



CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JOSELAINÉ RODRIGUES DE ALMEIDA

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
A IMPORTÂNCIA DO DIAGNOSTICO PRECOCE**

**Apucarana
2017**

JOSELAINÉ RODRIGUES DE ALMEIDA

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
A IMPORTÂNCIA DO DIAGNOSTICO PRECOCE**

Trabalho de conclusão de curso a ser apresentado ao Curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade de Apucarana-FAP, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Enf^a Esp. Rita de Cassia Ravelli.

**Apucarana
2017**

JOSELAINÉ RODRIGUES DE ALMEIDA

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
A IMPORTÂNCIA DO DIAGNOSTICO PRECOCE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharel em Enfermagem da Faculdade de Apucarana – FAP, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, com nota final igual a _____, conferida pela Banca Examinadora formada pelos professores:

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Esp. Rita de Cassia R. Ravelli
Faculdade de Apucarana.

Prof. Esp. Daniela C. W. Teixeira
Faculdade de Apucarana.

Prof. Esp. Lilian Ferreira Domingues
Faculdade de Apucarana.

Apucarana, ___ de _____ de 2017.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por guiar meus passos ao longo dessa trajetória, me ajudando a superar os momentos difíceis e proporcionando uma série de bons momentos com pessoas queridas que tive oportunidade de conhecer e que jamais esquecerei.

Aos meus pais Irene e João por todo incentivo e amor que sempre tiveram comigo em toda minha vida.

Aos meus filhos João Victor e Luis Gustavo por toda compreensão e apoio nos momentos e horas ao qual deixo de dedicar á eles para me dedicar aos meus estudos.

As minhas amigas de graduação Aline Telles e Talita Schuindt que me apoiaram com seus conselhos, e sempre me incentivando dizendo que eu iria conseguir.

A minha orientadora e amiga, Professora Enfermeira Rita de Cássia Ravelli, por todas as oportunidades que ela me proporcionou, pelos conselhos, pela orientação deste trabalho e pela confiança depositada que muito significaram para minha formação.

Aos pacientes ao qual pude cuidar ao longo desses 10 semestres, a eles, meu reconhecimento, pois muito contribuíram no meu aprendizado e para minha formação acadêmica.

Um dia uma criança chegou diante de um pensador e perguntou-lhe: “Que tamanho tem o universo?”. Acariciando a cabeça da criança, ele olhou para o infinito e respondeu: “O universo tem o tamanho do seu mundo”. Perturbada, ela novamente indagou: “Que tamanho tem meu mundo?”. O pensador respondeu: “Tem o tamanho dos seus sonhos”.

Se seus sonhos são pequenos, sua visão será pequena, suas metas serão limitadas, seus alvos serão diminutos, sua estrada será estreita, sua capacidade de suportar as tormentas será frágil. Os sonhos regam a existência com sentido. Se seus sonhos são frágeis, sua comida não terá sabor, suas primaveras não terão flores, suas manhãs não terão orvalho, sua emoção não terá romance. A presença dos sonhos transforma os miseráveis em reis, faz dos idosos, jovens, e a ausência deles transforma milionários em mendigos faz dos jovens idosos. Os sonhos trazem saúde para a emoção, equipam o frágil para ser autor da sua história, fazem os tímidos terem golpes de ousadia e os derrotados serem construtores de oportunidades.

Sonhe!

(Augusto Cury)

ALMEIDA, Rodrigues Joselaine. **Depressão pós-parto: A importância do diagnóstico precoce.** Trabalho de Conclusão de Curso(Monografia). Graduação em Enfermagem da Faculdade de Apucarana. FAP. Apucarana-Pr. 2017.

RESUMO

Trata-se, de um estudo quantitativo do tipo revisão bibliográfico ou literatura, que será realizado num contexto de conhecimento prévio sobre o assunto ou o tema a ser investigado. O objetivo do estudo é servir como base ou fundamentação para um estudo maior de uma determinada área de conhecimento, podendo proporcionar aos leitores o conhecimento os estudos antecedentes já realizados pelo tema, o que facilitara sua compreensão, e esclarecera a importância para um novo estudo. Para a coleta de dados, foram selecionadas publicações fazendo uso da Rede de Computadores como ferramenta de acesso e busca na base de dados da SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência de Saúde) e BDENF (Banco de Dados em Enfermagem), a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). As publicações foram coletadas e analisadas durante os anos de 1993 á 2016.

Palavras - chaves: Depressão pós-parto, Depressão puerperal, depressão na gestação.

ALMEIDA, Rodrigues Joselaine. **Postpartum depression: The importance of early diagnosis**. Course Completion Work. Graduation in Nursing of the Faculty of Apucarana. FAP.Apucarana-Pr. 2017.

ABSTRACT

This is a quantitative study of the type literature review or literature, which will be carried out in a context of prior knowledge about the subject or subject to be investigated. The objective of the study is to serve as a basis or foundation for a larger study of a certain area of knowledge. It can provide readers with the knowledge of the previous studies already done by the subject, which facilitates their understanding and clarifies the importance of a new study. For data collection, publications will be selected using the Computer Network as a tool to access and search the Scientific Electronic Library Online (SCIELO) database, LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Science) and BDENF (Nursing Database), from the Virtual Health Library (VHL). The publications will be collected and analyzed during the months of 1993 to 2016.

Keywords: Postpartum depression, Puerperal depression, pregnancy depression.

LISTA DE QUADROS

Quadro1-.....	31
---------------	----

LISTA DE SIGLAS

- DPP** Depressão pós-parto.
- PSF** Programa saúde da família.
- ESF** Estratégia saúde da família.
- OMS** Organização Mundial de Saúde.
- DP** Depressão puerperal.
- SUS** Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	11
2.OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivo geral.....	12
2.2 Objetivo específico.....	12
3 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA.....	13
3.1 Depressão pós-parto: elementos causais.....	13
3.2 Dificuldades que a gestante encontra durante o processo de gestação.....	16
3.3 Transtornos associados à depressão pós parto.....	18
3.3.1 Disforia puerperal.....	18
3.3.2 Transtornos ansiosos.....	19
3.4 A modernização do parto e acompanhamento no processo pós- parto.....	19
3.5 Depressão pós parto (DPP)	22
3.6 Diagnóstico.....	23
3.7 Sinais e sintomas.....	24
3.8 Papel da enfermagem na prevenção e enfrentamento da DPP.....	24
4 METODOLOGIA.....	27
4.1 Delineamentos do estudo.....	27
4.2 Seleções dos artigos.....	27
4.2.1 Critérios de inclusão.....	27
4.2.2 Critérios de exclusão.....	28
4.3 Instrumentos de coleta de dados.....	28
4.4 Fluxograma.....	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	31
6 CONCLUSÃO.....	34
REFERENCIAS.....	35
ANEXOS.....	38
APENDICE A.....	38

1 INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto é encontrada nas literaturas como sendo um distúrbio psicológico relativamente frequente nas gestantes e puérperas, pelo fato de se encontrarem em um período de grande instabilidade emocional (AMORIM, S.P.T.2010).

Essas fases são marcadas por um período rico e intenso de vivências emocionais para a puérpera. As transformações do corpo, as mudanças hormonais, a adaptação ao bebê, a amamentação, a nova vida, as noites mal dormidas, a carência afetiva, uma menor atenção à mãe e um menor apoio familiar e social nesse período de adaptação e de grandes exigências e todas as outras modificações, tornam a mulher mais vulnerável a desencadear um transtorno mental (AMORIM,S.P.T.2010).

De uma forma geral, normalmente é caracterizada uma depressão pós-parto toda depressão que inicia nas quatro primeiras semanas até um ano após o parto. Os demais critérios que definem a patologia são os mesmos para a depressão em pacientes não gestantes (Ministério da saúde, Brasil 2012).

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

A DPP acontece em todo o mundo, segundo a região e o instrumento de mensuração, sua incidência varia de 10% a 20%, na proporção de um caso para 1000 mães. No Brasil, a última publicação, de base populacional sobre o tema, realizada em Pelotas-RS, com 410 mulheres, divulgada em 2006, destacou uma prevalência de 19,1%. Outra publicação anterior, desenvolvida em São Paulo-SP, em 2005, identificou uma prevalência de 37,1% em uma amostra de 70 puérperas. (SILVA; ARAUJO; ARAUJO et al. 2010 p.412).

Desta forma devido às informações este trabalho tem como propósito salientar a importância à precisão publicações de trabalho sobre a DPP na Estratégia Saúde da Família (ESF), ou seja, na Rede Primária de Atendimento, visto que há uma escassez na literatura científica. Encontra-se uma variedade de material bibliográfico anexo ao tema de maneira a abordar os sintomas, conceitos,

epidemiologia, porem poucos materiais que abordem a importância do diagnostico precoce da patologia discutida deste trabalho.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a produção científica brasileira sobre a importância do diagnostico precoce da depressão pós-parto no período de 1993 á 2016.

2.2 Objetivos Específicos

Realizar levantamento sobre depressão pós-parto em publicações científica.

Realizar o levantamento identificando os efeitos e causas da depressão durante a gestação e puerpério.

Identificar levantamento de sinais, sintomas, prevenção e orientação para tratamento de depressão pós-parto.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

3.1 Depressão pós-parto: elementos causais

Segundo Guedes-Silva, Souza e Moreira (2003) a depressão pós-parto é uma condição que afeta 10% a 15% das mulheres no pós-parto e atinge tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento de seu filho.

A manifestação desse quadro acontece, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses.

A sintomatologia mais comumente apresentada consiste em desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas.

Os autores Lai e Huang em um estudo realizado no ano de 2004 apontaram diversos pontos para esta multifatorialidade, foram eles:

- Pouca idade da mãe;
- O fato da mãe não estar casada;
- Parceiro desempregado;
- Grande número de filhos;
- Baixo peso do bebê;
- Gravidez indesejada;
- Alimentação do bebê direto na mamadeira;
- Desemprego após a licença maternidade;
- Morte de pessoas próximas;
- Separação do casal durante a gravidez;
- Antecedentes psiquiátricos anteriores ou durante a gravidez;
- Tristeza constante, especialmente na parte da manhã e/ou à noite; -

Sensação de que não vale a pena viver e de que nada de bom vem pela frente.

Cerca de 60% das mulheres revelam distúrbios emocionais de curta duração logo após o parto, rompendo em prantos sem razão alguma ou se

preocupando com sua falta de habilidade nos cuidados para com o bebê e também falta de conhecimento (DALLY; HARRINGTON, p.170 1978).

Entretanto, é preciso levar em consideração primeiramente o aspecto emocional que passa a gestante isso no período que antecede o parto e todo o seu envoltório.

Geralmente, as mulheres que não possuem uma estrutura familiar muito desenvolvida acabam sendo muito prejudicadas, e isso faz com que aumente as possibilidades de haver o problema da depressão pós-parto, que é muito mais comum que a maioria das pessoas imaginam.

Mulheres que não tem mais o parceiro, por exemplo, são as que mais apresentam a possibilidade de enfrentar o problema de desenvolverem a depressão pós-parto, isso porque as gestantes necessitam muito do apoio da figura do pai da criança, e quando essa por algum motivo falta, a gestante perde o seu principal agulho.

Claro que os pais também apresentam grande auxílio a gestante, todavia, os laços afetivos com o pai da criança possui um peso muito grande para a mulher, isso sem falar que a mulher pensa no futuro, em como irá cuidar.

A gestante precisa do pai da criança principalmente em relação ao período em que a mesma permanece no hospital, essa é uma questão muito importante, sendo que existem muitos casos onde o relacionamento dos pais acaba antes do nascimento, e a mulher passa o período de gestação completamente sozinha, o que é uma situação muito difícil de ser enfrentada.

As mudanças que a mulher ganha em seu corpo também é um fator que pode contribuir muito para que as gestantes após o parto desenvolvam uma depressão, uma vez que, são alterações muito significativas, e a mulher se sente geralmente muito mais feia do que realmente é.

Existe também a questão social que cada vez mais apresenta um peso sobre a mulher, que é o preconceito contra as mulheres que são mães solteiras, sendo que a sociedade de uma maneira geral ainda não aceita o fato de uma mulher não ter um parceiro único, essa é uma questão de extrema importância a ser debatida

O preconceito é um problema grave e as mulheres sabem como existem pessoas que não aceitam esse tipo de situação, como se a condição da puérpera

fosse um problema social e não individual como de fato é, algo que mentalmente afeta o psicológico da mulher.

O fato de ser mãe em uma idade muito jovem também é uma questão que causa uma série de dificuldades para a futura mãe, isso pelo fato de que existem muitos casos nessa faixa etária em que a gestante não planeja a gravidez, com isso, passam a pensar em quantas coisas poderiam fazer no futuro e que serão impedidas pela criança.

Realmente a mulher precisa ter uma sensação de segurança em um momento tão complexo como é a gravidez, e quando a mesma não possui, é mais do que comum que a mesma passa a se preocupar mais a ponto de desenvolver a depressão

Outro problema é uma questão trabalhista, sendo que as gestantes necessitam trabalhar muito, até mesmo o período mais próximo a data do parto, sendo que as mulheres sabem que possuem apenas seis meses para ficarem com os filhos.

A situação trabalhista das gestantes pode sim contribuir com o processo de depressão pós-parto, uma vez que, nem sempre as mulheres estão preparadas para essa separação, mesmo que por um pequeno período de tempo dos seus filhos.

Muitas vezes as gestantes não possuem mais condições de trabalho, independentemente do trabalho que as mesmas realizam e precisam permanecer em suas casas para repouso, os esforços que essas mulheres realizam também contribuem muito para atrapalhar a gravidez, de maneira que esse público alvo deveria ser mais beneficiado, vale lembrar que hoje a mulher tem uma rotina cansativa, com duplas ou triplas jornadas, e quando ela engravida continua com isso, o que causa sobrecarga musculoesquelética muito grande (DEL PRIORI, 1993).

Sendo assim, é muito difícil para as gestantes terem que ir ao médico com tanta constância, principalmente devido à necessidade de justificarem sua ausência do trabalho, pelo simples fato de que não estão mais em condições de trabalhar, algo que, inclusive os empregadores também precisam mostrar uma sensibilidade um pouco maior (DEL PRIORI, 1993).

Existem também ocasiões em que os pais não querem ter o filho, principalmente o homem, e essa é uma grande preocupação para a mãe, que muitas vezes recebe a pressão de terem até mesmo que abortar, com toda essa falta de apoio, mais do que normal que desenvolva o problema da depressão pós-parto.

Os pais também quando não aceitam o fato de a filha ou a namorada do filho terem engravidado, podem também causar grande pressão sobre as futuras mães, sendo que em nada contribuem com a formação de um ambiente favorável para as mulheres, podendo também ser um fator que estimule a depressão pós-parto.

3.2 Dificuldades que a gestante encontra durante o processo de gestação

As mudanças no corpo da gestante são nítidas, todavia, o aumento do tamanho da barriga não representa a única dificuldade que as mulheres possuem, existem uma série de efeitos colaterais que causam uma série de desconfortos (RIESCO, 2002).

De acordo com Riesco (2002) é claro que existe uma série de diferenças, uma vez que, nenhuma gestação é igual, nem mesmo numa mesma pessoa, isso quer dizer que cada mulher reage à gestação de uma maneira diferente.

Dores abdominais de baixo ventre são muito comuns entre as gestantes, podendo ser intensas e agudas, como é o caso das cólicas, enquanto que outras mulheres sentem apenas dores menores, ou ainda algum tipo de desconforto (RIESCO, 2002).

Dores na gravidez é uma conseqüência inevitável. No início da gestação, as dores podem ser um pouco assustadoras. As cólicas, dores nas costas. Até a 10ª semana da gravidez, essas dores podem ser hormonais e de expansão do útero (MOREIRA, 2006).

O intestino, o estômago, o fígado e até mesmo o coração vão se ajustando de forma diferente da original para dar espaço ao útero e ao bebê. Por isso, dores na barriga durante a gravidez são comuns e dependendo da sua sensibilidade a elas, pode-se tornar motivo de queixas para o médico. Dores na gravidez *são passageiras* e podem ir e vir conforme o bebê vai crescendo e a gestação avança (MOREIRA, 2006. p. 52).

Segundo a concepção de Moreira (2006) existem também as pontadas vaginais geralmente são sintomas de infecção no trato urinária, que são absolutamente comuns entre as gestantes, porém, em caso de gestação de risco, essas pontadas vaginais podem significar a contração ou mesmo um aborto espontâneo.

Outra dor que também é comum é a dor característica da síndrome do túnel de carpo, que acomete o nervo do braço, do antebraço mais especificamente. Existem mulheres que até mesmo perdem a força na mão por conta dessa síndrome que é infelizmente comum entre grávidas. Como tratamento, o médico ginecologista pode recomendar desde fisioterapia até medicamentos específicos para gestantes (ARENDDT, 1993).

É importante lembrar que dores abdominais e no baixo ventre são comum no período gestacional, o anormal nesse caso é sentir vontade excessiva de fazer xixi, sentir dores e expelir apenas uma pequena quantidade de urina, caracterizando uma infecção urinária (ARENDDT, 1993).

Para Arendt (1993) as mulheres também sentem muitas dores nas costas, provocadas por pontadas geralmente acompanhadas por falta de ar, que são agravadas nos períodos de calor intenso, especificadamente no verão, o que causa um desgaste ainda mais contundente nas gestantes.

Em relação às dores nas pernas, esse também é um sintoma absolutamente comum nas gestantes, o que ocorre é um inchaço devido à má circulação, por essa razão, é que os obstetras recomendam que as gestantes pratiquem um mínimo de exercícios moderados associados a uma dieta balanceada e ingestão de líquidos (SIMÕES, 1997).

Também há de se considerar a hipertensão arterial, patologia frequente entre as gestantes, provocada pela má circulação sanguínea, tanto que se a gestante não tomar cuidado pode-se evoluir para uma gestação de risco, devido à eclampsia, que é ao mesmo tempo muito comum e também perigosa para o bebê (SIMÕES, 1997).

De acordo com Simões (1997) a gestante precisa ser monitorada mesmo depois de já ter efetuado o parto, especialmente durante as quarenta e oito horas após o mesmo, isso por que esse é um período de tempo em que a mulher ainda se encontra em reabilitação.

As dores nas mamas também causam uma série de dificuldades para as gestantes. Não é só durante a amamentação que as mamas crescem, no primeiro trimestre é comum que as mamas fiquem mais doloridas, até mesmo com a liberação maior do hormônio prolactina. (WALDOW, 2001).

O peso também é um fator importante para essa dor na medida em que o aumento do tamanho e a densidade causam maiores desconfortos. Uma possibilidade de prevenir essa eventualidade, isso no terceiro trimestre, é a utilização de um sutiã adequado, com melhor sustentação e alças e laterais mais largas (WALDOW, 2001).

De acordo com Waldow (2001) as mulheres também sentem dores na virilha e na bacia durante a gravidez, isso porque, seu corpo produz um hormônio chamado relaxina, que torna mais elásticos os ligamentos na pelve e em outras articulações. O objetivo é ajudar a passagem do bebê na hora do parto.

Além disso, na gravidez, sua postura e sua força muscular se modificam, assim como a movimentação nos lados direito e esquerdo da pelve, trata-se de uma preparação do corpo das mulheres para o momento do parto, com tudo isso, as articulações, os ligamentos e os músculos da região pélvica acabam sendo muito pressionados, causando um grande esforço para as mulheres (WALDOW, 2001).

3.3 Transtornos associados à depressão pós-parto

3.3.1 Disfória puerperal

Na década de 1960, pesquisadores descreveram uma condição chamada disfória puerperal (*maternity blues* ou *postpartum blues*). Eles observaram que, após alguns dias do parto, grande parte das mulheres apresentava choro com facilidade e que esse choro não tinha relação com sentimento de tristeza. Notaram que essas mulheres apresentavam empatia exacerbada e ficavam com sensibilidade excessiva à rejeição.

A disfória puerperal é considerada a forma mais leve dos quadros puerperais e pode ser identificada em 50% a 85% das puérperas, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados. Os sintomas geralmente se iniciam nos primeiros dias após o

nascimento do bebê, atingem um pico no quarto ou quinto dia do pós-parto e remitem de forma espontânea em no máximo duas semanas. Seu quadro inclui choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade e comportamento hostil para com familiares e acompanhantes.

Algumas mulheres podem apresentar sentimentos de estranheza e despersonalização e outras podem apresentar elação. Mulheres com disforia pós-parto não necessitam de intervenção farmacológica. A abordagem é feita no sentido de manter suporte emocional adequado, compreensão e auxílio nos cuidados com o bebê.

3.3.2 Transtornos ansiosos

O pós-parto tem sido identificado como um período de precipitação ou exacerbação dos transtornos ansiosos. Num recente estudo realizado em Recife, onde 400 puérperas foram 26 entrevistadas com a MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), foi observado que cerca de 30% delas apresentaram pelo menos um transtorno de ansiedade. Os mais prevalentes foram o transtorno de ansiedade generalizada (16,5%), a fobia social (11,2%) e o transtorno obsessivo-compulsivo (9,0%).

3.4 A modernização do parto e acompanhamento no processo pós-parto

No passado, o parto era algo muito mais individual, sendo que as gestantes não tinham o apoio que hoje possuem dos hospitais, de maneira que existiam e ainda existem, embora em uma escala muito menor as parteiras, que tiveram uma importância holística no passado, quando os hospitais não tinham a estrutura que possuem na atualidade (NASCIMENTO, 1997).

O parto e a preparação das gestantes como um todo obtiveram uma série de transformações, existe uma logística maior, inclusive tendo uma participação maior dos familiares, sendo que a gestante também necessita do apoio dessas pessoas, principalmente do pai da criança, e que o mesmo permaneça ao seu lado o maior tempo possível (NASCIMENTO, 1997).

De acordo com Nascimento (1997) em outras palavras, a importância do acompanhante é muito elevada, isso por que essa pessoa pode chamar o enfermeiro em qualquer momento de maior dificuldade, ajuda a criança a ser trocada, uma vez que, não são todas as vezes que as mulheres se recuperam depois do parto, principalmente quando se trata de uma cesariana e auxilia também a gestante já que está próxima.

As gestantes também passam por um momento de sensibilidade muito grande, isso por que não se trata de um processo dos mais simples, e isso faz com que uma pessoa estando próxima já fala com que as novas mães não se sintam tão sozinhas, a figura do acompanhante é muito relevante, inclusive deveria ser mais valorizada pelos hospitais que ainda não pensam dessa forma, estimulando a companhia nesse momento de transição da vida da pessoa, uma vez que, se trata de uma mudança emocional holística (TORNQUIST, 2003).

Atualmente as gestantes já não precisam mais ficar apenas deitadas em seus leitos após o parto, por um longo período de tempo, elas podem caminhar, podem tomar banho sozinhas, realizar sua higienização pessoal tranquilamente, se alimentam muito melhor, esse é apenas um pouco do ganho que as mulheres ganharam (TORNQUIST, 2003. p. 71).

Também é fundamental relatar a importância que possui o parto humanizado, que representa um número mais elevado de pessoas, acima de tudo de profissionais em volta da gestante no momento da realização do parto (TORNQUIST, 2003).

Para Moreira (2006) primeiramente, todos os partos precisam ser humanizados, não somente a cesariana ou o parto normal, Uma importante questão a ser esclarecida é que o termo "Parto humanizado" não pode ser entendido como um "tipo de parto", onde alguns detalhes externos o definem como tal, como o uso da água ou a posição, a intensidade da luz, a presença do acompanhante ou qualquer outra variável. A Humanização do parto é um processo e não um produto que é entregue pronto para o uso das gestantes.

A gestante durante o parto fica com o psicológico muito abalado, se assustando com uma série de detalhes, principalmente para as mulheres que estão grávidas pela primeira vez, o que acontece com muita frequência na gravidez da

adolescência, inclusive a depressão pós parto nesses casos é algo muito possível (MOREIRA, 2006).

Os procedimentos aos quais as gestantes passam hoje no processo de parto são muito mais enriquecidos, beneficiando muito a mesma, a orientação, ou melhor, o numero de informações é muito mais elevado, as mulheres conhecem de antemão as etapas cujas quais, atravessarão durante o nascimento da criança (MIOTO, 2005).

Depois da orientação e preparação das gestantes, o médico ao mesmo tempo em que, ele realiza a cirurgia, ele dialoga muito com a gestante, dizendo tudo o que esta e estará sendo realizado, tranquilizando a gestante, isso por que enquanto a mulher não vê a criança ao seu lado ela não consegue ficar calma (MIOTO, 2005).

Segundo Diniz (2005) o ponto intradérmico também merece destaque pelo fato de o organismo não rejeitar o mesmo, uma vez que, o fio normal de sutura algumas vezes é interpretado como um corpo estranho, de maneira que o intradérmico é absorvido pelo corpo, não causando nenhum tipo de reação ao corpo da gestante, o que é um fator muito positivo.

Os profissionais que atuam no setor de centro cirúrgico estão muito mais bem preparados, inclusive pelo fato de que os hospitais estão exigindo dessas pessoas uma formação muito mais enriquecidas, e não apenas dos médicos que realizam o parto, e sim, de todas as pessoas que estão a sua volta, um exemplo é os enfermeiros, que precisam conhecer os procedimentos da mesma forma que os médicos (DINIZ, 2005. p. 71).

Principalmente por que esses mesmos médicos não estarão em volta da gestante durante muito tempo depois do parto, e em um momento de emergência a atuação do enfermeiro é fundamental, sendo que existem casos em que a mulher sofre hemorragias e quem deve estancar a mesma e solucionar esse tipo de problema são os enfermeiros, que atualmente passam uma quantidade de tempo muito maior ao lado das mulheres, um ganho muito positivo em relação à qualidade dos partos na atualidade (ALMEIDA, 2003).

Os materiais que os profissionais da saúde possuem para auxiliar as gestantes na hora do parto e no período depois a ele são muito mais desenvolvidos na atualidade, como é o caso das anestésias, das luvas, da maca, da estrutura do

centro cirúrgico, enfim, não é a toa que os índices de mortalidade infantil vêm caindo drasticamente se comparado com as décadas passadas (ALMEIDA, 2003).

3.5 Depressão pós-parto (DPP)

A depressão pós-parto trata-se então, de um quadro depressivo com uma alta incidência e que pode trazer consequências tanto para as mães como para as crianças. Muitos países já reconheceram a depressão pós-parto como um importante problema que afeta a população feminina e como uma forma de intervenção, foram criadas organizações que esclarecem e orientam as mulheres sobre essa doença (SILVA *et al* 1998).

Zanotti *et al* (2003) afirma que na fase puerperal a mulher encontra-se exposta a maiores riscos de aparecimento de transtornos mentais em relação a outras fases da vida, uma vez que as suas defesas tanto físicas quanto psicossociais são direcionadas à proteção e vulnerabilidade do bebê.

Meredith e Noller (2003) apontaram o fato de que mães com DPP têm estilo de apego considerado inseguro em relação às mães que não apresentam DPP, assim como vêem seus filhos como mais difíceis de lidar, mais lentos, exigentes e não adaptados. Na relação das mães com seus bebês, as mães com DPP mostraram níveis de hostilidade maior na interação com seus filhos, apresentando maior rejeição, negligência e agressividade quando lidam com seus filhos.

A DPP não é difícil de ser diagnosticada, porém, muitas vezes, não é detectada pela equipe de enfermagem ou pelo obstetra em um primeiro momento, por conta dos sintomas iniciais poderem ser confundidos com o período de ajustamento emocional pós-parto da puérpera denominada tristeza pós-parto. No entanto um bom vínculo entre o profissional e a puérpera tende a favorecer ao diagnóstico precoce (ROCHA FL.1999).

Segundo Moreira (2006) a maior parte das DPP vai de leve à moderada, onde normalmente os pediatras e os obstetras têm dificuldade para diagnosticar. Muitas vezes, o diagnóstico não é feito por ser encarado como um problema social e não

médico, ou simplesmente pelo fato dos sintomas da depressão aparecerem após a alta hospitalar.

3.6 Diagnóstico

A dificuldade do diagnóstico de casos de DPP tem sido evidenciada seja pela falta de habilidade das mulheres em reconhecerem que algo não está bem seja pelos familiares que atribuem a mulher muitas responsabilidades não dando a elas suporte para executá-las ou ainda pelos profissionais de saúde que tem dificuldades para ouvir, ação que permite que as queixas das mulheres sejam explicitadas, ou ainda que as ouçam mas não sabem como ajudá-las ou encaminhá-las. Conforme Freire e Santos (2006), um fator de complicação muito comumente encontrado é a ausência de vínculo estabelecido com um profissional ou com algum serviço de saúde com recursos para ajudar a mulher que enfrenta algumas dificuldades psicológicas.

A falta de vínculo com os pacientes é um fato que impede aquele momento de ouvir o paciente quando ele quer falar. Escutar uma gestante é algo mobilizador, é uma forma de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, angústias, emoções, amores e desamores, é o desprendimento de si, durante esse ato, o sujeito se dispõe a conhecer o que talvez esteja distante de sua experiência de vida e, portanto exige um grande esforço para compreender e ser capaz de oferecer auxílio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Acredito que quando se tem mais tempo perto da paciente, a criação de vínculo que é estabelecida com a mesma, facilita a realização do trabalho. De acordo com Campos apud Schimith e Lima (2004), o vínculo entre profissional e paciente estimula a autonomia e cidadania, promovendo sua participação durante a prestação do serviço, ou seja, da assistência.

3.7 Sinais e sintomas

Muitos sintomas podem ajudar a identificar precocemente os casos de sofrimento psíquico nas mulheres, entre estes podemos destacar perturbação do

apetite e sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

3.8 Papel da Enfermagem na prevenção e enfrentamento da DPP

A Enfermagem tem papel fundamental na prevenção, promoção e manutenção da saúde.

A partir disso, evidencia-se a importância de uma assistência devida a essas puérperas, desde a sua transição para a maternidade, ou seja, do início de sua gestação até o puerpério, períodos estes, em que se apresentam várias alterações e transformações na vida da mulher.

De acordo com Ferreira e Nakamura (2006), o enfermeiro deve levar em consideração as transformações ocorridas durante a gestação e a forma de readaptação após o parto. Durante o pré-natal, faz-se necessário avaliar a auto-estima, a rede de suporte social e a satisfação das futuras mães, para que após o parto, estas tenham o suporte necessário e disponível para enfrentar as mudanças e necessidades em sua vida. Para Machado e Zagonel (2004), a transição para a maternidade deve ser antecipada e orientada pela enfermagem ainda no pré-natal, como enfoque primordial, pois à medida que as transições são antecipadas, a preparação para a mudança de papéis e prevenção aos seus efeitos negativos bem como os transtornos puerperais, pode ser empreendida desde os estágios iniciais da maternidade.

Vale lembrar, que para garantir qualidade na assistência prestada é fundamental a prática de humanização. Conforme o Ministério da Saúde (2006) é dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização.

Convém lembrar também, que um dos principais instrumentos para proporcionar uma assistência digna e de qualidade, é o acolhimento, sendo esse, um dos métodos para a prática da humanização no cuidado prestado. O

acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica na recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Franco, Bueno, Merhy (1999), relatam como etapa do conjunto do processo de trabalho que o serviço desencadeia na relação do profissional da saúde com o usuário, o acolhimento pode muitas vezes evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários estão submetidos, nas suas relações com o que os modelos de atenção constituem como verdadeiros campos de necessidades de saúde para si.

Diante disso, entende-se que é a partir das primeiras consultas de enfermagem no pré-natal, que o enfermeiro (a) deve ter um olhar mais amplo e intuitivo, para pode enxergar alterações que as vezes parecem estar subentendidas. Segundo o Ministério da Saúde (2006, p.32).

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. O acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério.

Desse modo, cabe ao profissional da saúde verificar as mínimas alterações seja no humor ou na integridade física das gestantes, para assim atentar à problemas futuros e garantir a prevenção e detecção precoce de transtornos psíquicos puerperais, neste caso a Depressão pós-parto.

Para Ferreira e Nakamura (2006) o apoio e a preparação durante a gravidez, assim como as devidas informações, contribuem para o aumento do bem estar da mulher no final da gravidez, evidenciando-se menor ocorrência de problemas psicológicos e de depressão no período pós-parto.

Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de trocas de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Durante o puerpério também é preciso atentar para algumas condutas e cuidados, de atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Na ausência da visita domiciliar ou em outras situações que se façam necessárias, a unidade de saúde deve criar mecanismos que permitam a comunicação com as gestantes faltosas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Outro subsídio para tranquilizar e promover segurança e bem-estar à paciente é a presença de um acompanhante no parto, amenizando sua ansiedade, medos e angústias. De acordo com 14 estudos científicos brasileiros e internacionais realizados com mais de cinco mil mulheres, as gestantes que contam com um acompanhante no parto e no pós-parto ficam mais tranquilas e seguras durante o processo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A presença do acompanhante no parto e pós-parto nas maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS) é garantida pela Lei 11.108, de abril de 2005. A permanência de um acompanhante junto à mulher no parto e pós-parto contribui ainda para reduzir a possibilidade da paciente sofrer de transtornos puerperais bem como depressão pós-parto, doença que hoje atinge cerca de 15% de todas as mães do mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A assistência ao pré-natal é o primeiro passo para o parto e o nascimento humanizado. O conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Diante disso, neste capítulo foi possível verificar e compreender os efeitos da DPP, bem como o papel da enfermagem na prevenção e enfrentamento desta patologia.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Tratou-se de um estudo de revisão bibliográfica ou de literatura que, de acordo com Polit, Beck, Hungler (2004) caracteriza-se como uma pesquisa de natureza quantitativa que será realizada num contexto de conhecimento prévio sobre o assunto ou o tema a ser investigado.

Revisão bibliográfica ou revisão de literatura servirá como base ou fundamentação para um estudo maior de uma determinada área de conhecimento, podendo proporcionar aos leitores o conhecimento dos estudos antecedentes já realizados pelo tema, o que facilitará sua compreensão, e esclarecerá a importância para um novo estudo.

4.2 Seleção dos artigos

Realizamos a escolha de estudos sobre o tema nos periódicos brasileiros de enfermagem no período de 1993 à 2016. Foram selecionadas publicações fazendo uso da Rede de Computadores como ferramenta de acesso e busca nas bases de dados da SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências de Saúde) e BDENF (Banco de Dados em Enfermagem), a partir da Biblioteca Virtual em Saúde(BVS). As publicações foram analisadas e coletadas durante os meses de junho de 2017 a novembro de 2017.

4.3 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão para as publicações analisadas foram definidas a partir dos artigos que abordam o tema: DEPRESSÃO PÓS PARTO; ELEMENTOS CASUAIS, DIFICULDADES QUE A GESTANTE ENCONTRA DURANTE O PROCESSO DE GESTAÇÃO, TRANSTORNOS ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PÓS PARTO, A MODERNIZAÇÃO DO PARTO E ACOMPANHAMENTO NO PROCESSO POS PARTO,

DEPRESSAO POS PARTO (DPP); nas bases de dados: SCIELO, LILACS e BDNF; publicados em português, inglês e espanhol, com resumos e textos completos; e livros publicados entre 1993 a 2016.

4.3.1 Critérios de exclusão

Já em relação aos critérios de exclusão, foram analisados e após excluídos os artigos que não abordavam os temas : DEPRESSÃO PÓS PARTO; ELEMENTOS CASUAIS, DIFICULDADES QUE A GESTANTE ENCONTRA DURANTE O PROCESSO DE GESTAÇÃO, TRANSTORNOS ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PÓS PARTO, A MODERNIZAÇÃO DO PARTO E ACOMPANHAMENTO NO PROCESSO POS PARTO, DEPRESSAO POS PARTO (DPP); que não estão indexados nas bases de dados SCIELO, LILACS e BDNF; artigos publicados em outro idioma que não o português, inglês e espanhol; com resumos e textos incompletos e com publicação anterior a 1993 e posterior á 2016.

Já citado na metodologia do estudo, foram encontrados 50 artigos, após a classificação dos mesmos de acordo com os critérios de exclusão estabelecidos e a repetição em algumas bases, a seleção parcial resultou em 25 artigos, 16 Indexados na base da SCIELO, 09 na base da LILACS, 00 na base da BDNF.

Ao analisarmos o dado tipo de estudo utilizado, em relação ao delineamento da pesquisa encontramos que 16 (60%) são pesquisas quantitativas e 09 (40%) são pesquisas qualitativas.

4.4 Instrumentos de coleta dados

Os dados coletados foram trabalhados com a elaboração de um roteiro em formato de quadro resumo para cada um dos artigos analisados.(APENDICE A),: ele conterà as seguintes informações:

- a) Identificação da publicação titulo do artigo e do periódico, autores, formação e instrução de atuação do principal autor, pais, idioma e ano da publicação;

b) Avaliação de estudos sobre tema “depressão pós-parto”, “depressão na gestação” e “depressão puerperal”, utilização da definição de depressão pós-parto”, “depressão na gestação” e “depressão puerperal”.

c) Características metodológicas do estudo: tipo de publicação/delineamento da pesquisa; objetivos do estudo.

4.4 FLUXOGRAMA - REFERENCIA UTILIZADAS E EXCLUIDAS DA ANÁLISE DE DADOS



FONTE: Autora da pesquisa, 2017.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicia-se a apresentação dos resultados do estudo com a descrição dos artigos encontrados, de acordo com o ano de publicação e a base de dados onde estão indexados (QUADRO 1).

Estudo	Base de Dados	Ano	Titulo do trabalho
01	SCIELO	2010	Adolescentes: maternidade, riscos e proteção Mães adolescentes desenhando e falando sobre suas interações familiares
02	SCIELO	2012	PORTARIA Nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012
03	LILACS	1993	Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil-Colônia
04	SCIELO	2005	Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento
05	SCIELO	2005	A HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO À PARTURIÇÃO
06	SCIELO	2009	HUMANIZAÇÃO DO PARTO
07	SCIELO	2012	A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura
08	SCIELO	2012	Esperando o futuro: a maternidade na adolescência

09	SCIELO	2006	O recém-nascido de alto risco: Teoria e prática do cuidar
10	LILACS	2012	Assistência de enfermagem na depressão pós-parto com enfoque aos fatores predisponentes
11	SCIELO	2006	HUMANIZAÇÃO NO PARTO
12	LILACS	2014	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DE ENFERMAGEM PARA PUÉRPERAS PRIMÍPARAS
13	LILACS	2008	O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PARTO HUMANIZADO
14	SCIELO	2012	PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO ATENÇÃO QUALIFICADA E HUMANIZADA
15	LILACS	1997	Vivenciando o processo do nascimento
16	LILACS	1997	Parturição: vivência de mulheres
17	SCIELO	2003	Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil
18	LILACS	2001	Cuidado humano
19	SCIELO	2007	Ações Humanizadoras na Assistência ao Parto: experiência e percepção de um grupo de mulheres em um hospital-escola
20	SCIELO	1997	Contribuição do cuidado de enfermagem à humanização da parturição
21	SCIELO	2013	DEPRESSÃO PÓS - PARTO: A importância do diagnóstico precoce
22	SCIELO	2005	Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil
23	LILACS	2013	DEPRESSÃO PÓS- PARTO
24	LILACS	2015	Depressão pós-parto, causas e consequências.
25	SCIELO	2012	Depressão pós-parto no âmbito da Estratégia Saúde da Família

Quadro1- Fonte autora do trabalho

Como já citado na metodologia do estudo, foram encontrados 25 artigos ou outros trabalhos indexados nas bases de dados consultadas. Desse total 16 artigos estavam indexados na base SCIELO, 09 na base LILACS, 00 na base BDEF. Esta seleção foi realizada seguindo os critérios de exclusão estabelecidos e a retirada de artigos constantes em mais de uma base. Os artigos selecionados foram publicados entre os anos de 1993 a 2016.

6 CONCLUSÃO

Considera-se que este estudo abre um campo para novas pesquisas, ao propor um perfil de risco para a falta do diagnóstico precoce, para as mães com DPP. Apoiando a implementação das atividades destinadas à resolução da falha no tratamento de uma doença que tem sido reconhecida como um problema de saúde pública. São necessários mais estudos para a validação e a avaliação do impacto da utilização desse perfil de riscos em ambientes clínicos reais, reforçando a necessidade de um trabalho de conscientização e análise de literaturas que abordem o tema DPP e também outras patologias no período gestacional e não gestacional da mulher, apontando a necessidade de estudos exploratórios. Acredita-se que tais resultados possam subsidiar outras produções científicas na área da Enfermagem e outras áreas do conhecimento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M. R. **Adolescência e maternidade**. Lisboa: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

AMORIM, S. P.T. **Tristeza Pós-Parto a Importância do Diagnóstico Precoce**. Ponte Lima, 2010.106f. Monografia (Conclusão de Curso) – Curso de enfermagem, Faculdade Fernando Pessoa.

ARENDDT, H.. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1993.

BALLONE, G.J in: FERREIRA M. J. P.; NAKAMURA E. K. **Depressão pós-parto**. Trabalho de conclusão de curso. Centro Universitário Campos de Andrade, p. 5, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília, 2006.

BRASIL **Ministério da Saúde 2012**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html>>. Acesso em: 06 jun. 2015.

DEL PRIORE, M. **AO SUL DO CORPO**: Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Olympio, RJ, 1993.

DINIZ, C. S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciência & Saúde Coletiva, 10(3): 627-637, 2005.

ENNING, C. **O parto na água**: Um guia para pais e parteiros. Co-autoria e tradução: Heinz Roland Jakobi. São Paulo: Manole, 2000.

GENTILE, F. P. **Associação entre a remuneração da assistência ao parto e a prevalência de cesariana em maternidades do Rio de Janeiro**: uma revisão e hipótese de Carlos Gentile de Mello. Caderno de Saúde Pública. 13(2): 221-223, 1997.

LAI J. Y., HUANG T. L. (2004). **Catatonic features noted in patients with post-partum mental illness**. Psychiatry Clin Neurosci, 58, 157-162.apud GUEDES. D. et.al Revista Mal-estar e Subjetividade / Fortaleza / v. iii / n. 2 / p. 439 - 450 / set. 2003.

Meredith, P. & Noller, P. (2003). Attachment and infant difficulty in postnatal depression. *Journal of Family Issues*, 24, 668-686. apud, SCHMIDT, E. et al. **Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil**. *Psico-USF*, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestante do SUS ganha direito a acompanhante no trabalho de parto. 2005.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias> Acessado em 09/10/2013.

MIOTO, C. T. **A Maternidade na adolescência: O problema em questão**. Rio de Janeiro: Serviço Social & Sociedade, n.º 83, 2005.

MIRANDA, Luzinete dos Santos Oliveira; ENCARNAÇÃO, Maria Olívia Acácio da. **Assistência de enfermagem na depressão pós-parto com enfoque aos fatores predisponentes**. 2012. 56 f. Monografia (Especialização) - Curso de Bacharel em Enfermagem, Universidade Salgado de Oliveira, Salvador, 2012

MOREIRA, K. P. **A humanização no parto: um estudo bibliográfico**. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5(3), 2006.

NASCIMENTO, O. M. L. **Vivenciando o processo do nascimento**. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, v. 6, n. 1, p. 157-167, 1997.

PETER, DALLY.; HEATHER, HARRINGTON. **Psicologia e Psiquiatria na Enfermagem**. E.P.U, São Paulo, p. 170, 1975

RIESCO, M. L. **Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 3, p. 685-698, 2002.

SANTOS MFS, MARTINS FC, PASQUALI L. **Escala de auto avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil**. *Revista Enfermagem UERJ* 1998; 6(1): 253-8.

SAÚDE, Ministério da; A Saúde, Secretaria de Atenção; ESTRATÉGICAS., Departamento de Ações Programáticas. **Gestação de alto risco: manual técnico**: / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde 2012,

SIMÕES, S. M. **Parturição: vivência de mulheres**. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, v. 6, n. 1, p. 168-180, 1997.

SILVA, ELDA TEREZINHA DA; BOTTI, NADJA CRISTIANE LAPPANN. **Depressão Puerperal – uma revisão de literatura**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 07, n. 02, p.231 – 238, 2005. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/700/769> Acessado em 20/10/2013.

SILVA EM, Sougney EB, Carvalho TFR, Bandim JM. **Depressão no pós-parto: aspectos clínicos e epidemiológicos.** Neurobiol 1998; 61(4): 107-14 apud Higuti PCP, Capocci PO. Depressão pós-parto. Rev Enferm UNISA 2003; 4: 46-50.

TORNQUIST, C. S. **Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil.** Caderno de Saúde Pública, v. 19, supl. 2, p. 419-427, 2003.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WEI, C.Y. **Ações Humanizadoras na Assistência ao Parto: experiência e percepção de um grupo de mulheres em um hospital-escola.** Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo 2007.

ZAGONEL, I. P.S. **Contribuição do cuidado de enfermagem à humanização da parturição.** Revista Cogitare Enfermagem, v. 2, n. 2, p. 34-38, 1997.

ZANOTTI, D.V.; SAITO, K.C.; RODRIGUES, M.D.; OTANI, M. A. P. **Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: A colaboração do enfermeiro psiquiatra.** Revista Nursing. V. 61, n. 6, p.36-42, 2003.

ROCHA FL. **Depressão puerperal: revisão e atualização.** Brás Psiq 1999; 48(3): 105-14.apud Higuti PCP, Capocci PO. Depressão pós-parto. Revista Enfermagem UNISA 2003; 4: 46-50.

ANEXOS

ÂPENDICE A – Instrumento de coleta de dados

Artigo nº

1. IDENTIFICAÇÃO DA PUBLICAÇÃO

Título do artigo	
Periódico/número/volume/ano	
Autor (es)	
Formação/Profissão do autor Principal	
Instituição/local	
Pais/Idioma	

2. AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS SOBRE_ ---DESCREVER O TEMA DO TCC

Qual o aspecto estudado?	
Foi utilizado algum instrumento de avaliação?	<p>Sim () Não ()</p> <p>Qual é (são) o(s) instrumento(s) utilizado(s)?</p> <p>O pesquisador justifica a escolha?</p>

3. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO

Tipo de publicação /delineamento de pesquisa (segundo o POLIT; BECH; HUNGLER, 2004 e LOBIONDO-WOOD E HABER, 2006)	experimental	Pesquisa: <input type="checkbox"/> quantitativa <input type="checkbox"/> delineamento experimental <input type="checkbox"/> delineamento quase experimental <input type="checkbox"/> delineamento não experimental Corte: <input type="checkbox"/> transversal <input type="checkbox"/> longitudinal <input type="checkbox"/> qualitativa <input type="checkbox"/> etnografia/etnociencia <input type="checkbox"/> fenomenologia/hermenêutica <input type="checkbox"/> teoria fundamentada Não pesquisa:
---	--------------	--

	<input type="checkbox"/> revisão de literatura <input type="checkbox"/> relato de experiência <input type="checkbox"/> estudo de caso <input type="checkbox"/> revisão sistemática <input type="checkbox"/> metanálise <input type="checkbox"/> outras. Qual? _____
Objetivos	
População	Faixa etária: Sexo <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino