Revista Científica Interdisciplinar. ISSN: 2526-4036
Nº 5, volume 1, artigo nº 05, Janeiro/Junho 2020
D.O.I: http://dx.doi.org/xx.xxxxx/xxxx-xxxx/v1n1a1

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DEPRESSÃO PÓS- PARTO

Natália Marinho Ribeiro
Enfermeira Graduada pela Faculdade Metropolitana São Carlos, Bom Jesus do Itabapoana-RJ, E-mail: natijnn@gmail.com

Elizabeth Maria Cruz
Enfermeira Graduada pela Faculdade Metropolitana São Carlos, Bom Jesus do Itabapoana-RJ, E-mail: bethenfermagem@gmail.com

Monique Bessa de Oliveira Prucoli

Professora Orientadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Metropolitana São Carlos de Bom Jesus do Itabapoana-RJ. E-mail: moniquebessauff@yahoo.com.br

RESUMO

A depressão pós-parto é uma doença que pode aparecer durante as primeiras semanas depois do parto, com resultados desfavoráveis para a família, o bebê e a mãe. Os agentes de saúde, essencialmente os enfermeiros, médicos e psicólogos, devem estar capacitados a cuidar com a finalidade de evitar traumas para a mãe, filhos e familiares. Assim destaca-se a importância da assistência de enfermagem à mulher durante o pré-natal e puerpério, pois o enfermeiro acompanha a mulher durante a gestação e após o parto, contribuindo de forma positiva na qualidade de vida de mãe e filho, favorecendo um diagnóstico precoce a doença, com início do tratamento e rápida recuperação da mulher. A depressão pós-parto acomete entre 15 a 20 % das parturientes, mas sabe-se que boa parte das mães que sofreram ou sofrem deste distúrbio não procura ajuda para esse problema afetivo, preferem utilizar todos os seus recursos médicos para o bebê e não para si mesma. A revisão literária realizada demostra que é essencial que o transtorno seja identificado para que ambos, mãe e bebê recebam o cuidado profissional adequado, minimizando assim qualquer prejuízo ocasionado a eles.

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

ABSTRACT

Postpartum depression is a pathology that occurs in the first few weeks after delivery, with unfavorable outcomes for the mother, the baby, and the family. Health professionals, especially nurses, physicians, and psychologists, should be able to care for patients to avoid trauma to the mother, children, and family. Thus, the importance of nursing care to women during prenatal and puerperium is emphasized, since the nurse accompanies the woman during gestation and postpartum and can contribute positively to the quality of life of mother and child, favoring an early diagnosis of the disease, with early treatment and rapid recovery of the woman. Postpartum depression accounts for between 15 and 20% of parturient, but it is known that many mothers who have suffered or suffer from this disorder do not seek help for this affective problem, prefer to use all their medical resources for the baby and not for yourself. The literature review shows that it is essential that the disorder be identified so that the mother and the baby receive appropriate professional care, thus minimizing any harm caused to them.

Keywords: Postpartum Depression; Nursing Assistance; Prevention.

INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é um momento mágico para muitas mulheres, ao mesmo tempo em que é excitante e cheio de expectativas, também pode ser um pouco estressante. Como ocorrem muitas mudanças físicas e emocionais durante a gestação e depois do parto, são comuns que as mulheres se sintam tristes, amedrontadas, ansiosas e confusas.

A depressão pós-parto é uma doença que mexe com o biopsicossocial da pessoa, e tem se tornado uns dos problemas da saúde pública, podendo ser causada por diversos fatores e em todos os casos pode-se observar quadros de tristeza, profunda e depressão. Provocando assim uma confusão no estado mental do indivíduo. Geralmente os sinais clínicos surgem nas primeiras semanas logo após o nascimento do bebê (CANTILINO et al., 2010).

A gestação e o puerpério são períodos da vida da mulher que precisam ser avaliados com atenção, no sentido de fornecer informações, a respeito deste estado emocional (depressão pós-parto) que atinge grande parte das mulheres, mesmo sendo este um fenômeno comum no pós-parto, tais informações tornam-se necessárias para que a puérpera possa evitar que uma reação normalmente se transforme e atinja níveis patológicos, visto que os primeiros dias após o parto são carregados de emoções intensas e variados. E uma alternativa seria conseguir o maior número de informações adequadas, de como amenizar os efeitos da depressão pós-parto (WINNICOTT, 2000).

Portanto, o presente trabalho tem como objetivo conhecer mais sobre a Depressão Pós-Parto, mostrando a importância do cuidado de enfermagem a gestante no pré-natal e puerpério.

A Depressão Pós-Parto (DPP) é conhecida como transtorno emocional puerperal que atinge de 15% a 20% das mães, que rejeitam seus filhos. Isso acontece a partir da quarta semana após o nascimento do bebê, e pode vir a se intensificar durante alguns meses e posterior a eles (LAI e HUANG, 2004). Infelizmente, muitas mães não procuram ajuda de profissionais de saúde, tais como enfermeiros, médicos, os quais podem orientá-las nesse problema afetivo (LAI e HUANG, 2004).

A DPP apresenta diversas formas e causas que devem ser levadas em consideração: gravidez não desejada, parceiros desempregados, mãe menor de idade, morte de pessoas próximas, grandes números de filhos, problemas de tireoide (provocam vários problemas psiquiátricos), entre outros.

Esse transtorno pode ser prevenido se a gestante for esclarecida quanto aos diversos aspectos da gestação e da maternidade. Desde as consultas do pré-natal elas devem ser orientadas quanto: à importância de adquirir um hábito de vida mais saudável; à necessidade de acompanhar sua saúde e a do bebê com a realização dos exames; e ter conhecimento das mudanças que virão com a gestação. Os profissionais da área da saúde são agentes importantes nesse trabalho de conscientização das gestantes, o que pode minimizar a possibilidade de DPP. Durante a consulta de pré-natal as gestantes devem adquirir um hábito de vida mais saudável e fazer exames para avaliar sua saúde, obter conhecimento que seu corpo passará por mudanças, mais não se preocupar com isso. É mais importante amar e ser amada, e saber que tem uma vida crescendo dentro dela com uma enorme intensidade (MARTINS et.al., 2012).

A união entre os familiares e os profissionais da saúde, poderá transformar este momento em somente uma fase, ou seja, a mãe poderá superar essa DPP com a ajuda de todos que a cercam e cuidam dela, assim evitando um trauma após o nascimento do bebê. Por isso, a assistência deve ser um fator muito importante na recuperação da mulher. Nesse sentido, a Enfermagem atua como prática e desenvolvimento para identificar fatores e contribuições para a depressão pós-parto (VALENÇA e GERMANO, 2010).

Segundo Cantilino et al. (2010), a DPP interfere no estado físico, mental e social da mulher por isso há tantas alterações no seu corpo. Com isso a interação entre mãe e filho fica comprometida gerando uma rejeição da mãe ao seu filho.

Segundo Nascimento, Rodrigues e Almeida (2007), o tratamento é feito com o uso de medicamentos antidepressivos, que tem sido muito eficaz para a recuperação da puérpera. Também é usado para terapia comportamental-cognitiva como prevenção da DPP, mas só é aplicada em gestantes com sintomas depressivos.

A DPP é diagnosticada pelo médico psiquiatra junto com o psicólogo e com o apoio do enfermeiro que é fundamental para descobrir sinais e sintomas de DPP. O Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), garante pelo Sistema Único de Saúde (SUS) o serviço de pré-natal, que é um acompanhamento da mulher durante a gestação, parto e pós-parto Além disso, foi criado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), que serve de apoio ao tratamento de mulheres que sofrem desse transtorno depressivo (NASCIMENTO, RODRIGUES e ALMEIDA, 2007).

Desta forma, o objetivo deste artigo é compreender as ações da equipe de enfermagem que atuam dentro do pré-natal.

METODOLOGIA

A metodologia deste trabalho é apresentar uma visão e uma revisão bibliográfica acerca da depressão pós-parto, abordando aspectos conceituais, epidemiológicos, fatores de risco associados a sua ocorrência e algumas repercussões da depressão pós-parto na relação materno-infantil e no desenvolvimento da criança. Foi realizado neste trabalho um levantamento bibliográfico através da busca de artigos científicos, publicados em português e inglês, disponíveis em bases de dados da Scielo.

O conhecimento destes aspectos reveste-se de grande importância considerando as consequências prejudiciais às mães bem como ao desenvolvimento cognitivo, social e emocional de suas crianças.

DESENVOLVIMENTO

DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A depressão pós-parto é uma forma de depressão que afeta mulheres após terem dado a luz a um bebê, dados demonstram que cerca de 60% das novas mães passam por uma forte melancolia após o parto. Alguns até definem como um transtorno psicológico que pode surgir logo após o nascimento do bebê ou até os seus seis meses do qual pode ser classificada como sendo transitória e pode tornar-se grave dando início a uma neurose que exige tratamento médico (KOGIMA, 2004).

Quando a maternidade é vivenciada, a maioria das mulheres provam sentimentos contraditórios e angústias, tristezas e não encontram correspondências, é aí a partir desse sentimento entre o ideal e o vivido que a mulher com mais chances a desenvolver um transtorno depressivo, experimenta um profundo sofrimento, e pode chegar a desenvolver a (DPP).

A tarefa de uma mãe de um bebê é repetitiva, desgastante, onde não se ganha recompensas ou reconhecimento, geralmente o bebê não tem piedade em suas necessidades, levando em consideração também que a mulher, deixa de ser gestante para se tornar mãe, não é uma mudança necessariamente tranquila, podendo trazer consequências ao vínculo da mãe com o bebê considerando-se um quadro clínico agudo e severo que é necessário acompanhamento psiquiátrico e psicológico, pois devido à gravidade dos sintomas, há que se considerar o uso de medicação (LACONELLI, 2005).

FATORES DE RISCO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Fatores relacionados à gestação e ao parto podem servir de extrema ajuda para diagnosticar a DPP. Passar por poucas ou nenhuma consulta pré-natal contribui para que a mulher desenvolva essa depressão, uma vez que ela não tem conhecimento de como está sua gestação e nem é preparada para todos os desafios futuros e dificuldades do parto (KOGIMA, 2004).

Não existe uma única causa para a depressão. Ela resulta da combinação de diversos fatores e é uma doença que tende a expandir-se nas famílias. Mulheres, com história familiar de depressão, tendem a ter depressões. As mudanças na estrutura ou na química do cérebro podem ter um papel fundamental nas depressões. Acontecimentos como a morte de um ente querido, cuidar de familiares idosos, abusos, e pobreza, podem provocar depressões. Os fatores hormonais únicos das mulheres contribuem, em alguns casos, para a doença. É um fato que os hormônios afetam diretamente a química do cérebro que controla as emoções e o humor (SCHWENGBER e PICCININI, 2003).

Também se sabe que as mulheres correm maior risco de depressão em certos momentos da sua vida, como na puberdade, durante e a pós uma gravidez, e durante o período da menopausa. Algumas mulheres chegam a ter sintomas antes da menstruação. Após o nascimento de um filho a depressão é chamada depressão pós-parto. Durante a gravidez, os níveis de estrogênio e progesterona aumentam consideravelmente. Após o parto nas primeiras 24 horas, o que pode ser um fator importante no desencadeamento dos transtornos pós-parto, portanto não é só deficiência hormonal que está envolvendo tanto na

tristeza pós-parto, quanto no quadro mais grave que é a Depressão Pós-Parto os níveis hormonais voltar ao normal. Investigadores dizem que a mudança abrupta de níveis de hormônio pode originar a doença. Isto se assemelha um pouco às pequenas mudanças hormonais que precedem o período menstrual e que afetam o humor das mulheres (CARLESSO *e* SOUZA, 2011).

Outro fator que pode contribuir é sentir muita dor, pois torna o evento traumático, atribuído à culpa desse sofrimento à criança ou ao estado de gravidez, pouco suporte do parceiro geralmente quando é ausente durante a gravidez, rejeição do filho pela família principalmente pelo pai da criança e pela família da mãe (KOGIMA, 2004).

SINAIS E SINTOMAS NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Os sintomas mais comuns são: tristeza, sentimentos de não encaixar no ambiente social e familiar, falta de apetite e alterações do sono, prejudicarão da concentração, há também falta de interesse ou de prazer a respeito de realizar suas atividades diárias, ganho de peso e perda de energia, letargia ou agitação, sentimento de desvalor ou se culpar sem motivos, oscilações do humor, fadiga, cansaço, sintomas hipocondríacos e pensamento de suicídio (CAVALCANTI, 1997).

É importante ficar atento que a preocupação excessiva da mãe com o bebê e ter muito medo de machucá-lo, também pode ser sintomas de depressão. Entende-se também, que os sintomas são os mesmos da depressão maior, principalmente o humor deprimido, alterações do apetite, alterações do sono, o sentimento de desvalia e a irritabilidade além do normal. Os sintomas também são caracterizados como sendo o mesmo da depressão atípica, ou seja, a ansiedade, a irritabilidade no fim do dia e a insônia inicial, evidenciando o fato de esses sintomas serem semelhantes aos das depressões que não tem relações com o parto (OLIVEIRA, 2013).

Para isso o diagnostico deve ser realizado por profissionais capacitados e treinados para ele. Os especialistas que pode diagnosticar uma DPP são: Psicólogo, psiquiatra, endocrinologista, ginecologista e o enfermeiro. Sendo assim, a DPP é diagnosticada pelo médico psiquiatra junto com o psicólogo e com o apoio do enfermeiro que é fundamental para descobrir sinais e sintomas de DPP. (VALENÇA E GERMANO, 2010).

O uso da escala de Edinburgh é também utilizado para o diagnóstico da depressão. A Escala (EPDS) foi validada em diversos países e sua versão em português foi feita em 1996, essa escala consiste em um instrumento de auto avaliação com 10 itens, sendo fácil e de curta aplicação. Para cada pergunta, há quatro opções de alternativa, sendo que a cada

resposta, é associada uma pontuação que varia de zero a três, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas (FIGUEIRA, DINIZ, SILVA-FILHO, 2011).

Podemos notar que os pensamentos dos autores em relação a DPP, formam uma certa unanimidade. Há também certa dificuldade em descrever os sintomas da DPP, isso por ser muita semelhante a depressão.

TRATAMENTO DEPRESSÃO PÓS PARTO

O tratamento médico na DPP se dá conforme a gravidade do quadro apresentado e precisa envolver, no mínimo, três tipos de cuidados: psiquiátrico, psicológico e ginecológico. Além da preocupação dos agentes de saúde com o problema, são muito relevantes os cuidados sociais, comumente envolvidos com o desenvolvimento da depressão no período puerperal (NONACS e COHEN, 1998).

Portanto há necessidade do tratamento da depressão pós-parto, não apenas objetivando a qualidade de vida da mãe, mas, prevenindo também distúrbios no desenvolvimento do bebê, conservando assim um bom nível de relacionamento conjugal e familiar. Embora alguns médicos ainda defendam o uso de progesterona no período pós-parto, com finalidades curativas ou preventivas, tal conduta tem sido controversa. O trabalho de Harris et al. (1996) apontaram a inexistência de correlação entre níveis desse hormônio e alterações do humor pós-parto. Os resultados apontam associação com o cortisol, diminuída precocemente no puerpério em pacientes que desenvolveram depressão pós-parto. Avaliação da função tireoidiana deve ser enfatizada e eventuais necessidades de correção são extremamente relevantes.

Em grupos de terapias os cuidados psicológicos para as pacientes com depressão pós-parto têm-se destacado com o sucesso a abordagem cognitivo-comportamental (MEAGER e MILGROM, 1996). Medicamentos como antidepressivos são frequentemente utilizados, geralmente em combinação com a orientação e suporte, os antidepressivos são normalmente utilizados (VIEIRA, 2006).

A Psicoterapia também ajuda a prevenir a DPP e a depressão no período da gravidez, o sucesso do tratamento para que se tenham bons resultados, devem ter a participação dos pais. A Terapia hormonal pode ser de grande ajuda no requisito de neutralizar a queda dos níveis de estrogênio que acompanha o parto, aliviando assim os sintomas de depressão pós-parto em mulheres. A Psicose pós-parto requer tratamento imediato, no hospital, quando a segurança da paciente está garantida com uma combinação de medicamentos. Bom é que a mulher reserve um tempo para descansar, é fácil ser apanhada no ciclo interminável de

mamadas, arrotos e mudanças de fraldas, especialmente se a mulher tem outras responsabilidades também, é indicado que a mulher se alimente bem e adequadamente, seguindo uma dieta, com frutas, legumes, proteína magra, laticínios de baixo teor de gordura e grãos integrais, irá ajudá-la a se sentir melhor (BORGES, 2001).

A paciente que possui DPP pode também ser tratada pelo uso de antidepressivos que, na prática clínica, tem sido eficaz e essencial no tratamento da DPP (CANTILINO, et al. 2010).

Numa revisão realizada por Dennis e Stewart (2014) encontraram três estudos comparando a eficácia de três medicamentos para tratamento da DPP: Avaliavam a eficácia da sertralina, fluvoxamina e venlafaxinana, e em todos eles observaram melhoras dos sintomas depressivos. Uma das principais preocupações no uso desses fármacos é a excreção destes no leite materno. Níveis significativos de Fluoxetina e Citalopram foram encontrados no plasmo sanguíneo dos lactentes de mulheres após o parto que utilizaram esses fármacos. O mesmo episódio não aconteceu quando foram feitos o uso de Sertralina e Paroxetina (SILVA et al., 2003).

Até que se haja certeza das consequências do uso de antidepressivos sobre o desenvolvimento da criança, esses fármacos transmissíveis para o leite materno devem ser evitados (WEISSMAN, 2006). Em grupos de terapias os cuidados psicológicos para as pacientes com depressão pós-parto têm-se destacado com o sucesso a abordagem cognitivo-comportamental (MEAGER, MILGROM, 1996).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA DEPRESSÃO PÓS- PARTO

É sempre importante que os profissionais de saúde realizem ações preventivas, voltadas não só para a saúde da gestante como também para a saúde da mulher. O objetivo principal assistencial do profissional de enfermagem está na educação e orientação à saúde para que as mulheres adquiram segurança e tranquilidade ao assumir seu papel de mãe (MARQUES et al., 2014).

Na Depressão Pós-Parto, os enfermeiros devem voltar seus conhecimentos a uma demanda diversificada, principalmente quando se trata de questões psicológicas, capazes de se esconderem em intercorrências clínicas que podem tornar mais difícil o diagnóstico e tratamento adequado. Toda a equipe deve procurar estabelecer com a paciente um relacionamento, com o objetivo de observar e anotar o comportamento; desenvolver confiança; prestar cuidados específicos, caso a paciente esteja deprimida; oferecer e

estimular atividades construtivas; observar atentamente indícios de ideia suicida e estimular os cuidados pessoais como vestuário, alimentação e higiene (SOBREIRA et al., 2012).

Para prevenir a depressão pós-parto o enfermeiro deve ter cuidados individualizados, identificando sinais depressivos e o comportamento da mãe após o parto (GUERRA *et al*., 2014). Os profissionais de saúde devem identificar o mais precocemente possível, tratar e/ou encaminhar mulheres gestantes e puérperas apresentando alguma predisposição depressiva, considerando sempre a gravidade do caso (BERETA *et al.,* 2008).

O interesse do profissional, se importando com bem-estar da paciente resulta em uma interação efetiva. O fato de não serem atendidas gera um sentimento de desprezo, humilhação e descaso, mas isto só será efetivo se houver recursos humanos em termos qualitativos e quantitativos adequados à assistência (MARQUES *et al.,* 2014).

CONCLUSÃO

Esse estudo ressalta a grande importância do aspecto psicológico relevante durante a gravidez e o pós-parto. Um bebê é o que traz o termo família, ou seja, um casal só passa a ser uma família quando tem um filho. Este acontecimento pode trazer muita alegria, a sociedade, e mais diretamente a família, esperam-se manifestações de alegria e satisfação pela maternidade. Evidentemente, não existe uma receita para o sucesso desta empreitada que envolve no máximo três famílias, a família de origem da mulher, a do marido e a que está se formando. Entretanto, existe amor, atenção, compreensão e aconchego, que podem se transformar numa espécie de continente para a mulher, seja ela primípara, ou não.

Não se trata de criar uma proteção total, do tipo que impede a respiração e os sentimentos necessários de preocupação, dúvida, ansiedade, alegria, entre outros, que envolvem uma gravidez e que são absolutamente normais. Os profissionais de saúde como Enfermeiros e Médicos devem estar atentos e, quando necessário, relatar à família que algo que não está bem com a paciente, e vice-versa. Trata-se de apoio. Mas, é evidente que este não é um processo que deva envolver a participação de apenas das pessoas próximas a mulher.

A enfermagem dentro de seus âmbitos profissionais poderia estar contribuindo muito para a prevenção, orientação, e detecção precoce da DPP, refletindo sobre a qualidade prestada a mulher no período gravídico e pós-parto.

No entanto com a união de forças entre os profissionais de saúde e familiares pode transformar este momento em uma fase em que a paciente se sentirá mais firme e confiante para expressar seus sentimentos, sentindo-se acolhida e ajudada. Só assim pode-se

proporcionar uma melhor superação das dificuldades que a Depressão Pós-Parto, já que seus maiores aliados são o descaso e a subestimação do sofrimento da mulher, quer pela equipe de saúde, quer pela família.

Portanto dentro do contexto da assistência de enfermagem na depressão pós-parto, vê-se a necessidade de que novos estudos sejam realizados abordando essa temática e o papel da Enfermagem.

REFERÊNCIAS

BERETTA, M.I.R; ZANETI, D.J; FABBRO, M.R.C; FREITAS, M.A; RUGGIERO, E.M; DUPAS, G. Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. **Rev. Eletr. Enf.**; v.10, n.4, p.966-78, dez. 2008.

BORGES, Teixeira Marinna. **Manual de enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001. 122p.

CANTILINO, A; ZAMBALDI, C. F; SOUGEY, E. B; RENÓ JR, J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev. Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.37, n.6, p. 278-84, 2010.

CARLESSO, J. P. P; SOUZA, A. P. R. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 6, p.1119-1126, nov./dez., 2011.

CAVALCANTI, S. N. Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. **Psicol. cienc. Prof**; Brasília, v.17, n.2, p. 2-12, 1997.

FIGUEIRA, Patricia Gomes; DINIZ, Leandro Malloy; SILVA-FILHO, HC da. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. **Ver. Psiquiatria Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, 2011.

GUERRA, M; BRAGA, M; QUELHAS, I; SILVA, R. Promoção da Saúde Mental na gravidez e no pós-parto. **Rev. Port. Enferm. Saúde Mental.** Especial 1, abril, 2014.

HARRIS, B; LOVETT, L; SMITH, J; READ, G; WALKER, R. (1996). Cardiff puerperal mood and hormone study. **British J Psychiatry,** v.168, p.739-744, 1996

KOGIMA, E. O. **O entendimento dos enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde acerca da depressão puerperal.** São Paulo, 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

LACONELLI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Revista Pediatria Moderna**, v. 41, n. 4, julho-agosto, 2005.

LAI J. Y., HUANG T.L. Catatonic features noted in patients with post-partum mental illness. **Psychiatry Clin Neurosci**, v. 58, p. 157-162, 2004.

MARQUES, D. K. A; MACHADO, S. R. M; CRUZ, D. S. M; SOUZA, I. V. E; VIRGÍNIO, N. A; SANTIAGO, M. S. F. Percepção de Puérperas Frente à Assistência de Enfermagem no Alojamento Conjunto. **Rev. Ciênc. Saúde**, Nova Esperança, v.12, n.1, p. 45-55, junho, 2014.

MARTINS, A. **Atenção pré-natal de baixo risco.** Brasília-DF, 2012.

MEAGER, I; MILGROM J. Group treatment for postpartum depression: A pilot study. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 30, p. 852-860, 1996.

NASCIMENTO, E.; RODRIGUES, Q. P.; ALMEIDA, M. S. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador – Bahia. **Acta Paul Enferm**; São Paulo, v. 20, n. 3, p. 311-15, 2007.

NONACS, R; COHEN, L. S. Postpartum mood disorders: Diagnosis and treatment guidelines. **J Clin Psychiatry**, v.59, p.34-40, 1998.

OLIVEIRA, L. Produção científica com enfoque na depressão pós-parto: fatores de risco e suas repercussões**. R. Interd**, v.6, n.4, p.205-215, out.nov.dez., 2013.

SCHWENGBER, D. D. S; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estud. psicol**. (Natal) [online], Rio Grande do Sul, v..8, n.3, p.403-411, 2003.

SILVA D.; Souza M; Moreira V; Genestra, M. Depressão pós-parto: prevenção e Consequências, **Revista Mal Estar e subjetividade**. 2003; 3(2): 439- 450.

SOBREIRA, N. A. S; PESSOA, C. G. O. Assistência de Enfermagem na Detecção da Depressão Pós-parto. **Rev. Enferm. Integrada**, Ipatinga-MG, v.5, n.1, julho-agosto, 2012.

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Prevenindo a depressão. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 2, p. 129-139, abr./jun. 2010.

VIEIRA, P. Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. **Rev. psiquiatr. Clín.,** São Paulo, v.33, n.5, p.245-48, 2006.

WEISSMAN, AM; LEVY, BT; HARTZ, AJ; BENTLER, S; DONOHUE, M; ELLINGROD, VL et al. Pooçed analysis of antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. **Am J Psychiatry**. 2006; 161 (6).

WINNICOTT, D. W., **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Ed. Imago, Rio de Janeiro, 2000.

SOBRE OS AUTORES:

AUTOR 1: Enfermeira Graduada pela Faculdade Metropolitana São Carlos, Bom Jesus do Itabapoana-RJ, E-mail: natijnn@gmail.com

AUTOR 2: Enfermeira Graduada pela Faculdade Metropolitana São Carlos, Bom Jesus do Itabapoana-RJ, E-mail: bethenfermagem@gmail.com

AUTOR 3: Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Metropolitana São Carlos de Bom Jesus do Itabapoana-RJ, Enfermeira Graduada e Licenciada pela Universidade Federal Fluminense, Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro, E-mail: moniquebessauff@yahoo.com.br