



Enfermagem

7.FERRAMENTAS DE TRIAGEM

PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO NARRATIVA DA DEPRESSÃO

KETIUSSE SANAY RIBEIRO DE MORAIS
MARIA EDUARDA DA SILVA
NAYARA KELLY LOPES GABRIEL
STELLA MISSIAS BARRETO
YASMIN BEZERRA MATIAS
EVERTTON AURÉLIO DIAS CAMPOS

RESUMO

Este estudo tem como objetivo identificar as ferramentas sobre Triagem e o Diagnóstico precoce da Depressão Pós-Parto, mais conhecida como DPP. Este fato ocorre depois que a criança nasce, chamado de puerpério, pois é justamente nesse período que podem ocorrer mudanças de humor, episódios de depressão graves e até mesmo chegando a violência, em alguns casos ainda com a criança na barriga da mãe, ela já vem apresentando sintomas de DPP. A depressão pós-parto é muito difícil de ser diagnosticada, pois o quadro em que o paciente se encontra pode variar de sintomas para sintomas. A DPP foi identificada entre 8% a 40% da população na amostra de estudos. Contudo, essas escalas são bem comuns quando utilizadas em estudos e pesquisas, e podem ser uma ferramenta muito fácil para a identificação da depressão pós-parto na assistência às mães gestantes e também às puérperas. Sendo assim o melhor caminho para as mães que sofrem de DPP, são com ótimos profissionais da saúde competentes a fim de impedir a extrema tristeza e sofrimento das mães e maiores consequências para o bebê.

Descritores: Depressão Pós-Parto; Triagem; Diagnóstico Precoce

ABSTRACT

This fact occurs after the child is born, called the postpartum period, as it is precisely during this period that mood changes, episodes of severe depression and even violence can occur, in some cases with the child still in the mother's womb, the same has already been showing symptoms of PPD. Postpartum depression is very difficult to diagnose, as the patient's condition can vary from symptom to symptom. PPD was identified in between 8% and 40% of the population in the study sample. However, these scales are very common when used in studies and research and can be a very easy tool for identifying postpartum depression when assisting pregnant mothers and women who have recently given birth. Therefore, the best path for mothers who suffer from PPD is with excellent, competent health professionals to prevent extreme sadness and suffering for mothers and greater consequences for the baby

Descriptors: Postpartum Depression; Screening; Early Diagnosis

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a gestação é a fase em que a mulher passa por transições, ocorrendo alterações hormonais devido ao desenvolvimento do feto, provocando efeitos físicos e psíquicos. Vivenciam-se sentimentos distintos de forma intensa e marcante, podendo possibilitar amadurecimento, modificação de seu pensamento e personalidade. Informa-se que esse processo ocorre gradativamente com o transcorrer da gestação, que não termina com o nascimento, mas se prolonga até o período do puerpério (1). As manifestações clínicas podem surgir de imediato, por exemplo, insônia, tristeza, exaustão física e psicológica. Durante esse período a mulher pode desenvolver vários níveis da DPP: o baby blues, depressão pós-parto, e temos em casos extremos a psicose pós-parto (2).

A DPP reflete diretamente na relação mãe x bebê com conclusões inalteráveis para a criança (3). No decorrer dessa doença, há uma perda no afeto e falta de cuidado à criança. São definidas na literatura reproduções precoces (como o declínio da apresentação em testes de evolução e a elevação de amor instável com a mãe até o primeiro ano) e tardia (impedimento de atitude, responsabilidade da saúde, vínculos instáveis e acontecimentos de depressão) (4).

A mulher com DPP necessita de todo tipo de apoio social (5). Visto que o suporte tem relação direta com o aumento na capacidade de enfrentar situações difíceis (6). Assim, o comparecimento de apoio dos familiares, amigos e parceiros, pode contribuir para uma experiência positiva da gravidez (7).

Com o início da década de 1960 e 1970, incluíram a urgência de funcionalidade das escalas de rastreamento em várias áreas da saúde. As pesquisas apresentaram vários diagnósticos em um mesmo local avaliado por pessoas qualificadas (8). Subsistem diversas escalas de rastreamento de DPP de todos os tipos e artigos publicados em todo o mundo e de diferentes idiomas (10). A única forma de se ter uma vantagem contra essa doença, é a identificação do enfermo através do seu humor e de relatos através de conversas. E a desvantagem em analisar esses pacientes são justamente a inexistência da confiança, e a pouquidade de cooperação. O paciente com um grau de depressão grave não consegue se reunir o suficiente para que o profissional faça uma avaliação mais plausível (9).

Esse trabalho tem como finalidade enfatizar as ferramentas sobre a triagem e o Diagnóstico precoce da DPP e foram realizadas várias pesquisas, no que se refere as escalas de rastreamento de depressão após o parto em puérperas.

MÉTODO

Este estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura que busca compilar, analisar e sintetizar dados existentes sobre a eficácia das ferramentas de avaliação para o diagnóstico precoce do transtorno depressivo pós-parto em mulheres no período pós-parto. As revisões narrativas são úteis para fornecer uma visão abrangente sobre um tópico, sintetizando evidências de múltiplos estudos para oferecer uma compreensão contextualizada do estado atual da pesquisa (11).

Para assegurar uma busca abrangente e específica, foram utilizados os descritores DeCS/MeSH: Depressão Pós-Parto (*Postpartum Depression*), Ferramentas de Triagem (Screening Tools), Diagnóstico Precoce (*Early Diagnosis*), Escalas de Depressão (*Depression Scales*), Sensibilidade e Especificidade (*Sensitivity and Specificity*) e Avaliação Psicológica (*Psychological Assessment*).

As buscas foram realizadas nos locais de consulta PubMed/MEDLINE, Scopus, PsycINFO, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Cochrane Library. O parâmetro de pesquisa combinou os descritores DeCS/MeSH com operadores booleanos (AND, OR) para selecionar os resultados. Exemplos de termos de busca incluíram: "Postpartum Depression AND Screening Tools", "Early Diagnosis AND Postpartum Depression AND Sensitivity AND Specificity" e "Depression Scales AND Postpartum AND Screening".

Permanece adicionados tais artigos, publicados nos últimos 10 anos, em inglês, e português, que avaliassem a eficácia de ferramentas de triagem específicas para o diagnóstico precoce de DPP e realizados com mulheres no período pós-parto. Excluíram-se artigos de opinião, editoriais, cartas ao editor, estudos que não abordassem diretamente a eficácia de ferramentas de avaliação para DPP e estudos duplicados em diferentes coleta de dados (considerou-se apenas o mais recente ou completo).

As opções desses estudos foram realizadas em duas etapas. Na triagem inicial, foram lidos os títulos e resumos para identificar estudos potencialmente relevantes. Na triagem completa, foram lidos integralmente os textos selecionados na etapa inicial para confirmar a importante significância e a adequação aos padrões de integração. Dois revisores independentes realizaram a triagem e seleção dos estudos e, em caso de discordância, um terceiro revisor foi consultado para a decisão final.

Os dados foram extraídos dos estudos incluídos utilizando um formulário padronizado,

que incluiu informações sobre autor, data da publicação, país, amostra, ferramentas de triagem avaliadas, principais resultados e conclusões. Os dados extraídos foram organizados e apresentados em uma síntese narrativa, comparando a eficácia das diferentes ferramentas de triagem. Foram analisados e discutidos aspectos como sensibilidade, especificidade, vantagens, limitações e aplicabilidade clínica das ferramentas de triagem.

Essa metodologia permitiu uma revisão abrangente e crítica da literatura existente sobre a eficácia das ferramentas para verificar o diagnóstico precoce da depressão pós-parto, proporcionando insights valiosos para a prática clínica e futuras pesquisas na área.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para assegurar uma busca abrangente e específica, foram utilizados os descritores DeCS/MeSH: Depressão Pós-Parto (*Postpartum Depression*), Ferramentas de Triagem (*Screening Tools*), Diagnóstico Precoce (*Early Diagnosis*), Escalas de Depressão (*Depression Scales*), Sensibilidade e Especificidade (*Sensitivity and Specificity*) e Avaliação Psicológica (*Psychological Assessment*).

As buscas foram realizadas nos locais de consulta PubMed/MEDLINE, Scopus, PsycINFO, CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Cochrane Library. O parâmetro de pesquisa combinou os descritores DeCS/MeSH com operadores booleanos (AND, OR) para selecionar os resultados. Exemplos de termos de busca incluíram: "Postpartum Depression AND Screening Tools", "Early Diagnosis AND Postpartum Depression AND Sensitivity AND Specificity" e "Depression Scales AND Postpartum AND Screening".

A finalidade é reproduzir e argumentar as opiniões gerais, exemplificando, o cansaço na investigação de conteúdos avaliados e a apuração de esclarecimento através de fundamentos a incorporação e separação visíveis^(12,13).

As proporções de rastreamento das pesquisas permaneceram sobrepostas por intermédio de profissionais capacitados da área da saúde (médicos, terapeutas, psiquiatras, enfermeiros e psicólogos). Na primeira fase da pesquisa do estudo⁽¹⁶⁾, realizada em 1993, foram identificados vários motivos de ameaça e proteção associados à Depressão Pós-Parto. Foram analisadas as respostas de 198 mulheres a um questionário gestacional, identificando-se 23 ameaças e 11 de proteção.

No gráfico 1, mostra as 23 ameaças com o mais frequente sendo "ter passado por

intercorrências na gravidez anterior/atual" (55 casos), seguido por "cirurgia cesariana" (47 casos). Outros indicadores de risco importantes, como "não planejamento e desejo da gravidez", "ansiedade e depressão gestacional", "dificuldades financeiras", "rede de apoio empobrecida", "conflito familiar/conjugal" e "história de aborto", apareceram com frequência baixa nas respostas das participantes.

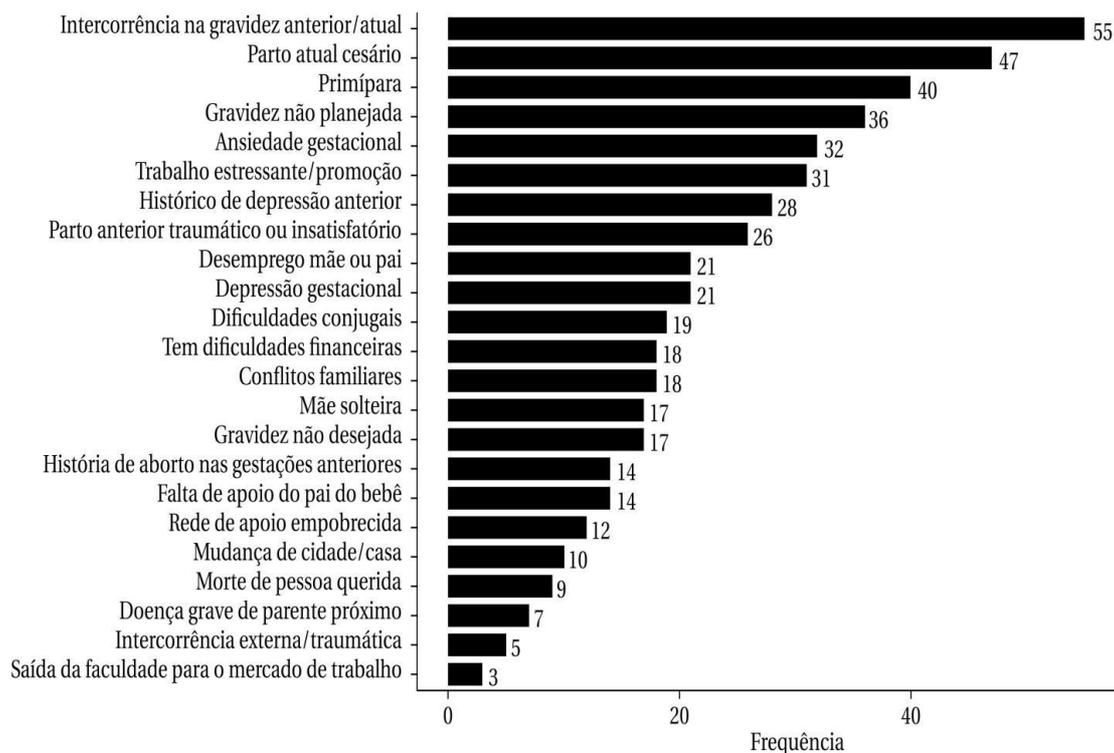


Figura 0.1. No gráfico 1, Intercorrências antes e durante a gestação

No gráfico 2, às 11 causas de proteção para DPP identificados na amostra, observa-se que os mais frequentes foram: "ter suporte familiar" (63), "viver junto com o companheiro" (57), "ter desejado a gravidez" e "ter recebido apoio do pai da criança" (55), "não ter dificuldades financeiras" (52), "ter participado do PNP" (46), "teve um acompanhante na sala de parto" (44) e "ter relação conjugal satisfatória" (41) ⁽¹⁴⁾.

Assim, em função das ameaças e causas de proteção identificados, nessa investigação, 18 ou 23,68% das mães foram identificadas como apresentando maior chance de apresentarem DPP, em ambos os grupos da pesquisa, o que caracteriza uma alta prevalência para risco de DPP na amostra investigada.

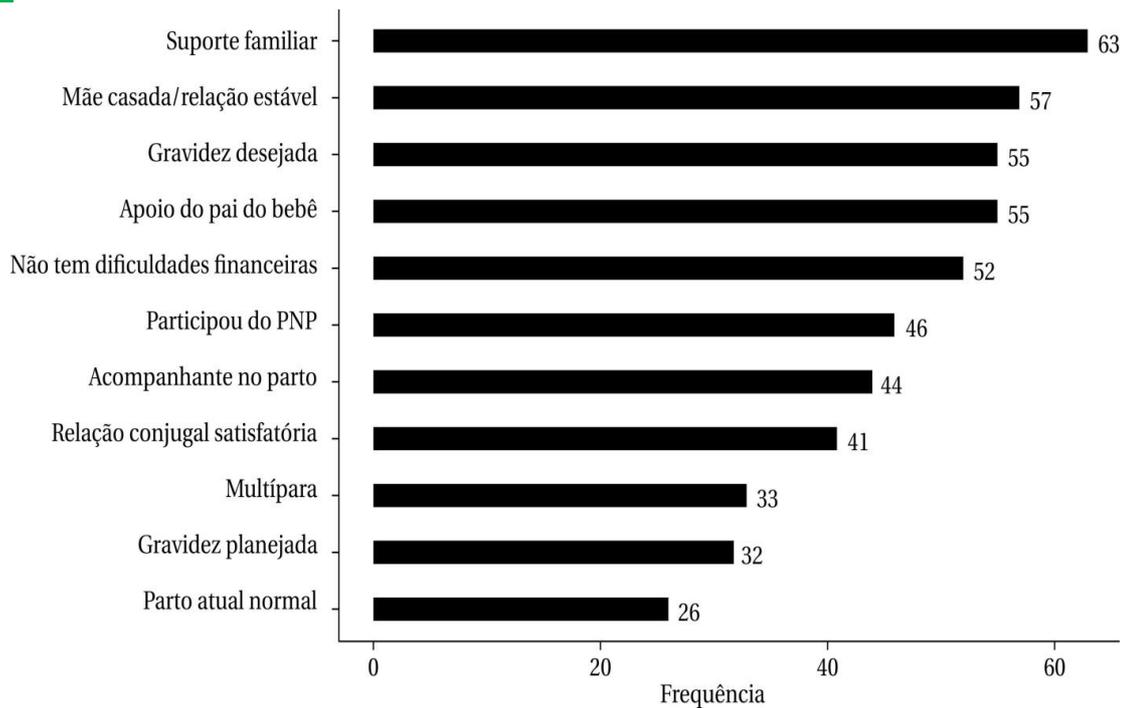


Figura 0.2. No gráfico 2, característica e sociodemográfica

Os aspectos de apuração de dados da amostra das pesquisas, a média de idades das mães, foi alterada de 15 a 30 anos, com a maior parte de puérperas casadas (união estável com o companheiro), alterando de 50 a 97%. A geração predominante ficou entre 33 a 91% nas pesquisas. Os níveis escolares predominantes se mantiveram em segundo lugar, variando de 35% a 44%. Os restantes dos estudos continham incultos funcionais, educação básica e avançada, sendo que a alfabetização de nível avançado foi a menos constante, variando de 13 a 27%. O cargo mais comum foi atividade do lar e a renda familiar principal, quando apresentada nas pesquisas, foi a de menor piso salarial. Todavia, não foi possível igualar o piso salarial devido à diversidade de países em que as pesquisas foram produzidas.

O tipo de escolha mais constante foi o parto vaginal, alterando de 58 a 86%, enquanto o restante foram partos cesáreos. As primíparas prevalecem em aproximadamente todas as amostras, alterando de 35% a 52%. Algumas pesquisas estabelecem taxa de primíparas superior que a de primigestas por conta dos abortos já geradas. Nos estudos que demonstram essa modificação, a percentagem varia de 2,9 a 50%, incluindo a narração de aborto na geração prévia e experimento malsucedido na gestação recente.

Na tabela 1, contém a escala usada em cada pesquisa para o rastreamento de depressão com respectivas particularidades psicométricas e resultados alcançados. A predominância da DPP variou de 8,8 a 40%. Nas pesquisas que efetuaram mais de uma avaliação, houve diferença na predominância da primeira e segunda aferição, transformando

de 11,3 a 29,5% na primeira qualificação e de 8,8 a 20,3% na segunda qualificação (17,18,19).

Tabela1. Escalas de Rastreamento de Depressão pós-parto e resultados dos estudos incluídos.

Autores/Ano	Escala	Ponto de Corte	Sensibilidade	Especificidade	Resultados
Teissèdre <i>et al.</i> , 2004 ⁽¹⁶⁾	EDPS	10	71 a 94%	78 a 34%	Escore 2-3 dias pós-parto: ≥ 10 = 11,3%; ≥ 13 = 13,4%; ≤ 10 = 75,3% Escore 4-6 sem. pós-parto: ≥ 10 = 12,6%; ≥ 13 = 8,8%; ≤ 10 = 78,6%
Cruz <i>et al.</i> 2005 ⁽¹¹⁾	EDPS SRQ-20	10 08	72% 77%	89% 81%	DPP = 37,1% através da EDPS TMC = 37,1% através de SRQ-20
Iranfar <i>et al.</i> , 2005 ⁽¹⁷⁾	BDI	10	NA	NA	GP = 23 (25,6%) X GNP = 19 (48,7%) Risco relativo DPP = 1,9 para GNP
Dennis, Ross, 2006 ⁽¹⁸⁾	EDPS	09	NA	NA	DPP 1ª semana pós-parto = 175 (29,5%), DPP 8ª semana pós-parto = 101 (20,3%), 78 (79,2%) com DPP 1ª semana pós-parto
Vittayanont <i>et al.</i> , 2006 ⁽¹⁹⁾	PDSS-7	DPP Menor = 51 DPP Maior = 90	72% 75%	79% 99%	Total de DPP = 40 (10%) DPP menor = 36 (9%) DPP maior = 4 (1%)
Csatornai <i>et al.</i> , 2007 ⁽²⁰⁾	LQ	> 10	NA	NA	Vulnerabilidade para DPP = 892 (53,9%)
Liabsuetracul, 2007 ⁽²¹⁾	PDRS	32 a 33	80%	74%	Total de DPP = 40 (10%) DPP menor = 36 (9%) DPP maior = 4 (1%)
Mancini, 2007 ⁽⁸⁾	PDSS-7 PDSS	14 60	94%	98%	DPP (PDSS-7) = 121 (16%) DPP (PDSS) = 151 (20%)
Santos <i>et al.</i> , 2007 ⁽²²⁾	EDPS	10	59,5%	88,4%	Melhor ponto de corte ≥ 10 Casos moderados e graves ≥ 11 = 83,8% de sensibilidade e 74,7% de especificidade
Vivilaki <i>et al.</i> , 2009 ⁽²³⁾	BDI-II EDPS	12,5 = DPP maior 8,5 = DPP leve/ moderada	- 76,66%	- 68,33%	Total de DPP = 60 (50%) DPP maior = 8 (6,7%) DPP moderada = 14 (11,7%) DPP leve = 38 (31,7%)
Weobong <i>et al.</i> , 2009 ⁽²⁴⁾	CPRS SRQ-20 EDPS PHQ-9	Padrão-ouro 7 11 5	77% 78% 94%	63% 73% 75%	Sem sintomas = 117 (73,1%) Sintomas leves ou teste duvidoso = 25 (15,6%) Sintomas moderados = 18 (11,3%) Sintomas graves = 0 (0%)
Imsiragic <i>et al.</i> , 2009 ⁽²⁵⁾	IES-R EPDS	24-32 10	>70% NA	>70% NA	Com complicações perinatal = 61 (59%) Média = 13,51 ± 14,12 Sem complicações = 42 (41%) Média = 4,67 ± 5,43; p < 0,001 Com complicações - Média = 7,03 ± 3,90 Sem complicações - Média = 3,86 ± 2,76; p < 0,001
Reck <i>et al.</i> , 2009 ⁽²⁶⁾	PHQ-D EDPS	13	NA	NA	Total de <i>Post Partum blues</i> : 2 semanas = 339 (47,5%); 6 semanas = 254 (51,4%) DPP em 2 semanas = 55 (7,7) OR = 4,5 (2,3-9,8) DPP em 6 semanas = 28 (5,7%) OR = 4,6 (1,7-15,4)
Mishina <i>et al.</i> , 2009 ⁽²⁷⁾	EDPS Two Question Questionary	9 1	88% 96%	76% 57%	Sem sintomas = 86 (83,5%) DPP = 17 (16,5%) Sem sintomas = 67 (65%) Score 1 = 25 (24,3%) Score 2 = 11 (10,7%)
Csatornai <i>et al.</i> , 2009 ⁽²⁸⁾	LQ	11/12	88%	94,4%	Controles = 258; LQ média = 6,84 ± 2,17 DPP menor = 173; LQ média = 11,53 ± 1,3 DPP maior = 146; LQ média = 16,14 ± 2,89
Guest, Stamp, 2009 ⁽²⁹⁾	EDPS	12	NA	NA	DPP = 7 (10%)
Grussu, Quatraro, 2009 ⁽³⁰⁾	EPDS GHQ12	< 9 < 3	94,4% 92%	87,4% 41%	Prevalência de sintomas de DPP = 39 (13%)
Figueira <i>et al.</i> , 2009 ⁽³¹⁾	EDPS	10	86,4%	91,1%	DPP = 66 (26,9%)

Legenda: DPP = Depressão pós-parto; SP = Sintomas potenciais; TMC = Transtorno mental comum; GP = Gestação planejada; GNP = Gestação não planejada; EDPS = *Edimburg Depression Postpartum Scale*; SRQ-20 = *Report Questinnnaire 20*; BDI = *Beck Depression Inventory*; PDSS = *Postpartum Depression Screening Scale*; LQ = *Leverton Questionnaire*; PDRS = *Postpartum Depression Risk Scale*; PHQ-9 = *Patient Health Questionnaire*; CPRS = *Comprehensive Psychopathological Rating Scale*; CES-D = *Center for Epidemiologic Studies - Depression*; IES-R = *Impact of Events Scale revised*; ASQ-15 = *Anxiety Screening Questionnaire*; PHQ-D = *Patient Health Questionnaire-Depression*; NA = não apresentado.

Além disso, os estudos investigaram os motivos de risco para DPP. Certificou uma associação significativa para DPP: gestação não planejada (20,21); presença de sintomas de depressão na primeira semana do nascimento do bebê (17,18); história preliminar ou familiar de bloqueio mental, baixa autoestima, história de abuso na infância e despreparo suporte comunitário (22). Do mesmo modo se observou uma associação significativa entre DPP, soluções obstétricas inadequadas e história de abortos induzidos ou involuntários ($p < 0,001$) (21).

depois de fazer a verificação dos estudos, é fato que as escalas de rastreamento são importantes no reconhecimento de mães que estão em perigo de reproduzir DPP, portanto não se contempla a finalidade dessas ferramentas no cotidiano da assessoria, o que proporciona a investigação e tratamento precoce para as mães que precisam. Encontram-se definidas escalas de rastreamento de inúmeros tamanhos e questões abordadas, proporcionando aos serviços de saúde escolhas que melhor se adaptarem a pessoas que precisam. (23,24).

No período gestacional, ocorrem várias modificações, externas e internas, no corpo feminino, com grandes alterações no âmbito social, psicológico e físico, exacerbando assim, a possibilidade do aparecimento de transtornos psiquiátricos. A DPP aparece como uma doença subdiagnosticada e que por vezes gera efeitos devastadores não só para a gestante, mas também para a família em si. A DPP se insere numa trílogia de distúrbios da psiquiatria perinatal, caracterizada por três associações distintas: o blues puerperal, as psicoses puerperais e as depressões pós-parto. Vários fatores são determinantes para a fisiopatologia, como dimensões afetivas, cognitivas e ansiosas, pois essa síndrome é considerada multifatorial e heterogênea (20)

Em relação à predominância da DPP, as decorrências das escalas de rastreamento são questionáveis. Eventualmente, quando se detecta sintomas no puerpério imediato, é devido ao acontecimento do blues, que inicia antes, podendo atingir até 80% das puérperas e sumindo em torno de 2 semanas. A DPP se inicia logo após a quarta semana de puerpério (25, 26).

o estado clínico da puérpera com depressão pós-parto desencadeia alguns sinais e sintomas como: oscilação de humor, alteração no sono, de peso e/ou apetite, perda de interesse em realizar as atividades cotidianas, fadiga, sentimento de impotência e até mesmo podendo desenvolver pensamentos de morte ou suicídio (3).

Os resultados deste estudo evidenciam que a depressão pós-parto (DPP) é desencadeada por uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Foi

possível observar que características como baixa renda, nível educacional reduzido, ausência de apoio conjugal e gravidez não planejada configuram-se como fatores de risco recorrentes, reforçando a necessidade de um acompanhamento sistemático de gestantes com esse perfil.

A identificação precoce da DPP mostra-se fundamental para a promoção da saúde mental materna, impactando diretamente no bem-estar da mãe, do bebê e de toda a estrutura familiar. No entanto, esse diagnóstico ainda enfrenta desafios significativos, como a falta de conscientização e o estigma social que envolve os transtornos mentais no período perinatal. A subnotificação de casos acentua a invisibilidade da condição e dificulta intervenções em tempo hábil.

A sensibilização e capacitação contínua dos profissionais de saúde, em especial da equipe de enfermagem inserida na Estratégia Saúde da Família (ESF), surgem como estratégias indispensáveis para a detecção precoce dos sinais e sintomas da DPP. O uso de ferramentas de rastreamento validadas durante as consultas de pré-natal e puerpério e a adoção de programas de vigilância contínua fortalecem o papel da atenção primária como eixo central no enfrentamento da doença.

O cuidado prestado pelo enfermeiro, com base em um olhar integral e sustentado por conhecimentos técnico-científicos, assume papel de destaque ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Sua presença constante permite o monitoramento contínuo de alterações emocionais, sendo crucial para a intervenção ainda nas fases iniciais do transtorno. A abordagem holística, pautada no vínculo e na escuta qualificada, potencializa a eficácia do cuidado e possibilita o desenvolvimento de ações educativas voltadas à saúde mental da gestante e puérpera.

Dentre as intervenções destacadas, ressalta-se o acompanhamento psicológico como ferramenta essencial no processo terapêutico da DPP. A terapia cognitivo-comportamental (TCC), especificamente, mostrou-se eficaz por auxiliar as mães a reconhecerem e reformularem padrões de pensamento negativos, desenvolverem estratégias de enfrentamento e fortalecerem a autoestima. A TCC contribui significativamente para a construção de mecanismos de resiliência e adaptação aos desafios da maternidade.

O tratamento da DPP deve ser precoce, individualizado e empático, considerando tanto abordagens psicoterapêuticas quanto, quando necessário, farmacológicas. A combinação de terapia psicológica, como a TCC, com o uso criterioso de antidepressivos, demonstrou-se eficaz na restauração do equilíbrio emocional e na recuperação do bem-estar materno. O acompanhamento contínuo e o suporte integral à puérpera são essenciais para fortalecer sua confiança, autonomia e qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A depressão pós-parto é uma condição de relevância crescente no campo da saúde pública, por afetar significativamente a qualidade de vida da mulher, do recém-nascido e do núcleo familiar. O reconhecimento precoce dos sinais e sintomas, aliado à compreensão dos fatores de risco envolvidos, é fundamental para que se estabeleçam intervenções eficazes e humanizadas. Nesse sentido, destaca-se a importância de um cuidado multiprofissional centrado na escuta, no vínculo e na individualidade de cada puérpera.

A atuação da equipe de enfermagem, especialmente no âmbito da atenção primária, configura-se como essencial para a triagem e acompanhamento contínuo das mulheres no período gravídico-puerperal. Estratégias como o uso de instrumentos de rastreamento, a educação em saúde e a articulação com serviços de apoio psicológico são decisivas para a detecção e tratamento oportuno da DPP.

Conclui-se, portanto, que a implementação de cuidados integrados, com enfoque na saúde mental perinatal, deve ser prioridade nas políticas públicas de saúde. O fortalecimento da rede de apoio, a capacitação dos profissionais e o combate ao estigma social são pilares para garantir um acolhimento efetivo às mulheres que vivenciam a depressão pós-parto, promovendo não apenas a recuperação emocional, mas também a construção de uma maternidade mais segura e saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] SILVA et al. Intervenções do enfermeiro na atenção e prevenção da depressão puerperal. Revista de enfermagem UFPE, 2020. Disponível em: [Vista das Intervenções do enfermeiro na atenção e prevenção da depressão puerperal \(ufpe.br\)](#)
- [2] BRUM, Evanisa Helena Maio de. Depressão pós-parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 92-100, dez. 2017. Disponível em [Depressão pós-parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico \(bvsaud.org\)](#).
- [3] Frota C. A.; Batista C. de A.; Pereira R. I. do N.; Carvalho A. P. C.; Cavalcante G. L. F.; Lima S. V. de A.; Silva C. N. R. da; Araújo L. F. A.; Santos F. A. da S. A transição emocional materna no período puerperal associada aos transtornos psicológicos como a depressão pós-parto. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 48, p. e3237, 7 maio 2020.
- [4] Silva DG, Souza MR, Moreira VP, Genestra M. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. Rev Mal-Estar Subj. 2003;3(2):439-50.

- [5] Schimidt EB, Piccoloto NM, Müller MC. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psicol USF*. 2005;10(1):61-8.
- [6] Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(suppl.2):7-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000600002>
- [7] Pietrukowicz MCLC. Apoio social e religião: Uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2001 [citado 2021 jun 02]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4610/2/213.pdf>
- [8] Mlotshwa L, Manderson L, Merten S. Personal support and expressions of care for pregnant women in Soweto, South Africa. *Glob Health Action*. 2017;10(1):1363454. <http://dx.doi.org/10.1080/16549716.2017.1363454> PMID:28874098.
- [9] Gorenstein C, Andrade LH, Zuardi AW, organizadores. Escalas de avaliação em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos; 2000.
- [10] Machado S CEP, Goldim JR, Fleck MPA, Eirizik CL. Detecção de depressão em hospital geral universitário: comparação entre 1987 e 2002. *Rev Gaúcha Enferm*. 2003;24(2):209-14.
- [11] CORDEIRO, A. M; OLIVEIRA, G. M; RENTERÍA, J. M; GUIMARÃES, C. A. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/CC6NRNtP3dKLgLPwcmV6Gf/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 07 jun. 2024.
- [12] Coutinho ESF. Meta-análise. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KU, Raggio LE, Werneck G, organizadores. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 447-55.
- [13] Pereira AL, Bachion MM. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006;27(4):491-8. <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/58907>
- [14] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1516444613000202?via%3Dihub>
- [15] BECK, A. T.; STEER, R. A. Beck depression inventory manual. San Antonio: Psychology Corporation, 1993.
- [16] Teissèdre F, Chabrol H. Detecting woman at risk for postnatal depression using the Edinburgh Pstnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. *Can J Psych*. 2004;49(1):51-4.
- [17] Dennis C, Ross LE. Depressive symptomatology in the immediate postnatal period: identifying maternal characteristics related to true- and false-positive screening scores. *Can J Psych*. 2006;51(5):265-73.
- [18] ck C, Stehle E, Reining K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord*. 2009;113(1/2):77-87.
- [19] Iranfar S, Shakeri J, Ranjbar M, NazhadJafar P, Razaie M. Is unintended pregnancy a risk factor for depression in Iranian woman? *East Mediterr Health J*. 2005;11(4):618-24.

- [20] Csatordai S, Kozinszky Z, Devosa I, Tóth E, Krajcsi A, Sefcsik T, et al. Obstetric and sociodemographic risk of vulnerability to postnatal depression. *Pat Educ Couns.* 2007;67(1/2):84-92.
- [21] Vittayanont A, Liabsuetrakul T, Pitanupomg J. Development of Postpartum Depression Screening Scale (PDSS): a Thai version for screening postpartum depression. *J Med Assoc Thai.* 2006;89(1):1-7.
- [22] Machado SCEP, Goldim JR, Fleck MPA, Eirizik CL. Detecção de depressão em hospital geral universitário: comparação entre 1987 e 2002. *Rev Gaúcha Enferm.* 2003;24(2):209-14.
- [23] Machado SCEP. Desempenho de uma nova escala de depressão em um hospital geral brasileiro [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
- [24] Zinga D, Phillips, DS, BOR L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos prevenila? *Brazilian Journal of Psychiatric.* 2005;27(Suppl 2):S56-S64. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000600005>.
- [25] Gorestein C, Wang YP, Hungerbühler I (organizadores). Instrumentos de avaliação em saúde mental. Porto Alegre (RS): Artmed; 2016. DAANDELS, N. ARBOIT, E. L. SAND, I. C. P. V. D. Produção de enfermagem sobre depressão pós-parto. *enferm.Curitiba*, v. 18, n. 4, p. 782-788, dez. 2013. Disponível em FELIX, T.A. et al. Atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto nas consultas de puericultura. *Enfermeira Global*
- [26] •GONÇALVES A.P.A.A. et al. Reconhecendo e intervindo na depressão pós-parto
- [27] LEÔNIDAS, F.M. CAMBOIM, F.E.F. Cuidado de enfermagem à mulher com depressão pós-parto na atenção básica MONTEIRO, A.S.J. et al. Depressão pós-parto: atuação do enfermeiro
- [28] . SANTOS, F.K. et al. Percepção de enfermeiros sobre diagnóstico e acompanhamento de mulheres com depressão pós-parto.