos sentimentos maternos, no percurso entre o nascimento do bebê pré-termo e a alta hospitalar. A avaliação clínica permite a identificação de mães com dificuldade de enfrentar a situação de estresse psicológico, permitindo, planejar e executar intervenção psicológica preventiva.

A depressão pós-parto é um transtorno mental com conseqüências para mãe-filho. Os profissionais de saúde devem estar capacitados para identificar e proporcionar assistência adequada à gestante, para diminuir os efeitos que o quadro depressivo pode causar sobre ela e sua família prevenindo assim uma depressão pós-parto (DP). Ruschi et al. (2009) afirma que a depressão e as alterações da tireóide no pós-parto estão relacionadas à condição de vida da puerpera e do bebê e apresentam influência social e econômica não só para as famílias, mas também para a sociedade como um todo. Associando a depressão e as alterações da tireóide julgamos importante tomar medidas preventivas, de acompanhamento e auxílio perinatais, importantes na proteção do binômio mãe-filho, com diminuição da conseqüência adversa sobre o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança.

De acordo com Matar et al. (2007, P. 476)

Acreditamos que a DP deve ser tratada como problema de saúde pública e que cabe ao médico tocoginecologista a função de investigar ativamente quadros de depressão; no entanto, esses profissionais precisam ser sensibilizados e capacitados para assumir esta importante responsabilidade, que tem repercussão, não somente do ponto de vista da saúde da mulher, mas também social e econômica. Além disso, fundamentados na elevada prevalência dessa ocorrência, julgamos que há necessidade de que as autoridades da área da saúde promovam ações educativo-preventivo primárias.

As difíceis condições socioeconômicas da gestante e uma gravidez indesejada são os fatores que influenciam o aparecimento de depressão no pós-parto. Para Moraes et al. (2006) a elevada prevalência de depressão pós-parto reforça seu significado como problema de saúde pública, estabelecendo tática de prevenção e tratamento. O acompanhamento cauteloso de mães, em específico as de baixa renda, por meio de atuação integrada que leve em conta as variáveis associadas à depressão, pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que transcorrem com a depressão pós-parto.

O diagnóstico da depressão da mãe depois do nascimento do bebê representa a possibilidade da prática de intervenções multidisciplinares depois que os sinais aparecem. A ação preventiva dos grupos multidisciplinares nesse momento pode proporcionar à nova mãe a ajuda de que precisa para encarar os eventuais acontecimentos da depressão. Mais do que isso, o acolhimento precoce da mãe

deprimida representa a possibilidade da prevenção de um padrão contrário de interação com o bebê, o qual pode causar enormes repercussões para o desenvolvimento futuro (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

O trabalho em grupo de gestantes consistiu em uma prevenção primária, e tem como finalidade prepará-las para viver o momento do parto de modo mais protegido e tranquilo. Gomes e Guedes (2004) advertem que as possibilidades de trabalho com grávidas são imensas, apesar de, no Brasil, as ações, a partir de uma abordagem de prevenção e promoção da saúde, continuar elementares. Por isso, é muito relevante empreender ações que possam encontrar ou abrir caminhos, a fim de colaborar para melhor auxílio às mulheres na experiência da maternidade.

Segundo Guedes-Silva, Souza e Moreira (2003, p. 445)

É importante permitir que a gestante possa expressar livremente seus temores e ansiedades, e um Enfermeiro bem treinado pode dar assistência e orientação, auxiliando a gestante a enfrentar as diversas situações de maneira mais adaptativa, realista e confiante. Trata-se de um trabalho preventivo, se tiver início junto com o acompanhamento no pré-natal e/ou de suporte ante a crise, no caso da depressão pós-parto já instalada.

Estudos indicam que filhos de mães com depressão apresentam riscos maiores para uma variedade de sintomas comportamentais e emocionais, prejudicando o desenvolvimento infantil, com impacto negativo para as crianças em idade escolar. Mendes, Loureiro e Crippa (2008) destacam a importância de métodos preventivos e de identificação precoce da depressão em mães nos serviços de atenção primários, no sentido de garantir apoio e tratamento para a mãe e identificar precocemente as crianças que possam estar enfrentando dificuldades relacionadas à perturbação da mãe.

Segundo Pereira e Lovisi (2008) indica que a depressão pré-natal pode ser considerada assunto importante para o campo da saúde pública, porque constitui um grave fator de risco à depressão pós-natal, apontando para a necessidade de intervenções antes do nascimento do bebê, além das novas evidências de que a depressão no pré-natal possa causar baixo peso ao nascer, prematuridade e comprometer o desenvolvimento da criança.

É importante reconhecer a depressão pós-parto não só para a compreensão e o tratamento da mãe, mas também pela consequência negativa no relacionamento

entre a mãe e o filho, e sobre o aprendizado e desenvolvimento social e emocional da criança. A prevenção da depressão pós-parto é a melhor forma de impedir tais conseqüências, e o apoio social é um dos fatores fundamentais da prevenção (KLAUS; KENNEL; KLAU, 2000).

A visibilidade da ansiedade posteriormente ao parto poderá precaver graves problemas pessoais e familiares decorrentes desse tipo de perturbação biopsicoafetivo (SARAIVA; COUTINHO, 2007).

Segundo Schmidt; Piccoloto e Muller (2005) a detecção precoce dos fatores de risco envolvidos na depressão pós-parto, realizado durante o pré-natal é um fator importante para a prevenção da mesma e das repercussões na interação mãe-filho.

Outro aspecto na luta para prevenir a depressão pós-parto teve como alvo os provedores de saúde das mães. A coerência subjacente a esse aspecto é que o acréscimo no nível da prevenção à saúde durante o período pré-natal ou logo após o parto reduziu o impacto dos fatores de risco psicossociais no humor pós-parto (ZINGA; PHILLIPS e BORN, 2005).

Para Vitolo et al. (2007) a assimilação de sinais depressivos maternos na gestação e no primeiro ano de vida do criança é de essencial importância para a promoção de ações preventivas apontadas à saúde materno-infantil.

O acolhimento no pré-natal de gestantes realizado por equipe multiprofissional, combinado por esforços e informações mostra excelente oportunidade para, prevenir, detectar e tratar perturbações afetivas das gestantes. Falcone et al. (2005) propõe intervenção mais humanizada e harmônica entre os profissionais e as gestantes. Deve propiciar à família, uma assistência voltada para os anseios, percepções e experiências que inconscientemente intervêm na conservação da saúde mental materna.



### 3 CONSEQÜÊNCIAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

As conseqüências da depressão pós-parto podem ser precoces e tardias para as crianças de mães depressivas. As precoces são ocorrências onde a criança está privada das necessidades principais para seu desenvolvimento físico e psíquico. As tardias são dificuldades cognitivas e afetivas, incluindo problemas de relacionamento.

A depressão apresenta vários sintomas como angústia, distímia, abulia e perda pelo desejo de viver do indivíduo. De acordo com Fleck et al. (2003) a principal conseqüência da depressão é o suicídio. Mesmo quando a tentativa não é mortal, suas conseqüências são devastadoras, com seqüelas corporais e psicológicas, estragos nas relações familiares, que pode levar ao afastamento ou até a separação conjugal, perda na vida profissional, perda de produtividade e aumento de afastamentos, menor interesse em cuidar de si mesmo, apresentando menor adesão aos tratamentos. Além disto, o organismo deprimido proporciona menor resposta imunológica.

A depressão na gestação não tratada pode ter conseqüências sérias à mulher e ao bebê como parto prematuro, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia, aborto espontâneo e depressão pós-parto (RENNÓ JÚNIOR, 2007).

Para Schmidt, Piccoloto e Muller (2005) conhecer os aspectos conceituais, epidemiológicos, e os fatores de risco acompanhados de ocorrências e algumas repercussões da depressão pós-parto na afinidade mãe e filho e no desenvolvimento da criança é de ampla importância considerando as conseqüências prejudiciais às mães bem como ao desenvolvimento cognitivo, social e emocional de suas crianças.

A depressão no pós-parto tem conseqüências importantes para a criança e adolescente em diferentes campos do desenvolvimento, comprometendo o desenvolvimento do vínculo mãe e filho, neurológico, cognitivo e psicológico na infância e socioemocional na puberdade. (ALT; BENETTI, 2008)

Segundo Barbosa et al. (2006) considerar a gravidez na adolescência como um problema de caráter social, partindo da hipótese que a gravidez nesta idade é comum nas classes menos favorecidas, quando não são enfrentadas podem trazer

conseqüências biológicas, psicológicas e sociais negativas. A ocorrência da gravidez na adolescência pode acontecer sem o planejamento prévio, numa fase de aprendizagem da sexualidade, como fruto de relacionamentos afetuosos incertos, nem sempre ela é indesejada.

De acordo com Mattar et al. (2007) a depressão pós-parto pode causar sentimentos negativos, envolvendo agressão contra o bebê, possibilidade de descuido nos cuidados com a criança, até mesmo redução do tempo de aleitamento. A depressão pode, assim, ocasionar conflito contrário no desenvolvimento do recém nascido, tanto imediato como em longo prazo.

A depressão puerperal é um indício psiquiátrico importante, reflete na interação mãe-filho de forma contrária. Causa um estrago progressivo na afinidade com os familiares e a vida afetuosos (SILVA; BOTTI, 2005).

Para Moscovici (2003) instrumentalizar a busca do conhecimento sobre a depressão pós-parto desde a experiência individual das mães, no conjunto do bem-estar da mulher e das concessões ligadas ao grupo pertencente, usou uma abordagem psicossocial, ancorada na teoria das representações sociais, numa tentativa de descrever os aspectos sociais das puérperas com e sem sintomatologia da depressão. Essa contribuição teórica permite atingir a depressão puerperal como um sintoma que afeta o físico, o temperamento e, em conseqüência, o pensamento e forma, portanto, enfermidade que altera a atitude como a pessoa observa o mundo, sente a realidade, percebe as coisas, demonstra emoções, sente a disposição e o prazer com a vida.

Costa, Pacheco, Figueiredo (2007) dizem que a evidência das conseqüências adversas da depressão pós-parto para a mãe, e para o recém-nascido, explicam a importância de diversos estudos que esforçam por aproximar fatores de risco para a depressão pós-parto. Assim, torna possível ajustar conhecimento autêntico aos profissionais de saúde para que sejam prevenidos às características que possam formar um risco para a psicopatologia materna.

Segundo Schmidt, Piccoloto e Muller (2005) ressaltam a importância e a distinção das perturbações no pós-parto e conseqüências prejudiciais no desenvolvimento emocional, social, cognitivo da criança.

Ribeiro (2002) traz uma revisão da bibliografia preocupada com a questão da relação entre mãe e filho com episódio de transtornos emocionais puerperais e suas

conseqüências no desenvolvimento psicológico da criança e da mãe, nesta fase precoce da maternidade acabam sendo fatores de amplo risco para descuido físico e emocional em relação à criança e que o nível dessa negligência poderia agravar as condições psíquicas da mãe, desencadeando no futuro da criança, distúrbios afetivos e cognitivos.

De acordo com Frizzo e Piccinini (2005) surge uma maior integração entre a psiquiatria e as diferentes especialidades acerca das conseqüências da depressão pós- parto para mãe, filho e marido e adicionam que a presença do pai e a ausência de agitação conjugal são fatores que podem suavizar as conseqüências da depressão materna para o bebê.

## **4 FORMAS DE TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Para Stuart e Laraia (2002) a atenção terapêutica entre enfermeiro e paciente é uma experiência de aprendizado mútua e para o paciente uma experiência emocional corretiva. Nessa afinidade, o enfermeiro usa a si próprio e a técnica clínica nas tarefas com o paciente para motivar e alterar o comportamento do paciente.

De acordo com Guedes-Silva, Souza e Moreira (2003) a terapêutica usada no tratamento da depressão pós-parto necessita abranger, no mínimo, três tipos de cuidados: ginecológico, psiquiátrico e psicológico. Ressaltam ainda a preocupação dos profissionais de saúde com o problema em relação aos cuidados sociais desenvolvidos na fase da depressão no período puerperal.

Segundo Zevallos (2009) o tratamento da depressão pós-parto é igual a qualquer outra depressão, com terapia psicológica e medicamentosa. É importante entusiasmar a paciente para que expresse seus sentimentos, ajudando-a para que veja suas dificuldades através de uma atitude positiva, complacente, compreensiva, e não com condenações ou culpabilidades. Necessita mostrar à mãe que esse transtorno tem cura e que precisa aprender a enfrentá-lo. É importante que o esposo da paciente seja envolvido no seu tratamento, participe das terapias, para obter tranquilidade sabendo do que se trata, e recebendo sugestões sobre como atuar e auxiliar sua esposa.

De acordo com Rennó Junior (2007, p. 6) “O tratamento da depressão maior na gestação e puerpério em geral é medicamentoso e psicológico avaliando-se sempre a relação risco-benefício da farmacoterapia”.

A depressão pós-parto não tratada pode durar muito tempo, com sério comprometimento no trabalho, família, e lazer, junto com o risco de suicídio. O tratamento acertado diminui esse tempo para 8 a 12 semanas. Porém a depressão, mesmo que responda bem ao tratamento indicado, pode ter recidiva ou cronificar. O tratamento medicamentoso estabelece a base da intervenção clínica para diminuir a intensidade e duração dos sinais da ocorrência presente e especialmente para prevenir sua recidiva (NARDI, 2000).

Segundo Guedes-Silva (2003) a necessidade para o tratamento da depressão pós-parto, não é exclusivamente com o objetivo à condição de vida da mãe, mas para prevenir distúrbios no desenvolvimento do bebê e resguardar um relacionamento conjugal e familiar saudável. Apesar de alguns clínicos ainda defenderem o uso de progesterona no período pós-parto, com intuito curativo ou preventivo, tal procedimento tem sido uma controversa.

Para Zanotti et al. (2003, p. 38):

Uma abordagem psicoterapêutica é essencial no tratamento da depressão puerperal, uma vez que o terapeuta juntamente com a puérpera e familiares, construirão novas estruturas a partir da realidade vivenciada; sendo assim, torna-se possível o entendimento, o planejamento de ações intervencionistas adequadas acerca desta nova realidade.

De acordo com Silva e Piccinini (2009) os estudos baseados na experiência a respeito da paternidade em condições de depressão pós-parto, entendem a importância de novas verificações a respeito desta temática, enfocando a maneira como é realizada e experimentada a função paterna neste assunto. Salieta a necessidade de que as intervenções clínicas nesta situação compreendam também as relações familiares.

Para Mello, Maia, Andrada e Silva (2009) o tratamento da depressão pós-parto com a orientação do terapeuta corporal feito através de manobras de torção e rotação do tronco para estirar as fibras musculares e deslocar as juntas, massagens para remover a tensão exagerada da musculatura, treinamentos para reequilibrar o estilo e ordenar os gestos, percussão nos ossos e toques sutis na pele e recursos sonoros da voz cantada podem proporcionar muitos benefícios terapêuticos. Os desbloqueios das tensões musculares suavizaram as aflições e possibilitaram os gestos, permitindo novas sensações de movimentos, tornando presentes percepções corporais que não eram trabalhadas, devido tensão e temor.

O tratamento da depressão puerperal é fundamentado na farmacologia, psicoterapia e em episódios extremos e quando a puérpera não responde a terapia medicamentosa antidepressiva é indicada a eletroconvulsoterapia. Estas técnicas são iguais no tratamento de perturbações depressivas em outra ocasião da vida, evidenciando assim sua eficácia (ROCHA, 1999).

Segundo Zinga, Phillips e Born (2005) identificar os fatores de risco para a depressão pós-parto e o avanço da ciência a respeito da vulnerabilidade biológica para as perturbações de humor no período puerperal é motivo de estudos com a finalidade de prevenir a depressão pós-parto, usando táticas psicossociais, psicofarmacológicas e hormonais. A maior parte das intervenções psicossociais e hormonais indica resultado insatisfatório para a prevenção da depressão pós-parto. Ainda que resultados de estudos preliminares sobre a terapia interpessoal, cognitivo-comportamental e o uso de antidepressivos indicam que estas intervenções podem resultar em algum benefício.

Para Nomura e Silva (2007) para a maior parte das mulheres com quadros depressivos leves e moderados durante a gravidez e no pós-parto a psicoterapia é aceitável para o controle dos sinais. A terapia farmacológica fica reservada para os quadros graves, que não responde à psicoterapia, como os antidepressivos cuja estrutura de atuação abrange a ISRS, tais como a fluoxetina, a paroxetina, a sertralina, a venlafaxina, a fluvoxamina e o citalopram, sendo os mais prescritos. Como toda droga psicoativa na gravidez, os ISRS também podem trazer conseqüências sobre o feto e o bebê, além de prováveis efeitos em longo prazo sobre as crianças expostas durante a vida intra-uterina.

De acordo com Filho e Cury (2003) a terapia farmacológica juntamente com psicoterapia é recomendada como tratamento coadjuvante da depressão pós-parto sendo de importância na refratariedade, a farmacoterapia. Três tipos de psicoterapia são reconhecidos como eficazes, a terapia comportamental que sugere mudanças de condutas disfuncionais, cognitiva sugere transformação de entendimentos do paciente em relação à depressão e a terapia interpessoal destaca as dificuldades nas afinidades interpessoais. Em geral os resultados da psicoterapia surgem entre um a dois meses depois do começo do tratamento.

Para Rennó Junior (2007) no tratamento da depressão durante a gravidez e amamentação a relação risco-benefício sempre deve guiar a indicação do antidepressivo. De forma geral, entre os numerosos aspectos a serem considerados, os serotoninérgicos como a fluoxetina, a sertralina e o citalopram, e os antidepressivos duais como a venlafaxina, possuem aspecto de segurança aceitável.

Segundo Stefanelli, Fukuda e Arantes (2008) terapias complementares acompanhada à farmacoterapia têm sido usadas e colaborado muito para melhorar a

condição de vida das pessoas com depressão pós-parto, contribuindo assim para melhor adesão ao tratamento com psicofármaco e para o desenvolvimento de convívio mais benéfico com o novo ritmo de vida. Dentre essas terapias, podem mencionar as psicoterapias, a terapia ocupacional, a terapia cognitiva comportamental, a psicoeducacional e a de enfermagem.

O tratamento farmacológico da depressão é feito com antidepressivos, de forma independente ou com a associação de diversos medicamentos. Quando estes não causam o efeito esperado, o paciente é reavaliado e o médico pode mudar o tratamento para antipsicóticos, estabilizadores do humor ou eletroconvulsoterapia (SADOCK ; SADOCK ,2007).

Na tentativa de acabar com os efeitos da depressão pós-parto é indicada a associação entre farmacoterapia e psicoterapia. A paciente precisa ser avisada dos riscos e benefícios do uso dos psicoterápicos, deve ser dada a chance de resolver em conjunto com o médico o seu tratamento e a conveniência do aleitamento. A grávida precisa sentir-se amparada e ter confiança na abordagem indicada. Sua participação ativa nas decisões torna mínimas as chances de renúncia ou descuido na adoção do tratamento (FELIX; GOMES; FRANÇA, 2008).

Para Magalhães (2006) com fundamento na literatura sobre terapêutica medicamentosa na depressão pós-parto, uma possibilidade clínica consiste em indicar antidepressivos que não fossem detectáveis no plasma dos lactantes, como sertralina e paroxetina, até que seja explicado o impacto do uso de antidepressivos sobre o desenvolvimento de lactantes.

De acordo com Nomura e Silva (2007) mulheres com precedente de depressão pós-parto precisam ser cuidadosamente seguidas durante a gravidez com psicoterapia, e mulheres que começam a gestação em uso de antidepressivos não necessitam interromper a medicação antes da avaliação psiquiátrica e devem fazer acompanhamento severo, durante o pré-natal e no puerpério. Mulheres que desejam engravidar e estão em uso de paroxetina deve discutir com seu psiquiatra a troca por outro ISRS, pela evidência crescente de risco de más-formações cardíacas.

Para Saraiva e Coutinho (2008) as puérperas com sintomas de depressão Pós-parto buscam a cura da perturbação no tratamento medicamentoso, psicológico, espiritual, e auto-ajuda. Os mesmos indicam a necessidade de preparação de programas diferenciados de políticas públicas de saúde coletiva voltados para as

mulheres durante a fase reprodutiva, de maneira a oferecer visibilidade e tratamento à ansiedade psíquica presente no período gravídico-puerperal.

Segundo Camacho, et al. (2006) várias mulheres largam ou não aceitam a terapêutica farmacológica quando descobrem que está gestante, a psicoterapia pode ser uma escolha apropriada de tratamento. A psicoterapia também pode ser aliada nas medidas de descontinuação ou diminuição de dose no tratamento farmacológico, diminuindo o risco de reincidências ou sinais depressivos na gravidez. É importante lembrar que não é certo interromper a farmacoterapia em episódios graves ou repetitivos. Casos depressivos leves podem apresentar boa resposta ao tratamento psicoterápico, sendo benéfico à gestante e ao feto.



## **5 IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES DO ENFERMEIRO NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

O exercício da enfermagem, desde os tempos históricos, permanece fortemente relacionado ao cuidado e alívio da aflição humana. Sabe-se que qualquer forma patológica que acomete o homem, provoca uma série de perturbações, além de envolver simultaneamente anseios de amargura, temor, aflição, preocupação, descrença, pessimismo, dentre outros. As enfermidades sem expectativa científica de cura provocam sentimentos de modo mais severo e acentuado, precisando de auxílio e soluções hábeis para promover a dignidade ao longo do desenvolvimento patológico (SILVA; BOTTI, 2005).

De acordo com Silva (2001) toda a forma de transtorno mental precisa ser compreendida como uma situação de desconforto, acompanhada à ameaça da integridade física, psicológica e social da pessoa, além de interferir na construção pessoal e nos relacionamentos do seu cotidiano.

Na sistematização da assistência de enfermagem, podemos verificar a importância do diálogo entre enfermeiro e paciente como sustentação do desenvolvimento do processo de enfermagem em todas as suas etapas, independente das especialidades da área da saúde, aceitando a personalização da assistência e também oferecendo cuidado necessário, adequado e humanitário, a pessoa que precisa (STEFANELLI, 2005).

Os profissionais que atuam no campo da saúde devem estar atentos para a importância de intervenções que tragam benefícios à afinidade mãe-bebê (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Facone et al. (2005) sugerem intervenções mais humanas e harmônicas entre os profissionais e as grávidas durante o atendimento pré-natal, proporcionando à gestante e à família, uma ajuda voltada para os anseios, percepções e experiências que inconscientemente intervêm na conservação da saúde mental materna e conseqüentemente de seus filhos.

Oferecer assistência que a família necessita ao vivenciar a doença mental aconselha uma disponibilidade dos profissionais de saúde em avaliar como relevante o aspecto destes indivíduos para a recuperação da pessoa doente, ao

mesmo momento em que gera, ainda, um preparo adequado daqueles que cuidam para que possam aprender a tomar cuidado (MURTA; SAMPAIO; SALCI, 2008).

Segundo Saraiva e Coutinho (2007) a depressão pós-parto é um fato constatado, aliado à elevada prevalência registrada em estudos. Sendo assim, reforça a necessidade de uma imprescindível prevenção e interferência dos profissionais da saúde na direção de uma maior visibilidade para os problemas maternos que se ocultam por trás da busca do atendimento apenas para seus bebês.

A família e os profissionais de saúde podem contribuir de maneira satisfatória transmitindo confiança e segurança à puérpera, sobretudo nas atividades maternas, sem julgamentos e resistências, mas com compreensão e afeição, acolhendo-a nos períodos de maior fragilidade emocional. Portanto a depressão pós-parto pode suavizar sua amplitude até se transformar em afeição pelo bebê e respeito pelo ritmo de seu desenvolvimento e melhoria (SILVA; BOTTI, 2007).

De acordo com Ruschi et al. (2007) os numerosos estudos epidemiológicos a respeito de depressão pós-parto admitem a complicação do assunto ao evidenciar desacordo nas prevalências achadas, variedade dos fatores de risco envolvidos e de etiologias indicadas. O amplo número de mulheres com sintomas depressivos em nossa amostra admite que a depressão seja problema sério de saúde pública, o que explica a habilitação dos profissionais de saúde para o reconhecimento precoce da depressão pós-parto, tendo como subsídio instrumentos como a escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS), pela sua eficácia e praticidade.

O acontecimento da depressão pós-parto alerta a respeito da importância da intervenção dos profissionais da saúde não apenas na área da saúde da gestante, mas, na saúde da mulher. Para Moreira e Lopes (2006) as discussões sobre a saúde da mulher, sobretudo durante o período gravídico-puerperal, sugerem uma abrangência sobre a sexualidade e a reprodução humana num conjunto socioeconômico e cultural, enfatizando o desempenho social da mulher frente às obrigações de novas adequações e reajustamentos intrapsíquicos, interpessoais e de modificação de identidade feminina.

O apoio ativo é eficaz, quando o enfermeiro, ao distinguir a circunstância vivenciada, auxilia a puérpera a superar com facilidade suas dificuldades. Ao cumprir o cuidado através da aproximação, da acuidade e agilidade na advertência, o

enfermeiro deve ser capaz de identificar os indícios da instabilidade emocional, e direcionar suas atuações na superação das dificuldades (MARTINS, 2001).

O enfermeiro precisa dar importância às alterações acontecidas durante a gestação e a forma de readaptação após o parto. Para Nascimento (2003) a maior parte das depressões que acontecem durante o período do pós-parto, tem repercussões em todo o sistema sócio-familiar que envolve a mulher e principalmente na interação com o seu bebê. A ajuda e preparo durante a gravidez, de tal modo que o avanço do conhecimento colabore para o aumento do bem estar da mulher no final da gravidez, evidenciando-se menor ocorrência de problemas psicológicos e de depressão no período pós-parto.

Zagonel (2003, p. 28) destaca que:

O cuidado de enfermagem no período pós-parto tem por meta oferecer estratégias de enfrentamento e adaptação à transição à maternidade, através da rede de suporte profissional, em que muitas informações são importantes e necessitam serem repassadas em um curto espaço de tempo, durante a internação ou quando de seu retorno para a consulta de enfermagem puerperal.

Cox (1995) destaca que os profissionais de saúde que prestam cuidados primários e secundários precisam ser conscientes das modificações sociais e do seu impacto nas agitações pré-natais, estar equipados para fornecer a sabedoria no que diz respeito à prevenção e tratamento e deverão apresentar um papel de suporte, particularmente para os pais isolados socialmente.

O pós-parto é momento de alterações físicas e emocionais para a puérpera. O enfermeiro deve ouvir os questionamentos da puérpera, transmitindo ajuda e confiança necessário para que a mulher conduza sua vida. Primo e Amorim (2008) percebem que intervenções de enfermagem, como o descuido, precisam ser incluídas no dia-a-dia do cuidar do enfermeiro, pois são estratégias que o aproximaria do cliente, aprimoraria a qualidade da assistência de enfermagem, promovendo o eficaz reconhecimento dessa profissão.

Barbosa et al.(2006) sugerem a escala de triagem da depressão pós-parto a ser usada por profissionais de saúde da rede básica de assistência ao adolescente. É uma escala de fácil aplicação e fornece condições para que os profissionais de saúde que proporcionam assistência ao adolescente identifiquem, intervêm e se,

necessário, encaminhe os casos de depressão pós-parto em adolescentes para a assistência de profissionais de saúde mental.

De acordo com Schwengber e Piccinini (2003) os profissionais que trabalham na área da saúde devem ficar prevenidos para a importância de intervenções que tragam melhoramentos à relação mãe-bebê, nos primeiros meses após o parto tendo em vista os anseios sentidos pela mãe após o nascimento do bebê. A atuação preventiva das equipes multidisciplinares nesse momento pode proporcionar à nova mãe a ajuda de que precisa para enfrentar os casuais eventos de depressão.

Segundo Silva, Botti (2005, p. 237):

Cabe ao enfermeiro o conhecimento a cerca da DPP, uma vez que constitui no serviço de saúde no qual se encontra inserido uma porta de entrada para o acolhimento e direcionamento adequado da puérpera no que corresponde à terapêutica e prevenção deste transtorno mental. A saúde mental é um componente fundamental da saúde humana, portanto promovê-la é um dever dos profissionais envolvidos no cuidado humano.

A experiência emocional do parto inclui uma ação de extrema seriedade na saúde mental materna, mas, apesar disso, tem sido descuidada em contextos de saúde. Analisamos, por isso, relevante a reavaliação da qualidade dos cuidados ajustados pelos profissionais em contextos de saúde, no sentido de adequar melhores conhecimentos para as mães, bebês e familiares (COSTA; PACHECO; FIGUEIREDO, 2007).

Segundo Andrade et al. (2009) competem aos profissionais da área da saúde, em específico à enfermagem, explicar as mulheres com depressão puerperal e aos familiares as prováveis dúvidas a respeito deste distúrbio, orientando-os sobre o tratamento médico adequado e como colaborar para a eficácia da terapia prescrita.

De acordo com Guedes-Silva et al. (2003) somente a união de forças entre os profissionais de saúde e familiares podem modificar este período de aflição em um momento em que a paciente se sentirá mais estável e confiante para expressar seus sentimentos, sentindo ampara e protegida para superar a depressão pós-parto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo estudo realizado, constatou que a depressão está presente na própria vivência humana, principalmente ligada e agravada com a agitação e aflição da vida moderna.

De acordo com algumas pesquisas como da Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão deve se tornar a doença mais comum do mundo, comprometendo mais pessoas do que qualquer outro problema de saúde, incluindo câncer e doenças cardíacas, será também a doença que mais causará gastos econômicos e sociais para os governos, por causa dos gastos com tratamento para a população e dos prejuízos de produção.

Observou-se que no geral, como a maioria das pessoas associam a depressão como uma doença não psiquiátrica. Os sinais depressivos acompanhados com doenças clínicas variam, o estado de depressão altera desde um leve transtorno de ajuste a um transtorno depressivo maior severo.

A ansiedade e a incapacidade funcional beneficiam o aparecimento de sinais como insônia, cansaço e perda da libido, mesmo quando não se estabelece o diagnóstico de depressão. Em pacientes com doenças físicas os sintomas mais comuns da depressão são perda do interesse nas pessoas, pessimismo, indecisão, sensibilidade, insônia e desânimo.

Durante o processo de gestação acontecem algumas transformações que fazem parte de um processo natural do desenvolvimento humano. Existem muitas alterações no organismo da mulher, no seu bem-estar, induzindo seu psiquismo a ter reações até então desconhecida pela gestante.

Constatou-se que além da esperada angústia, da ansiedade e desânimo em consequência de uma gravidez, alia-se a natural prematuridade emocional de muitas jovens para lidar com a gravidez, é possível questionar se as mães adolescentes já não apresentariam esses sintomas antes de engravidar, devido a perturbações depressivas.

A avaliação do quadro depressivo, logo no seu início é de grande importância, para prevenir o risco de consequências futuras mais graves.

É recomendável que a gestação seja possivelmente planejada, bem conduzida visando diminuir o risco de depressão e suas conseqüências.

Uma das conseqüências mais observadas é o sentimento de rejeição ao bebê, o sentimento de ser ameaçada por ele, como se fosse um inimigo. A mulher sente indiferente, desampara os hábitos de higiene e cuidados individuais, sofre de insônia, anorexia e apresenta idéias de perseguição.

A boa relação entre enfermeiro e paciente é uma experiência de aprendizado mútuo e para o paciente uma experiência emocional corretiva. Nessa afinidade, o enfermeiro usa a si próprio e a técnica clínica nas tarefas com o paciente para motivar e alterar o comportamento do paciente.

Além dos profissionais de saúde a família tem um papel decisivo para contribuir de maneira satisfatória transmitindo confiança e segurança para a mulher, sobretudo nas atividades maternas, sem julgamentos e resistências, mas com compreensão e afeição, acolhendo-a nos períodos de maior fragilidade emocional.

## REFERÊNCIAS

ALT, M. S.; BENETTI, S. P. C. Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. **Psicologia Estudos**, Maringá, v.13, n. 2, p. 389-394, jun. 2008.

ANDRADE, H. L. P. et al. Depressão puerperal: o que dizem a mídia e a ciência. **Revista Científica Internacional**, Curitiba, v. 2, n. 9, p.1-13, jan. 2009.

AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia Reflexão Crítica**, Porto Alegre, v.19, n. 2, p. 269-276, fev. 2006

BALLONE, G. J. **Depressão pós-parto** 2000. Disponível <<http://www.medside.osite.com.br>> Acessado em 10 de set. 2009.

BARBOSA, E. M. S. et al. Depressão pós-parto na adolescência: um problema relevante?. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 935-937, out. 2006.

BITTENCOURT, L. R. A. et al. Sonolência excessiva. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 27. n. 1, p. 16-21, Maio, 2005.

BRASIL, I. S. P. S.; PONDE, M. P. Sintomas ansiosos e depressivos e sua correlação com intensidade da dor em pacientes com neuropatia periférica. **Revista Psiquiatria Rio Grande Sul**, Porto Alegre, v. 31, n.1, p. 24-31, ago. 2009.

BRESSAN, R. A. A depressão na esquizofrenia. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 27-30, maio, 2000.

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

CAPUTO, V. G.; BORDIN, I. A. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não-grávidas. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 573-581, ago. 2007.

COSTA, R. A.; SOARES, H. L. R.; TEIXEIRA, J. A. C. Benefícios da atividade física e do exercício físico na depressão. **Revista Departamento Psicologia Universidade Federal Fluminense**. Niterói, v. 19, n. 1, p. 271-274, out. 2007.

COSTA, R.; PACHECO, A.; FIGUEIREDO, B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. **Revista Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 34, n.4, p. 157-165, nov. 2007.

COX, J. **Problemas Psiquiátricos no Pós-Parto**. 1995. Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br>> Acessado em 19 mar. 2009.

FALCONE, V. M. et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612-618, ago. 2005.

FELIX, G. M. A.; GOMES, A. P. R.; FRANÇA, P. S. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. **Comp. Ciências Saúde**. Brasília, v. 19, n. 1, p. 51-60, mar. 2008.

FIGUEIRA, P. et al. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 79-84, ago. 2009.

FILHO, A. H. G.; CURY A. F. Depressão pós-parto. In: Zugaib, M.; Bittar, R.E. **Protocolos Assistenciais: Clínica Obstétrica da Faculdade de medicina da USP**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

FLECK, M. P. A. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. 2, p.114-127, jun. 2003.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia Estudos**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 47-53, abr. 2005.

GOMES, L. A.; GUEDES, C. R. A preparação para o parto como prevenção primária com grupos de sala de espera: a experiência de trabalho interprofissional. **Revista Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 862-871, dez. 2004.



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

GUEDES-SILVA, D.; SOUZA, M. R.; MOREIRA, V. P. Depressão pós-parto, prevenção e conseqüências. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 439-450, set. 2003.

HEGADOREN, K. et al. As muitas faces da depressão na atenção primária. **Texto Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v.18, n.1, p. 155-164, mar. 2009.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAU, P. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

MAGALHÃES, P. V. S. et al. Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 245-248, nov. 2006.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva; 1997.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez**. 7 ed. Petrópolis, RJ. Ed. Vozes, 2000.

MARTIN, D.; QUIRINO, J.; MARI, J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 591-597, ago. 2007.

MATTAR, R. et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 470-477, set. 2007.

MELLO, E. L.; MAIA, S. M.; ANDRADA e SILVA, M. A. Voz cantada e a constituição da relação mãe-bebê. **Revista CEFAC**, São Paulo, vol. 11, n. 1, p. 127-133, mar. 2009.

MENDES, A. V.; LOUREIRO, S. R.; CRIPPA, J. A. S. Depressão materna e a saúde mental de escolares. **Revista psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 178-186, dez. 2008.

MORAES, I. G. S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 65-70, fev. 2006.

MOREIRA, R.; LOPES, R. L. Sexualidade e gravidez: aspectos da vida da mulher. Revisão da literatura. **Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 5, n. 1, p. 1-22, jun. 2006.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 2 ed. Petrópolis, RJ. Ed Vozes. 2003.

MURTA, G. F.; SAMPAIO, J.; SALCI, M. A. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria**. 4 ed. São Caetano do Sul, SP. Ed. Difusão, 2008. Guia para ensino e aprendizado de enfermagem/organização Genilda Ferreira Murta.

NARDI, A. E. Depressão no Ciclo da Vida. **Revista Brasileira Psiquiatra**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 151-152, set. 2000.

NASCIMENTO, M. J. Preparar o nascimento. **Revista Análise Psicológica**, Lisboa, v. 3, n. 21, p. 47-51, jan. 2003.

NÓBREGA, S. M.; FONTES, E. P. G.; PAULA, F. M. S. M. Do amor e da dor: representações sociais sobre o amor e o sofrimento psíquico. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n.1, p.77-87, mar. 2005.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. N. **Humanização da assistência e formação do profissional de saúde**. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2001.

NOMURA, M. L.; SILVA, J. L. C. P. Riscos e benefícios do uso dos inibidores seletivos da receptação de serotonina para a depressão durante a gravidez e a lactação. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 331-334, jul. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: Critérios diagnósticos para pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

PADOVANI, F. H. P. et al. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI - Neonatal. **Revista Brasileira Psiquiatra**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 251-254, dez. 2004.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Revista Psiquiatra clínica**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 144-153, set. 2008.

PINHEIRO, S. N.; LAPREGA, M. R.; FURTADO, E. F. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 593-598, ago. 2005.

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C. Efeitos do relaxamento na ansiedade e nos níveis de IGA salivar de puérperas. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 36-41, fev. 2008.

RENNÓ JUNIOR, J. **Depressão na mulher**. Condutas em depressão, São Paulo, fascículo 2, 2007, p. 1-11.

RENNÓ JUNIOR, S. C. N. **Transtornos mentais associados ao ciclo reprodutivo feminino**. Psiquiatria básica. 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

RIBEIRO, C. S. **Depressão Pós-Parto e Relação Mãe-Filho**, 2002 disponível em <<http://gballone.sites.uol.com.br/colab/carmen.html>>. Acessado em 23 de setembro de 2009.

ROCHA, F. L. Depressão puerperal: revisão e atualização. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Belo Horizonte, v. 48, n. 3, p. 105-114, mar 1999.

RUSCHI, G. E. C. et al. Alteração tireoidiana: um fator de risco associado à depressão pós-parto? **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 2, p. 207-213, jun. 2009.

RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista Psiquiatra Rio Grande Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 274-280, dez. 2007.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V.A. **Transtorno do humor**. In: Compêndio de psiquiatria; ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

SARAIVA, E. R. A. e COUTINHO, M. P. L. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. **Psicologia USF**, Itatiba, v. 12, n. 2, p. 319-326, dez. 2007.

SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L. O sofrimento psíquico no puerpério: um estudo psicossociológico. **Revista Mal-Estar Subjetividade**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 505-527, jun. 2008.

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

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos Psicológicos**, Natal, vol. 8, n. 3, p. 403-411, dez. 2003.

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. Depressão Puerperal – Uma Revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 07, n. 2, p. 232-238, ago. 2005.

SILVA, M. C. **Depressão: pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde**. Ribeirão Preto, 2001. Dissertação (Mestrado) apresentada à Escola de Enfermagem/USP, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas.

SILVA, M. R.; PICCININI, C. A. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. **Estudos Psicológicos**, Natal, v. 14, n. 1, p. 5-12, abr. 2009.

SOARES, H. L. R.; COSTA, R. A.; MESQUITA, E. T. Depressão e as doenças cardiovasculares. **Revista Departamento Psicologia UFF**. Niterói, v. 18, n. 2, p. 201-202, dez. 2006.

SPINELLI, L. H. P. depressão pós-parto. **Revista crescer**, ed. 190, set. 2009.

STEFANELLI, M. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 1ed. São Paulo: Manole, 2005.

STEFANELLI, M. C; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. A. **Enfermagem psiquiatria em suas dimensões assistenciais**. 1º ed. São Paulo: Manole, 2008.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Reichman e Affonso editores, 2002.

TREVISAN, J. Psicoterapia psicanalítica e depressão de difícil tratamento: à procura de um modelo integrador. **Revista psiquiatra Rio Grande Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 319-328, dez. 2004.

VITOLLO, M. R. et al. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. **Revista psiquiatria Rio Grande Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 28-34, jan. 2007.

ZAGONEL, I. P. S. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 24-32, dez. 2003.

ZANOTTI, D. V. et al. Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: A colaboração do enfermeiro psiquiatra. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 61, n. 6, p. 36-42, jun. 2003.

ZEEVALLOS, P. Sintomas e tratamento da depressão pós-parto. **Guia infantil.com Brasil**. Out. 2009.

ZINGA, D.; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la?. **Revista Brasileira Psiquiatra**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 56-64, out. 2005.

ZUCCHI, M. Depressão na gravidez e prematuridade. Aspectos epidemiológicos da investigação. **Caderno de Saúde Publica**, Rio de Janeiro, n. 5 p. 89-97, jan. 1999.