**GILVAN SALES DO NASCIMENTO**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO COM ENFOQUE AOS FATORES PREDISPONENTES**

**Itaberaba-Ba**

**2014**

**GILVAN SALES DO NASCIMENTO**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO COM ENFOQUE AOS FATORES PREDISPONENTES**

**Itaberaba-Ba**

**2014**

**AGRADECIMENTOS**

À Deus, por nos conceder o dom da inteligência, dando coragem para enfrentarmos a luta nos momentos mais difíceis.

 A nossa Família e amigos pelo incentivo, dando-me força para prosseguir nessa jornada.

À todos que, direta ou indiretamente, me incentivaram durante o percurso acadêmico.

Ao professora Jaqueline Castilho , por dividir seus conhecimentos, pelo incentivo e orientação. Obrigado pela paciência, compreensão e solidariedade.

A minha querida esposa Valneide Braga de Matos por ter me dado força durante esta jornada, a minha mãe Ivanilde Sales e familiares.

A todos que direta ou indiretamente me incentivou durante esta jornada.

Gilvan Sales do Nascimento

**DEDICATORIA**

Dedico este trabalho em primeiro lugar a Deus todo poderoso,por que é meu amigo mais intenso e tem cuidado de mim de maneira toda especial.

A minha família por que tem me ajudado a caminhar, e tem acreditado em mim, durante esta jornada, que é tão importante em minha vida, pois eles respeitaram a minha vontade.

*"Faz-se ciência com fatos, como uma casa com pedras; porém, uma acumulação de fatos não é ciência, exatamente como um monte de pedras não é uma casa”.*

HenirPoincaré.

 (1912-1954)

**SUMÁRIO**

**1 INTRODUÇÃO .......................................................................................................10**

**2 DEPRESSÃO PUERPERAL ..................................................................................13**

**3 FATORES DE RISCO ............................................................................................15**

**4 PATOGÊNESE .......................................................................................................17**

**5 DIAGNÓSTICO E MANIFERTAÇÕES CLÍNICAS .................................................18**

**6 PROGNÓSTICO .....................................................................................................20**

**7 TRATAMENTO .......................................................................................................21**

9.1 Medidas preventivas .........**..................................................................................23**

**CONSIDERAÇÕES FINAIS........................................................................................24**

**REFERÊNCIAS ..........................................................................................................25**

**RESUMO**

A Depressão Puerperal representa uma condição clínica que deve dedicar atenção às gestantes acompanhadas pelo serviço de enfermagem devendo ser realizada a detecção precoce de possíveis casos na tentativa de se desenvolver um acompanhamento adequado e eficiente. O trabalho visa responder a seguinte questão norteadora: qual a atuação do enfermeiro diante de um caso de depressão pós-parto e quais fatores que predispõem ao desenvolvimento deste quadro?Para responder a esta questão foi desenvolvido um estudo de levantamento bibliográfico do tipo descritivo com o objetivo de caracterizar a ação do enfermeiro e os fatores que predispõem ao aparecimento deste quadro a fim de se reunir teorias com o intuito de oferecer um material que responda a estes questionamentos. A justificativa para a realização deste trabalho refere-se ao grande número de mulheres acometidas pela depressão pós-parto e a grande necessidade de traçar os fatores que predispõem ao aparecimento desta patologia na tentativa de estabelecer um plano de cuidados com a finalidade de evitar o aparecimento da mesma. O enfermeiro deve estar capacitado para desenvolver um programa voltado para informações aos pacientes, incluindo orientações preventivas, voltadas a puérpera, aos familiares na tentativa de evitar a maioria dos casos e de recuperar as atingidas pela depressão.

**Palavras-chave:** Depressão Pós-Parto. Atuação da Enfermagem. Fatores Predisponentes

**ABSTRACT**

The Puerperal Depression is a medical condition that must devote attention to pregnant women followed by nursing service should be performed early detection of possible cases in an attempt to develop appropriate monitoring and efficient. The study aims to answer the following question: what is the role of a nurse dealing with a case of postpartum depression and the factors that predispose to the development of this framework? To answer this question we developed a study of descriptive literature with order to characterize the action of the nurse and the factors that predispose to this framework to gather theories in order to offer a material that answers these questions. The rationale for conducting this study refers to the large number of women affected by postpartum depression and the great need to trace the factors that predispose to this disease in an attempt to establish a plan of care in order to avoid the appearance of same. The nurse must be able to develop a program focused on information to patients, including preventive guidelines, aimed at postpartum, family members in an attempt to prevent most cases and recover affected by depression.

**Keywords**: Postpartum Depression. Practice Nursing. Predisposing Factors

1. **INTRODUÇÃO**

Após o processo gestacional, a puérpera está sujeita a alterações em diversos campos se sua saúde incluindo desde o físico ao psicossocial, o que contribui para o desenvolvimento de alguns transtornos como depressão pós-parto(DPP), psicose puerperal e tristeza pós-parto que diferem entre si em diversos aspectos.

Segundo Silva e Botti (2005 p.231), atualmente a Depressão Pós-parto (DPP) corresponde a um quadro que pode causar complicações que se detectadas precocemente não levam a nenhum agravamento do quadro.

O desenvolvimento desta monografia visa responder a seguinte questão norteadora: Qual a atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto incluindo a predisponência do seu aparecimento? O objetivo deste trabalho foi demonstrar através de uma revisão bibliográfica o papel da assistência ao paciente com DPP, identificando os fatores predisponentes assim como as medidas e estratégias para uma melhor forma de tratamento e controle, reconhecendo precocemente os casos existentes.

A DPP atinge um grande número de puérperas representando uma condição clínica muito frequente na atualidade. Desta forma torna-se imprescindível que o enfermeiro esteja capacitado para reconhecer precocemente os casos e os fatores predisponentes com a finalidade de desenvolver um plano de cuidados com a intenção de evitar a maioria das complicações a que a puérpera com DPP possa apresentar.

Este trabalho tem como objetivo geral: Compreender a Depressão pós-parto no olhar da enfermagem, enfocando a assistência à mulher; e objetivos específicos: Sumariar a epidemiologia, a etiologia e os fatores de riscos pelo profissional de saúde na depressão pós-parto; Pontuar os sintomas da depressão pós-parto; Articular o diagnóstico e tratamento na depressão pós-parto na percepção do enfermeiro; Verbalizar a prevenção da depressão pós-parto na assistência a saúde da mulher; Designar a importância do conhecimento do profissional de saúde acerca da depressão pós-parto.

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho foi à revisão bibliográfica, de natureza exploratória e descritiva, a partir da análise de resumos de teses, dissertações e artigos selecionados em bases de dados on-line, respeitando a temática Depressão pós parto com enfoque aos fatores predisponentes ao aparecimento na puérpera.

Utilizou-se como metodologia a revisão bibliográfica que consiste na procura de referências teóricas para análise do problema de pesquisa e a partir das referências publicadas fazer as contribuições cientificas ao assunto em questão (LIBERALI, 2011).

1. **DEPRESSÃO PUERPERAL**

A depressão pós-parto corresponde a um transtorno psíquico, que na maioria das vezes é temporário, evidenciado por um episódio de depressão maior dos que ocorrem com uma grande quantidade de puérperas nas primeiras quatro semanas pós-parto.

Segundo Mattar et al, 2007, p. 471 a depressão pós-parto foi definida como transtorno do humor que se inicia, nas primeiras quatro semanas após o parto e pode ser de intensidade leve e transitória, neurótica, até desordem psicótica.

Segundo Ministério da Saúde, (2012, p. 271):

De 40% a 80% das puérperas desenvolvem tais alterações de humor, geralmente duas a três semanas após o parto, tipicamente, com pico no quinto dia e com resolução em duas semanas. Em comparação, o diagnóstico de depressão pós-parto, maior ou menor, requer que as alterações do humor deprimido ou a perda de interesse/prazer e/ou outros sintomas se apresentem na maior parte do dia, quase todos os dias, por no mínimo duas semanas.

Nas pacientes acometidas, pode-se observar tendo em vista a análise de situações da vida anterior à gestação que a ansiedade é mais evidente. Sintomas de obsessão e compulsão podem ser observados na puérpera, gerando um fator que exige observação e cuidados, pois a paciente com este quadro pode vir até a pensar em provocar injúrias ao bebê. Este quadro deve ser diferenciado da psicose pós-parto, que apresenta aspectos distintos.

Ao se identificar uma paciente com quadro de depressão pós-parto, pode-se observar a presença de transtornos de ansiedade generalizada e de pânico que podem representar uma piora dramática do prognóstico da paciente.

A prevalência da depressão pós-parto varia de 5% a 9%, com um risco ao longo da vida de 10% a 25%, não havendo diferenças para a depressão menor. Embora esta prevalência seja a mesma da depressão em mulheres não grávidas, o início de novos episódios nas primeiras cinco semanas pós-parto é maior do que para mulheres não grávidas. Primíparas são particularmente de alto risco para doenças mentais (depressão unipolar, distúrbio bipolar, esquizofrenia) nos primeiros três meses e, especialmente, entre 10 e 19 dias pós-parto. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012 p. 271).

Estudos demonstram que os fatores socioeconômicos normalmente não influenciam na prevalência; entretanto, o curso da doença é melhor em culturas onde há maior suporte por parte da família estendida ou quando o apoio do companheiro é encorajado. (Ministério da Saúde, 2012).

Uma grande parte das puérperas desenvolve uma situação que pode ser confundida com a depressão pós parto: o blues pós-parto. Este corresponde a uma situação transitória caracterizada por alteração do humor, de leve a moderada intensidade, frequentemente rápida, que envolve sensação de tristeza, irritabilidade, ansiedade, diminuição da concentração, insônia, choro fácil e crises de choro. (Ministério da Saúde, 2012).

1. **FATORES DE ALTO RISCO**

Muitas gestantes estão susceptíveis ao desenvolvimento do quadro de depressão pós-parto. Dos fatores mais comumente encontrados, a história pregressa de depressão é o mais importante. Deve-se avaliar a presença de um histórico de doença (ou transtorno) bipolar, pois estes transtornos podem vir a ser um fator predisponente ao aparecimento da DPP.

A presença de crises conjugais podem provocar o risco desta patologia, sendo muito importante a identificação durante acompanhamento da paciente durante o período gestacional. Deve-se ressaltar a presença de violência contra a mulher, pois pode ser uma das causas do aparecimento da DPP.

A violência doméstica pode ser identificada como um fator predisponente ao risco da DPP, pois ela pode determinar repercussões sobre vários aspectos da vida da mulher na área social, com isolamento progressivo e dificuldades no trabalho na saúde, levando a diversos sintomas como dores abdominais, cefaléias e lombalgias, ou agravo de enfermidades preexistentes, desordem pós-traumática, distúrbios psicossomáticos e alteração do sono e associação com o uso de drogas lícitas ou ilícitas. (MATTAR et al., 2007).

Segundo Mattar et al, 2007 p. 471 Estima-se que um terço das mulheres agredidas sofrem depressão e que esta foi a responsável por cerca de um quarto das tentativas de suicídios entre as vitimizadas.

A gestante deve conduzir o processo gestacional o mais tranquila possível a fim de evitar eventos estressores anteriores que pode propiciar um problema futuro.

As deficiências no suporte familiar, de amigos, assim como afetivo ou financeiro do companheiro podem representar uma situação de risco.

Durante o planejamento familiar previamente a uma possível gestação a mulher deve ser orientada em relação ao planejamento do momento indicado na vida para engravidar, pois uma gestação não planejada pode ocorrer em uma mãe não preparada seja no aspecto físico ou psicológico gerando possibilidades de desenvolvimento de um quadro de DPP.

Quando a genitora realiza tentativas de aborto na gestação atual ou sofreu abortos espontâneos prévios, tem história de doença psiquiátrica familiar, tem dificuldade de relacionamento com sua mãe, é incapaz de amamentar, possui baixa renda, baixa escolaridade, é vítima de violência doméstica, apresenta antecedentes de hiperêmese gravídica, desenvolve irritabilidade uterina ou desordens psiquiátricas na gestação atual, assim como as que sofrem com fatores estressores relacionados ao cuidado do bebê, possuem um bebê com malformação congênita, apresenta personalidade introvertida ou histérica ou foi acometida com diabetes prévia ou gestacional, são mulheres com tendência a desenvolver o diagnóstico de DPP. (Ministério da Saúde, 2012)

Quando a mulher sofre um aborto, deve esperar em média 12 meses para engravidar de novo, pois a tendência de desenvolver depressão pós-parto nestes casos é maior do que quando comparadas com as que engravidaram após 12 meses.

1. **PATOGÊNESE**

Existe uma teoria que identifica a precipitação de uma depressão pós-parto devido a uma prolongada exposição aos esteroides ovarianos durante o processo gestacional. A mesma teoria salienta que o parto piora uma depressão pré-existente. A interação entre a susceptibilidade genética e os fatores estressores maiores, juntamente com as variações hormonais poderiam explicar a depressão pós-parto. Diversos hormônios como: estrógenos, progesterona, TSH, testosterona, colesterol, hormônio liberador de corticotropina e cortisol têm sido investigados. (Ministério da saúde, 2012).

Segundo Mattar et al, 2007 p.471

Muitos dos fatores relacionados ao desenvolvimento da DP já estão presentes durante a gravidez4. Estudos preliminares sugerem que o humor da puérpera no período pós-parto imediato pode predizer a ocorrência de depressão9, portanto pode-se detectar precocemente as mulheres com probabilidade de desenvolvê-la.

1. **DIAGNÓSTICO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS**

É caracterizada como depressão pós-parto toda depressão que inicie em até um ano após o parto, embora a definição de depressão pós-parto seja a de um episódio de depressão maior que se inicia nas primeiras quatro semanas após o parto, sendo utilizados os mesmos critérios para a depressão em pacientes não grávidas. (Ministério da saúde, 2012).

Segundo Mattar et al, (2007 p. 472)

Tendo em vista a importância do diagnóstico precoce da DP e a possível relação com a VD, tivemos como objetivos determinar a prevalência de mulheres com risco de DP, os fatores associados e se existe correlação com a VD ocorrida após os 15 anos de idade e na gravidez, em puérperas atendidas em um hospital localizado no município de São Paulo, na região Sudeste do Brasil, e que presta assistência ao funcionário público do Estado e seus dependentes.

As disfunções do sono e de sua privação trazem irritabilidade, perda de energia, cansaço, perda do apetite, alterações gastrointestinais e perda de libido e podem ser agravados quando a paciente desenvolve a DPP.

De uma forma geral, a mãe normalmente dorme ao mesmo tempo que a criança dorme devido horários seccionados de amamentação. Se a genitora apresentar insônia e não conseguir dormir no mesmo momento que seu bebê é um fator de atenção ao desenvolvimento da DPP , assim como a perda rápida de peso acompanhada da falta de apetite a perda do prazer em comer.

Várias situações podem ser indicadoras dos quadros de DPP. Na ansiedade significativa ou crises de pânico, a intensa irritabilidade ou fúria, os sentimentos de culpa, a sensação de estar sufocada, oprimida, de inadequação, de inabilidade para cuidar do bebê e de ser incompetente como mãe, assim como a não ligação com o bebê, com sentimentos de culpa e vergonha estas situações são identificadas.

A mãe normalmente não relata se sentir-se incapaz de cuidar de seu bebê, mas esta sensação de incapacidade, mesmo que ignorada por muitos, pode ser um dos indicativos do desenvolvimento de uma psicose puerperal.

Para análise da depressão pós-parto foram criados questionários que demonstram na prática maior eficácia na identificação de situações de risco do que a avaliação clínica que é realizada na maioria dos casos. As pontuações são de 1 a 30 sendo 12 indicativo de DPP.

A depressão pós-parto é uma condição clínica que apresenta difícil diagnóstico. Normalmente os casos são difíceis de serem identificados. Quando a paciente sofre com DPP, de uma forma geral, não gosta de se identificar por ser vista como doente mental ou como uma mãe incapaz.

É comum ocorrer um tipo de depressão paterna, o que pode vir a prejudicar a situação da puérpera, gerando dificuldade de vínculo dos pais com o bebê neste período, entretanto remissão da depressão pós-parto tem efeitos positivos sobre o recém-nascido. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Segundo Ministério da Saúde (2012, p. 274)

Um estudo evidenciou que mães com depressão tiveram, em 35% dos casos, filhos com desordens psiquiátricas (jovens na faixa etária compreendida entre 7 e 17 anos). O referido percentual diminui para 24% se as mães tiveram uma remissão da depressão pós-parto em 3 meses de tratamento versus 43% se não houve remissão.

1. **PROGNÓSTICO**

Os casos identificados de DPP na maioria das vezes evoluem positivamente seja espontaneamente ou sob tratamento, mas em alguns casos pode-se tornar uma patologia crônica.

1. **TRATAMENTO**

Para atingir um resultado mais eficaz no tratamento da DPP deve-se dar atenção aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Os aspectos biológicos se referem à promoção de sono adequado, farmacoterapia e eletroconvulsoterapia. Já os aspectos psicológicos referem-se à psicoterapia individual ou de grupo. Por sua vez, os aspectos sociais referem-se às situações familiares desfavoráveis e à falta de informação e educação sobre as alterações de humor no puerpério, assim como os estressores econômicos, que podem ser direcionados às redes sociais pertinentes. ( MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Inicialmente o paciente deve ser observado tendo como referência inicial os fatores psico sociais, levando em conta as condições do paciente em questão. As medicações só devem ser recomendadas na presença de agravamento do quadro clínico.

O trabalho psicossocial envolve tipos diferenciados de terapia. A psicoterapia individual é largamente utilizada e envolve caracterização especializada do processo tendo em vista as características individuais da puérpera. A eficácia da terapia comportamental cognitiva tem sido demonstrada com resultados semelhantes aos do tratamento farmacológico.

A terapia de grupo por envolver gestantes muitas vezes com a mesma condição clinica e psico social torna o tratamento mais eficaz promovendo um maior suporte, pois a paciente troca experiências com outras mulheres com experiências similares, psicoeducação, a possibilidade de desfazer crenças irracionais, exploração de recursos da comunidade, foco na comunicação e habilidades para resolver problemas, envolvendo o companheiro e os membros da casa como forças de trabalho. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

É importante que exista apoio da família e do companheiro para que o tratamento da depressão pós-parto seja eficaz e mais precoce.

Muitos autores mantêm as mesmas formas de tratamento seja nos casos de DPP e nos não gestacionais.

Segundo ministério da saúde (2012, p. 275), se a depressão pós-parto é uma recidiva de uma depressão prévia, deve-se retomar o uso da medicação anteriormente utilizada se ela era eficaz e bem tolerada.

Segundo Ministério da Saúde (2012, p. 275)

Um grande número de estudos clínicos e revisões sistemáticas têm concluído que os resultados clínicos, a qualidade de vida e os custos ainda não produziram evidências claras para produzir protocolos clínicos para a escolha de antidepressivos, como inibidores seletivos da recaptação de serotonina (SSRI), tricíclicos ou heterocíclicos. Um único ensaio clínico randomizado e controlado que comparou a sertralina com a nortriptilina para depressão pós-parto não encontrou diferenças significativas na redução dos sintomas e nas melhorias no funcionamento em geral. A principal razão do uso de SSRI como primeira escolha em atenção primária à saúde é devido à baixa severidade dos efeitos colaterais e ao menor risco de overdose.

Existe o risco de se desenvolver tendência de suicídio no início da terapia medicamentosa estando a equipe de saúde altamente atenta às condições individuais da paciente em tratamento.

As gestantes que fizeram uso de medicações antidepressivas ao longo da gestação devem ser monitoradas cuidadosamente no puerpério, pois pode ocorrer exacerbação dos sintomas e também ocorrem mudanças na farmacodinâmica que podem necessitar de ajustes posológicos ou troca de medicações.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Normalmente não se indica a suspensão da amamentação no uso de medicações anti depressivas na puérpera pois as vantagens da amamentação para o bebê superam os riscos que poderiam advir do uso destas medicações.

Apesar destas estimativas deve-se dedicar atenção às drogas de efeitos desconhecidos para que não ocorra complicação do quadro.

Segundo ministério da Saúde, 2012 p. 275:

A Academia Americana de Pediatria (AAP) classifica este grupo de “drogas cujos efeitos são ainda desconhecidos, podendo ser preocupantes”. Entretanto, os dados sobre seu uso na lactação vêm aumentando rapidamente. Além disso, há poucos relatos de efeitos adversos no bebê. Sobre o efeito a longo prazo, ainda não há muitos estudos.

Muitos autores indicam a fluexetina e a sertralina para tratar casos de DPP, sendo este último mais indicado em genitoras que estão amamentando, porque é quase indetectável no nível sérico do bebê o que não ocorre com a fluexetina.

Segundo Ministério da Saúde (2012 p. 275), a Fluoxetina atualmente é a droga com mais estudos de uso na gravidez e na lactação. Entretanto, ainda não há dados suficientes para uma conclusão definitiva sobre sua segurança.

Quando a puérpera é tratada pode vir a ocorrer sintomas no bebê, como cólicas, irritabilidade, hiperatividade, choro fácil e alterações no peso. Ao suspender o uso da medicação os sintomas desaparecem ser deixar sequelas.

A Paroxetina e o Citalopran podem ser detectadas no leite materno, mas normalmente não causam efeitos adversos. Pode ocorrer alteração no sono de bebês, correlacionado com níveis séricos altos, que melhoraram com a diminuição da dosagem. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Se não houver uma boa resposta aos SSRI ou se já tiver sendo previamente utilizado pela gestante pode-se indicar o uso dos Antidepressivos tricíclicos.

Os relato de efeitos adversos pela exposição de amitriptilina, nortriptilina, imipramina, desipramina ou clorimiprimina não foram identificados neste levantamento bibliográfico.

9.1 Medidas preventivas

As gestantes devem ser questionadas em relação aos sintomas de DPP na revisão pós-parto, em especial às que tiveram depressão pós-parto ou depressão prévia, incluindo questões sobre alterações do humor, sono, apetite, prazer e sentimentos em relação aos seus bebês. Esta atitude serve para detectar precocemente a depressão pós-parto e evitando importantes sequelas à saúde física e mental do bebê oriundas das dificuldades de vínculo e do apego mãe-bebê. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Segundo Ministério da saúde, (2012 p. 276)

O risco de depressão pós-parto é alto (25%) em mulheres com histórico de depressão e especialmente alto quando há histórico de depressão pós-parto (50%). Há fortes evidências de que o aconselhamento e a intervenção pós-natal (que incluem suporte psicossocial e estratégias educativas por profissionais treinados, em grupo ou individualmente, para mulheres com depressão) diminuem os sintomas depressivos e a depressão (grau de recomendação B).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através da releitura bibliográfica concluímos que a depressão pós-parto acomete mais puérperas adolescente, sendo uma em cada duas mães, fatores podem estar associados: de maturidade física e mental para assumir tal responsabilidade.

Os fatores que favorece a desencadeamento da DPP na adolescência são as condições precárias socioeconômicas e não aceitação da gravidez. Baixa escolaridade, faixa etária menor que 16 anos, baixo alto estima, complicação na gestação durante o pré-natal, variação nos níveis de hormônios estrogênio e progesterona, alteração no metabolismo das catecolaminas, predisposição genética, doenças psíquicas.

A equipe de enfermagem é muito importante para o diagnostico, pois são os profissionais que possuem maior contato diário com a puérpera antes do recebimento da alta. Por isso é de extrema importância estar sempre atento aos sinais e sintomas, podendo assim juntamente a equipe multiprofissional iniciar mais rápido o tratamento, evitando a evolução do quadro. Para que os sinais e sintomas sejam amenizados é necessária sempre a presença dos Familiares e do bebe para que a paciente aos poucos comece a ter controle emocional e aceite sua condição de mãe.

**REFERÊNCIAS**

ANDRE, F.; SANTOS, A.; BARROS, C.; et al, **Emoções em saúde.** ISBN São Paulo, 2010 (p. 978-989).

MATTAR, R. ; SILVA, E, Y. K. ; CAMANO, L. et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **RevBrasGinecol Obstet.** São Paulo**,** 2007, p.470-477.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Cadernos de atenção básica**: Atenção ao pré-natal de baixo risco**.** Brasília-Df. (2012, p. 01-319).

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. Depressão Puerperal: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Minas Gerais, 2005 (p. 231-238). Disponível em: < https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/880/1053>. Acesso em: 15. Out. 2012.