

Fatores de risco para a depressão pós-parto e intervenções de enfermagem para a prevenção

Risk factors for postpartum depression and nursing treatments for prevention

Nathalia Maria Augusto de Oliveira ¹, Lívia Keismanas de Ávila ¹

Resumo

Introdução: Durante a sua vida, as mulheres sofrem grandes mudanças que levam a diversas alterações psicobiológicas. Essas mudanças podem levar a depressão puerperal, popularmente chamada de depressão pós-parto (DPP), há muito tempo é conhecida como uma entidade mórbida comum, que afeta um alto número de mulheres em todo o mundo, tendo prevalência de até 20% nos primeiros três meses após o parto. Desta forma, é importante identificar precocemente os fatores de risco associados a esta patologia, sendo possível atuar prevenindo e promovendo saúde. **Objetivos:** Elencar intervenções de enfermagem para prevenção da depressão pós-parto e identificar a qual fator de risco estão associadas. **Método:** Pesquisa descritiva, bibliográfica, de abordagem qualitativa, nas bases de dados MEDLINE, BDNF- Enfermagem, LILACS e IBECs, no mês de março de 2020. **Resultados:** As intervenções de enfermagem identificadas durante a leitura dos artigos foram classificadas com base no período gravídico-puerperal e agrupadas de acordo com as categorias: Apoio Biopsicossocial, Visita domiciliar, Grupo educativo, Rastreamento de sinais, sintomas e fatores de risco da DPP, Ações na redução da violência como fator de risco para a DPP e Capacitação profissional. **Conclusão:** Conclui-se que as intervenções de enfermagem para a prevenção da depressão pós-parto elencadas, em sua maioria estavam relacionadas aos fatores de risco psicossociais, ou seja, os estudos analisados beneficiavam os fatores psicossociais em relação aos outros. Além disso, ficou evidente que implantar essas ações garantirá o oferecimento de uma assistência qualificada, humanizada e holística as mulheres.

Palavras chave: Depressão pós-parto, Enfermagem, Prevenção primária

Abstract

Introduction: During their life, women undergo great changes that lead to several psychobiological changes. These changes can lead to puerperal depression, popularly called postpartum depression (PPD), has long been known as a common morbid entity, affecting a high number of women worldwide, with a prevalence of up to 20% in the first three months after delivery. Thus, it is important to identify the risk factors associated with this pathology early, making it possible to act preventing and promoting health. **Objectives:** List nursing interventions to prevent postpartum depression and identify an associated risk factor are associated. **Method:** Descriptive, bibliographic research, with a qualitative approach, in the databases MEDLINE, BDNF- Nursing, LILACS and IBECs, in March 2020. **Results:** The nursing interventions identified during the reading of the articles were classified based on the puerperal pregnancy period and grouped according to the categories: Biopsychosocial support, Home visit, Educational group, Tracking of signs, symptoms and risk factors of PPD, Actions in the reduction of violence as a risk factor for PPD and professional training. **Conclusion:** It is concluded that the nursing interventions for the prevention of postpartum depression listed, most of them were related to psychosocial risk factors, that is, the studies analyzed benefited the psychosocial factors in relation to the others. In addition, it was evident that implementing these actions will guarantee the provision of qualified, humanized and holistic assistance to women.

Keywords: Postpartum depression, Nursing, Primary prevention

Introdução

As mulheres durante a sua vida sofrem três grandes mudanças que são: adolescência, a gestação e o climatério. Estes momentos trazem diversas alterações psicobiológicas e essas podem ser motivos de crise; que são positivas porque significam uma acomodação em um novo estágio do ciclo da vida, porém podem oferecer diversos obstáculos para se passar⁽¹⁾.

1. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem. São Paulo – SP – Brasil

Trabalho realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem. São Paulo – SP – Brasil

Endereço para correspondência: Nathalia Maria Augusto de Oliveira. Rua Dr Cesário Mota Júnior, 61- Vila Buarque – 01221-020 - São Paulo – SP – Brasil. E-mail: nathalia.maoliveira@gmail.com

A depressão tem maior incidência em mulheres, principalmente na fase gravídica e puerperal, causada pelas mudanças físicas, emocionais e hormonais que a mesma sofre, bem como pela alta responsabilidade ligada aos cuidados do filho, mudanças na rotina, falta de apoio familiar e medo do novo, em conjunto com o sentimento de incapacidade de criá-lo⁽²⁾.

Alterações como o sentimento de tristeza, choro, perda de interesse, irritabilidade, cansaço entre outros sentimentos que possuem grandes características de alteração de humor, podem ser confundidos, mas passam em pouco tempo. Diferente da depressão que necessita de acompanhamento médico, e que gera grande tensão por parte das mulheres de revelar os seus sintomas por medo de serem estigmatizadas⁽³⁾.

A depressão puerperal é conhecida há muito tempo como uma entidade mórbida, com início até seis semanas depois do parto. É uma complicação clínica muito comum que afeta um alto número de mulheres em todo o mundo, tem uma prevalência de até 20% nos primeiros três meses após o parto. A maior incidência de depressão pós-parto está associada a deficiência de ácidos graxos n-3, elementos formadores das membranas indispensáveis na comunicação celular, do mesmo modo, a deficiência de vitamina B12, zinco, ferro, selênio, ácido fólico e vitamina D6⁽⁴⁾.

Acredita-se que algumas mulheres desenvolvem a depressão pós-parto tanto por fatores hormonais, quanto por fatores hereditários. Na gestação os níveis hormonais de estrógeno e progesterona aumentam muito em comparação ao período não gravídico. Esse fato gera grandes alterações no humor; e quando a mulher tem seu filho esses níveis hormonais possuem uma queda abrupta o que pode ser um desencadeador para a depressão pós-parto⁽³⁾.

Hartmann et al⁽²⁾ afirmam que mulheres em países menos desenvolvidos, com baixa escolaridade, que idealizaram aborto, não primigestas, que fizeram uso de tabaco e álcool, que sofreram grandes casos de estresse, e/ou com história prévia de depressão pós-parto (DPP), e/ou depressão e/ou em situações de depressão pós-parto unidas a melancolia têm maior chance de desenvolver um quadro depressivo, ou ter um novo episódio depressivo ou ainda pode desenvolver esse quadro no puerpério.

Colaborando com Hartmann et al⁽²⁾, os principais fatores de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto podem ser divididos em três. Fatores biológicos como: doença psiquiátrica na família; história de transtorno do humor ou ansiedade; história de transtorno disfórico pré-menstrual e história de depressão pós-parto. Fatores psicossociais como: a mulher sofrer abuso sexual na infância; baixo nível de escolaridade; reduzido suporte social; abuso de substâncias/ tabagismo; violência doméstica ou conflitos no lar que

a mulher pode ter sofrido; gravidez não planejada; gravidez precoce; gravidez não desejada ou não aceita; mães solteiras e ter muitos filhos³. E fatores obstétricos como: parto cesáreo; parto prematuro; parto à fórceps; hiperêmese gravídica e pré-eclâmpisa/eclampsia⁽⁴⁾. Quando os pais, principalmente a mãe, se percebem frente a estes fatores se torna difícil criar um vínculo com este bebê que ainda irá nascer, ou que já nasceu; por isso a importância desta mulher ser acompanhada por profissionais⁽¹⁾.

Desta forma, há uma real importância na identificação precoce da depressão em mulheres no período gestacional, pois quanto mais rápida a identificação dos fatores de risco e/ou da patologia, mais fácil e precoce é o tratamento (porque os sintomas são menores) e possibilita maior investimento na proteção e promoção do desenvolvimento do vínculo da mãe com bebê, bem como a adequação às necessidades de cada mulher^{2,3}.

O fato da mulher já estar com um grande conflito interno e não ter apoio piora ainda mais o seu quadro, portanto tornando evidente o papel da equipe de saúde e principalmente do enfermeiro (na fase pré-concepcional ou pré-natal e pós- parto); que nesses momentos poderá propiciar suporte emocional, possibilitando a essa mulher se sentir segura, e ajudar no fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê após o nascimento⁽⁵⁾.

A escolha do tema dessa pesquisa está relacionada ao desejo de entender mais sobre o que é a depressão pós-parto e como o profissional enfermeiro atua frente a essa situação, em que muitas mulheres se sentem culpadas por não se sentirem felizes em um momento considerado de alegria. Com esta ação pretende-se desmistificar a depressão pós-parto que nem sempre é totalmente compreendida⁽³⁾.

Este estudo tem o intuito de mostrar a importância do cuidado, prevenção e promoção de saúde à essas puérperas, pela gravidade das complicações que a depressão pós-parto traz a elas, ao bebê e às pessoas que os cercam; tornando possível o acompanhamento e educação em saúde para todos os envolvidos. Portanto, quais são as intervenções de enfermagem para a depressão pós-parto, relacionado aos fatores de risco associados em sua maioria?

Objetivos

Elencar intervenções de enfermagem para prevenção da depressão pós-parto e identificar a qual fator de risco estão associadas.

Método

Pesquisa descritiva, bibliográfica, de abordagem

qualitativa. O estudo foi aprovado pela Comissão Científica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e após iniciada a coleta de dados. Os artigos identificados foram elencados a partir da busca na Biblioteca Virtual em Saúde nas bases de dados MEDLINE, BDNF- Enfermagem, LILACS e IBECs, no mês de março de 2020. Na pesquisa bibliográfica, a revisão empregou artigos científicos. Para isso, foi usado o seguinte descritor “depressão pós-parto” que teve como resultado 82.559 artigos. Com o intuito de entender o tema relacionando-o a enfermagem e a prevenção, usou-se os descritores “depressão pós-parto AND enfermagem AND prevenção”, selecionando 354 artigos. Posteriormente, como critérios de inclusão, foram utilizados o ano de publicação estipulado para os últimos 10 anos, tendo como resultado 116 artigos; o artigo estar no idioma em português ou inglês, resultando em 111 artigos; o texto ser completo e o tipo de publicação ser artigo científico, resultando em 83 artigos. Os critérios de exclusão utilizados foram: os títulos que não possuíam

relação com o objeto do estudo, selecionando 49 artigos; o resumo não ter associação ao tema; resultando em 37 artigos; e não possuir acesso público ao texto completo, totalizando ao final 24 artigos.

A análise dos dados foi realizada agrupando as intervenções de enfermagem encontradas para a prevenção da DPP por período gravídico-puerperal. Em seguida, de acordo com os temas principais identificados nos artigos, foram novamente agrupadas em 6 categorias: Apoio biopsicossocial (Quadro 1), Visita domiciliar (Quadro 2), Grupo educativo (Quadro 3), Rastreamento de sinais, sintomas e fatores de risco da DPP (Quadro 4), Ações na redução da violência como fator de risco para a DPP (Quadro 5) e Capacitação profissional (Quadro 6). Estas intervenções elencadas serão apresentadas a seguir em forma de quadros por período gravídico-puerperal.

Resultados

1. Pré-natal

Quadro 1

Intervenções de enfermagem para **Apoio biopsicossocial** na prevenção da DPP.

<i>Apoio biopsicossocial</i>		
Nº	<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Referência</i>
1	Oferecer apoio prático às mulheres durante a gravidez por meio de grupos educacionais.	Machado et al, 2014 ⁽⁶⁾
2	Oferecer apoio social, uma forte rede social, apoio emocional, à avaliação, à informação e instrumental.	Kruse et al, 2012 ⁽⁷⁾
3	Incentivar o parceiro a oferecer suporte emocional de avaliação, instrumental e informativo.	Kruse et al, 2012 ⁽⁷⁾
4	Propor que a mulher realize uma avaliação sobre o relacionamento amoroso para avaliar o apoio que ela possui e avaliar os riscos para a DPP.	Kruse et al, 2012 ⁽⁷⁾
5	Perguntar sobre suporte social no início da gravidez.	Kruse et al, 2012 ⁽⁷⁾
6	Envolver os homens para um maior impacto no programa de saúde.	Moshki et al, 2013 ⁽⁸⁾
7	Oferecer apoio social, acesso a cuidados de saúde e encaminhamentos para as gestantes que relataram ter sido vítimas de qualquer tipo de abuso psicológico ou agressão física.	Audi et al, 2012 ⁽⁹⁾
8	Orientar e não culpabilizar a mulher pelo seu estilo de vida ou maus resultados de saúde.	Audi et al, 2012 ⁽⁹⁾
9	Adotar estratégias e mecanismos de referência com as mulheres que mostrem fatores indicativos de transtornos mentais.	Machado et al, 2014 ⁽⁶⁾
10	Realizar terapia interpessoal.	Jesse et al, 2015 ⁽¹⁰⁾
11	Incentivar o uso de técnicas de gerenciamento de estresse.	Jesse et al, 2015 ⁽¹⁰⁾
12	Formular políticas para melhorar a qualidade dos serviços abrangentes de assistência pré-natal.	Audi et al, 2012 ⁽⁹⁾
13	Propiciar um modelo de atendimento que agregue gerenciamento de casos e serviços de apoio a pacientes grávidas com alto risco psicossocial.	Jesse et al, 2015 ⁽¹⁰⁾
14	Desenvolver uma árvore de decisão para mulheres em risco de suicídio.	Jesse et al, 2015 ⁽¹⁰⁾

Fonte: Autor.

Quadro 2

Intervenções de enfermagem relacionadas a **Visita domiciliar** para a prevenção da DPP.

Nº	Intervenções de Enfermagem	Referência
1	Realizar visitas domiciliares com intervenção cognitivo-comportamental.	Jesse et al, 2015 ⁽¹⁰⁾

Fonte: Autor.

Quadro 3

Intervenções de enfermagem relacionadas ao **Grupo educativo** para a prevenção da DPP.

Nº	Intervenções de Enfermagem	Referência
1	Usar o grupo cognitivo comportamental <i>Insight-Plus</i> .	Jesse et al, 2015 ⁽¹⁰⁾
2	Oferecer a cada mulher do grupo um MP3 <i>player</i> com uma lista de reprodução pré-programada de uma revisão semanal das tarefas de casa; uma visualização guiada que reduz o estresse; uma revisão de pensamentos, sentimentos e comportamentos; afirmações positivas; e música motivacional e inspiradora.	Jesse et al, 2015 ⁽¹⁰⁾
3	Orientar as mulheres do grupo a gravar suas afirmações positivas no MP3 <i>player</i> para ouvir mais tarde.	Jesse et al, 2015 ⁽¹⁰⁾
4	Incluir nos grupos cognitivo- comportamental, recursos motivacionais e não-denominacionais relacionados a espiritualidade; apoiar e ajudar a superar barreiras; proporcionar informações psicoeducacionais; aconselhar sobre como evitar tristeza, se distrair de seus problemas, técnicas de gerenciamento do estresse e compartilhamento com outras mulheres; realizar discussões em grupo, educação sobre depressão e habilidades de comunicação.	Jesse et al, 2015 ⁽¹⁰⁾
5	Reduzir as barreiras para as mulheres que participam do grupo de intervenção cognitivo-comportamental.	Jesse et al, 2015 ⁽¹⁰⁾
6	Incentivar no grupo as mulheres a desenvolver hobbies; escrever em diário e ouvir músicas relaxantes, motivacionais e positivas.	Jesse et al, 2015 ⁽¹⁰⁾
7	Oferecer telefonemas semanais de reforço para revisar a lição de casa semanal do grupo cognitivo-comportamental e fornecer serviços de gerenciamento de casos.	Jesse et al, 2015 ⁽¹⁰⁾
8	Integrar uma intervenção cognitivo-comportamental de grupo nos departamentos de saúde locais.	Jesse et al, 2015 ⁽¹⁰⁾
9	Realizar discussão em grupo focalizado, com intervenção participativa planejada.	Moshki et al, 2013 ⁽⁸⁾
10	Realizar programas de grupo de intervenções psicológicas.	Moshki et al, 2013 ⁽⁸⁾
11	Trabalhar o locus de controle de saúde (HLC) das mulheres grávidas nos grupos.	Moshki et al, 2013 ⁽⁸⁾
12	Realizar em grupo, educação em saúde sobre a DPP com base no HLC principalmente o interno.	Moshki et al, 2013 ⁽⁸⁾
13	Criar grupos de apoio liderados por pares, que fomentam o desenvolvimento de habilidades de cuidado infantil, ensinam estratégias de enfrentamento e estabelecem metas atingíveis específicas para mulheres em risco.	Moshki et al, 2013 ⁽⁸⁾
14	Realizar um programa educacional participativo para o grupo.	Moshki et al, 2013 ⁽⁸⁾
15	Realizar em grupo programa de treinamento de autogestão emocional pré-natal na prevenção da DPP em mulheres, baseado no princípio básico de tratamento cognitivo-comportamental (TCC) com elementos da cultura chinesa.	Mao et al, 2012 ⁽¹¹⁾
16	Realizar assistência pública a mulheres grávidas, terapia comportamental cognitiva pré-natal e programa de educação para o parto orientado por psicoterapia interpessoal.	Mao et al, 2012 ⁽¹¹⁾
17	Realizar terapia de pares pela intervenção em psicoterapia interpessoal para DPP.	Mao et al, 2012 ⁽¹¹⁾
18	Realizar sessões de treinamento com os futuros pais, sobre habilidades eficazes de resolução de problemas e comunicação. Além de oferecer informações sobre a DPP e apoio.	Mao et al, 2012 ⁽¹¹⁾
19	Realizar no grupo dramatizações e simulações das dificuldades encontradas no período pós-natal.	Mao et al, 2012 ⁽¹¹⁾
20	Convidar mulheres que deram à luz naturalmente para compartilhar com as participantes do grupo sua experiência.	Mao et al, 2012 ⁽¹¹⁾
21	Realizar treinamento em grupo estruturado, porque os participantes podem compartilhar um objetivo comum e podem ouvir e oferecer apoio, incentivo, confiança e supervisão um ao outro.	Mao et al, 2012 ⁽¹¹⁾

Fonte: Autor.

Quadro 4

Intervenções de enfermagem para **Rastreamento de sinais, sintomas e fatores de risco da DPP** para a prevenção da DPP.

<i>Rastreamento de sinais, sintomas e fatores de risco da DPP</i>		
Nº	<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Referência</i>
1	Prevenir, identificar, rastrear rotineiramente, tratar e encaminhar para serviços apropriados as mulheres expostas à violência por parceiro íntimo, com fatores de risco relevantes e/ou com sintomas indicando transtornos mentais.	Machado et al, 2014 ⁽⁶⁾
2	Realizar triagem de todas as mulheres grávidas quanto a sintomas depressivos, utilizando a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) para rastrear rotineiramente.	Jesse et al, 2015 ⁽¹⁰⁾ , Mao et al, 2012 ⁽¹¹⁾ , Lanier e Reid, 2014 ⁽¹²⁾ , Taylor, Johnson, 2011 ⁽¹³⁾ , Top, Karaçam, 2016 ⁽¹⁴⁾ , Moll et al, 2019 ⁽¹⁵⁾
3	Usar o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II41) que mede os sintomas depressivos experimentados nos últimos 14 dias.	Jesse et al, 2015 ⁽¹⁰⁾
4	Atentar por meio da Identificação de Distúrbios do Uso de Álcool, sobre o uso de álcool e fazer perguntas sobre o uso de tabaco e drogas ilícitas com escalas.	Audi et al, 2012 ⁽⁹⁾
5	Identificar os sintomas e fatores de risco da DPP e realizar medidas apropriadas para se tomar desde o início.	Top e Karaçam, 2016 ⁽¹⁴⁾
6	Usar o <i>Patient Health Questionnaire</i> para rastreamento de depressão na atenção primária.	Mao et al, 2012 ⁽¹¹⁾
7	Identificar mulheres com gravidez não planejada em estágio inicial, segui-las de perto, realizar programas de treinamento pré-natal, incentivar a participar dos programas de preparação para o parto e promover o autocuidado durante a gravidez.	Karaçam et al, 2009 ⁽¹⁶⁾
8	Assistir as mulheres em todas as fases do ciclo gravídico puerperal e investigar a DPP na atenção primária em saúde desde o pré-natal.	Moll et al, 2019 ⁽¹⁵⁾

Fonte: Autor.

Quadro 5

Intervenções de enfermagem relacionadas as **Ações na redução da violência como fator de risco para a DPP** para a prevenção da DPP.

<i>Ações na redução da violência como fator de risco para a DPP</i>		
Nº	<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Referência</i>
1	Incorporar ações de saúde mental e de enfrentamento da violência por parceiro íntimo.	Machado et al, 2014 ⁽⁶⁾
2	Reconhecer a violência como um fator de risco clinicamente relevante e identificável para a depressão gestacional.	Machado et al, 2014 ⁽⁶⁾
3	Examinar a associação entre violência doméstica e problemas de saúde autorreferidos por gestantes.	Audi et al, 2012 ⁽⁹⁾
4	Prevenir ou abordar a influência negativa da violência doméstica na saúde da mulher.	Audi et al, 2012 ⁽⁹⁾
5	Identificar precocemente a violência seguida de intervenção adequada durante a gravidez na unidade básica de saúde.	Audi et al, 2012 ⁽⁹⁾
6	Proporcionar assistência à saúde, ofertar oportunidades para denunciar a violência doméstica e incluir nos protocolos de assistência à saúde da mulher grávida questões relacionadas à violência doméstica que possam ser adequadamente aplicadas nos serviços de atenção primária à saúde.	Audi et al, 2012 ⁽⁹⁾
7	Desenvolver um sistema de monitoramento da violência doméstica, principalmente durante a gravidez.	Audi et al, 2012 ⁽⁹⁾
8	Abordar a violência doméstica com ações preventivas e curativas eficazes, com uma abordagem multisetorial.	Audi et al, 2012 ⁽⁹⁾
9	Criar políticas internacionais que permitam a detecção precoce da violência contra a mulher.	Machado et al, 2014 ⁽⁶⁾

Fonte: Autor.

Quadro 6

Intervenções de enfermagem na **Capacitação profissional** para a prevenção da DPP.

<i>Capacitação profissional</i>		
<i>Nº</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Referência</i>
1	Realizar treinamento dos profissionais de saúde sobre sintomas depressivos e outros problemas de saúde mental, os melhores métodos para discutir e abordar os componentes físicos e psicológicos da violência por parceiro íntimo e ampliar seus conhecimentos com relação aos serviços de referência adequados.	Machado et al, 2014 ⁽⁶⁾
2	Capacitar a equipe de saúde para rastrear, gerenciar, tratar ou encaminhar as mulheres vulneráveis.	Jesse et al, 2015 ⁽¹⁰⁾
3	Capacitar as pessoas a controlar sua saúde e influenciar seus esforços.	Moshki et al, 2013 ⁽⁸⁾
4	Investir para desenvolver capacidades profissionais sociais e de saúde e apoio psicológico adequado para melhor identificar, entender e gerenciar a violência doméstica entre as mulheres grávidas.	Audi et al, 2012 ⁽⁹⁾
5	Desenvolver práticas padronizadas de assistência de enfermagem.	Moshki et al, 2013 ⁽⁸⁾

Fonte: Autor.

2. Pré-natal e Pós-parto

Quadro 7

Intervenções de enfermagem para **Apoio biopsicossocial** na prevenção da DPP.

<i>Apoio biopsicossocial</i>		
<i>Nº</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Referência</i>
1	Realizar apoio social.	Oommen et al, 2010 ⁽¹⁷⁾
2	Fornecer prevenção secundária às populações em risco de desenvolver problemas significativos de saúde mental.	Wood et al, 2010 ⁽¹⁸⁾

Fonte: Autor.

Quadro 8

Intervenções de enfermagem relacionadas a **Visita domiciliar** para a prevenção da DPP.

<i>Visita domiciliar</i>		
<i>Nº</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Referência</i>
1	Realizar visitas domiciliares na primeira infância, criando um programa único de Parceria Enfermeira-Família.	Lanier, Reid, 2014 ⁽¹²⁾
2	Realizar visitas domiciliares a primíparas e múltiparas.	Lanier, Reid, 2014 ⁽¹²⁾

Fonte: Autor.

Quadro 9

Intervenções de enfermagem relacionadas ao **Grupo educativo** para a prevenção da DPP.

<i>Grupo educativo</i>		
<i>Nº</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Referência</i>
1	Realizar aulas pré-natais e grupos de apoio pós-natal nos sistemas existentes de assistência à maternidade.	Wylie et al, 2010 ⁽¹⁹⁾
2	Participar de grupos de <i>networking</i> da “nova mãe”.	Wood et al, 2010 ⁽¹⁸⁾

Fonte: Autor.

Quadro 10

Intervenções de enfermagem para **Rastreamento de sinais, sintomas e fatores de risco da DPP** para a prevenção da DPP.

<i>Rastreamento de sinais, sintomas e fatores de risco da DPP</i>		
<i>Nº</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Referência</i>
1	Rastrear as mulheres quanto a sintomas de depressão e riscos psicossociais pelo menos uma vez durante a gravidez e uma a seis semanas após o parto e encaminhar para tratamento em atenção primária e depois a serviços especializados, se necessário.	Rowe, Fisher, 2015 ⁽²⁰⁾
2	Avaliar a ansiedade e usar estratégias cognitivas e comportamentais, e práticas de autocuidado.	Taylor, Johnson, 2011 ⁽¹³⁾
3	Triar precocemente a DPP através de consultas com serviços locais de saúde mental.	Wood et al, 2010 ⁽¹⁸⁾
4	Distinguir a gravidade de cada caso de DPP, através de triagens sistemáticas por questionários como o EPDS.	Jardri et al, 2008 ⁽²¹⁾
5	Avaliar os escores internos e aleatórios de controle da saúde para identificar as mulheres em risco de desenvolver depressão durante a gravidez ou pós-parto e desenvolver planos de prevenção e tratamento.	Moshki et al, 2013 ⁽⁸⁾

Fonte: Autor.

Quadro 11

Intervenções de enfermagem relacionadas as **Ações na redução da violência como fator de risco para a DPP** para a prevenção da DPP.

<i>Ações na redução da violência como fator de risco para a DPP</i>		
<i>Nº</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Referência</i>
1	Investigar a violência.	Machado et al, 2014 ⁽⁶⁾
2	Avaliar sinais e sintomas de depressão em mulheres que se encontram em situações de violência por parceiro íntimo.	Machado et al, 2014 ⁽⁶⁾

Fonte: Autor.

Quadro 12

Intervenções de enfermagem na **Capacitação profissional** para a prevenção da DPP.

<i>Capacitação profissional</i>		
<i>Nº</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Referência</i>
1	Possuir um número maior de profissionais de saúde mental especializados no tratamento de problemas de DPP e diminuir o tempo de espera para o tratamento.	Hunker e Pessagno, 2013 ⁽²²⁾
2	Ensinar sobre a psicoterapia de grupo para os estudantes de enfermagem psiquiátrica.	Hunker e Pessagno, 2013 ⁽²²⁾
3	Conscientizar os profissionais de saúde sobre a existência de violência por parceiro íntimo durante a gravidez e as possíveis consequências para a saúde mental das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.	Machado et al, 2014 ⁽⁶⁾

Fonte: Autor.

3. Pós-parto

Quadro 13

Intervenções de enfermagem para **Apoio biopsicossocial** na prevenção da DPP.

<i>Apoio biopsicossocial</i>		
Nº	<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Referência</i>
1	Prestar apoio social, principalmente após o parto.	Mao et al, 2012 ⁽¹¹⁾ ; Glavin et al, 2010 ⁽²³⁾ ; Salonen et al, 2013 ⁽²⁴⁾ ; Beeber et al, 2010 ⁽²⁵⁾
2	Diminuir níveis de fadiga das mulheres, por meio do descanso, exercício físico e contando com o apoio familiar.	Taylor, Johnson, 2011 ⁽¹³⁾
3	Realizar educação do paciente.	Booth et al, 2018 ⁽²⁶⁾
4	Encaminhar ao profissional de saúde comportamental.	Booth et al, 2018 ⁽²⁶⁾
5	Trocar informação entre si e agir em conjunto.	Booth et al, 2018 ⁽²⁶⁾
6	Dar segurança a mãe de que as necessidades serão atendidas.	Booth et al, 2018 ⁽²⁶⁾
7	Oferecer terapia individual adicional e continuar ensinando maneiras saudáveis de lidar e se adaptar a seus novos papéis, caso o grupo não seja suficiente.	Hunker e Pessagno, 2013 ⁽²²⁾
8	Oferecer educação estruturada para a depressão pós-parto e material educativo estruturado no serviço de saúde de primeira linha.	Top e Karaçam, 2016 ⁽¹⁴⁾
9	Oferecer educação e aconselhamento, pois assim o vínculo mãe-bebê pode ser melhorado, mulheres com alto risco de depressão, podem ser identificadas, cuidados preventivos para DPP podem ser fornecidos e mães podem ser encaminhadas aos centros de saúde para diagnóstico e tratamento.	Top e Karaçam, 2016 ⁽¹⁴⁾
10	Possuir comunicação confiável, correta e enfática, tolerância e ser interativo.	Top e Karaçam, 2016 ⁽¹⁴⁾
11	Realizar aconselhamento de suporte baseado em um método de aconselhamento não-diretivo.	Top e Karaçam, 2016 ⁽¹⁴⁾
12	Realizar programas que tem o intuito de equilibrar, medir, direcionar e avaliar o início saudável das mulheres e o comportamento de promoção da saúde.	Top, Karaçam, 2016 ⁽¹⁴⁾
13	Aconselhar a mulher, dar apoio e auxiliar na construção de autoestima.	Rowe, Fisher, 2015 ⁽²⁰⁾
14	Orientar os pais sobre as capacidades de desenvolvimento infantil e “sinais de cansaço”; o valor de fornecer ao bebê rotinas previsíveis e regulares de cuidados; e maneiras de responder ao choro do bebê que moldará o padrão de sono do bebê.	Rowe, Fisher, 2015 ⁽²⁰⁾
15	Aconselhar as mães deprimidas em relação às opções de tratamento, fazer recomendações e fornecer referências.	Glavin et al, 2010 ⁽²³⁾
16	Reduzir os sintomas depressivos e suas fontes interpessoais.	Beeber et al, 2010 ⁽²⁵⁾
17	Realizar gerenciamento de questões estressantes da vida e disputas interpessoais.	Beeber et al, 2010 ⁽²⁵⁾
18	Desenvolver estratégias para aumentar a capacidade de resposta à criança.	Beeber et al, 2010 ⁽²⁵⁾
19	Acompanhar cuidadosamente as gestantes, em especial as de baixa renda, por meio de ação integrada que leve em conta as variáveis associadas à depressão.	Valença, Germano, 2010 ⁽²⁷⁾
20	Realizar escuta qualificada e atenta às pacientes.	Valença, Germano, 2010 ⁽²⁷⁾
21	Aconselhar os pais sobre o comportamento infantil instável, o potencial de incluir o programa de grupo de psicoeducação “ <i>What we were thinking</i> ” (WWWT) no atendimento padrão e necessidades de aprendizado e preferências de treinamento dos enfermeiros, em preparação para a implementação do programa WWWT.	Rowe, Fisher, 2015 ⁽²⁰⁾
22	Incorporar enfermeiros psiquiátricos em enfermarias de obstetrícia e pediatria.	Vogel, 2011 ⁽²⁸⁾

Fonte: Autor.

Quadro 14

Intervenções de enfermagem relacionadas a **Visita domiciliar** para a prevenção da DPP.

<i>Visita domiciliar</i>		
<i>Nº</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Referência</i>
1	Realizar visitas domiciliares e ouvir com empatia as mães, concentrando-se em interesse e cuidado, ajudando as mães a refletir sobre si mesmas e realizar a gravação em vídeo do vínculo mãe-bebê.	Top, Karaçam, 2016 ⁽¹⁴⁾
2	Os programas de visitas domiciliares que atendem mães multíparas de alto risco, precisam estar cientes dos riscos preexistentes que podem não ter sido tratados adequadamente anteriormente.	Lanier, Reid, 2014 ⁽¹²⁾
3	Implantar a saúde comportamental para as visitas de atenção primária e quando necessário encaminhar ao profissional de saúde comportamental.	Booth et al, 2018 ⁽²⁶⁾

Fonte: Autor.

Quadro 15

Intervenções de enfermagem relacionadas ao **Grupo educativo** para a prevenção da DPP.

<i>Grupo educativo</i>		
<i>Nº</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Referência</i>
1	Propiciar um grupo de psicoterapia para mães de primeira viagem com risco de DPP.	Hunker, Pessagno, 2013 ⁽²²⁾
2	Oferecer no grupo oportunidades as mulheres de trocarem vivências.	Hunker e Pessagno, 2013 ⁽²²⁾
3	Criar um programa de grupo de psicoeducação.	Rowe, Fisher, 2015 ⁽²⁰⁾
4	Colocar o nome do grupo de psicoeducação de forma que não seja um estigma.	Rowe, Fisher, 2015 ⁽²⁰⁾
5	Realizar grupos específicos para primíparas.	Rowe, Fisher, 2015 ⁽²⁰⁾
6	Realizar grupos de corrida de pais.	Rowe, Fisher, 2015 ⁽²⁰⁾
7	Criar um ambiente educacional apropriado no qual as mulheres podem compartilhar suas experiências com sintomas de DPP e formas de lidar com a condição.	Top, Karaçam, 2016 ⁽¹⁴⁾
8	Realizar uma noite com casais ou um fim de semana para envolvê-los.	Rowe, Fisher, 2015 ⁽²⁰⁾
9	Fornecer orientação profissional antecipada relacionada ao estresse dos pais e o uso de mecanismos de enfrentamento em grupos de alto risco.	Booth et al, 2018 ⁽²⁶⁾

Fonte: Autor.

Quadro 16

Intervenções de enfermagem para **Rastreamento de sinais, sintomas e fatores de risco da DPP** para a prevenção da DPP.

<i>Rastreamento de sinais, sintomas e fatores de risco da DPP</i>		
<i>Nº</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Referência</i>
1	Realizar identificação precoce, triagem para DPP em um ambiente aberto e sem julgamento para reduzir o estigma social, intervenções com uma abordagem interprofissional da DPP, e intervenções que visam uma redução no estresse dos pais.	Booth et al, 2018 ⁽²⁶⁾
2	Rastrear rotineiramente todas as mães adolescentes quanto à DPP durante as visitas de rotina e durante todas as interações com um profissional de saúde.	Booth et al, 2018 ⁽²⁶⁾
3	Possuir protocolos de triagem de rotina para a DPP.	Booth et al, 2018 ⁽²⁶⁾
4	Usar na atenção primária para rastreamento da DPP o <i>Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2)</i> , <i>Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)</i> e a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo.	Booth et al, 2018 ⁽²⁶⁾
5	Realizar no hospital triagem pós-parto de risco de desenvolver DPP e rastrear todas as puérperas para DPP dentro de 72 horas após o parto e antes de deixar qualquer instituição de saúde.	Hunker, Pessagno, 2013 ⁽²²⁾
6	Identificar fatores de risco e mulheres de alto risco, usando escalas válidas e confiáveis e realizar a educação de mulheres e seus cônjuges sobre o gerenciamento e o cuidado dos transtornos.	Top, Karaçam, 2016 ⁽¹⁴⁾
7	Utilizar a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido.	Top, Karaçam, 2016 ⁽¹⁴⁾
8	Usar o Índice de Estressores Diários para rastrear o estresse diário crônico.	Lanier, Reid, 2014 ⁽¹²⁾
9	Investigar o quadro indicativo da DPP.	Moll et al, 2019 ⁽¹⁵⁾
10	Realizar estudos científicos que rastreiem a depressão pós-parto.	Moll et al, 2019 ⁽¹⁵⁾
11	Realizar o rastreamento e o monitoramento da depressão pós-parto.	Moll et al, 2019 ⁽¹⁵⁾
12	Identificar, orientar, encaminhar realizar programas abrangentes de triagem e melhor organização dos cuidados para prevenir e tratar a DPP.	Glavin et al, 2010 ⁽²³⁾
13	Usar EPDS para rastrear a DPP.	Hunker, Pessagno, 2013 ⁽²²⁾

Fonte: Autor.

Quadro 17

Intervenções de enfermagem relacionadas as **Ações na redução da violência como fator de risco para a DPP** para a prevenção da DPP.

<i>Ações na redução da violência como fator de risco para a DPP</i>		
<i>Nº</i>	<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Referência</i>
1	Incluir os pais no atendimento, porém se atentar a risco de violência doméstica e realizar “grupo de pais pela primeira vez”.	Rowe e Fisher, 2015 ²⁰

Fonte: Autor.

Quadro 18

Intervenções de enfermagem na **Capacitação profissional** para a prevenção da DPP.

Capacitação profissional		
Nº	Intervenções de Enfermagem	Referência
1	Treinar a equipe da clínica em todos os aspectos dos novos processos, incluindo os benefícios gerais da integração da saúde comportamental (redução dos custos com assistência médica, atendimento holístico ao paciente), alteração do fluxo de trabalho das visitas, uso apropriado da (s) ferramenta (s) de triagem, tratamento breve, documentação, encaminhamento e acompanhamento.	Booth et al, 2018 ⁽²⁶⁾
2	Realizar educação continuada e treinamento de enfermagem psiquiátrica de prática avançada como psicoterapeutas, com habilidades de psicoterapia de grupo.	Hunker, Pessagno, 2013 ⁽²²⁾
3	Treinar enfermeiros da Atenção Primária em Saúde (APS) para facilitar o programa de grupo de psicoeducação.	Rowe, Fisher, 2015 ⁽²⁰⁾
4	Treinar visitantes de saúde para identificar e tratar a DPP.	Glavin et al, 2010 ⁽²³⁾
5	Realizar capacitação dos profissionais para a identificação de fatores ou condições relacionadas a riscos e agravos à saúde da mulher e seu conceito.	Valença, Germano, 2010 ⁽²⁷⁾
6	As equipes de saúde da família devem fazer o planejamento de suas ações voltadas à saúde materno-infantil com base na realidade socioeconômica e cultural das gestantes, implementando medidas intersetoriais de impacto na melhoria das condições de vida dessas mulheres.	Valença, Germano, 2010 ⁽²⁷⁾

Fonte: Autor.

Discussão

Por meio da análise dos resultados, foi possível identificar que as intervenções de enfermagem para a prevenção da DPP encontradas na maioria dos artigos estavam relacionadas principalmente aos fatores de risco psicossociais. Demonstrando que a investigação sobre fatores de risco e proteção para DPP tem privilegiado a pesquisa sobre os fatores psicossociais e não os fatores físicos, biológicos, hormonais e obstétricos⁽²⁹⁾.

Ainda, observou-se a importância de cada categoria encontrada e suas intervenções para a prevenção da DPP. A categoria Apoio biopsicossocial é primordial, pois a falta de apoio social é considerada um fator de risco para o desenvolvimento da DPP e possuir suporte social é um fator protetivo para as mulheres⁽³⁰⁾. Os componentes de apoio social mais amplamente aceitos abrangem o apoio emocional que inclui confiança, preocupação, amor e audição; o apoio à avaliação que é o *feedback* que cria autoconfiança e autoestima; suporte informativo que são conselhos, sugestões e orientações; e finalmente, o apoio instrumental que inclui mão de obra, dinheiro, tempo, serviços e ajuda tangível. Assim, o enfermeiro deve ser fonte de apoio as mulheres⁽⁷⁾.

Como intervenção de enfermagem para a prevenção da DPP os Grupos educativos são muito comuns, sendo fundamental por possibilitar o uso de recursos motivacionais e não-denominacionais relacionados à espiritualidade, ajudar na superação de barreiras e proporcionar apoio, informações psicoeduca-

cionais, aconselhamento sobre como evitar tristeza, formas para se distrair de seus problemas, técnicas de gerenciamento do estresse, compartilhamento com outras mulheres, discussões em grupo e educação sobre depressão⁽¹⁰⁾. Além disso, pode incluir temas como alterações anatômicas e fisiológicas, nutrição, complicações comuns durante a gravidez, habilidades de saúde mental e comunicação, familiarização com os estágios da gravidez, métodos de parto e redução da dor, saúde pós-parto, emoções e atitudes das mulheres. Ainda, podem ser voltados ao desenvolvimento de habilidades de cuidado infantil, ensino de estratégias de enfrentamento e o estabelecimento de metas atingíveis específicas para mulheres em risco⁽⁸⁾. Desta forma, o grupo ajuda os participantes a melhorar os relacionamentos interpessoais, aumentar sua capacidade de empatia e aprender novas habilidades⁽²²⁾.

O Rastreamento de sinais e sintomas, bem como fatores de risco, é essencial para a prevenção da DPP, pois a identificação precoce destes proporciona que as mães com o risco aumentado para a depressão pós-parto sejam conduzidas para aconselhamento ou psicoterapia, que são preciosas formas de prevenção desta patologia⁽³¹⁾. Durante a análise dos resultados, foram identificados instrumentos desenvolvidos para auxiliar o rastreamento da DPP, como: EPDS⁽²²⁾, BDI-II41⁽¹⁰⁾, *Patient Health Questionnaire*⁽¹¹⁾ - Questionário Breve de Saúde do Paciente 2 (PHQ-2), o PHQ-9⁽²⁶⁾, Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido⁽¹⁴⁾ e Índice de Estressores Diários⁽¹²⁾.

Dentre os artigos analisados, o tema violência

foi recorrente. A violência é um dos fatores de risco associado a origem da depressão, por isso as ações voltadas a esta categoria devem receber atenção⁽³²⁾. Para muitas mulheres, o ciclo gravídico-puerperal é a única oportunidade de estabelecer contato e vínculo com a unidade de saúde⁽⁶⁾. Desta forma, o enfermeiro tem papel fundamental em identificar a violência durante seus atendimentos, principalmente em gestantes, pois a violência durante a gestação resulta em maior chance de desenvolvimento de sintomas depressivos. Além disso, estes profissionais devem estabelecer medidas, com o intuito de prevenir estes sintomas no pré e pós-parto e minimizar as implicações na relação mãe e filho⁽³²⁾.

A Visita domiciliar possibilita o desenvolvimento de diversas intervenções de enfermagem para a prevenção da depressão pós-parto, pois neste momento o (a) enfermeiro (a) aborda questões identificadas por meio de avaliações de necessidades e resultados da triagem, fornece informações sobre as habilidades dos pais e criação dos filhos, auxilia as mães no acesso aos recursos da comunidade e oferece apoio ao planejamento familiar para ajudar as mães a se concentrarem na construção de recursos econômicos enquanto cuidam dos filhos⁽¹²⁾. Também esclarece dúvidas, orienta e identifica possíveis anormalidades e favorece o vínculo entre o profissional, a puérpera e a família⁽³³⁾. Assim, a visita domiciliar é uma ferramenta importante para o enfermeiro por possibilitar ouvir com empatia as mães, melhorar o vínculo mãe-bebê, ajudar as mães a refletir sobre si mesmas e proporcionar a realização de intervenção cognitivo comportamental⁽¹⁴⁾. De modo que os profissionais têm a chance de trabalhar no processo de promoção da saúde, conseguindo desmistificar várias questões e estimular o apoio familiar a essa mulher⁽³³⁾.

Sobre a categoria Capacitação profissional, se identificou que o enfermeiro deve possuir domínio sobre a DPP e ser capacitado para identificar fatores de risco, prestar assistência, orientar, bem como agir precocemente com intuito de prevenir agravos, trazendo repercussões positivas para o futuro das mulheres³⁴. Porém, um dos desafios encontrados com o estudo, é que os profissionais da enfermagem estão despreparados para identificar e acompanhar os possíveis fatores de risco que culminam no desenvolvimento da DPP, dificultando assim sua prevenção. Já que, conhecer os fatores de risco é fundamental para o planejamento e execução de ações preventivas⁽³¹⁾.

Todas estas intervenções atendem a imposição realizada em 2000 pelo Ministério da Saúde, com o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) que estabelece: a melhoria do acesso; a cobertura; a qualidade do acompanhamento no pré-natal e da assistência ao parto e puerpério. Já que as intervenções de enfermagem para a prevenção da

depressão pós-parto garantem uma assistência qualificada as mulheres⁽³⁴⁾.

Conclusão

A depressão pós-parto é considerada um problema de saúde pública devido a sua alta prevalência, bem como por gerar consequências graves para a mãe, filho e familiares. Além disso, é uma patologia de difícil identificação, por ser estigmatizada e devido ao déficit na capacitação profissional, dificultando a prevenção desta em tempo oportuno. Desta forma, estudos voltados a capacitação dos profissionais de enfermagem para a identificação precoce e manejo dos fatores de risco para a DPP ainda precisam ser mais aprofundados. Por isso, a importância das intervenções de enfermagem para a prevenção da DPP como guia e provedor de autonomia para os profissionais enfermeiros.

Ao elencar intervenções de enfermagem para a prevenção da DPP nos períodos pré-natal, pré-natal e pós-parto e pós parto, sendo posteriormente distribuídas nas categorias Apoio biopsicossocial, Capacitação profissional, Grupo educativo, Rastreamento de sinais e sintomas da DPP, Ações na redução da violência como fator de risco para a DPP e Visita domiciliar; identificou-se que em sua maioria estavam relacionadas aos fatores de risco psicossociais, ou seja, os estudos analisados beneficiavam os fatores psicossociais em relação aos outros.

Assim, conclui-se que as intervenções de enfermagem identificadas são fundamentais, pois o enfermeiro por meio destas tem a possibilidade de identificar precocemente os sinais, sintomas e fatores de risco para a DPP e agir prevenindo e promovendo saúde as gestantes e puérperas, evidenciando a importância do enfermeiro para essa finalidade. Por fim, implantar essas ações garantirá o oferecimento de uma assistência qualificada, humanizada e holística as mulheres.

Referências Bibliográficas

1. Maia MS. Preparação psicológica para o parto. In: Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Rezende obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p.186-90.
2. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(9):e00094016.
3. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiq Clín*. 2006; 33(2): 92-102.
4. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) Depressão pós-parto. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). *Manual de orientação assistência ao abortamento, parto e puerpério*. São Paulo: FEBRASGO; 2010. p.169-73.

5. Falcone VM, Mäder CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(4):612-8. 6. Machado MOF, Alves LC, Freitas PS, Monteiro JCS, Sponholz FG. Mental health of women who suffer intimate partner violence during pregnancy. *Invest Educ Enferm*. 2014; 32(2):291-305.
7. Kruse JA, Low LK, Seng JS. Validation of alternative indicators of social support in perinatal outcomes research using quality of the partner relationship. *J Adv Nurs*. 2012; 69(7):1562-73.
8. Moshki M, Beydokhti TB, Cheravi K. The effect of educational intervention on prevention of postpartum depression: an application of health locus of control. *J Clin Nurs*. 2013; 23(15-16):2256-63.
9. Audi CAF, Correa AMS, Santia-go SM, Escamilla RP. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. *Midwifery*. 2012; 28(4):356-61.
10. Jesse DE, Gaynes BN, Feldhousen EB, Newton ER, Bunch S, Hollon SD. Performance of a culturally tailored cognitive-behavioral intervention integrated in a public health setting to reduce risk of antepartum depression: a randomized controlled trial. *J Midwifery Womens Health*. 2015; 60(5):578-92.
11. Hong-Jing Mao, He-Jiang Li, Helen Chiu, Wai-Chi Chan, Shu-Ling Chen. Effectiveness of antenatal emotional self-management training program in prevention of postnatal depression in Chinese women. *Perspect Psychiatr Care*. 2012; 48(4):218-24.
12. Lanier P, Jonson-Reid M. comparing primiparous and multiparous mothers in a nurse home visiting prevention program. *Birth*. 2014; 41(4):344-52.
13. Taylor J, Johnson M. The role of anxiety and other factors in predicting postnatal fatigue: From birth to 6 months. *Midwifery*. 2013; 29(5):526-34.
14. Top ED, Karaçam Z. Effectiveness of structured education in reduction of postpartum depression scores: a quasi-experimental study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016; 30(3):356-62.
15. Moll MF, Matos A, Rodrigues TA, Martins TS, Pires FC, Pires NAS. Rastreamento a Depressão Pós-parto em mulheres jovens. *Rev Enferm UFPE on line*. [Internet]. 2019 [citado 2020 Mar 19]; 13(5):1338-44. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239181/32252>
16. Karaçam Z, Önel K, Gerçek E. Effects of unplanned pregnancy on maternal health in Turkey. *Midwifery*. 2011; 27(2):288-93.
17. Oommen H, Rantanen A, Kaunonen M, Tarkka MT, Salonen AH. Social support provided to Finnish mothers and fathers by nursing professionals in the postnatal ward. *Midwifery*. 2011; 27(5):754-61.
18. Wood A, Middleton SG, Leonard D. "When It's More Than the Blues: A Collaborative Response to Postpartum Depression. *Public Health Nursing*. 2010; 27(3):248-54.
19. Wylie L, Martin CJH, Marland G, Martin CR, Rankin J. The enigma of post-natal depression: an update. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011; 18(1):28-58.
20. Rowe HJ, Fisher JRW. Prevention of postnatal mental health problems in women: knowledge exchange in primary care in Victoria, Australia. *Health Promot J Austr*. 2015; 26(1):64-9.
21. Jardri R, Maron M, Pelta J, Thomas P, Codaccioni X, Goudemand M, et al. Impact of midwives' training on postnatal depression screening in the first week post delivery: a quality improvement report. *Midwifery*. 2010; 26(6):622-9.
22. Pessagno RA, Hunker D. Using short-term group psychotherapy as an evidence based intervention for first-time mothers at risk for postpartum depression. *Perspect Psychiatr Care*. 2013; 49(3):202-9.
23. Glavin K, Smith L, Sorum R, Ellefsen B. Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women – a one-year follow-up study. *J Clin Nurs*. 2010; 19(21-22):3051-62.
24. Salonen AH, Pridham KF, Brown RL, Kaunonen M. Impact of an internet-based intervention on Finnish mothers' perceptions of parenting satisfaction, infant centrality and depressive symptoms during the postpartum year. *Midwifery*. 2014; 30(1):112-22.
25. Beeber LS, Holditch-Davis D, Perreira K, Schwartz TA, Lewis V, Blanchard H, et al. Short-term in-home intervention reduces depressive symptoms in early head start latina mothers of infants and toddlers. *Res Nurs Health*. 2010; 33(1):60-76.
26. Booth L, Wedgeworth M, Turner A. Integrating optimal screening, intervention, and referral for postpartum depression in adolescents. *Nurs Clin N Am*. 2018; 53(2): 157-68.
27. Valença CN, Germano RM. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. *Rev Rene Fortaleza*. 2010; 11 (2):129-39.
28. Vogel L. Tailored treatment for postpartum depression. *CMAJ*. 2011; 183(16):E1163-4.
29. Arrais AR, Araujo TCCF. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Psicol Saúde Doenças*. 2017; 18(3):828-45.
30. Arrais AR, Mourão MA, Fragalle B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde Soc*. 2014; 23(1):251-64.
31. Gomes LA, Torquato VS, Feitoza AR, Souza AR, Silva MAM, Pontes RJS. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Rev Rene*. 2010; 11(n. especial):117-23.
32. Poles MM, Carvalheira AP, Carvalhaes MA, Parada CM. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. *Acta Paul Enferm*. 2018; 31(4):351-8.
33. Holanda GSE, Lima VKS, Oliveira BMM, Bezerra RA, Carvalho CML, Santos LVF. Visitas domiciliares puerperais: promoção da saúde do binômio mãe-filho. *J Nurs Health*. 2019; 9(3):e199307.
34. Silva JF, Nascimento MFC, Silva AF, Oliveira PS, Santos EA, Ribeiro FMSS, et al. Intervenções do enfermeiro na atenção e prevenção da depressão puerperal. *Rev Enferm UFPE Online*. [Internet]. 2020 [citado 23 out 2020]; 14:e245024. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245024/35555>

Trabalho recebido: 11/11/2020

Trabalho aprovado: 09/04/2021

Trabalho publicado: 19/04/2021