



FATORES DE RISCO ASSOCIADO À DEPRESSÃO PÓS-PARTO

DOI: 10.22289/2446-922X.V9N2A25

Marcelo **Cerilo-Filho**¹
Bruna Stefany Rocha do **Nascimento**
Julyana Constância Feitosa **Marinho**
Laís Edvirgens Lima da **Cruz**
Mirelly Nascimento **Soares**
Erika dos Santos **Nunes**

RESUMO

A Depressão Pós-Parto (DPP) começa a ser relatada nos séculos XVII e XVIII. No período gravídico-puerperal ocorrem alguns eventos como alterações fisiológicas, psicológicas e psicossociais. Os principais fatores de risco para o surgimento da DPP incluem: ansiedade ao extremo; eventos estressores; história prévia de depressão; falta de apoio familiar; gravidez não desejada ou planejada; relacionamento com o companheiro; baixa condição socioeconômica; dependência de álcool, tabaco ou outras drogas e história de violência doméstica. O diagnóstico é realizado pelos profissionais de saúde e através da utilização de dois instrumentos de rastreamento dos sintomas que são a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição (DSM 5). Este trabalho teve como objetivo identificar e conhecer os fatores de risco associados a Depressão Pós-Parto, bem como discutir sobre a prevenção e métodos para o diagnóstico precoce. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura. Foram utilizados artigos indexados nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Pubmed, utilizando os descritores (DESC) Depressão Pós-Parto or Puerpério, Depressão Pós-Parto or Fatores de Risco e Depressão Pós-parto or Assistência de Enfermagem. A partir das buscas nas bases de dados citadas foram encontrados 81.226 artigos, os quais foram submetidos os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos neste trabalho. Após a aplicação dos filtros, critérios de inclusão e exclusão, duplicidade, leitura dos resumos na íntegra foram escolhidos 15 artigos que respondem a pergunta da pesquisa. O presente estudo teve como objetivo identificar quais são os fatores de risco associado a DPP. Os artigos desta revisão apontam que o seu desenvolvimento se dá através de alguns determinantes que surgem no período da gestação e do pós-parto. Os fatores de risco citados pelas pesquisas que favoreciam o surgimento da DPP, incluem: eventos estressantes durante a gravidez, história prévia de depressão, idade, nível de escolaridade, número de filhos, estado civil, renda familiar. Para isso, é importante que a equipe de saúde esteja em constante capacitação no intuito de promover saúde e prevenção. Com isso, poderá observar a diminuição dos índices de morbimortalidade materna, infanticídios, minimizando as complicações para puérperas, menos prejuízo no desenvolvimento dos bebês, bem como manter a integridade do vínculo efetivo entre mãe-filho, sem interferir no relacionamento com parceiros e familiares.

443

Palavras-chave: O período Pós-Parto; Fatores de Risco, Assistência de Enfermagem, Maternidade.

¹ Endereço eletrônico de contato: marcelocdsfilho@gmail.com

Recebido em 12/03/2023. Aprovado pelo conselho editorial para publicação em 17/07/2023.



RISK FACTORS ASSOCIATED WITH POSTPARTUM DEPRESSION

ABSTRACT

Postpartum Depression (PPD) begins to be reported in the 17th and 18th centuries. In the gravidic-puerperal period some events occur such as physiological, psychological and psychosocial changes. The main risk factors for the onset of PPD include: extreme anxiety; stressful events; previous history of depression; lack of family support; unwanted or planned pregnancy; relationship with partner; low socioeconomic status; dependence on alcohol, tobacco, or other drugs; and history of domestic violence. The diagnosis is made by health professionals and through the use of two symptom tracking instruments which are the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM 5). This work aimed to identify and know the risk factors associated with Postpartum Depression, as well as discuss prevention and methods for early diagnosis. This is an integrative literature review study. Articles indexed in the databases Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (Scielo) and Pubmed were used, using the descriptors (DESC) Postpartum Depression or Puerperium, Postpartum Depression or Risk Factors and Postpartum Depression or Nursing Care. From the searches in the cited databases, 81,226 articles were found, which were submitted to the inclusion and exclusion criteria established in this work. After applying the filters, inclusion and exclusion criteria, duplicity, reading the full abstracts, 15 articles were chosen to answer the research question. This study aimed to identify the risk factors associated with PPD. The articles of this review point out that its development occurs through some determinants that arise during pregnancy and postpartum. The risk factors cited by the researches that favor the emergence of PPD include: stressful events during pregnancy, previous history of depression, age, level of education, number of children, marital status, family income. For this, it is important that the health team is in constant training in order to promote health and prevention. With this, it will be possible to observe the decrease in maternal morbidity and mortality rates, infanticides, minimizing complications for puerperae, less damage to the development of babies, as well as maintaining the integrity of the effective mother-child bond, without interfering in the relationship with partners and family members.

444

Keywords: The Postpartum Period, Risk Factors, Nursing Care, Maternity.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSPARTO

RESUMEN

La Depresión Postparto (DPP) comienza a conocerse en los siglos XVII y XVIII. En el periodo gravídico-puerperal se producen algunos acontecimientos como cambios fisiológicos, psicológicos y psicosociales. Los principales factores de riesgo para la aparición de la DPP son: ansiedad extrema; acontecimientos estresantes; antecedentes previos de depresión; falta de apoyo familiar; embarazo no deseado o planificado; relación de pareja; nivel socioeconómico bajo; dependencia del alcohol, el tabaco u otras drogas y antecedentes de violencia doméstica. El diagnóstico es realizado por profesionales sanitarios y mediante el uso de dos instrumentos de seguimiento de síntomas que son la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª Edición (DSM 5). El objetivo de este estudio era identificar y comprender los factores de riesgo asociados a la depresión posparto, así como debatir la prevención y los métodos de diagnóstico precoz. Se trata de un estudio integrador de revisión bibliográfica. Se utilizaron artículos indexados en las bases de datos Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo) y Pubmed, utilizando los descriptores (DESC) Depresión Postparto o Puerperio, Depresión Postparto o Factores de Riesgo y Depresión Postparto o Cuidados de Enfermería. A partir de las búsquedas en las bases de datos citadas se encontraron 81.226 artículos, que cumplían los criterios



de inclusão y exclusión establecidos en este trabajo. Tras aplicar los filtros, los criterios de inclusión y exclusión, la duplicidad y la lectura de los resúmenes completos, se eligieron 15 artículos que respondían a la pregunta de investigación. El presente estudio pretendía identificar cuáles son los factores de riesgo asociados a la DPP. Los artículos de esta revisión señalan que su desarrollo se produce a través de algunos determinantes que surgen durante el embarazo y el posparto. Los factores de riesgo citados por las investigaciones que favorecen la aparición de la DPP incluyen: acontecimientos estresantes durante el embarazo, historia previa de depresión, edad, nivel de educación, número de hijos, estado civil, ingresos familiares. Para ello, es importante que el equipo sanitario esté en constante formación para promover la salud y la prevención. Con ello, se podrá observar la disminución de las tasas de morbilidad materna, infanticidios, minimización de complicaciones para las púerperas, menor daño al desarrollo de los bebés, así como el mantenimiento de la integridad del vínculo efectivo madre-hijo, sin interferir en la relación con la pareja y la familia.

Palabras clave: Unidades de Cuidados Intensivos; Barreras de Comunicación; Comunicación Aumentativa y Alternativa; Comunicación no Verbal; Emociones; Psicología Médica.

1 INTRODUÇÃO

A Depressão Pós-Parto (DPP) começa a ser relatada nos séculos XVII e XVIII, conhecida como insanidade puerperal, e atualmente é inserida como um transtorno depressivo maior que afeta a maioria do gênero feminino (Cantilino, Zambaldi, Sougey, & Rennó Jr, 2010). Essa condição é considerada como problema de saúde pública pois além de comprometer a saúde da mulher, afeta diretamente a saúde da família (Arrais & Araujo, 2017).

445

No período gravídico-puerperal ocorrem alguns eventos como alterações fisiológicas, psicológicas e psicossociais. Essas eventualidades são decorrentes do enorme desequilíbrio hormonal que se dá após o término da gestação (Camacho et al, 2006). Com isso, a gestação e o pós-parto passam a ser um momento delicado para as mulheres devido a mudança de vida, diversas cobranças, grande responsabilidade em relação aos cuidados do novo membro da família que passa a ser totalmente dependente de si (Coutinho et al, 2014).

É muito comum que as púerperas não identifiquem os sintomas da DPP, por isso muitas não procuram ajuda, culpando o cansaço devido aos desafios da maternidade (Schmid, Piccoloto, & Muller, 2005). Porém, a ausência do diagnóstico e do tratamento pode causar prejuízo no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança, além de afetar negativamente o vínculo entre mãe-bebê-família (Freitas et al., 2014). O diagnóstico é realizado pelos profissionais de saúde e através da utilização de dois instrumentos de rastreamento dos sintomas que são a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição (DSM 5), onde serão realizados questionamentos de acordo com os sinais, sintomas e sua duração (Oliveira & Dunningham, 2015).

Visto que é importante que os profissionais conheçam e estejam atentos aos fatores de risco desencadeantes da DPP para facilitar no processo do diagnóstico, e com isso, encaminhar a mulher com possível quadro de depressão pós-parto para aconselhamento ou psicoterapia, possibilitando



na escolha de um tratamento adequado e prevenção de complicações futuras (Borges, Ferreira, Mariutti, & Almeida, 2011; Silva & Souza, 2018).

Segundo Freitas et al. (2014), é necessário que sejam disponibilizados alguns cursos para capacitação e atualização sobre o tema em questão, sendo oferecido a todos os profissionais de saúde que prestam assistência à mulher no período gravídico-puerperal, através de educação continuada/permanente nas unidades de saúde e também pelas Secretarias Municipais de Saúde, com o objetivo de qualificar a atenção voltadas as mesmas, e diminuir o prognóstico dos envolvidos. Uma vez que, para obter a redução dos transtornos puerperal, suicídio materno e interferência no desenvolvimento cognitivo do bebê, é necessário a construção de um programa público de prevenção e buscar estratégias para ser incluída como rastreamento no pré-natal e puerpério (Freitas et al., 2014).

A depressão é um assunto bastante discutido na atualidade, porém, quando se trata de puérperas com depressão pós-parto, esse tema costuma passar despercebido pelos profissionais e familiares (Sá Vieira, Caldeira, Eugenio, & Di Lucca, 2018). Com isso, nota-se uma carência no atendimento e acolhimento das puérperas, pois a atenção maior sempre é voltada para o cuidado da criança, tanto no pré-natal quanto no puerpério, período esse em que a maioria não comparece na Unidade Básica de Saúde, impossibilitando o processo de diagnóstico precoce (Baratieri & Natal, 2019).

446

Quando não identificados e tratados adequadamente, os sintomas de depressão podem manter-se por meses ou até anos após o parto, aumentando o risco de suicídio materno (Sá Vieira, Caldeira, Eugenio, & Di Lucca, 2018). Óbitos e morbidades que ocorrem durante a gravidez, parto e puerpério são passíveis de serem evitadas com a implementação de ações integradas e de acesso universal, por meio de tecnologias leves e cuidados primários (Baratieri & Natal, 2019). Com isso, este artigo teve como objetivo identificar os fatores de risco associado à depressão pós-parto, bem como abordar acerca da DPP; discutir sobre a prevenção e métodos de diagnósticos precoce.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1. Depressão Pós-Parto: Epidemiologia e significado

No Brasil a incidência da depressão pós-parto vem sendo identificado como um problema grave na saúde pública, e estima-se que 10% a 20% das mulheres apresentam este transtorno. A partir do momento em que voltamos os nossos olhares especificamente para a depressão pós-parto, damos a verdadeira importância para a identificação, diagnóstico e o tratamento precoce, buscando estratégias para facilitar e obter sucesso no decorrer deste processo, visando prevenir e diminuir prejuízos causados a mãe (Rodrigues, 2015).



Estudo realizado por Carvalho e Benincasa (2019), todas as mulheres entrevistadas desfrutaram da assistência e acompanhamento no pré-natal ou no parto por meio da saúde suplementar, ou seja, sem nenhum vínculo com o sistema único de saúde, e sim através de conhecimento médico. Para Stopa et al., (2015), é de suma importância proporcionar o conhecimento ao acesso do diagnóstico da depressão no Brasil, e relata que é fundamental melhorar a qualidade desses serviços, bem como a ampliação em território nacional, em especial na população mais necessitadas e desfavoráveis.

Normalmente, as avaliações começam a ser realizadas a partir do 15º dia do pós-parto, pois 80% das puérperas apresentam os sintomas de tristeza materna nas duas primeiras semanas (Martins & Hildebrandt, 2013). Entretanto e Cantillino (2010), afirma que sua incidência maior ocorre entre a 4º e 8º semana após o nascimento do bebê, e que devido ao surgimento de algumas situações como: dificuldade em se adaptar psicologicamente, socialmente e culturalmente diante à maternidade, é possível notar-se os sintomas ainda na gestação.

A disforia é considerada como um distúrbio leve e que tem se tornado comum nos últimos anos. As mulheres que apresentaram disforia 51,5% eram primíparas e 18,2% eram multíparas com faixa etária de 18 a 24 anos. Aquelas que tinha depressão, 37,0% eram primíparas e 29,7 multíparas com faixa etária de 18 a 24 anos. Porém, das 27 mulheres com sinais e sintomas da depressão, 12 eram primíparas com 44,4% e 15 multíparas com 56,6%. Apresentou-se que 60% das mulheres já existiam algum tipo de transtorno no período gravídico e 83% delas não buscaram assistência de saúde, só 17% procuraram ajuda de profissionais de saúde.

Segundo Kassada et al., (2015), mulheres que tinham parceiros mostrou-se uma redução de 33% de chance de desenvolver algum transtorno mental, comparando com aquelas que não tem. Compreende-se que a ausência de um parceiro é caracterizada como um fator de risco para o surgimento de transtornos mentais. Uma entrevista feita com 219 puérperas, a maioria possuía ensino médio completo ou médio profissionalizante, porém, 50,23% haviam completado e 15,53% não terminaram, mas 55,7% trabalhavam como profissional. Sobre o estado civil, 53,4% delas moravam com o companheiro e diziam ter um relacionamento estável e serem casadas (Martins & Hildebrandt, 2013).

Segundo Lobato (2011), as principais características da população a ser estudada é fundamental para nortear a interpretação dos estudos que precisam ser desenvolvidos, sendo assim as médias globais da DDP podem não corresponder ao verdadeiro significado na área da saúde por fazerem descrever as populações brancas, de classe média com melhores condições sociais e econômicas. Sendo assim é importante ressaltar que essa desigualdade de variações também pode ocorrer mediante idade e distinção étnica, tendo em vista a desigualdade social apresentada em nosso país.

A chegada de um bebê na visão da sociedade é sinônimo de alegria e realizações do ciclo vital familiar, momento esse em que as atenções estão voltadas ao novo membro da família. Porém,



difícilmente as preocupações são direcionadas para a puérpera, por isso algumas situações e mudanças hormonais passam despercebidas, e acaba-se havendo a possibilidade e suscetibilidade de desenvolver uma possível depressão pós-parto (Arrais, 2014; Arrais, 2017).

O período puerperal é desde o momento da expulsão da placenta durante o parto até os próximos 45 dias. Para Resende et al. (2021) o período do puerpério é de 6 a 8 semanas após o parto, podendo ser dividido em três, sendo: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia). Segundo Gomes (2017) no puerpério a mulher passa por intensas modificações psicológicas, psicossociais e fisiológicas. Esses eventos contribuem ainda mais para o surgimento de alguns transtornos emocionais, que são denominados como: Tristeza Materna ou (Baby Blues), Depressão Pós-Parto e Psicose Materna (Oliveira & Dunningham, 2015).

A depressão pós-parto é uma doença que se inicia no período gestacional e as quatro semanas iniciais após o parto. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), 50% dos episódios depressivos começaram a surgir no período gestacional, e com isso, é conhecido como periparto. Passou a ser inserida nos Transtornos Depressivos e se enquadrou como um especificador do Transtorno Depressivo Maior (American Psychiatric Association - APA, 2014). Tem como característica sentimento de culpa, insegurança, perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades (anedonia), podendo apresentar alteração do sono, cansaço, apetite, e autoestima baixa (Brites, 2016).

Os diagnósticos da DPP são negligenciados pela própria puérpera e por seus familiares, a mesma afirma ser devido ao excesso de tarefas diárias que são voltadas aos cuidados do bebê, família e trabalho (Freitas, 2014). Para Figueira et al., (2011) a DPP sendo diagnosticada precocemente, é a intervenção terapêutica mais adequada para diminuir as complicações e conseqüências no futuro sobre a puérpera, criança e a família. Estudos comprovam que, quando não diagnosticado e não tratado adequadamente, os sintomas da depressão podem permanecer por meses ou até anos após o parto, aumentando o risco de suicídio materno (Pereira et al., 2008).

Segundo Camacho et al., (2006), além do diagnóstico realizado pelos profissionais em saúde mental, é necessário o rastreamento da DPP através de duas escalas, que são: a Escala de Edinburgh (Edinburgh Postpartum Depression Scale - EPDS), em 1987, e a Postpartum Depression Screening Scale - PDSS, em 2000. Segundo Figueira et al., (2011) para obter diagnósticos dos pacientes com depressão maior em seus estudos, foi utilizado a Mini Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus), é uma entrevista diagnóstica padronizada, a mesma segue critérios semelhantes ao da DSM-III-R/IV e da CID-10.

Para Azevedo e Arrais (2006), a escolha para auxiliar no diagnóstico da sua pesquisa foi a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, além de ajudar na seleção das puérperas, também ajudou na interpretação das configurações subjetivas das participantes. A escala é um instrumento de extrema importância para identificação da DPP, e fácil de ser aplicada no dia a dia pelos profissionais da Atenção Primária (Junior et al., 2009).



A Escala de Edimburgo (EPDS) é instrumento autoaplicável e de fácil manuseio. É composto por um questionário de 10 itens, avaliado com pontuações de 0 a 3 que será de acordo com os sintomas depressivos e sua frequência no puerpério (Martins, 2014). Para Lobato et al., (2011), é possível um resultado não fidedigno do diagnóstico realizado através da EPDS mesmo sendo de fácil e simples utilização. Porém, quando as mulheres apresentarem o escore alto é recomendado refazer após 15 dias depois da entrevista para um diagnóstico definitivo.

2.2. Psicose puerperal

Devido os diversos eventos que ocorrem na gravidez e pós-parto é necessário que tenham um olhar atencioso e especial, pois a assistência sempre é voltada as mudanças físicas e fisiológicas, sendo assim os profissionais e familiares podem não dar atenção as alterações psicossociais, havendo possibilidades de interferir na saúde mental dessas mulheres, desenvolvendo alguns transtornos relacionados ao pós-parto, entre eles o distúrbio considerado mais grave da maternidade que é a psicose puerperal (Camacho et al, 2006; Cantilino et al, 2010).

A psicose puerperal é um quadro raro e estimasse que sua prevalência seja de 1%. Normalmente seu surgimento ocorre nas três semanas após o parto, podendo desenvolver até o décimo quarto dia do pós-parto. Seu início é caracterizado por confusão mental, angústia, perda de sono, delírios transitórios, delirium com alucinações e despersonalização. Podendo desaparecer em semanas ou meses, porém, se não tratada poderá desenvolver uma depressão e com isso se estender até 3 anos depois do parto, tornando-se crônicas, resistentes ao tratamento, danos psicológicos e morbimortalidade (Schimidt et al, 2005; Laconelli, 2005; Silva & Botti, 2006).

A mãe pode demonstrar estar bem, satisfeita e alegre, porém, não tem relação com o vínculo afetivo mãe-filho, com isso, o ideal é que os cuidados relacionados ao bebê sejam realizados por outra pessoa, pois a genitora pode manifestar a qualquer momento sentimentos de irritabilidade, tensão e hiperatividade. É importante que a genitora tenha bons exemplos de pessoas que participaram do seu convívio e que todo o cuidado recebido tenha marcado em sua vida, pois esse cuidado poderá refletir diretamente na sua maternidade (Alt & Benetti, 2008). A ausência da ligação entre mãe e filho pode prejudicar no desenvolvimento psicossocial da criança. A mãe passa a sentir culpa, ansiedade, raiva e vergonha, por não conseguir atender todas as necessidades do bebê, tornando mais dificultoso manter a interação com o bebê e até mesmo sem conseguir amamentar seus filhos (Moura et al., 2011)

O aleitamento é contraindicado em casos de distúrbios mentais, portanto, com já citado anteriormente, se faz necessário que a equipe de saúde entre em contato com alguém que possa encarregar de atender todas as necessidades do bebê. Quando a genitora se encontra em estado de surto, o bebe passa a não existir devido a pensamentos incoerentes vivenciados no momento (Iaconelli, 2005). A mulher só quer acabar com o sofrimento, com a dor e o terror, sendo assim, a



única solução que encontra para se livrar dessa situação que tanto atormenta são através de suicídio e infanticídio (Alt & Benetti, 2008).

Normalmente, boa parte das mulheres que possam desenvolver as crises de psicose no pós-parto, estarão em seu domicílio e não na rede de apoio. Para que ocorra a intervenção seria necessário que a equipe de saúde realizasse visitas domiciliares consensuais. É importante que o tratamento da psicose puerperal seja efetivado com profissionais de saúde capacitados e que saibam identificar precocemente nas consultas de pré-natal e no pós-parto imediato, através de atividades de apoio para promoção e prevenção. (Arrais et al., 2014).

No período puerperal é comum que ocorra episódios de “pensamentos assustadores”, as mães têm pensamentos de machucar o bebê e só é descoberto quando fazem questionamentos, pois normalmente são silenciosos. Podendo apresentar também alguns sintomas como obsessão e compulsão, que são indícios de psicose puerperal, portanto, deve-se estar atento as idealizações psicóticas relatadas pelas puérperas nesse período (Brasil, 2013).

A integridade de um vínculo afetivo satisfatório estabelecido entre mãe e filho melhora o a relação entre casal, familiares, possibilitando um melhor crescimento e desenvolvimento do bebê, ocorre a redução de estresse, e também a diminuição dos índices de infanticídios e suicídio. Portanto, é importante e necessário que os profissionais de saúde fiquem atentos aos transtornos emocionais que surgem na maternidade, evitando assim, prejuízo na interação entre puérpera e bebê (Brasil, 2012; Ribeiro et al., 2013).

450

2.3. Impacto na Depressão Pós-Parto na interação mãe-filho

Na gestação os vínculos afetivos começam a desenvolver entre a mãe e filho, logo após o nascimento esse afeto torna-se mais intenso. No período puerperal imediato ocorre um momento transicional, o qual a mãe sofre pela perda do bebê fantasia criada na gravidez, e se adapta ao bebê real (Fonseca, 2010; Brasil, 2013).

As mulheres quando estão no período gravídico depositam muitas expectativas no mundo materno, e só no puerpério começam a enfrentar as primeiras dificuldades, as quais se decepcionam com a realidade (Strapasson & Nedel, 2010). Diante disso, começam a surgir sentimento de insegurança, culpa e incapacidade de realizar os mínimos cuidados do bebê e lidar com a rotina (Arrais, 2014). Segundo Santos e Serralha (2015), mulheres com DPP apresentam ações inapropriadas em relação aos cuidados e interação do bebê.

Assim como momentos bons vivenciados na gestação, existem os momentos ruins que podem repercutir na vida intrauterina e com consequência causar efeitos negativos no desenvolvimento infantil (Santos & Serralha, 2015). Fernandes e Cotrin, (2013), afirma que é importante inserir a criança em um convívio harmonioso, afetivo e que a mesma se sinta acolhida por sua genitora proporcionando a interação entre ambos.



A depressão materna pode causar consequências e interferir desfavoravelmente no desenvolvimento da criança e na interação mãe-bebê (Fernandes & Cotrin, 2013). Iscaife et al., (2020), afirmam que filhos de mulheres depressivas tem maior chance em desenvolver problemas no seu comportamento social e afetivo. Mães com DPP podem apresentar episódios de irritação, agonia impaciência com o bebê, conjugue e familiares. Dificultando o processo da adoção de apoio e vínculos afetivos (Fernandes & Cotrin, 2013)

De acordo com Gonçalves e Brasília (2018) a ausência das orientações dos cuidados relacionado a amamentação poderá causar danos, como: dor, traumas, o desmame da amamentação precoce e prejuízo para a criança, pois dificultará no processo do seu desenvolvimento. Mas para Freitas et al., (2014), a amamentação e seu fortalecimento são vistos como um dos principais métodos que ajudará as mulheres a superar a depressão pós-parto. Puérperas que amamentam e fazem o uso de antidepressivos tem mais chance de custos benéficos do que os mínimos riscos que os medicamentos podem proporcionar (Brasil, 2012).

Um estudo realizado por Mendes (2008), afirmam que mães com histórico depressivo é considerado um fator de risco que afeta negativamente no desenvolvimento infantil, e principalmente em crianças com idade escolar. Brecailo e Saldan (2013) afirmam que, ocorre uma grande dificuldade na obtenção de peso, estatura e desnutrição em crianças de 6 a 12 anos e que repercute por um tempo, estando associada a depressão pós-parto.

451

Segundo Freitas et al., (2014), o bom desenvolvimento da criança dependerá também de como a puérpera reagirá diante de algumas situações. Devido alguns sintomas causados pela DPP é possível afirmar que além da dificuldade de cuidar do seu filho, a puérpera pode apresentar reações de agressividades (Silva, 2014). Para Reis et al., (2018), quando a puérpera começa a planejar um suicídio e ter pensamento agressivos em relação a criança, passa a ser um quadro de episódios depressivos graves.

É essencial acompanhamento da mãe e filho desde a gestação, enfatizando sempre a qualidade da saúde física e psicológica de ambos (Brecailo & Saldan, 2013). Para Mendes et al., (2008), interação entre mãe e filho serão menos prejudicadas se houver estratégias de intervenções para diagnosticar precocemente a depressão no pré-natal, efetuando o tratamento materno, juntamente com ações para captar crianças que apresentem desenvolvimento prejudicado associado a depressão pós-parto.



3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica e integrativa da literatura. Estes métodos de pesquisa permite a síntese de estudos publicados, possibilitando conclusões gerais a respeito de uma determinada área de estudo. Consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos (Mendes; Silveira & Galvão, 2008).

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), este método de pesquisa é constituído por seis etapas, sendo elas: Identificação do tema ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; Interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

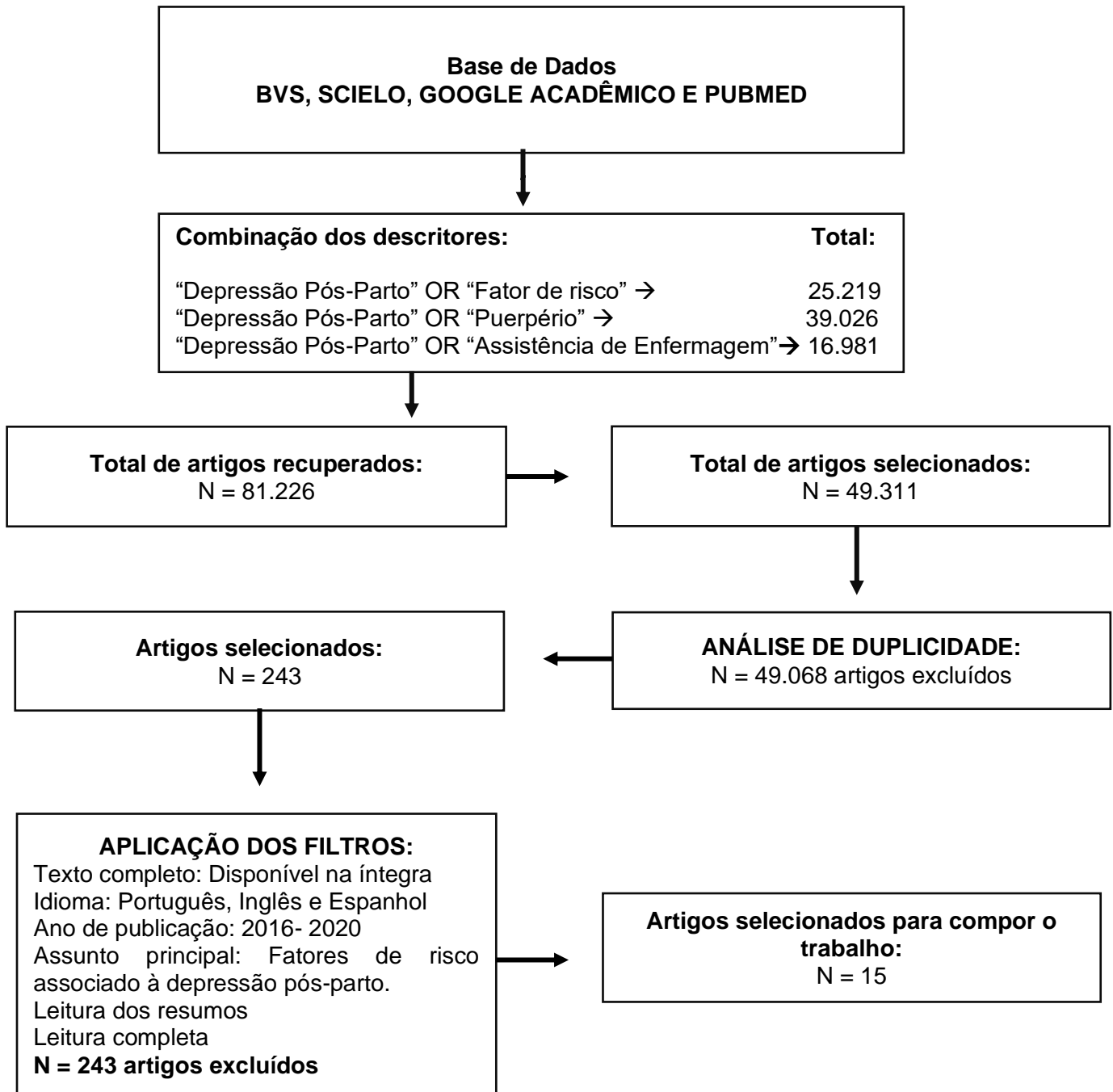
As buscas por artigos ocorreram a partir do mês de outubro até dezembro de 2020. A coleta de dados foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Pubmed e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Utilizando os seguintes descritores, combinados com os operadores booleanos: “Depressão Pós-Parto” AND “Puerpério” AND “Fatores de Risco” AND “Assistência de Enfermagem”. Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos publicados de 2016 a 2020, disponíveis na íntegra, no idioma português, inglês e espanhol e com acesso online gratuito, e como critérios de exclusão: publicações que não atendam aos objetivos da pesquisa, artigos duplicados e que estão fora da linha temporal estabelecida.

452

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 81.226 estudos nas bases de dados pesquisados, onde foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, restando apenas 14 (Figura 1). A caracterização dos estudos incluídos pode ser verificada na quadro 1.

Figura 1 – Fluxograma da aplicação dos critérios de elegibilidade dos estudos.





Quadro 1: Descrição dos artigos incluídos nesse estudo.

ANO	AUTOR/TÍTULO/ PERIÓDICO	BASES DE DADOS
2020	Matos, et al. Fatores associados à depressão pós-parto: um estudo na atenção primária em bairros central e periférico. <i>Brazilian Journal of Development</i> .	GOOGLE ACADÊMICO
2019	Louzada, et al. A depressão pós-parto na perspectiva dos profissionais de saúde. <i>Revista enfermagem atual</i> .	GOOGLE ACADÊMICO
2019	Aloise, et al. Depressão pós-parto: identificação de sinais, sintomas e fatores associados em maternidade de referência em Manaus. <i>Enfermagem em Foco</i> .	SCIELO
2019	Arrais, et al. Depressão e Ansiedade Gestacionais Relacionadas à Depressão Pós-Parto e o Papel Preventivo do Pré-Natal Psicológico. <i>Revista Psicologia e Saúde</i> .	SCIELO
2019	Frizzo, et al. Maternidade Adolescente: A Matriz de Apoio e o Contexto de Depressão Pós-Parto. <i>Psicologia: Teoria e Pesquisa</i> .	SCIELO
2019	Moll, et al. Rastreamento a depressão pós-parto em mulheres jovens. <i>Revista de Enfermagem UFPE online</i> .	GOOGLE ACADÊMICO
2018	Arrais, et al. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. <i>Psicologia: Ciência e Profissão</i> .	SCIELO
2018	Ramos, et al. Fatores associados à depressão pós-parto: revisão integrativa. <i>Enciclopédia Biosfera</i> .	GOOGLE ACADÊMICO
2018	Santos, R. A. R. & Guedes, A. C. Fatores de risco para a depressão pós-parto: uma revisão integrativa da literatura. <i>Journal of the Health Sciences Institute</i> .	PUBMED
2017	Biscegli, et al. Depressão pós-parto e tipo de parto: perfil de mulheres atendidas em um hospital-escola. <i>Revista Cuidarte</i> .	SCIELO
2017	Arrais, A. R. & Araujo, T. C. C. F. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. <i>Psicologia, Saúde & Doenças</i> .	SCIELO
2016	Almeida, N.M. C. & Arrais, A. R. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. <i>Psicologia: Ciência e Profissão</i> .	SCIELO
2016	Lima, et al. Depressão pós-parto baseada na escala de Edimburgo. <i>Revista conexão UEPG</i> .	GOOGLE ACADÊMICO
2016	Boskar, et al. Sintomas depressivos no período puerperal: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburgo. <i>Journal of Nursing and Health</i> .	SCIELO
2016	Marques, et al. Saúde mental materna: rastreando os riscos causadores da depressão pós-parto. <i>Journal of Nursing and Health</i> .	GOOGLE ACADÊMICO

Fonte: Elaboração própria.

A depressão pós-parto é um importante problema de saúde pública, Lima, Ravelli, Messias e Skupien, (2016), relataram que em seus estudos 7,8% das mulheres encontrava-se sob o risco



de desenvolver DPP. Biscegli et al., (2017), afirmaram que em sua pesquisa houve uma prevalência de 23,3% da DPP, e mostrou-se uma frequência no puerpério, tendo um pico entre a 6^o e 11^o semanas, porém, não demonstrou ser significativa. Segundo Arrais, Araujo, & Schiavo (2019), relataram que na gravidez um terço das mulheres sofrem com sintomas de depressão e/ou ansiedade, e que no puerpério tem grandes chances em aumentar a sua prevalência para mais de 40%.

Arrais e Araújo (2017), mostraram que mulheres que já haviam tido depressão, ansiedade e eventos estressores durante a gravidez, pouco apoio familiar e social, ausência de apoio social e falta de apoio do parceiro, são considerados determinantes que aumentam o risco de desenvolver DPP. Ramos et al., (2018), relataram que uma vida emocional instável mais os eventos estressores que acontecem na vida das mulheres estão associados a uma maior vulnerabilidade para o surgimento de uma DPP, e que essas desestabilizações são devido à falta de apoio da família e uma união conjugal instável, possibilitando episódios de depressão na gravidez.

Para Santos e Guedes (2018), os fatores de risco da DPP foram classificados como: baixo, médio e alto. Foi atribuído como alto determinantes como: fatores psicológicos (depressão e ansiedade). Para os determinantes médio foram: baixa renda econômica, relacionamento conjugal prejudicado, estresses, baixa escolaridade, gestação não planejada e falta de apoio. E o baixo determinante como: faixa etária de idade, desemprego, estado civil, complicações durante a gestação e pós-parto, grande quantidade de filhos, gravidez indesejada, interferência no amamentar, e violência doméstica (Santos & Guedes, 2018).

Em relação aos indicadores da depressão, observou-se que no estudo de Frizzo et al., (2019), das oito mães adolescentes primíparas com idade média de 17 anos, apenas quatro delas apresentavam alguns indicadores que foi baseado na Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). Em uma pesquisa realizada por Marques et al. (2016), 30% das mulheres eram adolescentes e apresentavam riscos para DPP, sendo que quatro delas já tiveram riscos anteriormente, tendo uma prevalência de 44,4%. Porém, Matos et al., (2020), relataram que em seus estudos, houve uma prevalência de DPP em mulheres com idade entre 24 a 40 anos, sendo mais frequente a partir dos 28 anos.

A utilização da EPDS é uma alternativa relevante, de fácil e rápida aplicação para a identificação dos sintomas depressivos no pós-parto, podendo assim diagnosticar clinicamente e iniciar ações que possam prevenir que outras mulheres possam desenvolver esse transtorno (Boska, Wisniewski, & Lentsck, 2016). Para diagnosticar a DPP é importante e necessário que se faça um acompanhamento que seja durante todo o período do puerpério para que possibilite na identificação dos sinais e sintomas desse transtorno, relatando ser difícil o diagnostico nas primeiras horas do pós-parto (Louzada et al., 2019).

Entretanto, é importante que a EPDS seja aplicada em até 48 horas do puerpério imediato e deve levar em consideração o ambiente em que se encontram as puérperas, pois quando estão



em ambiente hospitalar esses resultados não são tão significativos (Frizzo et al., 2019). Indo ao encontro, pesquisa realizadas com puérperas, 17,5% delas encontravam-se a mais de três dias no hospital, com isso, ficar distante do seu âmbito familiar é considerado um fator de vulnerabilidade às puérperas, pois aumentará a ansiedade e diminuirá o apoio psicológico devido ao ambiente hospitalar (Marques et al., 2016).

Em relação a ausência do parceiro durante a gravidez e pós-parto, tem sido um dos fatores importantes para o surgimento da DPP. Observou-se que seis estudos constataram que a ausência do companheiro tem sido um dos determinantes para o desenvolvimento desse transtorno materno, pois as mulheres se sentiam mais inseguras em relação aos companheiros frente às novas responsabilidades devido as necessidades do bebê (Frizzo et al., 2019). As mães com parceiros e sem parceiros afirmam que o apoio físico, emocional e vitais que são as necessidades da mulher, advindo do companheiro tem sido como um fator de proteção a DPP, nisso a ausência do parceiro pode interferir fazendo com que as mulheres se sintam sozinhas, rejeitadas, inseguras com o período puerperal e o pós-parto (Santos & Guedes, 2018)

No contexto do estado civil, 47,1% das mulheres eram casadas e que 29,4% viviam em união estável, e em poucos casos, os parceiros apresentavam ser presentes, entretanto, em outro estudo com 10 mulheres, relatou que apenas 40% eram casadas e 60% delas eram solteiras (Boska et al., 2016). O estado civil pode sim ser um dos determinantes para a DPP, pois em seu estudo mostrou-se que há associação devido a frequência de mulheres solteiras e aquelas com união estável que se apresentavam com possível quadro de depressão puerperal (Matos et al., 2020). Porém, Moll et al., (2019), afirmaram que em seu estudo não houve associação nenhuma com a DPP.

Quanto a escolaridade, três estudos evidenciaram que é muito frequente que as puérperas que apresentem riscos para o desenvolvimento da DPP, pois foi identificado um baixo nível de escolaridade materna. Houve uma variação entre o ensino fundamental incompleto e ensino superior completo, mas surgiu uma prevalência de 42,86% em ensino fundamental incompleto (Moll et al., 2019). Indo ao encontro, outro estudo revelou que 41,5% das puérperas possuem um nível inferior de escolaridade, visto que só estudaram até 1º grau (Boska et al., 2016).

Em relação as condições econômicas em que se encontram as puérperas, devido à baixa escolaridade, é comum que mulheres nessa fase não tenham uma renda fixa ou um trabalho para que possam se manter sem a necessidade receber um apoio financeiro de outros (Boska et al., 2016). A maternidade exige muito das mães devido a tamanha responsabilidade com os cuidados dos seus filhos, e com isso, muitas mulheres acabam desistindo dos estudos (Aloise, Ferreira, Lima, 2019). Quando as mães não possuem um bom nível de escolaridade a possibilidade de conseguir um emprego e uma renda mediana, torna-se cada vez mais difícil, esses determinantes podem deixar as puérperas mais vulneráveis, e com isso, percebe-se que o nível de escolaridade e renda



familiar deve ser avaliado como um dos principais fatores de risco para do desenvolvimento da DPP (Boska et al., 2016).

O desemprego, a baixa escolaridade e baixa renda teve um índice de 50% entre as puérperas que se encontravam com risco para DPP e mostrou ser três principais fatores para o seu desenvolvimento (Marques et al., 2016). Afirmaram também que 86,2% dessas mulheres são desempregadas e que passam a depender de familiares, companheiro e de programa sociais para sobreviver, porém, relatam uma grande preocupação devido as condições em relação a alimentação, saúde e cuidado dos filhos, pois mesmo com esses apoios financeiros não chegam a ter uma qualidade de vida adequada (Marques et al., 2016).

Há uma grande relação da DPP com renda familiar, e que aquelas puérperas que tinha a renda em média de 1 a 3 salários mínimos obtiveram uma frequência maior (Matos et al., 2020). Entre as puérperas, a renda familiar mostrou-se uma prevalência de 90,2% das famílias que tinham de um a três salários mínimos (Boska et al., 2016). Já em outro apenas uma mulher não possuía fonte de renda apresentando 0,60%, oito delas participavam do programa social do Bolsa Família, sendo 4,92%, vinte e sete mulheres tinham uma renda menor que um salário mínimo, apresentando 16,27%, oitenta e nove delas relataram receber a partir de um salário mínimo, sendo 53,61%, trinta e seis mulheres tinham renda entre dois a quatro salários mínimos, com 21,69% e cinco delas possuíam de quatro a cinco salário mínimos, com 3,01% (Aloise, Ferreira e Lima, 2019).

457

No que se refere a quantidade de filhos, obteve-se uma frequência maior de possível DPP em mulheres que tinha uma quantidade de filhos acima de quatro (Matos et al., 2020). Já em outro estudo relatou-se que houve uma variável, mas sugeriu que quanto mais filhos, maior será a chance do desenvolvimento da DPP (Moll et al., 2019).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão pós-parto é um transtorno mental que continua sendo um problema grave de saúde pública no Brasil. Nisso, compreende-se que ela tem seu início durante a gestação, visto que muitas mulheres relataram ter ansiedade e depressão antes do pós-parto, entretanto, somente no puerpério ocorre uma grande prevalência em seu índice. Outro ponto importante é a presença e apoio do acompanhante que foi considerado um fator de proteção para a DPP. Devido à falta de apoio dos parceiros, e com isso, o surgimento de sentimento de rejeição, insegurança e solidão, tornando-as mais vulneráveis nesse momento delicado do pós-parto.

Portanto, há grande necessidade que os profissionais de saúde estejam atentos e que saibam identificar precocemente os fatores de risco da DPP, pois o primeiro contato que a puérpera tem é com a assistência primária, através das consultas de pré-natal com enfermeiros e médicos. Para isso, é importante que a equipe de saúde esteja em constante capacitação no intuito de promover



saúde e prevenção. Com isso, poderá observar a diminuição dos índices de morbimortalidade materna, infanticídios, minimizando as complicações para puérperas, menos prejuízo no desenvolvimento dos bebês, bem como manter a integridade do vínculo efetivo entre mãe-filho, sem interferir no relacionamento com parceiros e familiares.

6 REFERÊNCIAS

- Aloise, S. R.; Ferreira, A. A., & Lima, R. F. S. (2019). Depressão pós-parto: identificação de sinais, sintomas e fatores associados em maternidade de referência em Manaus, *Enfermagem em Foco*. 10, 40-45.
- Alt, M. dos S., & Benetti, S. P. da C. (2008). Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. *Psicologia Em Estudo*, 13(2), 389–394. <https://doi.org/10.1590/s1413-73722008000200022>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM-5)*. 5. ed. Porto Alegre, 2014.
- Arrais, A. R., & Araujo, T. C. C. F. (2017). Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18, 828-845.
- Arrais, A. R., & Araujo, T. C. C. F. (2017). Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 18, n. 3, p. 828-845.
- Arrais, A. R., Araujo, T. C.C. F., & Schiavo, F. A (2019). Depressão e Ansiedade gestacionais relacionadas à Depressão Pós-Parto e o Papel Preventivo do Pré-Natal Psicológico. *Revista Psicologia e Saúde*. 11, 23-34.
- Arrais, A. R.; Mourao, M. A., & Fragalle, B. (2014). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e sociedade*. São
- Azevedo, K. R., & Arrais, A. R. (2006). O mito da mãe exclusivo e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica, Brasília*, v.19, n. 2, p. 269-276.
- Baratieri, T., & Natal, S. (2019). Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. *Ciência & saúde coletiva*. 24, 4227-4238.
- Biscegli, T.S., Silva, G. S., Romualdo, P. F., Oliveira, M. S., Silva, B. R., & Solim, F. (2017). Depressão pós-parto e tipo de parto: perfil de mulheres atendidas em um hospital-escola. *CuidArte, Enfermagem*. 1, 59-65.
- Borges, D. A., Ferreira, F. R., Mariutti, M. G., & Almeida, D. A. (2011). A depressão na gestação: uma revisão bibliográfica. *Revista de iniciação científica da libertas*. 1, 85-99.
- Boska, G. A., Wisniewski, D., & Lentsck, M. H. (2016). Sintomas depressivos no período puerperal: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburgh. *Journal of Nursing and Health*. 6, 38-50.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde.



- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brecailo, M. K., & Saldan, P. C. (2013). Relação entre depressão materna e os cuidados em saúde à criança: revisão sistemática. UNOPAR Cient., *Ciênc. Biol. Saude*, -. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-705079>
- Brites. (2016). Depressão pós-parto paterna: família em risco. *Sib.uc.pt*.
- Brum, E. H. M. de. (2017). Depressão pós-parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico. *Cadernos de Pós-Graduação Em Distúrbios Do Desenvolvimento*, 17(2). <https://doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v17n2p92100><https://doi.org/http://hdl.handle.net/10316/36885>
- Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonsales, B. K., Braguittoni, E., & Rennó, J. J. (2006) Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de psiquiatria clínica*. 33, 92-102.
- Camacho, R. S.; Cantinelli, F. S.; Ribeiro, C. S.; Cantilino, A.; Gonsales, B. K.; Braguittoni, E., & Rennó, J. J. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de psiquiatria clínica*. São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102.
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B., & Rennó Jr, J. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Psiquiatria Clínica*. 37,278-84.
- Carvalho, M. T., & Benincasa, M. (2019). Depressão pós-parto e afetos predominantes na gestação, parto e pós-parto. *Interação em Psicologia*, 23(2). <https://doi.org/10.5380/psi.v23i02.57188>
- Coutinho, E. C., Silva, C. B., Chaves, C. M. B., Nelas, P. A. B., Parreira, V. B. C., Amaral, M. O., & Duarte, J. C. (2014). Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães?. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*. 48, 17-24.
- Coutinho, M. P. L., & Saraiva, E. R. A. (2008). Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 759-773.
- Fernandes, F. C., & Cotrin, J. T. D. (2013). Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. *Revista Panorâmica On-Line*. Barra do Garças, v.14, p. 15–34.
- Ferreira, V., & Lima, D. (2017). Universidade federal da paraíba centro de ciências da saúde departamento de nutrição a importância do aleitamento materno: uma revisão de literatura.<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/11572/1/VFL05072018.pdf>
- Figueiredo, B., Dias, C. C., Brandão, S., Canário, C., & Nunes-Costa, R. (2013). Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *Jornal de Pediatria*, 89(4), 332–338. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2012.12.002>
- Figueira, P. G.; Diniz, L. M, & Silva Filho, H. C. (2011). Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 71-75.
- Fonseca, B. C. R. (2010). A construção do vínculo afetivo mãe-filho na gestação. *Revista científica eletrônica de psicologia*. Garça, n. 14, p.1-17.



- Freitas, D. R.; Vieira B. D. G.; Alves, V. H.; Rodrigues, D. P.; Leão, D.C. M. R, & Cruz, A. F. N. (2014). Alojamento num hospital universitário: depressão pós-parto na perspectiva dos enfermeiros. *Cuidado é Fundamental Online*. [S.l.], v. 6, n. 3, p. 1202-1211.
- Frizzo, G. B., Martins, L. W. F., Silva, E. X. L., Piccinini, C. A., & Diehl, A. M. P. (2019). A Matriz de Apoio e o Contexto de Depressão Pós-Pasto. *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 39, 401-408.
- Gonçalves, S., & Brasília, A. (2018). *Centro universitário de Brasília -uniceub faculdade de ciências da educação e saúde curso de nutrição dificuldades no início do aleitamento materno: o papel do nutricionista nos bancos de leite humano*. <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12596/1/21505122.pdf>
- Gomes, G. F., & Dos Santos, A. P. V. (2017). ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PUERPERIO. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6(2), 211–220. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1407>
- Gomes, L. A. et al. (2010). Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. Fortaleza, v. 11, n. esp, p. 117-123.
- Greinert, B. R. M., & Milani, R. G. (2015). Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. *Psicologia: teoria e prática*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 26-36.
- Heloisa, S. (2014). Indicadores de depressão materna e sintomas psicofuncionais em bebês: uma compreensão psicanalítica. *Jesuita.org.br*. <https://doi.org/http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/4965>
- Hartmann, J. M.; Mendoza-Sassi, R. A., & Cesar, J. A. (2017). Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 33, n. 9.
- Iaconelli, V. (2005). Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista Pediatria Moderna*. [S.l.], v. 41, n. 4, p. 1-7.
- Iscaife, A. B., Vieira, D. A., Paula, C. S., Osório, A. A. C., & Mateus, V. L. E. (2020). Associação entre sintomas de depressão pós-parto e qualidade da relação de apego mãe-bebê. *Cadernos de Pós-Graduação Em Distúrbios Do Desenvolvimento*, 20(1). <https://doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v20n1p158-175>
- Kassada, D. S., Waidman, M. A. P., Miasso, A. I., & Marcon, S. S. (2015). Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(6), 495–502. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500084>
- Krob, A. D., Godoy, J., Leite, K. P., & Mori, S. G. (2017). Depressão na Gestação e no Pós-Parto e a Responsividade Materna Nesse Contexto. *Revista Psicologia E Saúde*, 3–16. <https://doi.org/10.20435/pssa.v9i3.565>
- Lima, N. C., Ravelli, A. P. X., Messias, L. S. F., & Skupien, S.V. (2016). Depressão pós-parto baseada na escala de Edimburgo. *Revista conexão UEPG*. 12, 268-277.
- Lobato, G., Moraes, C. L., & Reichenheim, M. E. (2011). Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(4), 369–379. <https://doi.org/10.1590/s1519-38292011000400003>



- Louzada, W., Oliveira, A. M. N., Silva, P. A., Kerber, N. P. C., & Algeri, S. (2019). A depressão pós-parto na perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 87, 01-07.
- Marques, L. C., Silva, W. R. V., Lima, V. P., Nunes, J. T., Ferreira, A. G. N., & Fernandes, M. N. F. (2016). Saúde mental materna: rastreando os riscos causadores da depressão pós-parto. *Journal health npeps*, 1, 145-159.
- Martins, C. S. R. (2014). *Comparação de dois instrumentos para rastreamento da depressão gestacional em uma amostra de adolescentes grávidas na cidade de Pelotas, RS*. 86 f. Dissertação (Mestre em Saúde e Comportamento) - Universidade Católica de Pelotas, Pelotas. <http://pos.ucpel.edu.br/ppgsc/wp-content/uploads/sites/3/2018/03/Clarissa-Martins-Compara%C3%A7%C3%A3o-de-dois-instrumentos-para-rastreamento-da-depress%C3%A3o-gestacional-em-uma-amostra-de-adolescentes-gr%C3%A1vidas-na-cidade-de-Pelotas-RS.pdf>.
- Martins, F., & Hildebrandt, P. (2013). Universidade Federal do Rio de Janeiro instituto de psicologia programa de pos graduação em psicologia depressão pós-parto: aspectos epidemiológicos e proposta de tratamento cognitivo-comportamental. <http://objdig.ufrj.br/30/teses/807952.pdf>
- Matos, A., Moll, M. F., Pires, N. A., Vasconcelos, T. F., & Ventura, C. A. A. (2020). Fatores associados à depressão pós-parto: um estudo na atenção primária em bairros central e periférico. *Brazilian Journal of Development*, 6, 77-690.
- Mendes, K. D., Silveira, R. C. C., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto - enfermagem*, 17, 758-764.
- Mendes, K. D.; Silveira, R. C. C., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto - enfermagem*. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764.
- Moll, M. F., Matos, A. F., Rodrigues, T. A., Martins T. S., Pires, F. C., & Pires, N. A. S. (2019). Rastreando a depressão pós-parto em mulheres jovens. *Journal of Nursing UFPE*, 5, 1338-1344.
- Moraes, G. P. A.; Lorenzo, L.; Pontes, G. A. R.; Motenegro, M. C., & Cantilino, A. (2017). Triagem e diagnóstico de depressão pós-parto: quando e como? *Tendências em psiquiatria e psicoterapia*. Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 54-61.
- Oliveira, M.J., & Dunningham, W. A. (2015). Prevalência e fatores de risco relacionados a depressão pós-parto em Salvador. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, v. 19, n. 2, p. 72-83.
- Pereira, P. K., & Lovisi, G. M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 35(4), 144–153. <https://doi.org/10.1590/s0101-60832008000400004>
- Poles, M. M., Carvalheira, A. P. P., Carvalhaes, M. A. de B. L., & Parada, C. M. G. de L. (2018). Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(4), 351–358. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800050>
- Ramos, A. S. M. B., Martins, A. C. Q., Pessoa, D. L. R., Machado, M. C. A. M., & Noronha, F. M. F. (2018). Fatores associados à depressão pós-parto: revisão integrativa. *Centro Científico Conhecer*. São Paulo, v.23, n.1, p.251-264.



- Reis, T. M., Sousa, M. E. F. de P., Paula, R. T. de, Silva, C. C., Camilo, A. das D., & Resende, M. A. (2018). Assistência de enfermagem na depressão pós-parto e interação mãe e filho. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, Esp.(11), S1069–S1075. https://doi.org/10.25248/reas134_2018
- Resende, D. P., Caixeta, D. B., Magalhães, E. A. de, Nunes, E. A., Silva, G. J., Rocha, I. A., Dornelas, P. H., Nunes, M. R., & Ferreira, M. B. (2021). Depressão pós-parto: repercussões no desenvolvimento infantil. *Ciências Da Saúde: Desafios, Perspectivas E Possibilidades*. V.2, 55–62. <https://doi.org/10.37885/210504507>
- Rosaneli, C. F., Costa, N. B., & Sutile, V. M. (2020). Proteção à vida e à saúde da gravidez na adolescência sob o olhar da Bioética. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(1).
- Sá Vieira, E., Caldeira, N. T., Eugenio, D. S., & Di Lucca, M. M. (2018). Autoeficácia para amamentação e depressão pós-parto: estudo de coorte. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 26.
- Santos Junior, H. P. O.; Silveira M. F. A., & Gualda D. M. R. (2009). Depressão pós-parto: um problema latente. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 516-524.
- Santos, L. P., & Serralha, C. A. (2015). Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. *Revista Barbarói*. Cruz do Sul, v.1, n.43, p. 05-26.
- Santos, R. A. F., Guedes, A. C., Santos, R. A. R., & Guedes, A. C. (2018). Fatores de risco para a depressão pós-parto: uma revisão integrativa da literatura. *Journal of the Health Sciences Institute*. 36, 65-70.
- Schmidt, E. B., Piccoloto, N. M., & Müller, M. C. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, 10(1), 61–68. <https://doi.org/10.1590/s1413-82712005000100008>
- Silva, N. F., & Souza, D. C. (2018). O diagnóstico da depressão pós-parto e o uso da hipnoterapia cognitiva no tratamento. *Revista amazônica*. 21, 167-190.
- Silva, R. M. da, Araújo, K. N. C. de, Bastos, L. A. C., & Moura, E. R. F. (2011). Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2415–2424. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011000500010>
- Silva, T., & Botti, L. N. C. (2006). DEPRESSÃO PUERPERAL – UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(2). <https://doi.org/10.5216/ree.v7i2.880>
- Stopa, S. R., Malta, D. C., Oliveira, M. M. de, Lopes, C. de S., Menezes, P. R., & Kinoshita, R. T. (2015). Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18 (suppl 2), 170–180. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060015>
- Strapasson, M. R., & Nedel, M. N. B. (2010). Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(3), 521–528. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472010000300016>
- Velho, M. B., Santos, E. K. A., Brüggemann, O. M., & Camargo, B. V. (2012). Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(2), 458–466. [462](https://doi.org/10.1590/s0104-</p></div><div data-bbox=)