



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO-UFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

**PUÉRPERAS COM RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO ASSISTIDAS
EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO NORDESTE BRASILEIRO**

ANDREZA LAYS DOS SANTOS MENDES

Imperatriz/MA

2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO-UFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

**PUÉRPERAS COM RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO ASSISTIDAS
EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO NORDESTE BRASILEIRO**

ANDREZA LAYS DOS SANTOS MENDES

Orientador (a)

Prof^a Esp. Euzamar de Araújo Silva Santana

Imperatriz/MA

2017

ANDREZA LAYS DOS SANTOS MENDES

**PUÉRPERAS COM RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO ASSISTIDAS
EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO NORDESTE BRASILEIRO**

Artigo Científico apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão-UFMA, para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora Prof^a Esp. Euzamar de Araújo
Silva Santana

Nota atribuída em: _____ / _____ / _____

BANCA AVALIADORA

Prof^a. Esp. Euzamar de Araújo Silva Santana (orientadora)

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Prof^a. Dr^a. Adriana Gomes Nogueira Ferreira (1^a examinadora)

Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Enf^a. Carmilene Alencar Pereira Batista (2^a examinadora)

Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz / MA

PUÉRPERAS COM RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO ASSISTIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO NORDESTE BRASILEIRO

Puerpers with risk for post-department depression assisted in a public maternity of northeast Brazil

Andreza Lays dos Santos Mendes¹
Euzamar de Araújo Silva Santana²

RESUMO

A depressão pós-parto é um transtorno mental de alta prevalência e que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas que se iniciam de maneira insidiosa. O quadro clínico é bastante heterogêneo, e os sintomas de ansiedade são bem característicos e presentes, mais do que em outros períodos da vida. O prognóstico depende da detecção precoce e dos cuidados ofertados imediatamente. O objetivo foi identificar puérperas com risco para depressão pós-parto, e verificar a adoção de condutas de enfermagem frente a elas. Estudo do tipo descritivo e exploratório, com abordagem quantiquantitativa. O estudo foi desenvolvido no período de janeiro de 2016 a março de 2017 e a coleta de dados ocorreu em uma Maternidade Pública do Nordeste Brasileiro, entre dezembro de 2016 e fevereiro de 2017. Participaram da pesquisa 200 puérperas, do 1º ao 10º dia pós-parto, que aceitaram responder à Escala de Edimburgo, e 8 Enfermeiros. Como instrumentos de coleta de dados foram aplicados a Escala de Edimburgo às puérperas e uma entrevista semiestruturada aos Enfermeiros. Os resultados obtidos revelam que 12 (6%) das puérperas alcançaram um escore maior ou igual a 12 na pontuação da escala, caracterizadas como de risco para a depressão pós-parto. Quanto a entrevista com os Enfermeiros, nota-se que estes mantêm interação com as clientes e com a equipe multiprofissional, uma atitude satisfatória na qualidade do atendimento. Notou-se a necessidade de capacitação aos Enfermeiros e equipe, no cuidado com mulheres com risco à depressão pós-parto, àquelas com diagnóstico fechado e as que nunca foram acometidas com a patologia. Em face ao evidenciado no estudo, conclui-se que os resultados obtidos podem contribuir para a avaliação de puérperas em risco para a depressão pós-parto, e melhor apreciação dos Enfermeiros que atuam nesse cuidado, fundamentando a magnitude da atuação da enfermagem.

Palavras-chave: Depressão pós-parto. Puerpério. Assistência de Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

¹ Acadêmica do Curso de Bacharel em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão-UFMA. E-mail: dedeth9@gmail.com

² Orientadora: Profª Esp. Euzamar de Araújo Silva Santana E-mail: euza_rio@hotmail.com

A gestação é um período de grandes transformações na vida da mulher. Compreendida como uma fase de descobertas, mudanças e sentimentos que impactam de diferentes maneiras a gestante. Quando a gravidez é planejada, os pais, efetivamente, podem se preparar para a concepção do bebê. Nesse horizonte, surge o desafio da maternidade: os genitores, particularmente a mulher, precisam se adaptar a novos hábitos e, com isso, preparar-se estruturalmente e psicologicamente para este período tão importante em sua vida.

O planejamento e aceitação da gestação contribuirão para o bem-estar da mãe e do feto. Porém, quando não planejada ou indesejada, poderá acarretar danos físicos e emocionais graves à família. Diante dessa situação, podem ocorrer, como em muitos casos, aborto e, não adesão aos tratamentos recomendados e hábitos de vida saudáveis, resultando em uma gestação conturbada, ao deixar a mulher susceptível a complicações como partos prematuros, fetos com má formação e a alterações psíquicas como a depressão pós-parto.

Uma vez confirmada a gestação, a mulher começa a imaginar como será a fisionomia do seu filho e a planejar o período gestacional, o parto e o puerpério. É de fundamental importância que a mulher realize o planejamento familiar e inicie o acompanhamento pré-natal logo que presumida a gravidez, que pode ser de baixo ou alto risco.

Segundo o Ministério da Saúde (2005) devem ser realizadas no mínimo seis consultas de pré-natal. Durante o atendimento, estimula-se a participação do pai e demais familiares, devendo informar-lhes sobre a lei 11.108, de 2005, que oferece à gestante o direito de que alguém de sua escolha, a acompanhe durante todo trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Na consulta pré-natal o profissional de saúde deverá orientar a mulher sobre as mudanças que ocorrerão na gravidez, investigar o histórico familiar e os hábitos de vida da gestante, incentivando a adoção de comportamentos saudáveis.

Um dos momentos mais importantes da gravidez é o parto, que ocorre cerca de 40 semanas após a concepção. Este período é bastante esperado, porém temido por muitas gestantes. São comuns dúvidas sobre qual a melhor

maneira de parir, a menos dolorosa, de mais fácil recuperação e qual trará mais benefícios tanto para mãe quanto para o recém-nascido. Os tipos de parto podem ser vaginal (normal) ou cesariana, de modo que o parto normal deverá ser a primeira escolha, exceto em casos onde haja contraindicação, podendo ser dividido em quatro estágios: dilatação, expulsão, dequitação e o puerpério imediato ou período de Greenberg. (REZENDE, 2013).

Segundo Rezende (2013), durante o parto, várias complicações podem ocorrer, devido à posição em que o feto se encontra no útero, e alterações na anatomia pélvica ou disfunção uterina, podendo gerar um trabalho de parto com distócia, onde surge a necessidade do uso de técnicas específicas para a conclusão do mesmo, a exemplo de fórceps, aspiração à vácuo e episiotomia. É relevante dizer que essas complicações e técnicas muitas vezes deixam marcas físicas e psíquicas como lacerações importantes, incontinência urinária, flacidez, dispareunia e a depressão pós-parto.

O puerpério é o momento que vai desde o nascimento do bebê até o retorno do estado em que a puérpera se encontrava antes da gravidez. Período importante, em que ocorrem grandes mudanças locais e sistêmicas, onde surgem riscos psíquicos derivados da grande expectativa e planejamentos, além das preocupações e anseios realizados pela mulher quanto à gestação. Esta tem que se adaptar a uma nova rotina, desde os cuidados com o recém-nascido aos de si própria (FERNANDES; COTRIN, 2013; NOGUEIRA et al, 2013).

O nascimento é uma fase de grandes emoções, marcado por muitas descobertas, como o primeiro banho, os cuidados com o bebê, além das adaptações sofridas pela mãe, em função deste Ser. Porém, o que era para ser prazeroso, para algumas puérperas pode ser um período árduo, onde surgem sentimentos negativos e de incapacidade de exercer a maternidade, que devem ser criteriosamente avaliados, haja vista que, se persistirem podem caracterizar distúrbios psiquiátricos.

Esses distúrbios ocorrem durante o primeiro ano do nascimento da criança, e podem aparecer de forma branda ou grave. Os mais comuns são: melancolia da maternidade ou baby blues, uma alteração psíquica leve e

transitória; psicose pós-parto, que é um distúrbio de humor psicótico, com apresentação de perturbações mentais graves; e a depressão pós-parto, transtorno psíquico de moderado a severo com início insidioso (BRASIL, 2012).

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno mental de alta prevalência e que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas que se iniciam de maneira insidiosa, podendo ocorrer a partir das primeiras quatro semanas após o parto e ser vivenciada mais intensamente no primeiro ano do bebê, surgindo até um ano após o nascimento do filho. O quadro clínico é bastante heterogêneo, e os sintomas de ansiedade são bem característicos e presentes, mais do que em outros períodos da vida. O prognóstico depende da detecção precoce e dos cuidados ofertados imediatamente. (BRASIL, 2012).

A falta do encorajamento para amamentar, displicência no cuidado com o bebê, irritação com o choro da criança, apatia, insegurança, choro fácil, sentimento de abandono, e até agressão à criança, são alguns sintomas característicos de mulheres com depressão pós-parto (NOGUEIRA et al, 2013; PEREIRA, 2011).

É um problema que atinge um número significativo de puérperas. Segundo Townsend (2014), de 10% a 20% das mulheres que dão à luz apresentam sinais e sintomas de DPP. É importante que os profissionais estejam atentos aos comportamentos apresentados pelas mães durante a gestação, parto e puerpério, no intuito de identificar fatores de risco, bem como diagnosticar precocemente, prevenir e tratar a depressão pós-parto.

Doença de causa desconhecida, a qual deve ser monitorada rigorosamente. É importante atentar para os sinais e sintomas que podem surgir até mesmo antes do parto. Deve-se investigar o histórico familiar, aceitação da gestação, se esta foi planejada, tentativas de interromper a gravidez, condições socioeconômicas da gestante, se foi vítima de algum tipo de violência e se apresenta sentimentos negativos relacionados à gravidez, também o apoio do parceiro e demais familiares com que a puérpera se relaciona (BRASIL, 2012).

No intuito de avaliar puérperas propensas à depressão pós-parto, Cox, Holden e Sagovsky desenvolveram a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), que em 1995 foi traduzida para o português por Santos. Um instrumento de triagem que verifica os sintomas da referida patologia (MARINI, 2014). Essa escala é composta por 10 itens, valendo 3 pontos cada um, com escore máximo de 30, e o resultado ajuda em um futuro diagnóstico da patologia. Pode ser utilizada pelos profissionais da área da saúde, exceto médicos. (BRASIL, 2012).

O estudo tem como objetivo, avaliar o risco que as puérperas internadas no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz/MA têm para desenvolverem depressão pós-parto, identifica-las, e verificar a adoção de condutas de enfermagem frente à essas mulheres.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório, com abordagem quantiqualitativa. Para Gil (2010), a pesquisa exploratória se dá pela familiaridade com o problema, a ser investigado, afim de tornar o entendimento sobre este mais amplo, ou a construção de hipóteses. “Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fenômeno a ser estudado”. O autor afirma que a pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população. Podem ser elaboradas também com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis.

Análise quantitativa é a quantificação dos resultados provenientes da coleta de dados sob forma de símbolos matemáticos e/ou estatísticos. Para isso, são necessários dois procedimentos: a tabulação dos dados e sua representação sob forma de tabelas ou gráficos (JOAQUIM, 2012).

A pesquisa qualitativa caracteriza-se pela investigação relatada em textos. Neste tipo de estudo, o pesquisador é um sujeito ativo, que busca compreender o objeto a ser estudado de acordo com sua especificidade. É epistemológica e teórica, e firma-se em procedimentos particulares da

estruturação de conhecimento, posteriormente, os dados coletados na pesquisa serão analisados e interpretados detalhadamente. Na pesquisa qualitativa, não se utiliza instrumentos prontos para a coleta de dados. (ANDRADE, 2010)

O estudo foi desenvolvido em uma Maternidade Pública do Nordeste Brasileiro, referência na região, no período de dezembro de 2016, a fevereiro de 2017. A população foi composta por 200 puérperas que aceitaram responder à Escala de Edimburgo e 8 Enfermeiros que concordaram em participar do estudo.

Os critérios de inclusão foram: Puérperas na faixa etária de 18 a 45 anos, do primeiro até o sétimo dia pós-parto, internadas e com parto realizado no Hospital Regional Materno e Infantil do município de Imperatriz/MA - HRMI e os enfermeiros que atuam na assistência à essas mulheres. Foram excluídas da pesquisa mulheres que tiveram parto realizado em outras instituições, aquelas sem condições físicas ou psicológicas para responder os questionamentos e enfermeiros que não atuam no pós-parto.

O estudo foi apresentado aos responsáveis da Instituição. Na sequência os escolhidos para participarem da pesquisa foram informados sobre o objetivo da mesma e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aceito com número de CAAE: 64549617.1.0000.5087 em 08/02/2017, está sendo analisado, e aguarda aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – CEP/UFMA.

2.1 Instrumento para coleta de dados

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizadas a Escala de Edimburgo aplicada às puérperas e uma entrevista semiestruturada aplicada aos enfermeiros (as), a qual foi gravada e posteriormente transcrita na íntegra.

A Escala de Edimburgo é um questionário simples e de fácil utilização, adotado pelos profissionais de saúde, para a triagem da depressão pós-parto em mulheres no puerpério.

De acordo com Brito et al (2005) a Escala de Edimburgo é composta por 10 perguntas, que são pontuadas de zero a três, totalizando 30 pontos, de modo que as respostas são pontuadas de 0, 1, 2 e 3, dependendo da gravidade crescente dos sintomas. As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são pontuadas inversamente (3, 2, 1, 0). Os itens são somados para obter um resultado final.

Mulheres que apresentam um score de doze ou mais pontos, devem ser monitoradas rigorosamente e encaminhadas para um especialista, haja vista que apresentam probabilidade alta de desenvolver a depressão pós-parto (MARINI, 2014). Destaca-se que uma pontuação alta na somatória da EDPS não exclui a necessidade de uma avaliação específica com um especialista, e que resultados inferiores a 12 pontos, não excluem a probabilidade de depressão pós-parto (COX et al, 1987)

À equipe de enfermagem, foi aplicado uma entrevista semiestruturada, com cinco perguntas referentes à atuação nos cuidados às puérperas do estudo. Os profissionais foram nomeados com pseudônimos referentes à obstetrícia.

2.2 Análise de dados

Os dados foram analisados conforme a somatória dos escores obtidos após a aplicação da Escala de Edimburgo. Quanto à entrevista aos Enfermeiros, estas foram gravadas e transcritas na íntegra, e posteriormente analisadas conforme estabelece Bardin.

Para análise qualitativa dos dados, empregou-se a metodologia de análise de conteúdo de Bardin, um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo da mensagem. Consiste em ordenar o instrumento a ser pesquisado, analisá-los e posteriormente discutir os resultados, a fim de solidificar e realçar as informações para análise. (BARDIN, 2011).

Para análise quantitativa, os dados foram tabulados e analisados software Microsoft Office Excel (versão 2013), através da frequência simples.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a coleta de dados foram entrevistadas 200 puérperas que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão, e aplicada a escala de Edimburgo, e oito Enfermeiros que atuavam no pós-parto da Maternidade.

3.1 Aplicação da Escala de Edimburgo

Tabela 1: Descrição dos sentimentos relatados pelas puérperas

Variável	Nº de Puérperas	%
Tenho sido capaz de rir e ver o lado divertido das coisas.		
Tanto como antes	177	88,5%
Menos do que antes	18	9%
Muito menos do que antes	5	2,5%
Nunca	0	0%
Tenho tido esperança no futuro.		
Tanto como sempre tive	175	87,5%
Menos do que costumava ter	23	11,5%
Muito menos do que costumava ter	2	1%
Quase nenhuma	0	0%
Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.		
Sim, a maioria das vezes	6	3%
Sim, algumas vezes	24	12%
Raramente	14	7%
Não, nunca	156	78 %
Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.		
Não, nunca	87	43,5%
Quase nunca	18	9%
Sim, por vezes	74	37%
Sim, muitas vezes	21	10,5%
Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.		
Sim, muitas vezes	7	3,5%
Sim, por vezes	45	22,5%
Não, raramente	26	12,5%
Não, nunca	122	61%
Tenho sentido que são coisas demais para mim.		
Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las	3	1,5%
Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes	34	17%
Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente	23	11,5%
Não, resolvo-as tão bem como antes	140	70%
Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.		
Sim, quase sempre	4	2%
Sim, por vezes	13	6,5%
Raramente	9	4,5%
Não, nunca	174	87%
Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.		
Sim, quase sempre	3	1,5%

Sim, muitas vezes	10	5%
Raramente	11	5,5%
Não, nunca	176	88%
Tenho-me sentido tão infeliz que choro.		
Sim, quase sempre	4	2%
Sim, muitas vezes	6	3%
Só às vezes	11	5,5%
Não, nunca	176	88%
Tive ideias de fazer mal a mim mesma.		
Sim, muitas vezes	1	0,5%
Por vezes	5	2,5%
Muito raramente	3	1,5%
Nunca	191	95,5%

A tabela 1 descreve os sentimentos relatados pelas puérperas, as quais, ao serem questionadas sobre a capacidade de rir, 177 (88,5%) mulheres informaram estar sorrindo, tanto como antes do nascimento do bebê, 18 (9%) referiram desenvolver essa capacidade menos do que antes, e 5 (2,5%) muito menos do que antes. Nenhuma das entrevistadas disseram nunca rir.

Ao serem interrogadas sobre ter esperança e fazer planos para o futuro, 175 (87,5%) responderam tê-la tanto como sempre tiveram, 23 (11,5%) disseram ter menos do que costumavam ter, e 2 (1%) puérperas disseram não ter quase nenhuma esperança no futuro.

No que diz respeito ao sentimento de culpa sem necessidade quando as coisas correm mal, 6 (3%) das entrevistadas relataram se sentir culpada a maioria das vezes, 24 (12%) algumas vezes, 14 (7%) raramente, e 156 (78 %) disseram que nunca se culpam sem necessidade.

A ansiedade é compreendida como um conjunto de alterações sentimentais, que podem ser causadas por fatores fisiológicos e psicológicos. Normalmente é um fator fisiológico, onde o organismo adapta-se às situações de perigo. Porém, dependendo da intensidade, torna-se patológica, prejudicando o comportamento do indivíduo, e em vez de adaptá-lo à situação, provoca falha à capacidade adaptativa. (BITTAR; KOHLSDORF, 2013; MEDEIROS et al, 2016)

Cognitivamente, a ansiedade se manifesta por meio da consciência das sensações fisiológicas de sudorese, palpitação, inquietação e outros sintomas do sistema nervoso autônomo. (BITTAR; KOHLSDORF, 2013)

De acordo com o que expressa a literatura, a ansiedade, a depender do grau em que se manifesta, pode prejudicar a rotina da pessoa afetada. Observou-se nos resultados do estudo uma quantidade expressiva de mulheres acometidas pela ansiedade, sendo que destas, 74 (37%) declararam estar ansiosa por vezes, 21 (10,5%) afirmam apresentar ansiedade muitas vezes, sem motivo, 87 (43,5%) das entrevistadas declararam nunca estar ansiosas, e 18 (9%) disseram que quase nunca apresentam este sentimento.

O medo é caracterizado por um sentimento de ansiedade, relacionado à sensação de perigo. Podendo ser originado de fatores internos, que acabam se exteriorizando. Às vezes é precedido de susto, e pode provocar no indivíduo diversas alterações, como taquicardia, palidez, tremores, e se for de grande intensidade, pode causar desmaios, convulsão, além do desejo intenso de fuga. (KAPLAN; SADOCK, 2009)

No instante em que foram interrogadas sobre sentir medo ou estar assustadas sem motivos, 7 (3,5%) das puérperas afirmaram estar assim muitas vezes, 45 (22,5%) por vezes, 25 (12,5%) raramente, e 122 (61%) nunca estão assim.

Sobre sentimentos de sobrecarga e incapacidade para resolver as coisas, 3 (1,5%) disseram que a maioria das vezes não conseguem resolvê-las, 34 (17%) não resolvem tão bem quanto antes, 23 (11,5%) resolvem facilmente, e 140 (72%) resolvem as coisas tão bem quanto antes.

A felicidade é definida como qualidade ou estado de estar feliz, sensação de contentamento, satisfação e alegria intensa (OLIVEIRA, 2014). O Contrário disto, é infelicidade.

Ao serem questionadas sobre o sentimento de infelicidade, e se isto afeta o padrão eficaz do sono, 4 (2%) dessas puérperas disseram que quase sempre se sentem assim, 13 (6,5%) relataram estar por vezes, 9 (4,5%) raramente, e 174 (87%) nunca estão infelizes.

Observou-se que 176 (88%) mulheres nunca se sentiam tristes nem muito infeliz, 11 (5,5%) denotam estes sentimentos raramente, 10 (5%) muitas vezes, e 3 (1,5%) delas quase sempre.

De acordo com as respostas ofertadas acerca da sensação de estar infeliz, que as levou ao choro, 4 (2%) puérperas alegaram estar assim quase sempre, 6 (3%) delas muitas vezes, 11 (5,5%) só as vezes, e 176 (88%) nunca se apresentam desta forma.

A última pergunta do questionário indaga acerca do desejo de fazer mal a si mesma. Segundo Cox et al (1987), quando a mulher referir qualquer resposta que alcance uma pontuação de 1 a 3, independente das outras respostas e do total obtido, deve-se analisar intensamente, pois há risco para a segurança da mãe e do bebê, devido ser um fator alusivo ao auto suicídio.

Nota-se nos resultados, que 191 (95,5%) mulheres nunca tiveram vontade de fazer mal para si própria, porém, 3 (1,5%) anelaram muito raramente, 5 (2,5%) por vezes, e 1 (0,5%) muitas vezes.

Tabela 2: Total de Escores a partir da Escala de Edimburgo

Escores EDPS	Nº de Puérperas	%
0	55	27,5 %
1	16	8 %
2	32	16%
3	20	10%
4	20	10%
5	13	6,5 %
6	16	8 %
7	4	2 %
8	2	1 %
9	3	1,5 %
10	4	2 %
11	3	1,5 %
12	4	2 %
14	1	0,5 %
15	3	1,5 %
16	1	0,5 %
19	1	0,5 %
21	1	0,5 %
22	1	0,5 %
Total	200	100%

Tabela 1: Os valores em negrito referem-se aos escores maiores que 12.

De acordo com Silva et al (2010), puérperas com pontuação maior ou igual a 12, têm risco para depressão pós-parto. Conforme a com a tabela 2, a prevalência de risco para a PDD foi de 6%, onde 12 mulheres alcançaram um

escore 12 ou superior. Este índice é muito inferior ao obtido por Figueira et al, (2009), em que 26,9% das participantes do estudo apresentavam risco de DPP. Outro estudo feito por Fonseca et al, (2010), indica que 28% das entrevistadas alcançaram um escore maior ou igual a 12, ao responderem às perguntas da Escala de Edimburgo. Quando comparado ao estudo feito por Lima et al, (2016), observou-se que 7,8% das puérperas estão favoráveis a desenvolver depressão pós-parto, percentual aproximado a este estudo.

Supõe-se que o índice de risco para DPP evidenciado no estudo, relativamente baixo, quando comparado a outros estudos, é derivado do imediatismo com que a escala foi aplicada, uma vez que participaram da pesquisa puérperas do primeiro ao sétimo dia após o nascimento do bebê, espera-se que estas estejam cercada de afeto no âmbito hospitalar, e euforia com a chegada do recém-nascido. O que contraria os valores proporcionalmente altos citados acima, onde os estudos foram realizados meses após o nascimento do filho, em que a mulher vivencia experiências prazerosas, porém muitas vezes desagradáveis, manifestando características propensas à depressão pós-parto.

3.2 Entrevistas aos Enfermeiros

Sabe-se que a depressão pós-parto (DPP) é uma patologia relacionada à vários fatores, não havendo uma causa específica, portanto, necessitando que profissionais da saúde, especialmente Enfermeiros tenham pleno conhecimento sobre suas manifestações clínicas, e de como lidar diante da percepção de fatores de risco para a doença, como a tristeza na puérpera. Este profissional deve assistir ao binômio mãe-filho, além de atuar na detecção precoce da DPP, cabendo-lhe ofertar cuidados competentes afim de intervir na prevenção do referido distúrbio. (FREITAS et al, 2014).

Aos serem questionados sobre o hábito de dialogar com a puérpera, alguns profissionais responderam:

“Sim, a gente tem sempre a Visita de Enfermagem(...) A gente avalia todo o estado da paciente, inclusive o emocional e psicológico” (Amamentação)

“Com certeza. A gente conversa com ela, orienta ela, e, com a convivência com essa puérpera, a gente detecta se ela realmente tá com algum tipo de depressão pós-parto.” (Fórceps)

A interação multiprofissional é imprescindível em todas as esferas de atenção à saúde, pois possibilita uma visão geral do paciente sobre diferentes pontos de vista, o que permite um trabalho colaborativo através das múltiplas ações (VASCONCELOS et al, 2014).

Observa-se a necessidade da interação multiprofissional nos cuidados à puérperas onde se nota alterações de humor. O Enfermeiro por ter contato frequente com as clientes, realiza a triagem com facilidade, portanto, deve identificar essas mudanças e comunicar aos profissionais de outras áreas, a fim de qualificar a assistência.

Os Enfermeiros entrevistados mostraram-se unânimes quanto a essa prática. Diante da percepção de tristeza da puérpera, os mesmos investigam as causas, e posteriormente acionam outros profissionais, objetivando descobrir a origem e esclarecer dúvidas sobre um possível diagnóstico de depressão pós-parto, como é possível observar nas falas abaixo:

“Olha, aqui na maternidade geralmente (...) a gente conversa com ela, tenta entender o porquê que tá levando ela àquela tristeza, né. E assim, se a gente nota que é a depressão, aí a gente já solicita às vezes a assistente social, a psicóloga, pra tá conversando, pra ir mais à fundo né? (Colostro)

“Aqui a gente faz assim, quando a gente identifica que a paciente ela não tá querendo, tá triste né (...), as condutas que a gente tem aqui no hospital é, chamar a psicóloga, chamar o serviço social e já fazer esse encaminhamento pra eles tomar conduta né” (Ocitocina)

“Chamar a psicologia. Primeiro eu tento, porque Enfermeiro é meio Psicólogo. A gente tenta no diálogo descobrir o porquê da tristeza, mas se a gente não conseguir tirar dela nenhuma informação, a gente passa pro serviço de psicologia do hospital.” (Puerpério).

Por ser uma patologia originada de vários fatores, a depressão pós-parto possui um diagnóstico difícil, o que muitas vezes se confunde com outros

distúrbios de humor, que surgem em outros momentos, além da fase puerperal. (FREITAS et al, 2016)

De acordo com a OMS, somente 50% dos casos de depressão pós-parto são diagnosticados, e dentre esses, apenas 25% recebem os cuidados adequados. (GALVÃO et al, 2015). Deste modo, o profissional Enfermeiro contribui significativamente para a detecção precoce deste distúrbio, através da interação profissional-paciente, realizando o acolhimento, anamnese, observando o comportamento desta em relação ao recém-nascido e às pessoas com quem convive, e investigando a trajetória e possíveis causas que possam levá-la à depressão.

A depressão pós-parto é um problema de saúde pública, por afetar mãe, filho, família e sociedade. É um transtorno ligado a fatores biológicos, psicossociais e obstétricos, que afetam a mulher no puerpério, podendo manifestar sinais e sintomas desde o período gestacional, até após o nascimento do bebê. (LEÔNIDAS; CAMBOIM, 2016)

Segundo Souto et al (2016), a depressão pós-parto caracteriza-se por alteração de humor, onde a mulher afetada evidencia perturbações emocionais, expressando tristeza profunda, desesperança, culpa, dor, amargura, assim como a falta de apetite e padrão do sono deficiente. A falta de compreensão familiar, gravidez na adolescência, abandono do parceiro, condições socioeconômicas, baixa escolaridade, história pregressa de transtornos psicológicos e eventos estressantes nos últimos 12 meses, são possíveis causas a desencadear a DPP.

Conforme a literatura sobre a depressão pós-parto, observa-se que alguns Enfermeiros têm conhecimento aproximado acerca do assunto, porém, nota-se a necessidade ao saber aprofundado sobre a referida patologia, segundo os seguintes relatos:

“(...) às vezes, pelo fato da gestante ela não ter um pré-natal bem feito, às vezes a relação da família, ou às vezes é uma gestante que não teve acompanhamento do parceiro, ou diversos outros fatores podem ocasionar aquilo, ou então às vezes até a rejeição da gravidez, né, também (...)” (Colostro)

“Eu sei que ela pode ocorrer por fatores familiares, pode ocorrer também, é, devido à mãe, (sei pouca coisa), que a mãe, as vezes separada, às vezes, é, não foi uma gravidez aceita, as vezes ela tentou também um aborto, então assim, essas causas vem

geralmente quando a mãe tem um neném, ela vem e entra em depressão pós-parto. ” (Obstetrícia)

“Elas ficam deprimidas, fazem com que tenha uma rejeição ao seu filho, não querem amamentar, não querem amá-lo, às vezes falam até de doá-lo, por, exatamente por essa depressão, por essa baixa de hormônios, e choro, muito choro, muita angustia, porque não queria tá vivendo aquela situação.” (Fórceps).

As alterações hormonais no período gestacional podem ser apontadas como a principal causa da depressão pós-parto. E como tratamento, fármacos e psicoterapia são satisfatórios. Nesse âmbito, é essencial que os profissionais saibam identificar quaisquer alterações evidentes ainda na gestação, podendo diagnosticar fatores de risco que levam à DPP, e atuar no tratamento precoce (COSTA, 2014)

Apesar de haver conhecimento acerca do assunto, o mesmo é raramente discutido no ambiente de trabalho dos profissionais entrevistados. Segundo Vieira et al (2014), a equipe de enfermagem deve estar capacitada para detectar casos de depressão pós-parto, os riscos à que o binômio mãe-filho estão vulneráveis, e fortalecer o vínculo entre eles.

Quanto à abordagem sobre o assunto depressão pós-parto, notou-se deficiência no quesito diálogo com puérperas e colegas de trabalho na instituição.

“Eu nunca cheguei a conversar diretamente, claramente pra ela sobre depressão pós-parto. Detectar sim essa depressão, já presenciei e ajudei ela no sentido emocional e encaminhar ela à um profissional. ” (Fórceps)

“(...) é só em casos que a gente percebe realmente que tá havendo essa tristeza, algo diferente, a gente começa a pesquisar o que a paciente tem.” (Obstetrícia)

Outros profissionais alegaram conversar sobre a DPP apenas quando se deparam com situações onde há puérperas que apresentem riscos.

“Dependendo da equipe a gente aborda o assunto, principalmente quando a gente encontra pacientes que a gente vê que ela pode desenvolver a depressão pós-parto, a gente vê algum sinal, então a gente olha, fica atenta, porque começa assim, começa assado...” (Puerpério)

“Não, sinceramente não! Não, é falho, mas eu justifico. A gente fica atenta quanto a esse cuidado, no momento em que a gente está sendo cobrado(...). Se tem a demanda a gente atua, mas se não tem, eu não faço.” (Amamentação)

Ainda no pré-natal, é imprescindível que o Enfermeiro identifique fatores inerentes ao risco de depressão pós-parto, portanto, é necessário que seja capacitado para tal, uma vez que, ao atuar no puerpério, caso haja manifestação de sintomas, o mesmo estará apto a realizar os primeiros cuidados, interagindo com a cliente e família.

No que se refere à capacitação desses profissionais, observou-se deficiência quanto à oferta de orientações na graduação e ambiente de trabalho sobre os cuidados com puérperas em risco para depressão pós-parto.

“Na faculdade não, nem no hospital. A gente vai aprendendo na prática, vai lendo, vai buscando (...) vai muito do interesse do profissional. Ele é que tem que ir buscar. (Amamentação).

“Aqui no hospital não houve. Nunca houve nenhum, é, nenhuma reciclagem sobre isso, sobre o tema, não vou mentir(...) nunca teve nada sobre o tema, só na faculdade e é muito pouco né, o que a gente recebe na verdade.” (Obstetrícia)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabendo que a depressão pós-parto é um transtorno que pode acometer a mulher durante o período gestacional ou puerpério, o estudo teve como objetivo avaliar o risco que as puérperas internadas em uma Maternidade Pública do Nordeste Brasileiro apresentam para desenvolverem depressão pós-parto, e a conduta dos Enfermeiros frente à essas mulheres. Foram utilizados como instrumentos de pesquisa, a Escala de Edimburgo aplicada às puérperas e uma entrevista aos profissionais.

Nesse horizonte, observou-se a importância de aplicar a escala às puérperas da Maternidade, onde se constatou um número de mulheres que, apesar de mínimo quando comparado a outros estudos, necessitavam de uma atenção especial da equipe, por apresentarem fatores de risco ao desenvolvimento da DPP. Durante a coleta de dados, as participantes com escore maior que doze, diagnosticadas em risco, sentiram-se confortáveis para

conversar com o pesquisador sobre as causas pelas quais a maioria dos sentimentos negativos eram manifestos.

Na entrevista com os Enfermeiros, notou-se que estes mantêm interação com as clientes no que se refere a prestação de serviço, e com a equipe multiprofissional caso sejam identificadas mulheres com risco para DPP, uma atitude satisfatória na qualidade do atendimento. Em vista do saber aproximado sobre a depressão pós-parto, os Enfermeiros estabelecem diálogo com as puérperas e com a equipe sobre o assunto, apenas quando se deparam com situações em que estas estão propensas, porém é aconselhável que essa atitude ocorra em todos os momentos do puerpério.

Constatou-se no estudo escassez quanto à oferta de orientações para os profissionais acerca do cuidado com puérperas com vistas à identificar precocemente aquelas com risco para depressão pós-parto, o que valida a sugestão aos responsáveis da instituição, para promover capacitação aos Enfermeiros e equipe, sobre o cuidado com mulheres em ameaça de desenvolver a DPP, visando conforto àquelas com diagnóstico fechado, e prevenção às que nunca foram acometidas pela patologia.

Em face do evidenciado no estudo, conclui-se que os resultados obtidos podem contribuir para a avaliação e detecção de puérperas em risco para a depressão pós-parto, e melhor apreciação dos Enfermeiros que atuam nesse cuidado, fundamentando a magnitude da atuação da enfermagem.

ABSTRACT

Postpartum depression is a mental disorder of high prevalence and it causes emotional, cognitive, behavioral and physical changes that begin slowly without symptoms. The clinical picture is quite heterogeneous, and anxiety symptoms are very characteristic and present, more than in other periods of life. The prognosis depends on the early detection and care offered immediately. The purpose was to identify recent mothers at risk for postpartum depression, and verify working nurse related to them. The present study is an exploratory and descriptive research. It includes both qualitative and quantitative approach. All data was collected in a public maternity of the Brazilian northeast, between december 2016 and february 2017. 200 recent mothers participated in the research who agreed to respond to the Edimburgo's scale, and 8 nurses. All data was obtained applying Edimburgo's scale at recent mothers, and a semi-structured interview to nurses. The results obtained show that 12 (6%) of recent

mothers reached a score greater than or equal to 12 in scoring range, which may so the risk of postpartum depression. As the interview with the nurses, note that they keep interacting with the clients and with the multidisciplinary team, a satisfactory attitude on quality of care. In the face of evident in the study, it is concluded that the results may contribute to the evaluation of recent mothers at risk for postpartum depression, and better assessment of nurses who work in this care, basing the importance of work on performance of nursing.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html>

BITTAR, D; KOHLSDORF, M. Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 31, n. 74, p. 447-456, jul./set. 2013. Disponível em: <pesquisa.bvs.br/brasil/?lang=pt&q=au:%22Kohlsdorf,%20Marina%22>

CEPÊDA, T; BRITO, I; HEITOR, M, J. **Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância** - Manual de Orientação para profissionais de saúde. Lisboa: DGS; 2005

COSTA, L. M.; POSSOBON, R. F.; Depressão pós-parto. Monografia apresentada como requisito para obtenção do Título de Especialista Saúde Coletiva e da Família; Faculdade de Odontologia de Piracicaba– Unicamp. Disponível em: [file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio%20Padrao/Downloads/CostaLucin%C3%A9iaMartinsda%20\(1\)](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio%20Padrao/Downloads/CostaLucin%C3%A9iaMartinsda%20(1))

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, J. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **British Journal of Psychiatry** (1987), 150, 782-786. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/150/6/782.full.pdf>>

FERNANDES, C.F.; COTRIN, J.T.D. Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. **Revista Panorâmica On-Line**. Barra do Garças–MT, vol 14, p. 15–34, jul. 2013. Disponível em: <revistas.cua.ufmt.br/index.php/revistapanoramica/article/view/454>

FREITAS, M. E. S.; SILVA, F.P.; BARBOSA, L.R.; Análise dos fatores de risco associados à depressão pós-parto: Revisão integrativa. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 48, p. 99-105, abr./jun., 2016

GALVÃO, A. C. C. *et al.* **Prevalência de depressão pós-parto e fatores associados:** revisão integrativa. *Revista Ciência e sabers*, 2015.

GIL, A.C.; *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEÔNIDAS, F, M; CAMBOIM, F,E,F. Cuidado de enfermagem à mulher com depressão pós-parto na atenção básica. **Revista Temas em Saúde**. João Pessoa-PB. 2016 Vol. 16. Nº 3

LIMA, N. C *et al.* Depressão pós-parto baseada na escala de Edimburgo. **Revista Conexão** UEPG. Ponta Grossa, v. 12 n. 2 - maio./ago. 2016 Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/conexao>>

MARTINS JÚNIOR, JOAQUIM. Como escrever trabalhos de conclusão de curso: Instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos / Joaquim martins junior. 6. Ed. Revista e atualizada – Petrópolis, RJ : Vozes, 2012.

MEDEIROS, B. Q.; MARQUI, A. B. T.; SILVA, M. P.C.; Depressão e Ansiedade em Mulheres com Endometriose: Uma Revisão Crítica da Literatura. **InteraçãoPsicol.**, Curitiba,v.20,n.2,p.226-233,maio/ago.2016

MEIRA *et AL*, 2015. Desafios para profissionais da atenção primária no cuidado à mulher com depressão pós-parto. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015 Jul-Set; 24(3): 706-12.

MARINI, C. F. **Estudo dos fatores relacionados à pontuação na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-9Q3J9W/tese_flavia_marini_final.pdf?sequence=1

NOGUEIRA, A. G. F.; Atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto nas consultas de puericultura. **Enfermeria global**. Nº 29. Janeiro 2013. Pag. 420

OLIVEIRA, A. C. *Língua Portuguesa : minidicionário / - 1. ed. – Blumenau : Vale das Letras, 2011 [ed : 2014]*

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia fundamental**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

SADOCK, B.J. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica / Benjamim James Sadock, Virgínia Alcott Sadock ; tradução Claudia Dornelles ... [et al.] . – 9 ed. – Porto Alegre : Artmed, 2007.*

SOUTO, C. G. V.; MAXIMINO, D. A. F. M.; TOLENTINO, E. C.; Depressão pós-parto: Conhecimento sobre sinais e sintomas em puérperas. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança** – Abr. 2016;14(1):59-66

TOWNSEND, Mary C. **Enfermagem Psiquiátrica**: Conceitos de cuidados na prática baseada em evidências. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

VASCONCELOS, M. G. F. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde debate* / Rio de Janeiro, v. 38, N. 103, P. 733-743, out-dez 2014.

VIEIRA, B. D. G. et al; Alojamento conjunto em um hospital universitário: depressão pós-parto na perspectiva do enfermeiro. **Revista de pesquisa Cuidado é fundamental online**. 2014. abr./jun. 6(2):1202-1211

PEREIRA, F.M.; P436s Sintomas depressivos no puerpério: uma revisão de literatura. - - Marília, SP: [s.n.], 2011.