



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA
FACULDADE DE ITAITUBA-PA
CURSO DE BACHARELADO DE ENFERMAGEM

JULIANA DE SOUSA OLIVEIRA
WANESSA LAIS DE SOUSA MOURA

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL ACERCA DA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Itaituba, PA
2020

JULIANA DE SOUSA OLIVEIRA
WANESSA LAIS DE SOUSA MOURA

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL ACERCA DA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Mestranda. Rosângela de
Aguiar Rodrigues

Itaituba, PA

2020

JULIANA DE SOUSA OLIVEIRA
WANEISSA LAIS DE SOUSA MOURA

A ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL ACERCA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de
Itaituba para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem. Orientadora: Profª. Mestranda. Rosângela de Aguiar
Rodrigues

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Rosângela de Aguiar Rodrigues Nota: _____
Profª Mestranda. Rosângela de Aguiar Rodrigues

Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação.

Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação.

Resultado: _____ Média: _____

Data: ____ de Março de 2020

Dedicamos este trabalho a todas as mulheres que já tiveram depressão pós-parto, aos nossos pais e familiares, dedicamos também para àqueles que disseram que não seríamos capazes, pois os mesmos foram

nossas doses diárias de estímulo para
conclusão deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por todas as bênçãos que tem nós proporcionado, por acalmar nossos corações em momentos de desespero, á nossos pais, por terem acreditado que nós conseguiríamos, por lutarem junto conosco pelos nossos sonhos, aos nossos irmãos, por todo apoio

O senhor é o meu pastor e nada me faltara.

SALMO 123

Lista de Abreviatura e siglas

LISTA DE QUADROS

RESUMO

O tema em estudo reproduz o quanto o trabalho evidencia a importância diante da Depressão Pós-parto, para que através do exposto possa entender como de fato ocorre esse momento delicado na vida da mulher diante de uma situação maternal. A depressão pós-parto pode ser considerada um problema de saúde pública. É uma condição clínica séria que ocorre no puerpério e que exige um diagnóstico preciso e o mais precoce possível. Trouxe como questão norteadora: Qual o papel da equipe de enfermagem no diagnóstico da Depressão Pós-Parto? Teve como objetivo geral: analisar o conhecimento científico, acerca da assistência de enfermagem durante pré natal nas unidades básicas de saúde. A metodologia trouxe um levantamento bibliográfico é realizando um estudo com diferentes estudos com o intuito de atender os objetivos propostos pela metodologia utilizada e a pesquisa a ser realizada, foi identificada as fontes apropriadas, capazes de contestar ou solucionar a problemática em questão. A pesquisa em si demonstrou o que o pré natal realizado nas Unidades de Saúde, existe um Programa fornecido pelo Governo Federal que auxilia a equipe de enfermagem no atendimento durante o pré-natal, também foi investigado, os fatores de risco associados na ocorrência da depressão pós-parto tais como: baixa auto estima, na falta de animo, vontade de sair e participar de eventos familiares, insegurança, medos, desorientações, problemas pessoais, financeiros, conjugais entre outros e isso tende a ser um problema mundial onde se busca cada vez mais soluções e assim ajudar que tenha um diminutivo com essa doença. Nesse cenário, é importante que os profissionais da área da Enfermagem realizem um pré-natal com uma assistência completa à mulher desde o início de sua gravidez. Entretanto, parece ainda haver a necessidade de inserir cursos de capacitação para as equipes de saúde na detecção da depressão pós-parto, e assim garantir que o pré-natal seja uma excelente oportunidade, a fim de melhorar a qualidade nos serviços prestados à gestante

Palavras-Chaves: Pré-Natal; Puerpera; Depressão Pós-parto.

ABSTRACT

The subject under study reproduces how much the work shows the importance in the face of Postpartum Depression, so that through the above I can understand how this delicate moment in the woman's life actually occurs in the face of a maternal situation. Postpartum depression can be considered a public health problem. It is a serious clinical condition that occurs in the puerperium and requires an accurate and as early as possible diagnosis. It brought as a guiding question: What is the role of the nursing team in the diagnosis of Postpartum Depression? Its general objective was: to analyze scientific knowledge about nursing care during prenatal care in basic health units. The methodology brought a bibliographic survey and is conducting a study with different studies in order to meet the objectives proposed by the methodology used and the research to be carried out, the appropriate sources were identified, capable of contesting or solving the problem in question. The research itself demonstrated that the prenatal care performed in the Health Units, there is a Program provided by the Federal Government that assists the nursing team in the care during the prenatal care, the risk factors associated with the occurrence of depression were also investigated. postpartum such as: low self-esteem, lack of courage, willingness to go out and participate in family events, insecurity, fears, disorientations, personal, financial, marital problems, among others, and this tends to be a worldwide problem where each person is sought. more and more solutions and thus help you have a diminutive with this disease. In this scenario, it is important that nursing professionals perform prenatal care with complete assistance to women since the beginning of their pregnancy. However, there still seems to be a need to insert training courses for health teams in detecting postpartum depression, and thus ensuring that prenatal care is an excellent opportunity, in order to improve the quality of services provided to pregnant women

Key words: Prenatal; Puerpera; Baby blues.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 HISTÓRIA DA DEPRESSÃO.....	14
2.1 A DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP)	15
2.1 causas da depressão pós-parto.....	19
2.2 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO DA DPP.....	20
2.3 PSICOSE PÓS- PARTO.....	24
2.4 TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO (TOC).....	25
2.5 TRANSTORNO DO PÂNICO.....	26
2.6 TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT).....	26
2.7 A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E A DEPRESSÃO PÓS- PARTO (DPP).....	27
3 METODOLOGIA.....	31
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	31
3.2 IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DAS FONTES.....	32
3.3 ANÁLISE DOS TEXTOS.....	32
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	33
3.5 ANÁLISE DISCURSIVA.....	33
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	34
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
4.1 PRÉ-NATAL COMO PREVENTIVO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	35
4.2 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A OCORRÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	37
4.3 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS NA UNIDADE DE SAÚDE DURANTE O PRÉ-NATAL NO DIAGNOSTICO DA DPP.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	43

1 INTRODUÇÃO

A Depressão Pós-Parto (DPP) é considerada um sofrimento intenso e profundo com alta prevalência de particularidades relativas à maternidade, que em si afeta o desempenho do papel de mãe tais como: sentimentos negativos, desinteresse pelo bebê e culpabilidade por não conseguir cuidar dele, estes são frequentes e pode resultar em um desenvolvimento insatisfatório da interação mãe e filho (LOWDERMILK, 2012).

Segundo Santos & Serralha (2015), a depressão pós-parto se diferencia da “tristeza materna” conhecida por (baby blues), é conceituada com a gravidade do quadro e o que ele tem de incapacidade, no caso da DPP, afetando a funcionalidade da mãe e colocando em perigo seu bém-estar e o do bebê. O quadro da “tristeza materna” é passageiro e é caracterizado por hiperatividade, estado de fragilidade, sentimentos de falta de confiança e de incapacidade para cuidar do bebê. Atinge em torno de 60% e 80% das puérperas entre o terceiro e o quinto dia após o parto, podendo a mulher voltar ao seu estado normal, por volta do primeiro mês.

Percebe-se que depressão pós-parto (DPP) é denominada sendo como uma patologia insidiosa e desconhecida pela população e pelos profissionais de saúde, tendo ainda poucas informações e conhecimentos a respeito do tema, pois em muitos casos, a DPP está existente, porém pode passar despercebida, e nessa afirmativa verifica-se assim, um grande problema de saúde pública com incidência em 10 a 15% das puérperas (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006).

E vista do exposto, o enfermeiro é considerado um importante aliado na contribuição para a prevenção, orientação, e detecção precoce da DPP, podendo refletir sobre a qualidade do atendimento prestado às mães no período gravídico e também no pós-parto. Diante do exposto o trabalho traz as seguintes questões norteadoras: Qual o papel da equipe de enfermagem no diagnóstico da Depressão Pós-Parto?

Em decorrência de todos os problemas envolvendo a depressão pós-parto, bem como a escassez de informação acerca do tema, este estudo traz como objetivo geral: analisar o conhecimento científico, acerca da assistência de enfermagem durante pré natal nas unidades básicas de saúde e como objetivo específico: Abordar o pré-natal como preventivo da depressão pós-parto; descrever os fatores de risco associados à sua ocorrência; Apontar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na Unidade de Saúde na detecção da Depressão Pós-Parto.

Nesse contexto essa pesquisa traz consigo uma temática bastante relevante, pois no contexto brasileiro, os enfermeiros da atenção básica em saúde Na Estratégia Saúde da Família (ESF) estão em posição favorável para contribuir para o enfrentamento Depressão Pós-Parto, uma vez que eles acompanham a maioria das mulheres desde a gestação até o pós-parto, tendo, assim, maior facilidade para identificar fatores ou condições relacionadas aos riscos e agravos à saúde da mulher e seu conceito,

No que se reporta à organização desse estudo, o mesmo está dividido em cinco capítulos: iniciando-se com uma breve introdução, acompanhada da Fundamentação Teórica que aborda os principais pontos da temática em questão, logo mais a descrição da Metodologia, e pôr fim a apresentação dos Resultados juntamente com a discussão, finalizando-se com breves comentários sobre a pesquisa.

COLOCAR MAIS DOIS PARAGRAFOS PARA AUMENTAR...

2 HISTÓRIA DA DEPRESSÃO

A depressão conforme a psiquiatria é uma doença do organismo como um todo, que compromete o físico, o humor e, em consequência, o pensamento. Assim, na antiguidade, 500 a.c. – 100 d.C. os gregos partilhavam o conceito de que os distúrbios mentais de alguma maneira eram ligados à imagem anatômica ou problemas sociais. Para Hipócrates, no século V a.c o pai da medicina, foi o primeiro a considerar os comportamentos anormais com causas naturais, ao invés de sobrenaturais a palavra depressão começou a ser usada em inglês para identificar o desânimo, mas entrou em uso em meados do século XIX (GONÇALES; MACHADO, 2007).

Em meados de 1960, alguns estudiosos descreveram uma condição chamada disforiapuerperal (*maternity blues* ou *postpartum blues*). Eles observaram que, alguns dias após o parto, maioria das mulheres apresentava choro facilmente e que esse choro não tinha relação com sentimento de tristeza. Também observavam que essas mulheres apresentavam empatia agravada e ficavam com sensibilidade intensiva à rejeição (MOLONEY J; YALOM ID, 1987).

O comportamento das mulheres após o parto chamava a atenção desde o início dos tempos, e com o interesse dos estudiosos em verificar o que de fato levavam elas a esse tal comportamento depois de se tornarem mães, qual seria as causas para a sensibilidade, a restrição em participar ao meio familiar e seu afastamento diante do marido.

Na década de 80, surgiram os antidepressivos, proporcionando maior assistência à segurança, ao tratamento e efeitos colaterais mais toleráveis para os portadores do Distúrbio, porém apenas na década de 90, concretiza-se que o conhecimento acerca dos benefícios na combinação entre recursos farmacológicos e psicoterápicos no tratamento da depressão foram alcançados (TEODORO, 2010).

No entanto, após alguns estudos concretizados já demonstraram tratamento através de medicação que pudesse transformar esse momento um pouco mais minimizado e que viesse a ser cuidado através de profissionais qualificados, em tratamento da depressão.

A Classificação Internacional das Doenças (CID) apresentou em 1992 a depressão como um Transtorno de Humor. A partir dessa mais nova categorização, o Distúrbio Depressivo mostrou-se numa forma unipolar, com alterações entre leve,

moderada e grave, podendo também apresentar uma variação entre ocorrências psicopatas e depressivas, compondo o Transtorno Bipolar (TEODORO, 2010).

Através de análises e estudos em indivíduos em situação de depressão, é conceituado um nome específico para o distúrbio apresentado e assim que viesse a ser encontrado melhores soluções e um tratamento específico para o transtorno desses indivíduos, principalmente no momento delicado das mulheres depois do parto.

No início do século XXI, em consequência da década de 90, foi considerada a “década do cérebro”, que foi caracterizada por várias pesquisas no campo das neurociências. Recursos tecnológicos têm aberto portas para o moderno entendimento sobre o funcionamento das várias estruturas que dão composição ao cérebro e que parecem estar envolvidas nos transtornos de humor. Diante de tudo isso, tais contribuições dos estudos e buscas já realizadas, múltiplos recursos psicoterapêuticos já existentes e as melhorias da psicofarmacologia são possíveis que resultem uma mais agradável compreensão do Distúrbio Depressivo, no aprimoramento das práticas psicoterápicas e na produção de fármacos de ação seletiva e com menos efeitos colaterais (TEODORO, 2010).

A descoberta da depressão ocorre depois de comportamentos diferenciados demonstrados por mulheres após o parto, e em outros casos em indivíduos em alguma situação de comportamento diferenciado. No entanto, através de estudos e análises se chega a uma conceituação que pudesse evidenciar o momento e com isso, já conseguem realizar tratamentos até que viesse amenizar e tratar o distúrbio de forma a melhorar a condição desse paciente.

2.1 A DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP)

Os transtornos emocionais que atingem as mulheres no período pós-parto são de três tipos, que podem ser destacados como: o baby blues, a psicose puerperal e a DPP (FRIZZO; PICCININI, 2005).

Baptista, Baptista e Oliveira (2004) acrescentam ainda o distúrbio de pânico pós-parto associado ao puerpério. O distúrbio de pânico pós-parto é constituído de manifestações de ordem cognitiva, emocional e comportamental. Essas alterações podem ser: palpitações, taquicardia, sudorese tremores, pensamentos obsessivos relacionados à morte, perda de controle e sensação de enlouquecimento. O baby blues, ou tristeza materna, é mais reativo que o estado de depressão e pode

acontecer simultaneamente com as mudanças neurofisiológicas consideradas normais no período de puerpério e atinge a maior parte das puérperas (FRIZZO; PICCININI, 2005).

Algumas características deste período são: estado de hipersensibilidade; mudança de humor repentina sem explicação do seu motivo. Os sintomas comuns são: insônia, choro fácil, tristeza, irritabilidade e falta de energia. Pode durar por volta de duas semanas (ARRAIS, 2010).

A psicose puerperal tem como características: depressão profunda, mudanças de humor (da depressão à hiperatividade), ouvir vozes, ver coisas e perder o controle da realidade; desenvolve-se logo após o parto, nas primeiras duas semanas e no primeiro mês, é rara (HARVEY, 2002).

A descoberta de diferentes tipos de comportamento relacionado aos transtornos emocionais sofridos pelas mulheres após o parto vem descrever três momentos diferentes apresentados cada um deles acompanhados de alterações, descontroles diferenciados, confusões psicológicas, medos, ansiedades e outros artefatos que elevam essa mulher a um meio restrito e conturbado em um momento que deveria ser somente de cuidados felizes com a chegada de uma criança.

Segundo Arrais (2010) é um quadro com ideação delirante, alucinações e alterações de ordem cognitiva frequente. Tem como característica principal o repúdio ao bebê pela mãe, por esta se sentir aterrorizada e ameaçada por ele. Em função desse medo aumenta o risco de infanticídio ou ataque direto ao bebê. A DPP, de acordo com Arrais (2010), é um episódio depressivo não psicótico, que acontece nos 12 primeiros meses após o parto, e apresenta os seguintes sintomas: tristeza prolongada, perda de autoestima, perda de motivação, profundo retraimento, pode ter reação maníaca, preocupação com aspecto físico, limpeza exagerada do ambiente.

Alguns sintomas apresentados na psicose puerperal evidencia um quadro mais preocupante diante das outras duas comentadas acima, pois ela pode-se apresentar através de um comportamento agressivo ao bebê pela mãe no momento da rejeição, o filho torna-se um "problema" na ocasião. É necessário que tenha um acompanhamento para o bem de ambos e realizar um tratamento adequado para a mesma.

Klaus *etal.*, (2000 *apud* SOUSA; PRADO; PICCININI, 2011) acrescentam o choro frequente, sentimentos de desamparo, desinteresse sexual e sensação de

incapacidade de lidar com novas situações como sintomas. Representações negativas acerca da maternidade como, por exemplo, sentimento de incapacidade de cuidar do bebê e pouco apoio conjugal com relação aos cuidados com o bebê podem contribuir para o surgimento da depressão pós-parto (ARRAIS, 2005; SOUSA; PRADO; PICCININI, 2011).

A sensibilidade após o parto, a desestrutura diante de pouca importância do seu parceiro com a situação vem trazer a mulher ao desgaste, a incerteza demonstrada traz sentimentos de tristeza, insegurança fazem com que a puérpera entre no quadro de problemas relacionamentos aos transtornos emocionais sofridos após o parto.

Segundo Maldonado (1985), a DPP pode ser mais intensa quando há quebra muito grande da expectativa em relação ao bebê, a si como mãe e ao tipo de vida que estabelece com a presença do filho. Ao desaparecer a “imagem idílica”, surge o desapontamento, desânimo, a sensação do ‘não era isso que eu esperava’ e a impressão de ser incapaz de enfrentar o que vem pela frente. Sobre a DPP, Rosenberg (2007, p. 114) afirma “esse tipo de depressão apresenta uma incidência de aproximadamente 10% e pode ocorrer, segundo alguns autores, de 6 semanas a 1 ano após o parto”.

A desestruturar com o saber lidar após o parto com o momento que é restrito somente ao bebê, traz esse desequilíbrio para a mulher, uma vez que sua rotina e vida muda conforme as necessidades e exigências necessárias para o bem estar dela e principalmente da criança. Isso ocorre por elas não estarem adaptadas para essa situação e não conseguem se estruturar de forma equilibrada e precisa diante da nova fase.

O autor acrescenta que este tipo de depressão pode surpreender a mulher após um período de bem-estar e adaptação, no qual podem surgir sintomas como perda de sono, irritabilidade, anorexia, fadiga, labilidade emocional, sentimento de culpa e o medo de não ser boa mãe. Atualmente existem indícios nutricionais que apontam também as deficiências em ômega 3, ferro, vitaminas B12 e D como associadas ao risco de desenvolvimento da DPP (MILLER; LA RUSSO, 2011), daí a importância do acompanhamento clínico com um pré-natal de qualidade. Não é apenas a mãe que sente os efeitos da DPP.

As mudanças ocorridas na vida da mãe após o nascimento de seu bebê acarretam em todos os sentimentos que leva ela a um transtorno emocional

ocasionado pelo pós-parto. Isso acontece pela mudança mesmo com o bebê que precisa de cuidados à noite, levando assim a mãe a não ter uma noite de sono tranquila, o que isso traz irritação e falta de paciência, também é evidenciado que a falta de acompanhamento para que seja realizados procedimentos com a aquisição de vitaminas e outros que causam deficiências levam a mulher a esse momento emocional.

De acordo com Figueira *et al.* (2011) e Bydlowski (2012) a DPP tem, ainda, impacto sobre o relacionamento conjugal e principalmente, com a criança, pois limita a habilidade da mãe em cuidados, engajamento, contato emocional com o bebê e estabelecimento do vínculo mãe-bebê, podendo estes bebês, inclusive apresentar atraso no desenvolvimento emocional e cognitivo.

Não somente a mulher sofre com o momento conturbado de transtornos emocionais, mas a família em si, como o seu parceiro que muitas vezes não sabe lidar com esse momento desagradável e não se esforça para ajudar a mesma, e principalmente no que se referencia ao bebê no seu desenvolvimento emocional e até no cognitivo pela restrição ocorrida pela mãe.

Segundo o DSM-IV (2002), a DPP é um episódio de depressão maior, que ocorre dentro das quatro primeiras semanas após o parto. Apresenta sintomas (não exclusivos deste período) que incluem flutuações e instabilidade do humor e preocupação com o bem-estar do bebê, com intensidade que varia de exagerada a francamente delirante. O CID-10 (1992) possui uma seção específica para transtornos mentais e de comportamento associados ao puerpério, tendo a indicação F53.0 para depressão pós-parto ou depressão pós-natal. Dentre os possíveis fatores que acometem mães ao longo do primeiro ano do bebê associados à depressão estão os biológicos e psicológicos.

Cada transtorno emocional sofrido pela mulher após o parto demonstra alterações e sintomas que são diferentes em cada um, mas todos ocorrem pela variação de diversos fatores nesse momento, o que eleva a mulher a não ter segurança após o parto, por sentir constrangida em alguns momentos pelos que aconteceu durante o parto ou não, a desestrutura diante de lidar com situações novas apresentadas pelo bebê e outros.

Os fatores biológicos se deparam em bases inconsistentes devido às variáveis envolvidas na etiologia do transtorno. Em razão disso, a tendência é destacar os fatores psicológicos (BYDLOWSKI, 2012).

É possível pensar que a inconsistência da literatura relacionada às causas da depressão pós-parto ao longo do primeiro ano de vida do bebê está relacionada ao fato de suas causas serem multideterminadas (BYDLOWSKI, 2012).

Ansiedade e depressão são apenas alguns dos sintomas causados pela falta de informação sobre o momento da maternidade que se está vivenciando (BAPTISTA; FURQUIM, 2009), daí a extrema necessidade de um trabalho preventivo como o PNP, a fim de ajudar a mulher a enfrentar os desafios impostos pelo desvelamento da maternidade. O PNP pode lançar um novo olhar para a DPP, ao considerar não apenas as fraquezas, mas as potencialidades da mulher frente à maternidade.

Os transtornos emocionais sofridos pela mulher após o parto vêm demonstrar diretamente a necessidade que a mesma possui diante de ter um acompanhamento necessário durante a gestação, e isso ocorre pelo que ela tem durante o pré-natal, onde serão demonstradas situações a ela de como conviver e lidar com tudo que se passam no pós-parto, eles buscam sempre demonstrar que diante de todos os problemas existentes elas são capazes de ultrapassar esses medos, conflitos e rejeições pela sua potencialidade de mãe e ser mulher.

2.1 Causas da Depressão Pós-Parto

Estudos relatam que o período gravídico-puerperal, é a fase que apresenta o maior número de intercorrências e surgimento de transtornos psíquico na mulher. O puerpério caracteriza-se pelo período que advém ao parto e é marcado por intensas mudanças biopsicossociais na mulher e em sua família (CENTA *et al.*, 2002).

Trata-se de um delicado período em que acontecem mudanças e transformações na vida da mulher, bem como o ritmo acelerado, possibilitando produzir-nos mesmo sentimento de ansiedade, expectativa, frustração, preocupações, tanto no âmbito pessoal, familiar e trabalhista, refletindo assim em comportamento isolados e introspectivos (SILVA e BOTTI 2005).

Diversos são os fatores que contribuem para a causa da DPP, elas estão ligadas ao medo, a desestrutura familiar, problemas financeiros, momento delicado e de rejeição ao seu parceiro, ao desequilíbrio diante de situações novas com a criança que precisa de cuidados específicos e noturnos levando a mesma a não ter um sono equilibrado nessa fase, tudo isso se torna um contratempo e principalmente uma intranquilidade do que a mesma imaginou antes do bebê nascer.

Na prática do serviço multiprofissional de saúde, o acolhimento deve ser expressar na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e usuários, em diferentes tipos de atitudes como: os profissionais a se apresentarem, chamando pelo nome, orientando sobre condutas e procedimentos a serem realizados, escutando e valorizando o que é dito por estes, garantindo a privacidade e a confiabilidade, incentivando a presença do acompanhante, entre outras atitudes (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006).

Essas causas da DPP podem ser reconhecidas durante as consultas realizadas no pré-natal, através de uma análise objetiva com o enfermeiro e a equipe de enfermagem que buscam sempre realizar procedimentos minuciosos que demonstrem informações ou fatores do desequilíbrio da mulher no momento que vem passando. Diante disto, cabe ao enfermeiro oferecer atenção especial às mulheres, acolhendo-as no serviço utilizando esta tecnologia, para uma assistência mais qualificada. O acolhimento, portanto, é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuária e seu acompanhante.

2.2 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO DA DPP

Muitos sintomas podem ajudar a identificar precocemente os casos de sofrimento psíquico nas mulheres, levando a entender os fatores de risco entre este podemos destacar 13 perturbações do apetite e sono, decréscimo de energia, sentimentos de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimentos de inadequação e rejeição ao bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Segundo Tannous (2009) nas quatro primeiras semanas do pós-parto há possibilidade maior de ocorrer vários transtornos.

Para que se descubra a DPP nas mulheres após o parto é só observar seu comportamento diante de situações que antes ela não demonstrava desequilíbrio e problemas emocionais, isso está relacionada a sua desestrutura em lidar com o bebê o medo que ela carrega em não ser uma boa mãe e conseguir cuidar de seu filho nesse primeiro momento, muitas delas pela forma exagerada de comer e outras de não conseguirem isso, a falta de sono que atormenta e estressa ainda mais a mulher.

Dentro do período mínimo de duas semanas o quadro pode se apresentar pela presença de determinados sintomas como a diminuição ou perda de interesse nas atividades anteriormente realizadas além de mudança no peso, insônia ou sono

excessivo, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, sentimento de falta de valor ou culpa, falta de concentração e ideias de morte. Outros agravantes que poderão levar ao quadro de DPP incluem a ansiedade e a depressão durante a gravidez, suporte pós-natal deficiente, eventos estressores, instabilidade conjugal e ou com a mãe, gravidez indesejada e/ou na adolescência e baixo nível socioeconômico também são considerados fatores de risco (FREIRE & SANTOS, 2006).

Em sua maioria isso ocorre pelos fatores que essa mulher já carrega desde a gestação, mas em que ela consegue esconder para não preocupar as pessoas próximas ou até mesmo achando que é só um momento de insegurança, mas com a chegada do bebê o afastamento do companheiro em alguns casos, diferentes situações físicas e psicológicas geram esse transtorno emocional na puérpera.

Alguns fatores biológicos também se relacionam com o desenvolvimento de DPP. Rocha *apud* Silva e Botti (2005) afirmou que 4% das puérperas apresentam alteração de humor leve associada a disfunção da tireoide nos primeiros oito meses do puerpério, e apenas 1% apresentaram transtorno depressivo maior.

Há pouco mais de 25 anos, um novo movimento surge na Psicologia. É o advento da Psicologia Positiva, que veio para levantar importantes questões não apenas relativas às emoções negativas, com frequência enfatizada por várias abordagens teóricas, mas principalmente, que vem focar seu estudo nas emoções positivas, nas potencialidades humanas e na sua busca por superação. A intenção desta abordagem é suplementar ao que se tem de conhecimento sobre as fraquezas e patologias humanas, explorando o que há de positivo na vida (PASSARELI; SILVA, 2007).

Através de estudos e pesquisas se chega à descoberta da Psicologia Positiva, tornando-se um aliado aos momentos de transtornos emocionais sofridos pelo indivíduo e que através desse método consegue ajudar e estruturar o mesmo a ter uma vida normal e superar o que atormenta e eleva ao momento negativo de situações de não saber lidar com o novo, demonstrando que diante dessas circunstâncias ocorre o lado positivo de alcançar a estrutura.

Neste contexto, apresentam-se dois conceitos importantes a esta pesquisa: o bem-estar subjetivo e a resiliência. Entende-se por bem-estar subjetivo: um elemento que visa ao maior prazer na vivência de situações e de relacionamentos, como é caso desta pesquisa, que tem o puerpério e a ocorrência ou não da psicopatologia depressiva como seu foco. Segundo Passareli e Silva (2007), a

Psicologia Positiva vê nos grupos uma fundamental rede de apoio favorável ao bem-estar subjetivo, e assim, da incidência de patologias. Nas palavras destes autores: "... não é apenas a ausência de depressão, mas também a presença de um número de emoções e estados cognitivos positivos" (p. 515).

Por resiliência, apesar de ser este ainda um conceito controverso, entende-se a capacidade de cada um superar adversidades, por meio de suas características positivas e socialmente vinculadas, como no caso da família. Isso não implica no não sofrimento, mas na superação deste por meio de vivências saudáveis e qualidade de vida (PALUDO; KENNER, 2007; YUNES, 2003). Em outras palavras e aplicando já essas definições à Psicologia da Saúde, a Psicologia Positiva amplia a visão biopsicossocial, incluindo diversos aspectos como bem-estar, felicidade, resiliência, coping, espiritualidade e apoio social no desenvolvimento da atenção primária de saúde (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2007).

Pelo meio da Psicologia Positiva o indivíduo reconhece que sofre de um problema, mas que consegue se recuperar diante das adversidades apresentadas, isso ocorre pela ajuda que esse indivíduo consegue alcançar através da ajuda de si próprio, da família e de pessoas próximas que buscam o melhor para a mulher nesse momento de desequilíbrio emocional.

A partir desta visão, estes autores partem da compreensão interativa entre pessoa e ambiente para ampliar o entendimento de fatores de risco e de proteção trazidos pela Psicologia Positiva no processo saúde-doença e que são utilizados neste trabalho. Fatores de risco são eventos ou situações já estabelecidas propícias ao surgimento de problemas físicos, psicológicos e sociais, que serão neste trabalho convencionados em apresentar maior intensidade no período gravídico-puerperal. De acordo com Figueira *et al.* (2011) o estabelecimento de fatores de risco pode contribuir para melhor compreensão da doença e para a elaboração de estratégias de prevenção e de diagnóstico precoce.

Segundo Arrais (2005, 2010), podem ser incluídos como fatores de risco a relação marital empobrecida; evento de vida estressante; falta de apoio social; história psiquiátrica pessoal e/ou familiar; idealização da maternidade. O histórico de violência intrafamiliar, seja ela física ou psicológica é também citado por Maia e Willians (2005). Golse (2002) acrescenta como eventos que aumentam o risco de depressão pós-parto a existência de episódios depressivos anteriores e a ambivalência acentuada dos futuros pais durante a gravidez.

A presença de dificuldades financeiras no pós-parto, de estresse no cuidado com o bebê e complicações obstétricas maternas durante a gestação ou no puerpério também foram listadas como fatores de risco (FIGUEIRA et al., 2001; CRUZ et al., 2005).

Frizzo e Piccinini (2005) mencionam os fatores biológicos associados à depressão, mas destacam que a literatura é inconsistente quanto às variáveis envolvidas na etiologia deste transtorno e enfatizam mais a contribuição dos fatores psicológicos como de risco.

Outros fatores podem desencadear a depressão pós-parto, de acordo com a longa lista de Harvey (2002), contendo alguns fatores já mencionados acima: depressão anterior ou uma longa história de depressão na família; depressão ou ansiedade na gravidez; problemas durante a gravidez ou imediatamente pós-parto; gravidez não planejada; ser mãe solteira; ser primípara; parto traumático ou que tenha envolvido intervenção médica; parto múltiplo; um acontecimento de vida estressante próximo ao parto, por exemplo, morte na família, desemprego do companheiro, término de relacionamento; falta de apoio/isolamento; falta de um relacionamento de confiança, com um companheiro; dificuldades de relacionamento; problemas financeiros; problemas de saúde na mãe; problemas em se ajustar à maternidade; abortos anteriores, parto de natimorto ou síndrome de morte súbita infantil.

Por sua vez, os fatores de proteção são medidas preventivas, ou situações já estabelecidas que funcionam como proteção às influências que transformam ou melhoram respostas pessoais (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2007), no caso deste trabalho, no período da gravidez e do puerpério.

Constituem-se em fatores de proteção o apoio de uma outra mulher; o suporte emocional do marido segundo Bowlby (1989, apud FRIZZO; PICCININI, 2005); um trabalho de prevenção, como o pré-natal psicológico é sugerido por Bortoletti (2007), Cabral, Martins e Arrais (2012) e Santos (2013); detecção precoce da depressão (RUSCHI et al., 2007), suporte social (O'HARA, 1997 apud FRIZZO; PICCININI, 2005) e intervenção multidisciplinar, logo que os sintomas sejam detectados (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Todavia, é preponderante destacar o caráter dinâmico e subjetivo de fatores de risco e de proteção. Segundo Yunes e Szymanski (2001), fatores de risco devem ser trabalhados como processo e não como variável em si, ou seja, devem ser

relativizados de acordo com a própria subjetividade da pessoa, assim também como os fatores de proteção, que devem estar em equilíbrio com a história de vida da gestante. De acordo com os autores, não é possível fazer inferências com raciocínio linear quando se trata de riscos psicológicos: é necessária uma identificação do risco e de suas consequências a partir da vivência subjetiva do indivíduo. Isso quer dizer que fatores de risco e de proteção apenas podem ser considerados se relativizados com o histórico da gestante. Há neste contexto como se trabalhar por meio de medidas preventivas.

A promoção da integridade biopsicossocial da gestante é uma delas e para isto, o trabalho de equipe é essencial (ROSENBERG, 2007). Este autor menciona a importância do trabalho multidisciplinar nos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Para desenvolver estas medidas com vistas à proteção da mulher, no que diz respeito aos problemas emocionais e outras questões relacionadas ao ciclo gravídico puerperal são necessários programas de assistência e orientação. O pré-natal tradicional e o pré-natal psicológico são programas que buscam atender a estas demandas.

2.3 PSICOSE PÓS- PARTO

A psicose pós-parto é o transtorno mental mais grave que pode ocorrer no puerpério. Ela tem prevalência de 0,1% a 0,2% (sendo esse percentual maior em casos de mulheres bipolares), usualmente é de início rápido e os sintomas se instalam já nos primeiros dias até duas semanas do pós-parto. Os sintomas iniciais são euforia, humor irritável, logorreia, agitação e insônia. Aparecem, então, delírios, ideias persecutórias, alucinações e comportamento desorganizado, desorientação, confusão mental, perplexidade e despersonalização.

O quadro psicótico no pós-parto é uma situação de risco para a ocorrência de infanticídio. Um estudo feito na Índia com mulheres internadas com quadros psicóticos no pós-parto revelou que 43% delas tinham ideias infanticidas. O infanticídio geralmente ocorre quando ideias delirantes envolvem o bebê, como ideias de que o bebê é defeituoso ou está morrendo, de que o bebê tem poderes especiais ou de que o bebê é um deus ou um demônio. Devem ser sempre investigados nos quadros de psicose pós-parto comportamento negligente nos cuidados com o bebê e ideias suicidas e infanticidas.

Entre os fatores de risco para psicose puerperal, estão a primiparidade, complicações obstétricas e antecedentes pessoais ou familiares de transtornos psiquiátricos, sobretudo outros transtornos psicóticos. Quanto ao prognóstico, observa-se que cerca de 20% têm remissão completa do quadro e não apresentam recorrências. Estudos sugerem que há recorrência de novo episódio de psicose pós-parto em 18% a 37% das mulheres e que pode haver episódio subsequente, fora do pós-parto, de algum transtorno psicótico ou afetivo em 38% a 81% das mulheres. Como o quadro da psicose pós-parto é grave, geralmente é necessária internação hospitalar. Causas orgânicas devem ser excluídas e o tratamento deve ser o mesmo que o recomendado para transtornos psicóticos agudos.

2.4 TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO (TOC)

Há vários estudos retrospectivos que têm verificado que o puerpério é o principal evento de vida relacionado ao desencadeamento ou à exacerbação do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), provavelmente devido às alterações hormonais e psicossociais próprias desse período. Mas ainda poucos estudos estimam a prevalência do TOC especificamente no pós-parto. Wenzel *et al.*, avaliando mulheres com oito semanas de pós-parto, encontrou prevalência de TOC em 2,6% delas.

No estudo de Cantilino, foi encontrada prevalência de 9%, e em 2,3% o TOC teve início no pós-parto. Essa taxa foi considerada acima da esperada pelo pesquisador e um aspecto relacionado ao andamento da coleta de dados deve ser ressaltado: o projeto utilizou a mesma amostra de um outro intitulado "Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto". Nesse outro projeto, houve a aplicação de um *checklist* para pesquisa de várias obsessões e compulsões. Isso pode ter sensibilizado tanto os entrevistadores como as puérperas quanto ao que estava sendo avaliado ao serem feitas as perguntas sobre TOC. O conteúdo das obsessões e compulsões no pós-parto comumente envolve o bebê.

São frequentes pensamentos obsessivos agressivos contra o recém-nascido, tais como medo de deixar o bebê cair no chão, impulso de jogar água fervendo sobre o bebê, de jogá-lo contra a parede, pensamento intrusivo de colocar o bebê no forno, imagens recorrentes do bebê morrendo sufocado no berço, sendo picado por insetos ou sofrendo um acidente ou sangrando. É necessário salientar que a

ocorrência de pensamentos obsessivos agressivos contra o bebê não está relacionada com comportamentos infanticidas.

Pensamentos obsessivos são intrusivos, não reconhecidos como pensamentos que se esperaria ter, causam ansiedade e desconforto e a pessoa tenta resistir a eles, ignorá-los ou neutralizá-los.

2.5 TRANSTORNO DO PÂNICO

O transtorno do pânico, ao longo da gravidez, tem seu curso variável, com alguns autores sugerindo uma diminuição dos seus sintomas, enquanto outros relatam que não há modificação. Durante o pós-parto, no entanto, não parece haver dúvida de que ocorre exacerbação dos sintomas do transtorno preexistente e também alta taxa de aparecimento dos sintomas pela primeira vez.

Num estudo com a participação de 64 mulheres portadoras de transtorno do pânico, verificou-se que 10,9% delas tiveram o início da sintomatologia nas primeiras 12 semanas de pós-parto. Essa taxa é consideravelmente maior do que a esperada para um período outro qualquer de 12 semanas, cerca de 0,92%. Cantilino observou prevalência de 3,3%. Admite-se que a maior emergência de crises de pânico durante o puerpério não seja simplesmente uma coincidência. Entre mulheres com história de transtorno do pânico anterior à gravidez, aumento significativo da gravidade ou da frequência dos ataques durante o pós-parto parece ser um achado consistente; isso tende a ocorrer em cerca de 31% a 63% dessas mulheres. Numa série de 22 casos de portadoras de transtorno do pânico estudadas prospectivamente, observou-se que a exacerbação de sintomas nesse período pode ocorrer mesmo naquelas mulheres que ficam livres de sintomas durante a gravidez.

Algumas mulheres podem já apresentar certo aumento sintomatológico no final da gravidez. Uma vez que alterações fisiológicas associadas à gestação podem resultar em ocasionais taquicardias, sudorese, tonturas e encurtamento da capacidade para inspirar, elas podem interpretar esses sintomas de maneira catastrófica e ter crises de pânico completas ou incompletas.

2.6 TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)

Apenas recentemente o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) tem sido relacionado ao pós-parto. O DSM-IV define evento traumático como um "evento catastrófico envolvendo morte ou lesão real ou ameaçada, ou ameaça à integridade

física de si mesma, sendo caracterizada por intenso medo, impotência ou horror". Assim, advoga-se que partos em que a mulher vivencia situações como dor intensa e prolongada, procedimentos 29 obstétricos de urgência, experiência de ter sido humilhada pela equipe médica, medo de morte ou morte do feto ou recém-nascido, percepção de anomalia congênita no bebê, entre outras, podem ser considerados fatores traumáticos que eventualmente podem desencadear o TEPT. A prevalência relatada de TEPT causada por eventos do periparto varia de 1,5% a 5,6%.

O pico de prevalência parece ocorrer na sexta semana de pós-parto, havendo uma diminuição das taxas ao longo dos cinco meses seguintes. Os casos de TEPT no pós-parto obviamente não se devem exclusivamente a eventos relacionados ao periparto. Um estudo recente com puérperas pesquisou outros eventos de vida além dos eventos relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério e observou que os primeiros pareciam ainda mais frequentemente relacionados aos sintomas.

De qualquer modo, o TEPT no pós-parto pode afetar a decisão da mãe quanto a ter outros filhos no futuro, além de interferir na lactação e no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê. Sendo assim, precisa ser revestido de mais atenção tanto por parte dos clínicos como dos pesquisadores. Sugere-se que apareçam no Brasil estudos pesquisando o TEPT no pós-parto secundário a experiências de violência doméstica e também urbana durante a gravidez comparando-o com o ocorrido fora do período perinatal, já que a mulher tende a vivenciar esse período com mais vulnerabilidade emocional.

2.7 A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP)

O Programa de Saúde da Família foi implantado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1994 e, a partir de 1998, passou a ser reconhecido pelo próprio Ministério como Estratégia de Saúde da Família, se destacando como estratégia para reorganização da atenção básica. (Brasil, 1994). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um modelo de assistência à saúde que visa desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, por meio da atuação de equipes, que fazem o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, e que tem como objetivo principal, a superação do modelo centrado na doença.

A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 1994).

Um dos pontos centrais da ESF é o estabelecimento de vínculos da equipe com a comunidade e a corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, ou seja, esta passa a participar dos processos de combate às doenças e na melhoria da qualidade de vida em um território definido (BRASIL, 1994).

A ESF representou um avanço na transformação do modelo de saúde vigente, por oferecer um atendimento humanizado. Isto tem melhorado a relação entre os profissionais e os usuários, com a criação de vínculo, fator decisivo para a realização de efetivas ações de saúde (BRASIL, 1994).

Tendo em vista a característica da ESF, espera-se que o enfermeiro, integrante da equipe, ao realizar as ações inerentes à esta estratégia, particularmente no que diz respeito ao pré-natal, seja capaz de identificar fatores ou condições relacionados aos riscos e agravos à saúde da mulher, em especial, a DPP (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Desta forma, a ESF é um importante campo prático para que os trabalhadores empriorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua (VALENÇA E GERMANO, 2010).

Para o desenvolvimento de suas atividades em relação a transtornos psíquicos, as ESF recebem auxílio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pelo sistema de matriciamento Grando *et al*, 2012.

O CAPS é o serviço responsável e ordenador das ações de saúde mental nas redes assistenciais e tem como funções dar suporte, discutir e intervir conjuntamente, supervisionar e capacitar as unidades de atenção básica e os Programas Saúde da Família no atendimento às necessidades em saúde mental, propiciando a corresponsabilização dos casos existentes e aumentando a capacidade resolutiva de problemas de saúde mental pelas equipes locais (Cavalcanti *et al* 2012). O processo de matriciamento em saúde mental ocorre na integração das equipes de saúde da família e atenção psicossocial para acompanhamento das pessoas com problemas psíquicos leves (Pinto *et al* 2012).

Atualmente, verifica-se que existe uma grande demanda da população no cuidado de saúde mental do território e o matriciamento constitui uma proposta que

facilita o direcionamento dos fluxos da rede, visando à implementação de uma clínica ampliada (Pinto *et al* 2012). Os atendimentos em saúde mental podem ser prestados na própria ESF ou no domicílio, pelos trabalhadores (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Essa relação favorece a constituição de vínculos e a co-responsabilização entre os atores envolvidos no processo de cuidar.

No que se refere à saúde da mulher, a assistência ao pré-natal, juntamente com o cuidado, deve ser realizada integral e universalmente. Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) divulgou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que pretende, entre outras ações, atender a mulher na sua integralidade e em todas as fases da vida, do ponto de vista clínico, ginecológico e de reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) e nos casos de doenças crônicas ou agudas. O PAISM reconhece a assistência como o cuidado de toda a equipe de saúde, priorizando práticas educativas, que compreendem a capacidade crítica e a autonomia das mulheres. Por meio deste programa, as gestantes são identificadas precocemente na comunidade, possibilitando a realização adequada do acompanhamento pré-natal (Grando *et al*, 2012).

O pré-natal configura-se como consultas programadas e realizadas pelas gestantes com os integrantes da equipe de saúde, a fim de monitorar a evolução da gravidez e preparar a gestante para o parto, o aleitamento materno e os cuidados com o bebê. Tais consultas também objetivam a detecção de doenças maternas, a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento das complicações da gravidez, além de exercer a vigilância do crescimento e da vitalidade fetal.

Logo, o pré-natal refere-se aos cuidados médicos e de enfermagem prestados à mulher grávida, no período compreendido entre a concepção e o trabalho de parto (Menezes, F. L., *et al* 2012; Matão *et al*, 2012). No pré-natal, os profissionais devem estar atentos, também, a problemas emocionais relatados pela mulher ao longo do período gravídico, integrando a família no cuidado à gestante (Matão *et al*, 2012; Menezes *et al*, 2012).

Para tanto, a equipe de saúde deve estar preparada para perceber os sinais iniciais de transtornos emocionais e para intervir de maneira ágil e competente. Além disso, deveria possuir ou desenvolver a escuta qualificada e atenta às necessidades destas pacientes, transmitindo-lhes apoio e confiança necessários para que possam conduzir, com autonomia, suas gestações e partos (VALENÇA & GERMANO, 2010).

Os profissionais do PSF encontram-se em uma posição favorável para detectar precocemente e intervir, evitando o agravamento do processo de depressão puerperal, uma vez que a equipe faz-se mais presente na vida da população por ela assistida, além de contar com profissionais de várias categorias (VALENÇA & GERMANO, 2010).

O Ministério da Saúde junho do ano 2000 instituiu uma política de humanização, conhecida como Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cujo objetivo é garantir, para a gestante, acesso e qualidade durante o acompanhamento pré-natal. Este Programa tem como principal objetivo garantir, às gestantes, atendimento digno e de qualidade. Assim, foi instituído o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SIS Pré-Natal) como forma de acompanhar a situação de cada gestante. O SISPré-natal disponibiliza a identificação individualizada de cada gestante atendida nas Unidades.

Na política de humanização, o acolhimento é um aspecto essencial, que se inicia com a recepção da gestante na unidade de saúde, responsabilizando-se pela mesma e garantindo a atenção necessária, o que implica em ouvir suas queixas, angústias e preocupações, a fim de dar continuidade ao cuidado com qualidade. Depois de acolhidas, as gestantes são submetidas a uma avaliação inicial, por meio de consultas de enfermagem e médica.

A consulta de enfermagem garante a extensão da cobertura e melhoria da qualidade do pré-natal, por meio de ações de prevenção e promoção de saúde às gestantes (FONTANA & RODRIGUES, 2012). Seguindo esta tendência, em 08 de março 2004 foi lançado pelo MS o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que teve, como uma de suas ações estratégicas, a saúde da mulher portadora de transtornos mentais, visando promover o diagnóstico oportuno e o tratamento às mulheres com quadro de depressão puerperal Rattner (2009).

Menezes *et al.* (2012) afirma que a melhoria das condições de saúde da mulher depende do êxito das ações de saúde desenvolvidas nas unidades básicas, de responsabilidade de todos e executadas por uma equipe multiprofissional composta por agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, nutricionista, médico, dentista e assistente social, que atuam por meio do atendimento individual ou em grupo e que são adequados às necessidades da mulher, da família e da comunidade.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O método é um dos pontos fundamentais para a correta formulação e interpretação do problema a ser investigado em um trabalho de pesquisa, por apresentar a fonte do conhecimento para responder aos objetos e fenômenos analisados e discutidos.

Assim, o trabalho começou com o levantamento bibliográfico que é a busca das informações em livros, artigos e sites especializados, para que se possa ter um maior esclarecimento teórico do tema pesquisado. Segundo Figueiredo (2010) o levantamento bibliográfico é o primeiro passo para a elaboração de uma proposta de trabalho científico. É através de uma pesquisa que se torna possível a investigação de todos os dados de uma questão, por conseguinte, oferecer a fundamentação teórica para o problema. Pois, quando se constrói um trabalho é necessária à procura de materiais e fontes que sejam de relevância para a construção do mesmo, que seja feito o levantamento de acordo com o que envolve o assunto em pesquisa e analisar todo o necessário e principalmente a importância do material, para que seja utilizado o embasamento necessário e conscientizador do estudo.

No levantamento bibliográfico, que foi um estudo com autores que discutem sobre o tema proposto no trabalho, foram utilizados obras dos autores: Dias, (1995); Diniz, (2013); Costa, (2006); Pereira (2004); Fonseca (2005) Farias (2009), entre outros, com bases teóricas de conhecimentos do tema trabalhado, a fim de estruturar os capítulos e contextualizar as informações teóricas.

A afirmação dos autores vem dar ênfase e mais relevância no texto estruturado através de citações, e que sejam necessárias para a explicação de fatos que culminam no esclarecimento do estudo e explicação clara do conteúdo.

A qualificação da pesquisa quanto aos fins é descritiva e explicativa, pois tem a finalidade de avaliar e descrever. De acordo com Gil (2010), a pesquisa descritiva tem como objetivo descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. A explicativa que visa demonstrar não só os registros, a classificação do objeto em estudo, procura aprofundar os conhecimentos, a fim de demonstrar a subjetividade por trás das respostas encontradas, como ratifica Prestes Apud (2012, p. 30):

A pesquisa explicativa vai além dos registros, da análise, da classificação e da interpretação dos fenômenos em estudo, procurando identificar quais são os fatores determinantes. Seu objetivo é aprofundar o conhecimento da realidade, indo em busca da razão, do porquê, das coisas, e estando assim sujeita a erros.

As duas pesquisas tem relação de apuração de fatos e demonstração de um estudo, que possa ser de positivo diante dos conceitos e afirmações apresentadas, com a finalidade de que o leitor possa entender os esclarecimentos que ocorrem no decorrer da fundamentação do trabalho.

3.2 IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DAS FONTES

Com o intuito de atender os objetivos propostos pela metodologia utilizada e a pesquisa a ser realizada, foi identificadas as fontes apropriadas, capazes de contestar ou solucionar a problemática em questão. Posteriormente foi efetivada uma investigação através de artigos científicos e livros mais atuais, além de teses, propondo-se localizar o maior número de informação possível para o embasamento teórico deste trabalho.

Durante a pesquisa foi realizada uma leitura crítica do material encontrado acerca da atuação do enfermeiro na depressão que acomete os usuários da atenção primária. De acordo com Lima e Miotto (2007) é de suma importância uma reflexão crítica que vincule as literaturas encontradas com as dúvidas existentes na problemática da pesquisa em questão. Com isso foram explorados artigos de algumas bases de dados, optando por empregar as bases de dados Scielo e Lilacs, entendendo que foram nessas onde mais se localizou pontos importantes acerca do assunto abordado, publicados entre os períodos de 2011 a 2017. Foram analisadas e selecionadas entre os meses de outubro de 2017 a novembro de 2019.

3.3 ANÁLISE DOS TEXTOS

A revisão de literatura é um componente fundamental do processo de investigação. Seus objetivos incluem a localização, análise, sintetização, interpretação e verificação precedente dos meios utilizados (revistas científicas, livros, atas de congressos, resumos, etc.) associada à área de pesquisa tornando-se então, uma análise bibliográfica pormenorizada, referente aos trabalhos já publicados sobre o tema. A revisão da literatura se torna indispensável não somente para determinar bem o problema, mas também para obter uma ideia precisa sobre o

estado atual das informações sobre um determinado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para a ampliação do conhecimento (BENTO, 2012).

O autor salienta que não devemos cair na falha de imaginar que é obrigatório fazer referência a todos os livros e artigos que foram encontrados e lidos. Esta revisão não é uma reunião de todos os livros e artigos relacionados com o assunto a que se irá fazer abordagem, mas deve-se sempre fazer a inclusão exclusivamente das informações mais relevantes para o estudo (BENTO, 2012).

No trabalho em questão as referências bibliográficas de todos os itens pesquisados e avaliados como relevantes foram observados de maneira detalhada e minuciosa. A análise dos artigos selecionados ocorreu da seguinte forma: após realizada a seleção dos 73 artigos encontrados com a temática proposta, foi realizada uma nova análise durante a construção textual de forma minuciosa que resultou em 55 artigos relevantes para o estudo, procedeu-se com uma leitura profunda e criteriosa, onde procurou-se interpretar o conteúdo presente nesta pesquisa em sua totalidade, além de que tal análise serviu como forma de confirmação de que os artigos selecionados estavam realmente de acordo com os objetivos propostos pela temática, atendendo assim às expectativas.

Logo após, foi realizada uma segunda análise, onde o objetivo foi focar nos principais pontos de cada artigo, de maneira a identificar o que seria utilizado na construção dos resultados e discussão, resultando em 23 artigos que foram utilizados para a construção proposta. Após delimitados tais pontos, foi realizado o fichamento de maneira a trazer uma postura mais organizada ao processo de construção da pesquisa.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram selecionados os artigos no qual obedeciam aos seguintes critérios de inclusão: ter sido publicado entre os períodos de 2003 a 2018 em língua portuguesa e que se encontravam completos e abordassem a temática depressão, atenção primária e enfermeiro. Todos os artigos que não obedeciam pelo menos um dos critérios de inclusão foram excluídos.

3.5 ANÁLISE DISCURSIVA

Se faz necessário a organização das fundamentais opiniões adquiridas de maneira a consentir com os objetivos do estudo. Então, no momento da análise

concisa do material escolhido, foram determinadas as categorias a serem abordadas, sendo destacadas as categorias a seguir: depressão na atenção primária; o papel do enfermeiro no tratamento de pessoas com depressão; identificar os desafios que os enfermeiros da atenção primária enfrentam acerca do Distúrbio Depressivo; e apresentar as estratégias usadas pelos profissionais para o rastreamento e acompanhamento dessas pessoas.

CORRIGIR DE ACORDO COM OS 3 QUADROS DO RESULTADOS E DISCURSSAO

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Diante dos aspectos éticos o presente estudo realizou o uso de pesquisas elaborado por autores diferentes através de suas teorias em estudos bibliográficos com referencias e citações atualizadas. Por isso trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica e com isso não houve a necessidade de uma análise do Comitê de Pesquisa de ética.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da pesquisa por meio eletrônico e análise detalhada dos artigos encontrados, se tornou possível alcançar a totalidade de 55 artigos, onde somente 23 foram selecionados para os resultados e discussão.

A amostra discursiva foi dividida em três tópicos que apresentam um relato literário sobre o conhecimento científico, acerca da assistência de enfermagem durante pré natal nas unidades básicas de saúde, sendo assim explicadas nos quadros a seguir: o pré-natal como preventivo da depressão pós-parto; as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na Unidade de Saúde na detecção da Depressão Pós-Parto

Dentro dessa análise e discussão teórica encontra-se a visão dos autores de acordo com o que se evidenciou no referido trabalho, o que demonstra as causas da DPP, como ocorre seu diagnóstico nos acompanhamentos do Pré-natal e a atuação do enfermeiro diante da situação de depressão pós-parto.

4.1 O PRÉ-NATAL COMO PREVENTIVO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Através do quadro 1 é possível observar os artigos que foram utilizados para a revisão de literatura apresentada nesta categoria.

Quadro 1 – Artigos utilizados na revisão literária na categoria o pré-natal como preventivo da depressão pós-parto

Autor/ano	Título da Obra	Objetivos
(COSTA, 2013)	Depressão Pós-Parto e a vida da mulher puerpério.	Demonstrar de que forma o pré-natal é essencial na descoberta da depressão pós-parto.
(ARRAIS <i>et al.</i> , 2014)	⊕ Pré-Natal Psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto.	Avaliar de que forma o programa contribui de forma positiva na prevenção da DPP.
(SOBREIRA <i>et al.</i> , 2012)	Assistência de Enfermagem na Detecção da Depressão Pós Parto.	Verificar quais as ações são utilizadas pela equipe de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde para a prevenção da Depressão Pós Parto.
(MASTELLINI <i>et al.</i> , 2012)	Depressão Pós-parto: uma questão de saúde pública.	Identificar através dos, Programa Saúde da Família (PSF) e os profissionais

		psicológicos do NASF no diagnóstico da DPP, durante o pré-natal.
(CARDOSO, 2010)	A Importância do Pré-Natal da identificação da Depressão Pós-Parto.	Identificar por meio do acompanhamento contínuo do pré-natal sinais que revelem algum indicio da depressão pós-parto.
(SANTOS, 2013)	A Gravidez e indícios de depressão pós-parto.	Diagnosticar através do pré-natal a DPP, e assim agir para que possa intervir para que a gestante realize um tratamento específico.
(FERREIRA, 2011)	Depressão e Ansiedade Fatores de risco para Depressão Pós-parto e o papel preventivo do Programa Psicológico.	Identificar as principais causas que levou a depressão e a ansiedade isso através do programa disponibilizado psicológico do governo.
(COUTINHO <i>et al.</i> , 2008)	Depressão Pós-parto: Considerações Teóricas.	Demonstrar através da literatura bibliográfica as principais causas e sintomas da depressão pós-parto.
(TEIXEIRA, 2009)	A Importância do Pré-natal na Atenção Básica.	Intensificar através do Atendimento na Unidade Básica de Saúde o diagnóstico da DPP nas puérperas.
(DIAS, 2014)	Depressão Pós-parto e suas consequências na vida da Mulher.	Identificar através do pré-natal quais os sintomas que levam a depressão pós-parto nas mulheres e o que mais causa a vida das mesmas.

Arrais *et al.*, (2014) relata que no atendimento Básico nas Unidades de Saúde, existe um Programa fornecido pelo Governo Federal que auxilia a equipe de enfermagem no atendimento durante o pré-natal, e ele ajuda na descoberta ou até mesmo já na prevenção diante do estado que a grávida se encontra.

Segundo Dias (2014) durante o pré-natal é importante a análise que é feita e com isso demonstra a relevância desse momento, onde poderá ocorrer a descoberta da depressão e assim auxiliar a gestante na busca por um tratamento de acompanhamento, já durante a gestação, e ainda investigar o que de fato esse momento causa na vida das mulheres atrapalhando seu momento maternal.

Para Costa (2013) o pré-natal é feito para que através das consultas mensais ocorra uma investigação de como tem sido o dia a dia da gestante e através desse acompanhamento verificar se a mesma se enquadra no grupo de grávidas

depressivas e de que forma será realizada a intervenção de tratamento naquele momento, antes mesmo que ocorra o nascimento do bebê.

Nas Unidades de atendimento Básico de Saúde são realizadas palestras, acompanhamentos, vacinas com a equipe de enfermagem responsável por cada momento, e por meio dessas intervenções identificarem o que pode levar essa gestante ao momento crítico que é a DPP, e depois do diagnóstico seguir com a paciente para o tratamento adequado (SOBREIRA *et al.*, 2012).

De acordo com Teixeira (2009) o pré-natal é um acompanhamento realizado as grávidas para realizar vacinas, consultas e principalmente verificar como está o andamento da gestação, e se o bebê evolui conforme o passar dos meses. As mesmas possuem carteiras fornecidas pelo governo para relatos de profissionais daquele ambiente.

Coutinho *et al.*, (2008) a gravidez por si traz diversas variações para as mulheres, como físico e também emocional, portanto é necessário que as mesmas realizem as consultas rotineiras para que seja feito uma verificação do seu estado e alertá-la sobre a depressão, buscando formas melhores de ajudar a mulher nesse momento delicado e que precisa de atenção.

4.2 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS NA OCORRÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

No quadro 2 são apresentados os artigos utilizados na revisão de literatura desta categoria.

Quadro 2- Artigos utilizados na revisão literária na categoria fatores de risco associados na ocorrência da Depressão Pós-Parto.

Autor/Ano	Título da Obra	Objetivos
(SANTOS <i>et al.</i> , 2013)	Depressão pós-parto em adolescentes.	Analisar a depressão pós-parto em adolescente que está relacionada com a imaturidade da idade, gravidez indesejada o que traz para essa menina mulher uma vasta complicação em sua vida escolar e outros aspectos.
(LISBOA, 2017)	Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e proteção.	Investigar o que de fato influência para que a mulher entre na depressão pós-parto, através da insegurança, os momentos e complicações durante a

		gestação e outros.
(COSTA <i>et al.</i> , 2015)	Depressão pós-parto na atenção primária: Estudo Comparativo entre puérperas e com e sem depressão.	Identificar os fatores de riscos existente na depressão pós-parto em mulheres com e sem depressão através de um comparativo. Utilizando as informações para que se demonstre o que de fato levar a gestante a depressão.
(MARQUES <i>et al.</i> , 2012)	Fatores de risco associados a depressão pós-parto.	Realizar um levantamento bibliográfico que demonstre as principais causas que levam a puérpera a depressão pós-parto.
(HARTMANN <i>et al.</i> , 2017)	Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados.	Identificar fatores associados a ocorrência de depressão pós-parto, quais são eles e de que forma interfere na vida da puérpera e de sua família.
(SILVA, 2008)	Estudo longitudinal sobre prevalência e fatores de risco para depressão pós-parto em mães de baixa renda.	Esse estudo procura evidenciar se a condição financeira de mães enquadradas como baixa renda interfere no desenvolvimento da depressão pós-parto.

Segundo Hartmann *et al.*, (2017) cita que a depressão pós-parto consiste na baixa autoestima, na falta de animo, vontade de sair e participar de eventos familiares e outros, e de como isso interfere na relação entre a mãe e o bebê. Ainda relata-se que a relação entre a puérpera e a família muda, muitas vezes a família procura ajuda no geral, no entanto em sua maioria a mulher se restringe em repassar seus sentimentos e medos aos mesmos.

De acordo com Silva (2008) a renda financeira e sua questão também podem contribuir para que a mulher entre na depressão pós-parto, através da baixa qualidade de vida que ela e sua família se enquadram, vem a preocupação de como será com uma criança, além disso, ocorre de essa família já ter outras crianças que aumentam o grupo familiar.

Lisboa (2017) indaga que muitos são os fatores que evidenciam a depressão pós-parto em mulheres gestantes, está relacionado aos medos e seguranças que a mesma possui durante esse momento delicado. Associado aos conflitos familiares, no trabalho, e na vida social e pessoal, tudo isso está diretamente ligado ao que ela relaciona no momento preocupação com seu filho, dentre outros.

Para Santos *et al.*, (2013) um dos fatores que se associa a depressão pós-parto está na baixa idade como em adolescentes, que ocorre de se iniciar uma vida íntima precoce e logo ocorre a gravidez indesejada pela falta de prevenção no momento sexual, isso no entanto trará grandes conflitos familiares, escolares e pessoais, uma vez que pode ocorrer dessa adolescente permanecer na casa dos pais ou parentes.

Marques *et al.*, (2012) descreve que os principais fatores relacionados a depressão pós-parto gravidez na adolescência, questão financeira, conflitos familiares, insegurança no momento da gestação, isolamentos contínuos, mãe de primeira viagem, mães com idade de mais de 40 anos. Todos esses contribuem para que a mulher em um momento delicado da gestação se sinta preocupada ou até mesmo sem saber lidar com esses fatores.

Costa *et al.*, (2015) descreve em seu estudo um comparativo entre as mulheres que estão em depressão pós-parto e mulheres que não possuem a depressão. No entanto é notório verificar que as condições das que se encontram com depressão é bem complexo e preocupante, pois as mesmas apresentam um quadro de choro contínuo, não querem conversar, se sentem inferior as outras, algumas não querem ter contato com seus bebês e principalmente a forma de como se tratam sem vontade de se arrumar, participar dos encontros familiares e outros.

4.3 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS NA UNIDADE DE SAÚDE NA DETECÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A partir do quadro 3 são apresentados os artigos utilizados na revisão de literatura desta categoria.

Quadro 3 – Artigos utilizados na revisão literária na categoria estratégias utilizadas pelos enfermeiros na unidade de saúde na detecção da depressão pós-parto.

Autor/Ano	Título da Obra	Objetivos
(SENNA, 2010)	Os Cuidados de Enfermagem no Diagnóstico da Depressão Pós-parto.	Analisar quais as estratégias realizadas pela equipe de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde, durante o pré-natal para que se descubram os indícios de DPP.
(CORRÊA <i>et al.</i> , 2013)	A Atuação do Enfermeiro na Detecção e Prevenção da	Identificar quais são os meios utilizados pelo enfermeiro no momento do pré-

	Depressão Pós-Parto.	natal para que se detecte a depressão pós-parto e como ajudar na prevenção da mesma.
(FERREIRA, 2015)	O Enfermeiro e seu papel diante da Depressão Pós-Parto.	Buscar através de consultas e acompanhamentos durante o pré-natal que ajude a gestante na descoberta ou não da doença.
(SILVA, 2010)	O Papel da Equipe de saúde no enfrentamento da Depressão pós-parto.	Realizar intervenções que auxilie a equipe de enfermagem no diagnóstico da depressão pós-parto e como realizar estratégias em busca de ajudar a gestante.
(PORTO <i>et al.</i> , 2012)	Atuação da Enfermagem diante da Depressão Pós-parto.	Esse estudo demonstra de que forma a equipe de enfermagem auxilia e acompanha a mulher no auxílio da depressão pós-parto.
(COUTO, 2012)	O enfermeiro e a puérpera com Depressão Pós-parto.	Esse estudo evidencia o comportamento do enfermeiro lidando com uma paciente que possui a depressão pós-parto e de como realiza seu trabalho em busca de mudar o quadro da mesma no momento.
(REBELO, 2013)	Desafios para os profissionais da atenção primária no cuidado à mulher com Depressão Pós-parto.	Conhecer quais são os desafios da equipe de enfermagem diante do auxílio da mulher com Depressão Pós-parto, procedimentos e acompanhamentos nesse momento.

Para Porto *et al.*, (2012) a equipe de enfermagem através do enfermeiro que realiza as consultas e os procedimentos em casa encontro, é o principal acompanhador de todo o processo de descoberto e detecção da depressão pós-parto em mulheres, através disso poderá auxiliar essa mulher em um tratamento com acompanhado de outros profissionais.

Segundo Rebelo (2013) os desafios para a equipe de enfermagem são enormes, uma vez que é necessário que a mulher se deixe ajudar no momento delicado de sua trajetória como mãe, pois a mesma pode não concordar que está com depressão e não querer realizar o tratamento necessário voltado para o fim da doença naquele momento.

Couto (2012) descreve que o enfermeiro é essencial na busca de tranquilizar e auxiliar a gestante em como agir e realizar o tratamento correto para a depressão pós-parto, dessa forma é necessário que seja feito uma entrevista de todas as formas com a paciente para que assim possa dar o tratamento adequado para a mesma, se é necessário o acompanhamento da família no geral, ou se só de alguns.

Senna (2010) relata que a equipe de enfermagem é que possui contato continuo com as puérperas em todas as consultas realizadas no pré-natal para verificação de peso, e cuidados com ela e o bebê, com isso ele também é responsável pelo diagnostico da depressão pós-parto.

Ferreira (2015) cita que o enfermeiro possui um papel relevante diante das consultas de acompanhamento do pré-natal, para que se conheço a vida diária e o que vem ocorrendo com a gestante durante esses meses. E assim realizar um

5 CONCLUSÃO

A depressão pós-parto pode ser considerada um problema de saúde pública. É uma condição clínica séria que ocorre no puerpério e que exige um diagnóstico preciso e o mais precoce possível.

Nesse contexto, na Unidade Básica de Saúde é encontrada durante o pré-natal uma equipe de multiprofissionais composta por psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, médicos, farmacêuticos, terapeutas, dentre outros, mas visando enfatizar a importância dos enfermeiros, o seu papel e funcionalidade, e questões que são enfrentadas diariamente com pacientes diagnosticados com algum tipo transtornos emocionais. O enfermeiro desempenha um papel importante na assistência a pessoas diante do pré-natal.

A pesquisa em si demonstrou que causa a Depressão Pós-Parto na mulher, e como de fato pode ajudar em sua descoberta e principalmente na sua recuperação diante do momento delicado que a mesma passa, com a ajuda da família e o acompanhamento. Sendo assim, os resultados apontam quem o pré natal realizado nas Unidades de Saúde, existe um Programa fornecido pelo Governo Federal que auxilia a equipe de enfermagem no atendimento durante o pré-natal, também foi investigado, os fatores de risco associados na ocorrência da depressão pós-parto tais como: baixa autoestima, na falta de animo, vontade de sair e participar de eventos familiares, insegurança, medos, desorientações, problemas pessoais, financeiros, conjugais entre outros e isso tende a ser um problema mundial onde se busca cada vez mais soluções e assim ajudar que tenha um diminutivo com essa doença.

Nesse cenário, é importante que os profissionais da área da Enfermagem realizem um pré-natal com uma assistência completa à mulher desde o início de sua gravidez. Entretanto, parece ainda haver a necessidade de inserir cursos de capacitação para as equipes de saúde na detecção da depressão pós-parto, e assim garantir que o pré-natal seja uma excelente oportunidade, a fim de melhorar a qualidade nos serviços prestados à gestante.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, I. R.; AGUIAR, P. R.; FALCÃO-JÚNIOR, J. S. P.; VELOSO, T. M. C.; ARAÚJO, M. A. M. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente com transtorno de humor. **CBCENF**, Ceará, p. 1-15, 2003.

AGUIAR, L. S.; SANTOS, W. S. Conhecimento dos Enfermeiros quanto ao tratamento da depressão na terceira idade. **FACESA**, Val Paraíso de Goiás, v. 1, n. 5, p. 1-19, 2014.

AMARANTE, A. L.; LEPRE, A. S.; GOMES, J. L. D.; PEREIRA, A. V.; DUTRA, V. F. D. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no Programa Saúde da Família. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 20, n. 1, p. 85-93, 2011.

AMORIM, T. F. A interdisciplinaridade no cuidado a pacientes com diagnóstico de depressão assistidos em UBS de Afonso Cláudio-ES. **UNASUS UERJ**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 5-14, 2015.

ANDRADE, R. L. P.; PEDRÃO, L. J. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 734-742, 2005.

ANDRADE, D. B. S.; LIRA, F. N. A.; AOYAMA, E. A.; SILVA, E. V.; FARIAS, F. C. O papel o enfermeiro nos cuidados com mulheres no período climatério. **Rev. Cient. Sena Aires**, Goiás, v. 7, n. 1, p. 18-22, 2018.

ARANTES, D. V. Depressão na Atenção Primária à Saúde. **RevBrasMedFam e Com**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p. 261-270, 2007.

BARBOZA, M. E. Enfermeiro do PSF e o paciente com transtorno depressivo. **Artigo Revisão**, Belo Horizonte, v. 6, n. 3, p. 0-11, 2011.

BARROS, M. B. A; LIMA, M. G.; AZEVEDO, R. C. S.; MEDINA, L. B. P.; LOPES, C. S.; MENEZES, P. R.; MALTA, D. C. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. **Rev Saúde Pública**, Campinas, v. 51, n. 3, p. 1-10, 2017.

BAPTISTA, A. R. Assistência de enfermagem à parturiente com depressão pós-parto (DPP) no serviço de maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa. **Mindelo**, p. 1-80, 2017.

BENTO, A. V. Como fazer uma revisão da literatura: considerações teóricas e práticas. **Revista JA (Associação Acadêmica da Sociedade da Madeira)**, Portugal, n. 65, p. 42-44, 2012.

BRAGA, I. B.; SANTANA, R. C.; FERREIRA, D. M. G. Depressão no idoso. **Revista de psicologia**, São Paulo, v. 9, n. 26, p. 142-151, 2015.

CABRERA, Z. C. Adesão ao portador de depressão ao tratamento: uma proposta em estratégia saúde da família. **Universidade Federal de Minas Gerais**, Montes Claros, v. 7, n. 5, p. 9-19, 2016.

CAMARGO, F. S. C. M.; FUGERATO, A. R. F. Atenção da enfermagem ao portador de transtorno depressivo: uma reflexão. **Revista eletrônica Saúde Mental Álcool e drogas**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 2-13, 2005.

CANDIDO, M. C. F. S.; FUREGATO, A. R. F. Atenção da Enfermagem ao portador de transtorno depressivo: uma reflexão. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 1-13, 2005.

CARDOSO, L. R. D. Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 29, n. 67, p. 479-489, 2011.

CAVALCANTE, F. G.; NUNES, L. M.S.; FERREIRA, V. B. O.; ALMEIDAM, R. C.; COSTA, T. S. O papel do enfermeiro na adesão ao tratamento de pessoas com transtorno depressivo. **CONGREFIP**, Patos, v. 8, n. 4, p. 1-3, 2017.

COUTINHO, M. E. M.; GIOVANINI, M.; PAVINI, L. S.; VENTURA, M. T.; ELIAS, R. M.; SILVA, L. M. Aspectos biológicos e psicossociais da Depressão relacionados ao gênero feminino. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, Mato Grosso, v. 19, n. 1, p. 50-57, 2015.

CRIVELATTI, M. M. B.; DURMAN, S.; HOFSTATTER, L. M. Sofrimento psíquico na adolescência. **Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal**, Santa Catarina, v. 15, p. 64-70, 2006.

CUNHA, R. V.; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. D. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **RevBrasEpidemiol**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 346-354, 2012.

DARÉ, P. K.; CAPONI, S. N. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. **ECOS**, São Paulo, v. 7. n. 1, p. 1-13, 2017.

ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. H.; SENNA, M. C. M. O programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panam Salud/Pan Am**, Niterói, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FEITOSA, M. P.; BOHRY, S; MACHADO, E. R. Depressão: família e seu papel no tratamento de pessoas com transtorno. **Revista de psicologia**, Brasília, v. 14, n. 21, p. 127-144, 2011.

FERREIRA, R. C.; GONÇALVES, C. M.; MENDES, P.G. Depressão: do transtorno ao sintoma. **Psicologia P. T.**, Minas Gerais, p. 1-16, 2014.

FURLANETTO, L. M.; BRASIL, M. A. Diagnosticando e tratando depressão do paciente com doença clínica. **J BrasPsiquiatr.**, Santa Catarina, v. 55, n. 1, p. 8-19, 2006.

GARCIA, M. I. H.; OLIVEIRA, A. M. N.; SEDREZ, J. P.; SANTOS, M. E. L.; SILVA, P. A. Realidade dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família em relação à detecção dos transtornos mentais comuns. **Revista de Ciência da Saúde**, Rio Grande, v. 26, p. 37-44, 2014.

GERHADT, T. E.; SILVEIRA, D. T. Método de Pesquisa. **Editora da UFRGS**, Porto Alegre, v. 1, p. 7-114, 2009.

GONÇALVES, C. A. V.; MACHADO, A. L. Depressão, o mal do século: de que século? **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p. 298-304, 2007.

HAJJAR, R.; NARDELLI, G. G.; GAUDENCI, E. M.; SANTOS, A. S. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos na atenção primária à saúde. **Revista Rene**, Uberada, v. 18, n. 6, p. 727-733, 2017.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IBANEZ, G.; MERCEDES, B. P. C.; VEDANA, K. G. G.; MIASSO, A. I. Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso ao paciente com depressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 67, n. 4, p. 556-562, 2014.

JUSTINO, A. L. A.; NORMAN, A. H.; LERMEN-JÚNIOR, N.; DOHMANN, H. F. R.; DUROVNI, B.; SORANZ, D.; PRADO-JÚNIOR, J. C.; TEIXEIRA, A. C. C.; WAIK, E. M. Tratamento e acompanhamento de adultos com depressão. **Guia de Referência Rápida**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 1-37, 2013.

LAGE, J. T. Neurobiologia da Depressão. **Revista Acta Médica Portuguesa**, Porto, v. 3, n. 1, p. 1-24, 2010.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **RevKatál**, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007.

LIMA, V. J. S. Cuidados de enfermagem à pessoa com depressão atendida na atenção primária de saúde. **Revista Científica da FASETE**, Bahia, v. 3, n. 3, p. 327-335, 2017.

MARQUES, N. N. C. Depressão em adolescentes e suas consequências: uma revisão bibliográfica. **UnICEUB**, Brasília, v. 5, n. 4, p. 1-22, 2014.

MELLO, E.; TEIXEIRA, M. B. Depressão em idosos. **Revista Saúde**, Guarulhos, v. 5, n. 1, p. 42-53, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental: Caderno de Atenção Básica. **Editora MS**, Brasília, v. 1, n. 34, p. 1-176, 2013.

MOLINA, M. R. A. L.; WIENER, C. D.; BRANCO, J. C.; JANSEN, K.; SOUZA, L. D. M.; TOMASI, E.; SILVA, R. A.; PINHEIRO, R. T. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **RevPsiqClín**, Pelotas, v. 39, n. 6, p. 194-197, 2012.

MORAES, H.; DESLANDES, A.; FERREIRA, C.; POMPEU, F. A. M. S.; RIBEIRO, P.; LAKS, J. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. **Rev. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 70-79, 2007.

MOREIRA, G. C. D.; FUREGATO, A. R. F. Conhecimento de alunos de enfermagem sobre depressão e cuidados à pessoas deprimidas. **Rev Tempus Actas Saúde Colet.**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 179-190, 2010.

MOTTA, C. C. L.; MORÉ, C. L. O. O.; NUNES, C. H. S. S. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 911-920, 2017.

NASCIMENTO, A. A. M.; BRAGA, V. A. B. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e o médico do programa saúde da família de Caucaia-CE. **E.S.P. Caucaia**, p. 84-93, 2003.

OLIVEIRA, C. R. S.; SANTOS, F. A. M.; FREITAS, C. V. S.; PINHO, J. R. O.; BAESSE, D. C. L.; GARCIA, P. T.; PAIVA, J. G. B.; LIMA, C. S. C. A saúde mental e a saúde da família: rastreamento e acompanhamento em saúde mental. **UFMA/UNA-SUS**, São Luís, v. 12, n. 3, p. 7-38, 2014.

OLIVEIRA, E. A. Atuação do Enfermeiro na detecção e prevenção da depressão pós-parto. **Universidade Federal de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 2, n. 5, p. 9-30, 2014.

PARADELA, E. M. P. Depressão em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 9, p. 31-40, 2011.

PAULINO, C. A.; PREZOTTO, A. O.; CALIXTO, R. F. Associação entre estresse, depressão e tontura: uma breve revisão. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 33-45, 2009.

PEDREIRA, B.; SOARES, M. H.; PINTO, A.C. O papel do Enfermeiro na adesão ao tratamento de pessoas com o transtorno afetivo bipolar: O que os registros dizem?. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 17-24, 2012.

PERITO, M. E. S.; FORTUNATO, J. J. Marcadores Biológicos da Depressão: uma revisão sobre a expressão de fatores neurotróficos. **Revista Neurocienc**, v. 20, n. 4, p. 597- 603, 2012.

PIRES, A. R. Lágrimas na inocência – Hospitalização e depressão infantil no Hospital de Santa Maria. **O Portal dos Psicólogos**, Lisboa, v. 2, n. 3, p. 1-13, 2004.

REISDORFER, N.; ARAÚJO, G. M.; HILDEBRANDT, L. M.; GEWEHR, T. R.; NARDINO, J.; LEITE, M. T. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégia de intervenção diante do comportamento suicida. **REUFMS**, Santa Maria, v. 5, n. 2, p. 295-304, 2015.

RODRIGUES, L. R.; SILVA, A. T. M.; FERREIRA, P. C. S.; DIAS, F. A.; TAVARES, D. M. M. Qualidade de vida de idosos com indicativo de depressão: implicações para a enfermagem. **Ver. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 777-783, 2012.

SANTOS, J. B.; FERREIRA, L. F. F.; OLIVEIRA, R. F. F.; GUIMARÃES, F. B. S.; PESENTE, F. S.; SOUZA, G. R.; LUQUI, P.; SHIROMA, S. K.; BALLESTER, D. A. P. PREDITCTD-BR: Um estudo sobre o risco para depressão na atenção primária. **UNOPAR**, Londrina, v. 13, n. 1, p. 1-2, 2010.

SANTOS, R. P. Ansiedade e depressão em pessoas idosas institucionalizadas. **UNIFAL**, Minas Gerais, p. 1-5, 2017.

SCHNEIDER, A. C. N.; RAMIRES, V. R. R. Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. **Aletheia**, n. 26, p. 95-108, 2007.

SHWAN, S.; RAMIRES, V. R. R. Depressão em crianças: uma breve revisão de literatura. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 29, n. 67, p. 457-468, 2011.

SILVA, A. P. M.; COELHO, B. P. C.; SOUZA, L. P. S.; SILVA, K. M. A.; SILVA, E. P.; PINTO, I. S.; OLIVEIRA, R. M.; SILVA, C. S. O.; Saúde mental no trabalho do Enfermeiro da Atenção Primária de um município no Brasil. **Acta Paul Enferm**, Belo Horizonte, v. 31, n. 1, p. 35-43, 2015.

SILVA, C. T. M.; SANTOS, S. S.; SOARES, T. S. **A importância do enfermeiro na assistência ao paciente com depressão**. [S.l.]: webartigos, 2012. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/a-importancia-do-enfermeiro-na-assistencia-ao-paciente-com-depressao/91999/#ixzz4xPbcLsfO> Acesso em: 05 nov. 2017. 17:44:29.

SILVA, M. C. F.; FUGERATO, A. R. F.; COSTA-JÚNIOR, M. L. C. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Revista Latino americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 7-13, 2003.

SIQUEIRA, G. R.; VASCONCELOS, D. T.; DUARTE, G. C.; ARRUDA, I. C.; COSTA, J. A. S.; CARDOSO, R. O. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Ciência e Saúde Coletiva**, Jabotão do Guararapes, v. 14, n. 1, p. 253-259, 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; CRUZ, I. V. F.; CABRAL, I. E.; LISBOA, M. T. L. **Tratado de enfermagem Médico-Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de Saúde Mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2007.

TAVARES, L. A. T. A depressão como mal estar contemporâneo. **Editora UNESP**, São Paulo, p. 67-99, 2010.

TEODORO, W. L. G. Depressão: corpo, mente e alma. **ISBN**, Uberlândia, v. 3, n. 8, p. 9-240, 2010.

TORQUATO, A. C. S.; OLIVEIRA, B. G. S. S.; FRANÇA, C. M. J.; PIMENTEL, D. V. M.; GUIMARÃES, F. V.; BRAGA, T.; REZENDE, V. L. M. Avaliação do diagnóstico de depressão realizado por médicos da Atenção Primária à Saúde de Anápolis. **Ver. Educ. Saúde**, Goiás, v. 6, n. 1, p. 71-79, 2018.

TREVISAN, M.; GUIMARÃES, A. P. R.; CUSTÓDIO, S. H.; AZEVEDO-FILHO, E. R.; FALEIROS, V. P. O papel do enfermeiro na recuperação de idosos depressivos. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 428-440, 2016.

VIDEBECK, S. L. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

WIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S.; PANDINI, A.; BESSA, I. B.; PAIANO, M. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **Acta Paul Enferm**, Maringá, v. 3, n. 25, p. 346-351, 2012.

ZAVASCHI, M. L. S.; SATLER, S.; POESTER, D.; VARGAS, C. S.; PIAZENSKI, R.; ROHDE, L. A. P.; EIZIRIK, C. L. Associação entre trauma na infância e depressão na vida adulta. **RevBrasPsiquitr**, Porto Alegre, v. 24, n. 4, p. 189-195, 2002.