

Maria da Graça Girade Souza

Nova Postura do Enfermeiro para Detecção
da Depressão no Ciclo Gravídico Puerperal e
Fatores de Risco Associados

São José do Rio Preto

2009

Maria da Graça Girade Souza

Nova Postura do Enfermeiro para Detecção
da Depressão no Ciclo Gravídico Puerperal e
Fatores de Risco Associados

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina de São José do Rio Preto
para obtenção do Título de Doutor no
Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde, Eixo Temático:
Medicina e Ciências Correlatas.

Orientador: Prof. Dr. Domingo Marcolino Braile

São José do Rio Preto

2009

Ficha Catalográfica

Souza, Maria da Graça Girade

Nova Postura do Enfermeiro para Detecção da Depressão
no Ciclo Gravídico Puerperal e Fatores de Risco Associados/
Maria da Graça Girade Souza.
São José do Rio Preto, 2009,
114 p.

Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientador: Prof. Dr. Domingo Marcolino Braille
Co-Orientadora: Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldês Soler

1. Enfermeiro ; 2. Depressão; 3. Gravidez; 4. Fatores de risco.

Maria da Graça Girade Souza

Nova Postura do Enfermeiro para Detecção
da Depressão no Ciclo Gravídico Puerperal e
Fatores de Risco Associados

BANCA EXAMINADORA

TESE PARA OBTEÇÃO DO GRAU DE DOUTOR

Presidente e Orientador: Prof.Dr.Domingo Marcolino Braile

2º Examinador: Profa. Dra. Maguida Costa Stefanelli

3º Examinador: Profa. Dra. Maria de Lourdes Centa

4º Examinador: Profa. Dra. Silvia Helena Figueiredo Vendramini

5º Examinador: Prof.Dr. Antonio Hélio Oliani

Suplente: Profa. Dra. Maria de Fátima Farinha Martins Furlan

São José do Rio Preto

2009

SUMÁRIO

Homenagem.....	i
Dedicatória.....	ii
Agradecimento Especial.....	iii
Agradecimentos.....	iv
Epígrafe.....	viii
Lista de Tabelas e Quadros.....	ix
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	xi
Resumo.....	xii
Abstract.....	xiv
1. Introdução	01
1.1. Depressão nos Tempos Atuais	01
1.2. Depressão no Transcorrer do Ciclo Gravídico-Puerperal	02
1.3. Depressão Gestacional.....	03
1.4. Depressões Maternas	12
1.5. Fatores de Risco para Depressão	14
1.6. Edinburgh Post-Natal Scale (EPDS).....	18
1.7. Justificativa	19
1.8. Objetivo.....	22
2- Casuística e Método	23
2.1- Tipo de Estudo.....	23
2.2- Local de Estudo	23

2.3-Casuística.....	24
2.4- Aspectos Éticos.....	25
2.5- Coleta de Dados.....	25
2.6- Análise dos Dados.....	31
3- Resultados.....	33
3.1- Enfermeiras atuantes nas UBSF.....	33
3.2-Puérperas.....	38
4- Discussão.....	53
5- Conclusões.....	76
6- Referências Bibliográficas.....	77
7- Apêndices.....	87
8- Anexos.....	110

À minha querida e saudosa irmã Maria Elena, acima de tudo minha amiga, confidente, grande incentivadora na arte de viver bem com tudo e com todos. Exemplo de mulher, de mãe, de educadora, de guerreira, que lutou pelos direitos e deveres morais de todas as mulheres na condição de mãe, para que nossas crianças tivessem oportunidade de crescerem com melhor qualidade de vida, com mais amor, mais afeto e carinho, na certeza de que esses sentimentos transformam homens, mulheres e famílias em pessoas mais dignas, em condições de viver com menos violência. Agradeço querida pela oportunidade de dar continuidade numa luta que foi sua, pois acreditei nos seus sonhos e no seu ideal, tornando-os meus agora.

Dê- me forças para carregar essa bandeira. Fique na paz do Mestre.

Aos meus queridos pais, que na paz do Mestre estão, sou eternamente grata a Deus por tê-los como exemplo de vida, de garra e determinação e o sentido que deram à ela, tendo sempre o amor e a gratidão como alicerces para saber vivê-la.

Ao meu querido esposo, companheiro, amigo, por ter me incentivado a todo instante, proporcionando-me condições para realização desse estudo, dando-me oportunidade de conhecê-lo cada vez mais e amá-lo mais ainda.

Aos meus queridos filhos Rodrigo e Lucas, pela compreensão das horas em que não pude estar perto e por terem proporcionado espaço, tempo e muito carinho para que eu pudesse realizar esse ideal. Tenho certeza que ficou aqui para vocês, um exemplo de força, determinação e paixão por aquilo que fazemos e acreditamos.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

- ✓ **Ao Prof. Dr. Domingo Marcolino Braile**, meu orientador, compreensivo, valoroso amigo, pelo direcionamento e credibilidade no meu potencial desde o início.

- ✓ **Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Gerales Soler**, pelo incentivo, pela oportunidade de poder colocar nas entrelinhas meus ideais profissionais e de vida. Agradeço a credibilidade, a força, a coragem que me proporcionou, lutando comigo lado a lado desde o começo na revisão deste estudo. Obrigada por ter me ajudado a chegar até aqui.

- ✓ **À Profa. Dra. Maguida Costa Stefanelli**, por ter me dado a oportunidade de conhecê-la. Você mostrou-me o que é ser uma enfermeira psiquiátrica e lutar pelo nosso espaço. Agradeço pelo incentivo e estímulo de sempre, pela disponibilidade incansável em querer transformar-me numa pesquisadora, e por acreditar em mim. Obrigada mestre.

AGRADECIMENTOS

- ✓ A Deus primeiramente. Obrigada Senhor pela vida, pela oportunidade de viver junto às pessoas que contribuíram e trilharam comigo esse caminho. Obrigada por estar sempre comigo em todas as horas. Obrigada por ter acalentado minha alma nas horas mais difíceis e me dado forças para prosseguir com fé e resignação.

- ✓ Às 35 mulheres do estudo que me deram oportunidade de realizar esta pesquisa e de mostrar a todos os profissionais que trabalham e cuidam de gestantes e puérperas, que podem fazer diferença nas práticas de atendimento, no sentido de não dissociar o corpo dos sentimentos.

- ✓ À Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto por conceder o campo de estudo para a realização desta pesquisa.

- ✓ A todas as enfermeiras das 5 unidades básicas de saúde, pelo carinho com que me receberam e por permitirem que meus ideais se realizassem, por vosso intermédio.

- ✓ A todos os funcionários das 5 unidades básicas de saúde, pela disponibilidade em auxiliar e acreditar nesse estudo.

- ✓ Aos meus funcionários Vanilda e Rubinho, por proporcionarem condições para que eu realizasse este estudo, cuidando de tudo para mim.
- ✓ Aos meus irmãos Halim, João Roberto, Sueli, Lurdinha, Conceição e cunhada Bete, pelo estímulo e por acreditarem que eu pudesse continuar com os ideais da nossa Lena.
- ✓ À minha querida tia Said (Tetê), pela colaboração em todos os momentos em que precisei da sua presença.
- ✓ À Carmem Lucia de Oliveira, sempre amiga, acolhedora, obrigada por todas as palavras de incentivo, por me dar seu ombro amigo nas horas de desânimo e me empurrar para “frente”.
- ✓ Ao Dr. Cassiano Lara de Souza Coelho, pelo apoio, pela disponibilidade na elucidação de questões inerentes à psiquiatria.
- ✓ À Profa. Dra. Maria de Lourdes Geraldes, pela dedicação de sempre, pela força e incentivo no exame de qualificação.
- ✓ À Enfa. Natália Geraldes, pela cumplicidade no início deste estudo, que sem seu auxílio tudo se tornaria mais difícil.

- ✓ À minha aluna Kinda que compartilhou comigo os momentos finais da coleta de dados incansavelmente. Sua contribuição foi fundamental, principalmente pelo carinho dispensado.

- ✓ À Profa. Dra. Silvia Helena Figueiredo Vendramini, pelas orientações imprescindíveis sobre as Unidades Básicas de Saúde da Família para realização da pesquisa.

- ✓ À Enfa. Sarita Lopes Menezes, amiga e parceira de disciplina, pelo apoio nas horas em que precisei me ausentar.

- ✓ À Profa. Dra. Ana Maria Finochio Sabino, pelo incentivo constante ao longo de minha carreira na área da saúde da mulher e por suas contribuições no meu exame de qualificação.

- ✓ À Profa. Dra. Beatriz Barco Tavares Jontaz Irigoyen, por contribuir no meu exame de qualificação e pelas trocas de experiências oportunizadas pela disciplina Saúde da Mulher que ministramos juntas.

- ✓ Ao Prof. Dr. Moacir Fernandes de Godoy, pela amizade e valioso auxílio na análise estatística.

- ✓ A colega Gislaine Buzzini Fernandes, pelo auxílio no início do estudo junto às gerentes das Unidades Básicas de Saúde da Família.
- ✓ À Profa. Dra. Lucia Marinilza Beccaria, minha gratidão pela compreensão pelas ausências nas reuniões .
- ✓ À Profa. Dra. Marilene Rocha dos Santos, pelo incentivo desde o início, sempre disponível para ajudar no que era preciso.
- ✓ A todos os docentes do curso de graduação em enfermagem da FAMERP, que me incentivaram em todos os momentos.
- ✓ A todos meus alunos que também torceram por mim.
- ✓ A todos os autores da literatura que contribuíram com suas pesquisas para que eu me apaixonasse por esse assunto.
- ✓ Ao Prof. Dr. Renato Braz de Araujo, pela paciência e contribuição na revisão final da tese e pela tradução do resumo para o inglês.
- ✓ A todas secretárias do curso de graduação em enfermagem, pela paciência nos atrasos das entregas das notas, planos de aula e relatórios.
- ✓ A todos, que de alguma forma contribuíram, minha gratidão.

Se não houver frutos, valeu a intenção das flores;

Se não houver flores, valeu a intenção das folhas;

Se não houver folhas valeu a intenção da semente.

HENFIL

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1. Distribuição das mães segundo pontuação alcançada na primeira aplicação da EPDS.....	42
Tabela 2. Distribuição das 11 mães segundo a orientação recebida mediante pontuação da primeira aplicação da EPDS.....	43
Tabela 3. Distribuição das 11 mães com pontuação positiva de sintomatologia depressiva na primeira aplicação da EPDS, segundo a procura do serviço de saúde.....	44
Tabela 4 - Distribuição das 35 mães segundo pontuação na segunda aplicação da EPDS e sua comparação com a primeira.....	47
Tabela 5. Distribuição das 5 mães segundo resultado final de positividade EPDS aos 180 dias pós-parto para verificação de sintomatologia depressiva.....	48
Tabela 6. Distribuição dos fatores de risco mais identificados como desencadeadores dos comportamentos depressivos das 35 mães participantes do estudo e das 13 mães com <i>EPDS</i> positivo.....	49
Quadro 1. Distribuição das 9 enfermeiras das unidades básicas de saúde da família segundo dados de identificação.....	34

x

Quadro 2. Conhecimento relatado pelas enfermeiras do estudo sobre depressão no ciclo gravídico puerperal.....	36
Quadro 3. Ações das enfermeiras segundo o grau do conhecimento sobre depressão no ciclo gravídico puerperal.....	37
Quadro 4. Distribuição das mulheres cadastradas por unidade básica de saúde da família.....	38
Quadro 5. Caracterização das 35 mães submetidas à primeira aplicação da EPDS.....	40
Quadro 6. Distribuição das 11 mães com pontuação positiva para primeira aplicação da EPDS segundo dados da assistência pré-natal e obstétricos.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DPP	Depressão pós-parto
EDPS	<i>Edinburgh Post-Natal Scale</i>
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
OMS	Organização Mundial da Saúde
Sinasc	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SP	São Paulo
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
ACTH	Adreno-córticotrófico
CRH	<i>Corticotropin-releasing hormone</i>
DSM-IV	Classificação de Doenças Mentais
p	Probabilidade Estatística
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

RESUMO

Introdução: No ciclo gravídico puerperal pode ocorrer aumento das manifestações de comportamento depressivo que poderiam ser diagnosticadas como transtorno psiquiátrico. A identificação de fatores de risco para depressão principalmente a pós-parto é fundamental, por ter maior prevalência entre os transtornos psíquicos. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi identificar fatores de risco para depressão no ciclo gravídico puerperal em mulheres assistidas por enfermeira em Unidade Básica de Saúde da Família, considerando: 1-conhecimentos de enfermeiros sobre depressão no ciclo gravídico-puerperal; 2-se suas ações de atendimento ao pré-natal favorecem detecção de comportamentos depressivos e fatores de risco associados; 3-análise da aplicação da *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* (EPDS) por enfermeira visando identificação de sintomatologia depressiva; 4- elaboração de proposta de assistência de enfermagem que favoreça assistência integral à mulher no ciclo gravídico puerperal a partir da detecção de manifestações de comportamentos depressivos e fatores de risco associados. **Casuística e Método:** Foram estudadas 9 enfermeiras atuantes em 5 UBSF de São José do Rio Preto, SP, e 35 puérperas cadastradas nessas UBSF que estavam no período entre 45 a 90 dias pós-parto e 180 pós-parto, num segundo momento. A coleta de dados foi feita utilizando-se questionário aplicado aos enfermeiros com perguntas abertas e outro questionário aplicado às puérperas que incluiu dados sócio-econômicos, demográficos, psicossociais, obstétricos e pós-natais. Para verificar possível associação entre fatores de risco e

sintomatologia depressiva foi usado teste exato de Fisher. **Resultados:** Os principais fatores de risco para depressão nas mães incluíram gravidez não planejada (71,4%), doença psiquiátrica na família (57%) e baixa auto-estima (54,2%). Houve associação significativa entre sintomatologia depressiva e aborto prévio ($p=0,02$), gravidez conturbada ($p=0,03$), medo de morrer no parto ($p=0,01$) e baixa auto-estima ($p=0,004$). Com a escala EPDS, foi possível identificar em 13 puérperas pontuação positiva. **Conclusões:** Os conhecimentos e as ações das enfermeiras deste estudo não proporcionam condições para identificação de comportamentos depressivos em mulheres no ciclo gravídico-puerperal; A aplicação da escala EPDS pela pesquisadora, possibilitou identificação de sintomatologia depressiva em puérperas, o que nos leva a crer que o seu uso deve ser incentivado. Elaborada uma proposta de capacitação com conteúdos necessários para a assistência do enfermeiro na detecção de comportamentos depressivos e fatores de risco associados no ciclo gravídico-puerperal sendo sua aplicação factível.

ABSTRACT

Introduction: In the puerperal period may occur growing incidence of depressive behavior that could be diagnosed. as psychiatric disorders The identification of risk factors for depression mainly postpartum is essential to have a higher prevalence of mental disorders. **Objectives:** The objective was to identify risk factors for depression in the puerperal period in women assisted by a nurse in Primary Care Family Health, considering: 1-knowledge of nurses about depression during pregnancy and postpartum, 2-if your actions service to promote prenatal detection of depressive behavior and associated risk factors and 3-examine the application of Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS) by nurse for identification of depressive symptoms; 4 - preparation of proposed nursing care that promote comprehensive care to women in the puerperal period from the detection of manifestations of depressive behavior and associated risk factors. **Casuistic and Method:** We studied 9 nurses working in 5 UBSF São Jose do Rio Preto, SP, and 35 mothers registered UBSF those who were in the period between 45 to 90 days postpartum and 180 postpartum, a second time. Data collection was done with a questionnaire given to nurses with open questions and other questionnaire administered to mothers that included socio-economic, demographic, psychosocial, obstetric and postnatal. To verify a possible association between risk factors and depressive symptoms was used Fisher's exact test. **Results:** The main risk factors for depression in mothers included unplanned pregnancy (71.4%), psychiatric

illness in the family (57%) and low self-esteem (54.2%). A significant association between depressive symptoms and previous abortion ($p = 0.02$), troubled pregnancy ($p = 0.03$), fear of dying in childbirth ($p = 0.01$) and low self-esteem ($p = 0.004$). With the EPDS scale, was identified in 13 postpartum positive score. **Conclusions:** The knowledge and actions of the nurses in this study do not provide conditions for identification of behavior disorders in women during pregnancy and postpartum,

The use of EPDS by nurse allowed identification of depressive symptoms in puerperae. The use of this scale by this professional must be stimulated in the gravidic-puerperal cycle. The proposal of care with contents for training of nurses in the detection of depressive behavior and associated risk factors in the gravidic-puerperal cycle is necessary and its application is feasible.

1- INTRODUÇÃO

1.1- Depressão nos Tempos Atuais

Atualmente, a depressão é chamada de "doença do século XXI", pois segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁾ em todo o mundo mais de 450 milhões de pessoas já sofrem desse problema. Estima-se que até 2020, essa doença passe da quarta para a segunda causa de incapacidade e perda de qualidade de vida, apenas perdendo para doenças cardíacas; em 2030 poderá estar em primeiro lugar entre todos os problemas de saúde, com perdas econômicas e sociais para a população⁽²⁾.

A depressão tem sido muito estudada devido principalmente à diversidade de possíveis etiologias, com manifestações biopsicossociais variadas, destacadas em vários estudos, inclusive da OMS. Essas manifestações podem ser entendidas como várias experiências de mal-estar e que trazem sofrimento psíquico expresso na própria inquietação da existência e dor humana, advindas da realidade exterior em que o ser está inserido^(1,2,3).

Cientistas têm evidenciado bases neurobiológicas da depressão, como resultante do desequilíbrio bioquímico dos neurônios responsáveis pelo controle do estado de humor. Destaca-se o aspecto multifatorial desse transtorno, que pode justificar taxas elevadas de depressão na mulher. Assim, esse transtorno é freqüente, acometendo cerca de 20% das mulheres em algum momento ao longo da vida, sendo os recursos terapêuticos eficazes dependendo somente da percepção precoce de comportamentos depressivos⁽³⁻⁷⁾.

As mulheres são particularmente vulneráveis a problemas depressivos,

explicados por oscilações hormonais intensas no período pré-menstrual, gravidez, puerpério e na menopausa. Ainda, as mulheres têm responsabilidades adicionais, em comparação com os homens como: trabalho, casa, cuidados com crianças e muitas vezes pais idosos e estado de maternidade solteira⁽⁴⁻⁷⁾.

Há relação entre acontecimentos estressantes da vida com episódios depressivos, mas não se pode responsabilizar tais eventos ou fatores pela manutenção da depressão, pois nem todas as pessoas ficam deprimidas quando são acometidas por eventos conflituosos ao longo da vida, utilizando enfrentamentos saudáveis para uma rápida recuperação, já que nem todos reagem da mesma forma a eventos como perda de um ente querido, perda de emprego, problemas financeiros, conflitos conjugais e separações, entre outras questões^(8,9). Assim, a depressão é considerada o estado de estar ou de ser, como a dor do existir, correlacionada a fatores envolvidos na história clínica e familiar, não existindo exame laboratorial que possa ser utilizado para fazer tal diagnóstico⁽¹⁰⁾. Inclui-se aqui, também, a história de vida como um todo e no ciclo gravídico-puerperal tem características peculiares, como apresentado a seguir.

1.2- Depressão no Transcorrer do Ciclo Gravídico-Puerperal

A gestação e o puerpério são fases da vida da mulher que necessitam de atenção especial, pois com alterações hormonais, físicas e psíquicas que acontecem, pode haver reflexo na saúde mental dessas mulheres e nas condições físicas e psíquicas do concepto⁽¹¹⁻¹⁸⁾. O ciclo gravídico puerperal

representa período de maior surgimento de transtornos psíquicos na mulher, envolvendo em si uma crise adaptativa caracterizada por complexas transformações fisiológicas, sociais, familiares e psicológicas, que implicam em potencial de risco eminente de comportamento depressivo que, dependendo do grau, poderia ser diagnosticado como transtorno psiquiátrico⁽¹¹⁾. Assim, é preciso delinear fatores de risco para o desencadeamento da depressão no transcorrer do processo de nascimento, sendo a depressão pós-parto (DPP) a de maior prevalência entre os transtornos psíquicos, tendo na maioria das vezes a depressão gestacional como sua preditora⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

Na atualidade, além de mudanças psicológicas e bioquímicas que envolvem a fase gravídica puerperal, a mulher está envolvida em problemas sócio-econômicos abrangentes, inserida no mercado de trabalho e participando ativamente do orçamento familiar, sendo muitas vezes arrimo de sua família. Ainda, cabe à mulher responder pela maior parcela de compromissos familiares e sociais, que podem comprometer a gestação ou vice-versa⁽¹⁶⁾.

A gravidez comumente é associada a estado de felicidade e alegrias. Acredita-se que essa tinha efeito de proteção sobre a saúde mental da mulher, mas pesquisas científicas atuais têm mostrado que esse é um período que não a protege de transtornos psíquicos, devendo sua saúde mental ser bem avaliada⁽¹⁹⁾.

1.3- Depressão Gestacional

A depressão gestacional é um transtorno mental comum, com prevalência estimada de 20% a 29%, sendo 15% nos países desenvolvidos e

aproximadamente 20% no Brasil⁽⁹⁾. Os sintomas da depressão gestacional assemelham-se aos de outros transtornos depressivos já vivenciados, apesar de ser caracterizada por estado especial que se desenvolve nas grávidas, mulheres mais predispostas ou mais vulneráveis e com baixa resistência ao estresse. A depressão gestacional é mais prevalente no primeiro e no último trimestre da gravidez, com índices maiores que a depressão puerperal, indicada nos estudos com prevalência entre 10% a 15%^(5,9).

Pesquisas mostram influência genética para essa predisposição, como constatado em estudos realizados com gêmeos idênticos, verificando-se que ficam mais deprimidos diante de uma mesma situação de estresse em relação à população em geral⁽⁹⁾. Aventa-se que além do componente genético, destaca-se o ambiente biopsicossocial em que o feto e a criança se desenvolvem, que pode torná-las mais predispostas à depressão, além de contribuir na determinação de sua personalidade⁽⁸⁾.

Alguns estudiosos relacionam a predisposição com a personalidade da pessoa, ressaltando capacidade de superar adversidades, envolvendo flexibilidade, auto-estima, autoconfiança, capacidade de lutar frente a situações de estresse, “dar a volta por cima”, com desenvolvimento de habilidades adaptativas saudáveis, recuperando o comportamento de origem após um dano. Esse fenômeno é denominado resiliência, termo oriundo da Física, mas adotado para descrever a capacidade de resistir aos impactos negativos da vida⁽²⁰⁾.

A personalidade é desenvolvida desde os primeiros anos de vida do novo ser, colocando-se em destaque a importância do apego seguro, da

possibilidade de se sentir amado e estimulado por seus cuidadores. Estudos recentes mostram que a criança que teve nos primeiros três anos vínculo afetivo seguro com os pais, tem enfrentamentos mais saudáveis nos outros ciclos da vida. Desse modo, é importante que os profissionais que trabalham com gestantes destaquem em sua atuação profissional o aspecto do vínculo adequado mãe-bebê, contribuindo para que os pais e particularmente a gestante sob seus cuidados, no âmbito de sua competência, conheça fundamentos para proporcionar à criança desenvolvimento com uma “base mais segura”^(20,21). Outros autores reforçam a influência da interação inicial mãe-bebê, criando melhores condições para o desenvolvimento da criança de forma mais saudável e segura, constituindo-se em um dos importantes aspectos na construção dos pilares da saúde mental e que permitem começar a entender o processo de predisposição e de prevenção ou atenuação de problemas psíquicos nas mães, em especial nesses períodos^(22,23).

No transcorrer da gestação são muitas as angústias, dúvidas, sentimentos intensos e ambivalentes sobre a gestação em si, o parto e a maternagem, podendo surgir não só em momentos como em todo o ciclo gravídico-puerperal; o desencadeamento da depressão nessa fase da vida vai depender de alguns fatores de risco direta ou indiretamente relacionados⁽²³⁻²⁵⁾.

Tornar-se mãe provoca transformações intensas, desperta conflitos e conteúdos inconscientes, perdas, desafios e ameaças, levando a gestante a experiências dolorosas, que pode influenciar na qualidade de interação com o bebê, pois as experiências negativas vivenciadas na sua infância e não ainda elaboradas podem agravar a situação⁽²²⁾. Essas circunstâncias, podem

estimular o aparecimento de manifestações depressivas^(26,27).

Os episódios depressivos podem variar de intensidade, dependendo da gravidade e número de sintomas, podendo ser leve, moderado ou grave^(26,28). Em estudos com 14.000 gestantes, Josefsson⁽²⁴⁾ foi categórico em afirmar que os sintomas da depressão durante a gravidez são tão comuns e graves quanto os da depressão pós-parto. Ressalta ainda, falhas decorrentes da falta de diagnóstico de médicos e dos profissionais que têm contato com a gestante no pré-natal, por não terem conhecimento necessário sobre transtorno e seu tratamento adequado durante a gestação, que é freqüentemente, “ignorada e subdiagnosticada”, segundo De-Kun Li^(28,29).

Na sabedoria popular a gestante deve ser poupada de assuntos perniciosos e preocupantes, para que não fique tensa, nervosa, irritada, pois seu estado emocional interfere no estado emocional do feto, podendo até provocar a interrupção prematura da gestação. Apesar de ser considerado fato popular, tem corroboração científica, pois estudos sugerem que o estresse materno crônico e a depressão durante a gravidez se associam com os níveis elevados de hormônio liberador de corticotrofina (*corticotropin-releasing hormone* - CRH), de hormônio adeno-córticotrófico (ACTH) e de cortisol, comprometendo e prejudicando a psicofisiologia da gravidez. Como conseqüências imediatas há comprometimento no desenvolvimento do feto, como diminuição da freqüência respiratória e dos movimentos, variação da freqüência cardíaca e enrijecimento da artéria umbilical, com menor fluxo sanguíneo. A médio prazo há diminuição dos movimentos, peso e índice de Apgar ao nascimento, aumento no número de partos prematuros, causas de

morbimortalidade infantil. As conseqüências tardias são crianças com diminuição da imunidade, maior número de doenças, menor resistência ao estresse, crises de choro, hiperatividade, problemas de sono, digestivos e comportamentos considerados difíceis pela mãe^(9,28,30).

A depressão gestacional é um importante problema de saúde pública, necessitando de intervenção precoce, sendo comum quando associada a fatores de risco como gravidez indesejada, conflitos conjugais, dificuldade de lidar com as mudanças no corpo, medo de não conseguir cuidar de uma criança, tratamentos de fertilização, aborto prévio, que podem desencadear um quadro que vai além das mudanças esperadas dessa fase, como aumento da sensibilidade e sonolência^(30,31). A mulher pode ter crises de choro e ficar com a sensibilidade à flor da pele, considerando-se como comum na gravidez. Porém, é preciso reconhecer sinais e sintomas de gestantes que podem ser mais sensíveis que o normal. Alterações psicofisiológicas como aumento ou diminuição do apetite e do sono, desinteresse sexual e diminuição da energia, ansiedade, irritabilidade, medo, náuseas e tonturas podem levá-las a depressão⁽¹³⁾.

Entretanto, esses sinais e sintomas, não podem ser interpretados de forma padronizada e nem banalizados. Escutar e refletir o que a gestante fala pode fazer a diferença para a saúde mental da futura mãe e do futuro ser^(13,32,33). Segundo Dias⁽³⁴⁾, sono e variabilidade emocional podem ser comuns na gestação e podem até ser confundidos com depressão, mas desesperança, tristeza intensa, sentimento de culpa e pensamentos de morte não são próprios da gravidez.

Outra situação preocupante é a ideação suicida que acomete a gestante gravemente deprimida. Ainda que nessas circunstâncias alguns estudos considerem a gravidez um fator de proteção para a mulher com relação ao suicídio, pois as tentativas são menores do que em outra fase da vida⁽³⁴⁾.

Estar grávida é uma condição singular. Cada gravidez é impar, cada filho é acolhido de uma forma e pode trazer um turbilhão de emoções, dando espaço para uma gestação ambivalente, podendo haver desejos contraditórios do casal com gestação desejada ou totalmente indesejada, fatos relacionados a atos falhos da contracepção⁽³⁵⁾. A fase gestacional representa estado particular do psiquismo, tornado-se transparente se houver um olhar mais atento para as representações que vêm à tona antes de “incriminar uma hipotética depressão⁽³⁶⁾”. Na assistência prestada deve fazer parte a “escuta reflexiva da tristeza materna”, permitindo à mãe dar sentido no contexto de sua história, daquela gestação em particular. A escuta do sentido dado pela gestante, por pior que seja, vai ser a base de sustentação da construção do vínculo com o bebê. Assim, seja qual for o contexto, essa origem marcará a criança e fará parte de sua história⁽¹³⁾. A história da gravidez poderá nos indicar pistas para facilitar a compreensão do comportamento da mulher face às modificações inerentes ao seu estado, pois é um período de iniciação da maternagem e o modo como cada mulher vai lidar com essas mudanças e incertezas pode predeterminar como vai ser a gestação⁽¹⁰⁾. Winnicott⁽³⁷⁾, psicanalista britânico, um dos primeiros estudiosos a observar esse estado psíquico particular da mulher no ciclo gravídico-puerperal, denominou-o de “preocupação materna primária”.

Dados da literatura sugerem que a depressão gestacional possa estar sendo negligenciada, havendo poucas pesquisas científicas sobre o assunto, mesmo existindo consenso de que os fatores que comprometem o binômio materno fetal podem ter suas origens já na pré-concepção⁽³⁸⁻⁴⁰⁾. Esse panorama é preocupante, destacando-se questionamentos de como fica a gestante quando apresenta comportamento depressivo, ansioso, podendo ficar nesse estado por semanas, meses após o parto, com danos irreversíveis, como tentativa de suicídio podendo ou não obter êxito e infanticídio⁽⁴¹⁾.

Na identificação de tais manifestações, as mulheres necessitam de atendimento especializado como encaminhamento para área da saúde mental, dependendo da gravidade dos sintomas. O risco de não se tratar a depressão gestacional é enorme, pois gestantes deprimidas com a perda de prazer não se preocupam com seu estado, não expressam seus sentimentos, podem sentir dificuldade de aceitar ou admitir, por exemplo, sua gravidez, as modificações corporais, em aderirem ao pré-natal, em seguirem corretamente as orientações, fatos que podem ser associados a maiores índices de morbimortalidade neonatal. Deve-se lembrar, no entanto, que gestantes nessas condições podem consumir mais álcool, tabaco e outras drogas^(9,10).

Sentimentos de inadequação poderiam ser atenuados aplicando-se medidas preventivas se o campo psicológico da gestante fosse mais explorado⁽⁴²⁾.

Com um novo olhar para a gestação, nasce nova percepção que se faz necessária: escuta diferenciada, atenta, reflexiva, para que possam ser detectadas questões de saúde, nutrição, de estresse materno, do paterno, da

família, identificando riscos e efeitos nocivos do estresse na evolução da gravidez, causado pela ansiedade e depressão⁽⁴³⁾.

No fase gravídica, os profissionais de saúde devem ter conhecimento e sensibilidade para relacionar um comportamento ou determinado sintoma a um pensamento e sentimento, para perceber a possibilidade de depressão, articulando-se todas as dimensões da gestante, física, psicológica, emocional, cultural e não realizar o pré-natal focado na “barriga” da mulher, no aspecto físico, buscando compreender a representação que tem o bebê na mente da mulher e do casal, mesmo antes do nascimento^(13,44).

A consulta pré-natal tem como objetivo principal o acolhimento da gestante, que envolve rotinas bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, oferecendo respostas e apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias ou, simplesmente, a curiosidade de saber sobre o que acontece com o seu corpo. É possível perceber vários comportamentos depressivos que não são características do período gestacional, sendo possível detectar precocemente prováveis manifestações de transtornos psiquiátricos⁽⁴⁴⁾. A atitude do profissional deve transmitir a confiança que se faz necessária nessa fase para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação, parto e pós-parto⁽⁴⁴⁻⁴⁶⁾.

Muitas vezes as gestantes têm atendimento com consulta médica prática, basicamente voltada para a assistência ou necessidades físicas, ou seja, para suas queixas físicas e realização de exames. Não existe tempo nem

espaço para escutar sua fala e ou questionamento; prevalecendo uma visão apenas biológica e fragmentada⁽⁴⁵⁾.

Entretanto, o acompanhamento pré-natal é uma das principais ferramentas para assegurar a saúde da mulher durante esse período, onde deve-se proporcionar orientações para viver de forma positiva a gravidez, o parto e estar menos vulnerável a complicações físicas e psicológicas no pós-parto, além de propiciar maior segurança no processo de amamentação e no desempenho da função de maternagem. Sua importância está no diagnóstico precoce de problemas referentes ao ciclo gravídico-puerperal e na prevenção de agravos à saúde tanto da mãe quanto do filho. A depressão gestacional e do pós-parto, prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal estão relacionadas a falta de assistência adequada no pré-natal⁽⁴⁷⁾.

Nesse âmbito o Ministério da Saúde preconiza que os profissionais de saúde assistam à mulher de forma efetiva e humanizada, no sentido de prepará-las física e psicologicamente não só para o desenvolvimento da gestação, como para o parto e o puerpério⁽⁴⁶⁾. Essa é uma oportunidade que deve ser considerada pelos profissionais da equipe de saúde como ímpar para que desenvolvam educação pré e perinatal, como dimensão do processo de cuidar, representando aprendizado para a equipe de saúde, para a gestante e seu companheiro⁽⁴⁸⁾.

O diagnóstico precoce de transtornos depressivos durante a fase gestacional permite a tomada de medidas que previnam agravos à saúde mental da mulher no pós-parto como a depressão, que será abordada a seguir.

1.4- Depressões Maternas

Para detecção mais apurada das depressões maternas pós-natais, Silva⁽⁴⁹⁾ em seu estudo sobre depressão puerperal, discute conceitos, prevalências, sintomas, curso e prognóstico de distúrbios psiquiátricos com diagnóstico diferencial das psicopatologias baseando-se em vários outros estudos⁽⁵⁰⁻⁵²⁾.

Puerperal blues ou disforia puerperal é descrita classicamente como episódio depressivo menor, surgindo na maioria das vezes nas duas primeiras semanas após o parto. Representa distúrbio psíquico leve e transitório, insuficiente para causar prejuízo funcional para a mulher. Sua prevalência é de 50 a 80% das puérperas. Tem seu início no 3º até o 4º dia do puerpério, com sintomas de choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê e com remissão espontânea de 1 semana a 10 dias⁽¹⁰⁾.

Constitui-se em estado de fragilidade e hipersensibilidade, fazendo com que a puérpera tenha crises de lágrimas para em seguida tornar-se estável. Essa crise é considerada por muitos autores como sendo o sintoma central do *blues*, podendo estar relacionada aos outros filhos, dificuldades no aleitamento, sentimento de abandono do companheiro e de outras pessoas. Aparece no meio da manhã ou final da noite. O contexto de vida da puérpera pode estar relacionado com o grau de manifestação do *blues*. As mulheres primíparas podem ter a impressão de que jamais poderão assumir o papel de mãe; as múltiparas podem pensar que não conseguirão desempenhar o seu papel de mãe com os outros filhos com a chegada do novo bebê, considerando

pequenas dificuldades como intransponíveis. O *blues* em algumas situações poderá persistir além do período de 10 a 15 dias, acarretando transtorno de humor mais grave; 15 a 20% das mulheres que vivenciaram o *blues* podem apresentar autêntica depressão pós-parto^(38,49). Estudos epidemiológicos apontam que mais de 80% das mulheres apresentam sintomas depressivos no pós-parto.

A relação específica entre transtornos do humor e período puerperal é reconhecida pela *American Psychiatric Association* (APA)⁽⁶⁾.

A depressão pós-parto (DPP) é um distúrbio do humor de grau moderado a grave, clinicamente identificado ao episódio depressivo maior tal como descrito na Classificação de Doenças Mentais DSM-IV da APA⁽⁵³⁾. É uma síndrome psiquiátrica caracterizada por um episódio de depressão maior, com alta prevalência; alguns estudos demonstram ser de 10 a 15% das mães^(2,24,35,54-59).

A depressão pós-parto pode acometer até 20%^(1,2,4,57,60,61,) das mulheres, podendo esse número ser maior, considerando que boa parte das mães não procura ajuda para esse transtorno afetivo ou se utilizam dos recursos de saúde apenas para seus bebês e não para si mesmas⁽⁵⁷⁾, como por exemplo, procuram a atenção primária para vacinas e queixas comuns de que seu bebê não dorme e não quer mamar.

Apesar de sua importância no âmbito da saúde pública, a depressão pós-parto também é freqüentemente negligenciada pelos profissionais de saúde, em particular médicos e enfermeiros que atuam no atendimento primário, pois seus sintomas geralmente não são detectados por profissionais

que não desenvolveram competências específicas para atender nessa área. Os profissionais de saúde despreparados muitas vezes acreditam que os estados de exaustão aos quais muitas mães chegam, são estados “normais” nesse período, pelos cuidados intensos com o recém-nascido, portanto a DPP, não é devidamente diagnosticada. Os primeiros 6 meses pós parto, podem ser exaustivos para a mulher pela responsabilidade assumida, pela insegurança em desempenhar seu novo papel, por ter que conciliar afazeres domésticos com os cuidados do bebê, outros filhos, companheiro e familiares. O que mais parece ser significativo, em estudos realizados, é a falta de atendimento profissional adequado e suporte afetivo do companheiro⁽⁵⁵⁾.

A depressão pós-parto desenvolve-se lentamente em semanas ou meses, atingindo um limiar. O prognóstico está intimamente ligado ao diagnóstico precoce e intervenções adequadas. A maioria das mulheres apresenta melhora espontânea em período de 3 a 6 meses, mas para cerca de 40% a depressão pode persistir até um ano após o nascimento do bebê⁽⁵⁵⁾.

1.5- Fatores de Risco para Depressão

A detecção precoce de fatores de risco para a depressão na fase gestacional é considerada fundamental para sua prevenção no pós-parto e de suas repercussões na interação mãe-filho⁽³²⁾.

Alguns autores citam fatores sócio-culturais, biológicos, psicopatológicos prévios e relacionados ao contexto do nascimento do bebê ou de forma combinada, como desencadeadores da depressão pós-parto⁽¹¹⁻¹⁸⁾. Recentemente, outros fatores de risco foram identificados na ocorrência da

depressão pós-parto como baixa auto-estima, problemas conjugais e sócio-econômicos, além de gravidez não planejada ou não desejada⁽³³⁾.

Camacho *et al.*⁽⁵⁴⁾ discutem sobre a etiologia da depressão puerperal não ser completamente conhecida, mas outros estudos evidenciam que ela pode ser determinada por uma combinação de fatores biopsicossociais^(33,54-58).

Uma lista com fatores de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto pode fornecer subsídios para observação e anotação das ocorrências pelos profissionais de saúde que atuam com mulheres no ciclo gravídico puerperal. Eles também servem de instrumento para ensino onde devem ser destacadas ocorrências, específicas de atuação e assim subsidiar propostas de intervenção mais precocemente^(33,54-58).

Os fatores de risco para depressão pós-parto são divididos em gestacionais (depressão na gestação, aumento da procura de serviços de saúde, complicação durante o parto, prematuridade, abortos prévios, baixo peso da criança ao nascimento, gravidez de alto risco); biológicos (transtorno disfórico pré-menstrual, doença psiquiátrica na família, disfunção tireoidiana) e psicossociais (mãe solteira, abuso sexual na infância, gravidez precoce, gravidez não planejada ou não desejada, ter muitos filhos, baixa auto-estima, reduzido suporte familiar, baixo nível sócio-econômico, violência doméstica, conflitos no lar ou conjugais, perda, ausência ou falta de apoio de um dos pais, de familiares, do marido ou companheiro, desemprego, perda da casa ou de bens materiais, desemprego, baixa escolaridade)^(2,24,11,55,57-59).

Freqüentemente, mães deprimidas expressam seus sentimentos por meio de sintomas somáticos relacionados a episódio depressivo maior, como

distúrbios do sono com insônia ou hipersonia, sintomas ansiosos, dor crônica ou intermitente, mudanças no apetite ou peso, relato de cansaço excessivo⁽³⁵⁾. Além disso, são hipersensíveis a estímulos ambientais, com labilidade afetiva como choro fácil, entonação da voz alterada e comportamento hostil, irritabilidade, alterações de concentração e de memória, apáticas ou agitadas, com tristeza, sem prazer nos cuidados com o bebê, desinteresse por tudo e todos ao seu redor, sem entusiasmo, até com dificuldades na higiene, descuido com as vestes e pensamentos de inutilidade, de culpa e menos valia^(33,49,55,56,61,62).

Os profissionais de saúde, que atuam na atenção primária à saúde, como médicos generalistas, pediatras, ginecologistas e enfermeiros necessitam estar capacitados para perceber quando estão diante de uma mãe deprimida⁽⁶³⁾, pois essa ocorrência apresenta prejuízos clínicos e pragmáticos significativos no seu dia-a-dia, levando-as a sofrimento intenso na maior parte do dia, indo contra seus ideais de produtividade, saúde e bom humor.

Contudo, a detecção da depressão pós-parto não é difícil, os critérios são os mesmos para um episódio de depressão maior, como em qualquer época da vida com predominância de sintomas disfóricos. Ocorre em geral, a partir da 4^a a 6^a semana depois do parto, atingindo seu pico nos 6 primeiros meses, ocorrendo alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas para a mãe, comprometendo a interação mãe-filho de forma negativa^(24,49).

A puérpera deprimida revela sinais de prejuízos em sua qualidade de vida, com desorganização nas atividades a vida diária e desgaste nas relações familiares e ajustamento social. Atividades domésticas tornam-se árduas e

penosas, ficando difícil iniciar o dia, conviver com familiares e cuidar de outros filhos, além de acentuado desinteresse sexual, fatos que repercutem no relacionamento conjugal e nas relações sociais^(10,62).

Além dos problemas vivenciados pela puérpera com depressão, o fato de haver cobranças e preocupações excessivas com a lactação, amamentação e saúde do bebê podem agravar ainda mais a situação. As alterações cognitivas são sutis e geralmente de natureza subjetiva^(3,5,6,62). Muitas puérperas não verbalizam sua angústia e medo para os familiares, amigos e nem mesmo para os profissionais de saúde, pois se sentem culpadas por estarem tristes, infelizes e não em êxtase por estarem grávidas ou terem um bebê⁽⁶²⁾.

Ante tais considerações, as ações efetivas de todos os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, foco do estudo, para identificação de sintomatologia depressiva, diagnóstico da depressão e tratamento adequado, relacionada ao ciclo gravídico-puerperal são necessárias. Portanto, é de suma importância, que exista em torno da gestante e da puérpera, uma rede de profissionais capazes de rastrear por meio de escalas e questionários próprios, fatores de riscos para depressão, comportamentos depressivos e situações de vulnerabilidade dessas mulheres, visando assistência adequada e competente⁽³⁵⁾.

Na verificação da presença de sintomas depressivos são utilizadas várias escalas, sendo a *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* (EPDS) uma das mais utilizadas por apresentar melhores índices de sensibilidade e especificidade e melhores valores de predição em se tratando de

encaminhamento para avaliação por profissional de saúde mental. A seguir algumas considerações dessa escala.

1.6- *Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS)*

A escala de EPDS é um auto-questionário de rastreamento das depressões pós-natais, elaborado para facilitar o reconhecimento de um estado depressivo por profissionais não especializados na área psiquiátrica. Como todo auto-questionário, a EPDS não necessita especialização em saúde mental da parte de quem vai aplicá-la, sendo utilizada como instrumento de rastreamento sistemático sob uma ótica de prevenção secundária e como instrumento de pesquisa. Seus objetivos incluem: verificar se uma mulher está ou não deprimida, evitando riscos de banalização; avaliar a melhora do estado depressivo quando do tratamento, pois o escore é com efeito sensível à evolução do humor deprimido⁽⁶⁴⁾.

Vale ressaltar que a EPDS é uma escala para verificação de sintomatologia depressiva e não de diagnóstico. Foi desenvolvida na Grã-Bretanha, com tradução para 11 idiomas, e tem sido utilizada como suporte para intervenções e aconselhamento também em países desenvolvidos nos estudos epidemiológicos, testes de hipótese relacionados à depressão puerperal e encaminhamento diagnóstico⁽⁶⁵⁾. Constitui-se em um auto-registro, composto de 10 enunciados, cujas opções são pontuadas de 0 a 3 de acordo com a presença e intensidade do sintoma. As respostas mais graves têm valor 3, totalizando então a pontuação de 30. Em estudo de Cox⁽⁶⁶⁾, em função dos objetivos da utilização da EPDS em uma lógica clínica, o ponto de corte fica

entre os escores 10,11,12,13, sendo que o escore 11 assegura melhor rastreamento, pois revela melhor sensibilidade para especificidade com melhor valor preditivo. Assim, uma mãe tendo escore de ao menos 11 terá 80% de chance de estar deprimida. A especificidade aumenta com o escore, sendo o 13 muito seletivo para depressão maior, não muito sensível para utilização clínica de rastreamento das depressões pós-natais. O escore 10 não traz sensibilidade melhor que o escore 11, mas perde em especificidade. Cox⁽⁶⁶⁾ recomenda o escore 10 para uso da escala para rastreamento sistemático. De qualquer modo, para a escolha do ponto de corte, é preciso considerar tipo de amostra, aspectos sócio-demográficos, cultura e período pós-parto⁽⁶⁶⁾.

A EPDS é útil para as mães e profissionais de saúde, tendo aplicação rápida, fácil, com frases curtas, palavras simples e formulação de respostas. Também respeita a sensibilidade das mães e sua vulnerabilidade aos julgamentos de outros e liberdade de escolha das mães ao assinalar respostas. O instrumento é um auxílio à avaliação clínica, onde o julgamento do profissional é respeitado, qualquer que seja o escore como recomenda Cox⁽⁶⁶⁾. Pode ser utilizada a partir de 4 semanas após o parto e foi validada no Brasil por Santos *et al.*⁽⁶⁷⁾.

1.7- Justificativa

O interesse pela temática da depressão no ciclo gravídico-puerperal emergiu de minha atuação como enfermeira na área de saúde mental, consolidando-se na docência no curso de graduação em enfermagem, quando verifiquei ocorrência de sintomas depressivos em gestantes e puérperas,

durante estágio de Saúde Mental da Mulher que ministrei para acadêmicos da 3ª série, inseridos na Disciplina da Saúde da Mulher, na Unidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP.

Na interação com várias gestantes e puérperas assistidas no transcorrer dos estágios, os relatos dessas mulheres mostravam que muitos fatores de risco no desencadeamento da depressão no ciclo gravídico-puerperal eram desconsiderados na assistência obstétrica recebida na fase gestacional e pós-parto. Verificava-se que muitas gestantes e puérperas apresentavam aspectos biopsicossociais comprometidos, com sinais precoces de comportamentos depressivos, freqüentemente na fase gestacional, como tristeza, falta de energia e prazer, ansiedade, choro fácil, alterações no sono e outros sinais e sintomas considerados “normais” pelos profissionais de saúde, familiares e pela própria mulher, explicados como decorrentes da gestação e puerpério imediato e tardio.

Algumas dessas mulheres eram internadas devido a outros problemas de saúde como hipertensão, diabetes, contrações e sangramentos intermitentes. Além das intercorrências de saúde, relatavam também que “carregavam dentro de si uma enorme angústia da situação de vida”, fato desconsiderado nas consultas do pré-natal ou que até o momento não havia sido explorado por nenhum profissional da área da saúde. Algumas dessas mulheres evoluíram para parto prematuro, o que é considerado um dos fatores de risco para o desencadeamento da depressão pós-parto, pelo estresse causado por anseios do que possa acontecer com o bebê.

Considerando a vivência profissional nas áreas de enfermagem

psiquiátrica e saúde mental (por 22 anos), de início assistencial, doze anos no ensino e, mais recentemente, com foco na saúde da mulher durante o período reprodutivo em especial no ciclo gravídico puerperal, em nível de graduação e pós-graduação *lato sensu*, o interesse por esta pesquisa foi sendo fortalecido. Assim, com o intuito de esclarecer e aprofundar o tema, foi feito rastreamento de puérperas moradoras de regiões com Unidades Básicas de Saúde da Família de São José do Rio Preto (UBSF), com a finalidade de identificação as manifestações de comportamento depressivo na fase puerperal, decorrentes de fatores de risco não identificados no pré-natal ou até mesmo na pré-concepção.

Foi no contato com essas mulheres que pude ver com novo olhar as representações não verbalizadas do ser mãe. Na reflexão da escuta atenta tive a certeza da possibilidade de intervenção baseada em conhecimentos, habilidades, mas também na emoção, no respeito aos sentimentos. Ao longo dos anos de desenvolvimento desta pesquisa ficaram fortalecidas a necessidade de alertar e motivar estudantes e profissionais de saúde sobre os diferentes aspectos que se relacionam e interrelacionam com a depressão durante o ciclo gravídico puerperal, apesar da ênfase dada à fase puerperal, com vistas a buscarem novas ferramentas clínicas de observação, diagnóstico e prevenção de transtornos decorrentes da depressão relacionada à fase reprodutiva da mulher e as conseqüências para mãe, filho e família.

-

1.8- Objetivo

O objetivo geral deste trabalho foi identificar fatores de risco para depressão no ciclo gravídico puerperal em mulheres que procuram as Unidades Básicas de Saúde da Família(UBSF) de São José do Rio Preto, SP, considerando:

Objetivos específicos

1- identificação do conhecimento que os enfermeiros de UBSF de São José do Rio Preto possuem sobre depressão no ciclo gravídico puerperal;

2- verificar se as ações dos enfermeiros que atuam na assistência ao pré-natal favorecem a detecção de manifestações de comportamento depressivo e seus fatores de risco;

3- análise da aplicação da *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* por enfermeira para identificação de sintomatologia depressiva

4- elaboração de proposta de assistência de enfermagem que favoreça assistência integral à mulher no ciclo gravídico puerperal a partir da detecção de manifestações de comportamentos depressivos e fatores de risco associados.

2- CASUÍSTICA E MÉTODO

2.1- Tipo de Estudo

O presente estudo é do tipo descritivo e exploratório e visou averiguar o nível de conhecimento no enfoque da atuação do enfermeiro em Unidades Básicas de Saúde da Família(UBSF) de São José do Rio Preto, SP, sobre depressão no ciclo gravídico puerperal e sua relação com os fatores de risco associados.

O método descritivo-exploratório permite a identificação dos dados sócio-demográficos da população estudada, a descrição de suas características, das variáveis da investigação e uso de técnicas padronizadas de coleta de dados. É um tipo de pesquisa muito usado pelos pesquisadores com atuação prática, por permitir ao pesquisador análise quantitativa e qualitativa, ao observar, desenvolver e explorar diferentes perspectivas de uma situação, na procura do conhecimento sobre o tema em pauta^(68,69).

Quanto à análise qualitativa, utilizou-se como alternativa explicitada por Minayo⁽⁷⁰⁾, como caminho e instrumental para uso de técnicas na compreensão de uma realidade, com o potencial criativo do pesquisador, nesta situação da realidade da depressão no ciclo gravídico-puerperal

2.2- Local de Estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida em São José do Rio Preto, localizada na região noroeste do Estado de São Paulo, distando cerca de 450 Km da capital, com população de 414.272 mil habitantes em 2008, sendo 139.731 de mulheres em idade reprodutiva, isto é, na faixa etária de 10 a 49 anos⁽⁷¹⁾.

A execução da política municipal de saúde é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene, abrangendo ações em postos de atendimento médico, odontológico e de atenção em saúde, englobando serviços de atenção básica e especializados.

O estudo foi desenvolvido em 5 UBSF de São José do Rio Preto, localizadas nos bairros da periferia Maria Lucia, Parque da Cidadania, Cidade Jardim, Renascer e Rio Preto I.

A escolha de coleta de dados em UBSF baseia-se no caráter multiprofissional e interdisciplinar das equipes de saúde da família, com a prestação de atendimento integral nas especialidades básicas, numa base territorial delimitada. A função da UBSF é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. No campo da saúde da mulher, a estratégia da saúde da família tem entre suas responsabilidades o acompanhamento do pré-natal e do puerpério, com visitas domiciliares até 10 dias após o parto⁽⁷²⁾.

2.3- Casuística

Foram estudadas 9 enfermeiras atuantes em 5 UBSF de São José do Rio Preto, SP, e 35 puérperas cadastradas nessas UBSF que estavam entre 45 a 90 dias pós-parto, correspondendo a 29,7% das 118 mulheres que tiveram seus filhos no período de janeiro a fevereiro de 2009.

Das 35 puérperas, 10 eram adolescentes (16 a 20 anos) e 25 adultas (21 a 38 anos). Das 83 restantes, 72 não estavam mais no período estipulado

para a inclusão e 11 não participaram por não terem sido contatadas pela gerente da unidade de saúde incluída no estudo, apesar de ser uma condição pré-estabelecida pela secretaria da saúde do município para a obtenção dos dados.

2.4- Aspectos Éticos

Fundamentada na Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde

(CNS), com relação a **aspectos éticos** esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), com protocolo de **Nº 6191/2007**, (Anexo 1). Antes do início deste estudo, todos os indivíduos foram informados sobre o objetivo e importância deste trabalho, tendo liberdade de participarem ou não do mesmo (Apêndices 1 e 2). Além disso, foi dada garantia sobre o sigilo e anonimato das informações, podendo ser utilizadas pelo próprio pesquisador somente para fins científicos.

2.5- Coleta de Dados

Foram utilizados três instrumentos, sendo dois questionários e uma escala. O primeiro instrumento, aplicado entre os enfermeiros do estudo, continha três questões norteadoras relativas ao seu conhecimento sobre depressão no ciclo gravídico puerperal, as ações que realizam nesse período e sugestões que quisessem dar (Apêndice 3).

O segundo instrumento, elaborado e aplicado pela pesquisadora (Apêndice 4), contém questões abertas semi-estruturadas para as mães acerca de dados sócio-econômicos (renda familiar, escolaridade, trabalho), demográficos (idade, estado civil, quantas pessoas moram na casa), psicossociais sobre a gestação (planejamento da gravidez, pensar em interromper a gravidez, antecedentes familiares psiquiátricos, história de depressão anterior, relacionamento conjugal e interpessoais, doenças e mortes na família, estado psicológico e emocional), obstétricos (número de gestações, número de filhos, abortos prévios, número de consultas e orientações de pré-natal, intercorrências obstétricas, peso do recém-nascido) e pós-natais (orientação médica e psicológica, tipo de parto, aleitamento materno, prematuridade, cuidados e interação com o bebê, estado psicológico e emocional).

O terceiro instrumento incluiu escala para verificação da presença e intensidade da sintomatologia depressiva e não de diagnóstico (Anexo 2). Foi utilizada nesta pesquisa a *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* (EPDS), que é um auto-registro, composto de 10 enunciados, cujas opções são pontuadas de 0 a 3 de acordo com a presença e intensidade do sintoma. Sua pontuação total, portanto, é de 30. Foi adotado para esse estudo, ponto de corte 11, que apresenta melhores índices de sensibilidade e especificidade, alto valor preditivo em função do objetivo de sua utilização com uma lógica clínica de verificação da presença de sintomas depressivos.

Para a coleta de dados das enfermeiras atuantes em UBSF, foi solicitada autorização à Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio

Preto para aplicação de instrumento com perguntas norteadoras relativas ao conhecimento quanto da depressão no ciclo gravídico puerperal e suas ações no pré-natal para assistência das gestantes e puerpéras (Anexo 3). Após a autorização, entrou-se em contato telefônico com cada uma das enfermeiras das UBSF para explicação da pesquisa, agendamento de dia e horário para aplicação do instrumento, de acordo com a disponibilidade de cada uma. A coleta de dados teve início e término em março de 2009, após estarem definidas as UBSF que seriam campo de estudo.

Para a coleta de dados das puérperas, foi solicitada e autorizada a análise da lista de nascidos vivos junto ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), no período de janeiro e fevereiro de 2009, por ser instrumento de informações sobre Declarações sobre Nascidos Vivos de São José do Rio Preto (Anexo 3). A opção de solicitar ao Sinasc (informação dos nascidos vivos), foi para saber o número de nascimentos por mês, que girou em torno de 400 a 500, de forma a ter uma idéia da proporção de mulheres em risco de desenvolver a depressão puerperal no município. A opção para nascidos vivos teve como objetivo a verificação fidedigna de comportamentos depressivos, para o desencadeamento da depressão puerperal, visto que um bebê natimorto comumente aflora tais comportamentos na mãe.

Com essas informações, o processo de seleção incluía mulheres puérperas (45 a 90 dias pós-parto) residentes em bairros que tivessem UBSF, respeitando o período estipulado para primeira aplicação da *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* e um questionário semi-estruturado elaborado pela pesquisadora.

As gerentes das UBSF entraram em contato com as puérperas por telefone, cartas com impresso próprio da UBSF, com direito a respostas, pelos agentes munidos de um comunicado e se caso aceitassem deveriam assiná-lo. Apenas uma das gerentes das UBSF não pode participar dessa pesquisa alegando a sobrecarga de trabalho. Desse modo, a pesquisa foi realizada nas outras 5 UBSF, sendo as gerentes solícitas, prestativas e acolhedoras na realização de ações para contatar as puérperas com rapidez para que o maior número de mulheres pudessem fazer parte da pesquisa.

A amostra foi composta por enfermeiras e puérperas para que se fizesse um estudo paralelo entre ambas.

Foi elaborado cronograma por unidade, contendo nome da mãe, data de nascimento, número do prontuário para melhor localizá-lo, endereço, telefone, local da entrevista, data da primeira e segunda aplicação da *Edinburgh Post-Natal Depression Scale*.

Ao serem confirmadas as datas e horários pela pesquisadora, a participante poderia escolher o local da entrevista em sua residência ou na UBSF. A coleta de dados teve início na segunda quinzena de fevereiro 2009 para os nascimentos de janeiro 2009, com término em abril. Para os nascimentos de fevereiro 2009, a coleta teve seu início na segunda quinzena de março 2009, com término em maio 2009. Primeiramente, foi preenchida a *Edinburgh Post-Natal Depression Scale*. A opção por essa escala foi para que os dados a serem investigados no segundo instrumento não influenciassem nas respostas da escala, tornando-as fidedignas. A duração do preenchimento variou de 5 a 10 minutos. Já no segundo instrumento, ocupou-se mais tempo,

durando as entrevistas entre 1h a 2h30, chegando até 3 horas de duração. Tal fato explica-se pela verificação das necessidades que as puérperas tinham em expressar suas angústias, preocupações, dúvidas e ansiedades, exigindo escuta mais atenta e reflexiva, tornando as entrevistas mais demoradas.

Os horários eram agendados de acordo com a disponibilidade da mãe e da entrevistadora. No período da manhã, o tempo disponibilizado para a entrevista era menor, pois as participantes acordavam tarde e tinham almoço para fazer. Desse modo, mesmo com o horário marcado, algumas mães pediam para que a entrevista fosse em outro dia e em outro horário, perdendo-se o período necessário para inclusão de algumas nesse estudo.

Segundo definido com as gerentes das unidades do campo de estudo, ficou acordado que em caso de pontuação positiva para o ponto de corte 11 adotado, seria repassado para essas uma lista com os nomes das puérperas, com solicitação de encaminhamento para um profissional especializado para o caso, objetivando averiguação dos sintomas detectados.

Das 35 mulheres cadastradas nas UBSF, 12 utilizaram outros serviços, o que não impediu encaminhamento para a unidade, caso o quisesse, pois eram cadastradas na UBSF. Foi realizada averiguação do prontuário das participantes com intuito de se obter informações sobre aspectos psicológicos, porém não foi encontrado nenhuma anotação ou registro nesse campo, constando apenas anotações sobre aspectos físicos e ocorrências da gestação. Após as entrevistas e aplicação da EPDS, todos os casos com a presença de sintomas depressivos foram encaminhados a UBSF conforme o acordo realizado.

Para a segunda aplicação da *Edinburgh Post-Natal Depression Scale*, ficou mais fácil o contato, pois a população já sabia que deveria haver um segundo encontro quando da assinatura do consentimento livre e esclarecido, sabendo como proceder, além de já ter conhecimento do objetivo da pesquisa. Houve apenas a necessidade do contato telefônico para agendamento prévio do dia para a segunda aplicação da EPDS. O segundo encontro com as 35 mulheres, foi realizado de julho a agosto de 2009, efetuada em domicílio, realizado por uma pessoa da inteira confiança da autora e treinada para tal, no sentido de como proceder quanto a um auto-registro, dando apenas as orientações necessárias e cabíveis para não suggestionar a participante.

O instrumento foi preenchido em tempo que variou de 5 a 10 minutos para cada mulher participante do estudo. A pessoa que auxiliou nesta etapa de coleta de dados, não interferiu nas respostas dadas, apenas aguardou a devolução do instrumento. Vale destacar que a pesquisadora telefonou para todas as participantes, marcando o dia, horário comunicando quem iria e seu nome. O intervalo entre a primeira e a segunda aplicação da escala, foi de três meses. A entrevistadora entrou em contato telefônico com aquelas que obtiveram escore igual ou superior a 11, para fazer um acompanhamento na UBSF e receber orientações necessárias.

Assim, a *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* foi utilizada em dois períodos. No primeiro, 45 a 90 dias pós-parto, período em que os sintomas da depressão pós-parto podem surgir; no segundo respeitou-se prazo de 180 dias pós-parto, considerado como período crítico do surgimento da DPP, quando seus sintomas estão mais acentuados pelo não tratamento.

A escolha por utilizar essa escala em dois períodos objetivou a confirmação dos sintomas depressivos da primeira aplicação e possível positividade na segunda, considerando que a depressão pós parto tem seu início da 4^a a 6^a semana pós-parto, podendo ser desencadeada até o primeiro ano do bebê, mas com seu período crítico aos 6 meses pós-parto.

2.6- Análise de Dados

Os dados foram digitados e armazenados na forma de banco de dados e organizados em planilha Excel (*Microsoft Office 2007*), de modo a serem apresentadas segundo frequências absolutas e relativas (porcentagem), e apresentados em Tabelas e Quadros. Os aspectos qualitativos são apresentados de forma descritiva nos relatos de casos (Apêndice 5) para obtenção de dados relacionados à depressão no ciclo gravídico puerperal, no enfoque das enfermeiras e das puérperas incluídas deste estudo para o enriquecimento dos dados quantitativos.

Para a análise dos dados qualitativos, utilizou-se como referencial a análise do conteúdo como uma técnica de análise da comunicação, visando a descrição de conteúdo de mensagens, que permitam a construção de conhecimento relativo às informações e observações relacionadas ao que se deseja investigar, desvelando núcleos de sentidos que aparecem nas mensagens. Na abordagem qualitativa, leva-se em conta a importância da complexidade do homem em sua multidimensionalidade como potencial de captação ou apreensão dos sentidos e significados buscados. Na operacionalização de busca de dados, no enfoque qualitativo, a participação da

pesquisadora foi contínua, realizando entrevista semi-estruturada, utilizando-se, também, de registro de campo das observações feitas, inclusive de dados não verbais, que se constituiu em um instrumento importante na organização e apresentação dos dados⁽⁷⁰⁾.

Na análise estatística, foi utilizado o teste exato de Fisher para verificar possível associação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva. Foram considerados significantes os valores de $p < 0,05$. Todos os cálculos e análises foram efetuadas usando-se programa GraphPad InStat versão 3.00 (GraphPad Software, San Diego, Califórnia, Estados Unidos).

1- INTRODUÇÃO

1.1- Depressão nos Tempos Atuais

Atualmente, a depressão é chamada de "doença do século XXI", pois segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁾ em todo o mundo mais de 450 milhões de pessoas já sofrem desse problema. Estima-se que até 2020, essa doença passe da quarta para a segunda causa de incapacidade e perda de qualidade de vida, apenas perdendo para doenças cardíacas; em 2030 poderá estar em primeiro lugar entre todos os problemas de saúde, com perdas econômicas e sociais para a população⁽²⁾.

A depressão tem sido muito estudada devido principalmente à diversidade de possíveis etiologias, com manifestações biopsicossociais variadas, destacadas em vários estudos, inclusive da OMS. Essas manifestações podem ser entendidas como várias experiências de mal-estar e que trazem sofrimento psíquico expresso na própria inquietação da existência e dor humana, advindas da realidade exterior em que o ser está inserido^(1,2,3).

Cientistas têm evidenciado bases neurobiológicas da depressão, como resultante do desequilíbrio bioquímico dos neurônios responsáveis pelo controle do estado de humor. Destaca-se o aspecto multifatorial desse transtorno, que pode justificar taxas elevadas de depressão na mulher. Assim,

esse transtorno é freqüente, acometendo cerca de 20% das mulheres em algum momento ao longo da vida, sendo os recursos terapêuticos eficazes dependendo somente da percepção precoce de comportamentos depressivos⁽³⁻⁷⁾.

As mulheres são particularmente vulneráveis a problemas depressivos,

explicados por oscilações hormonais intensas no período pré-menstrual, gravidez, puerpério e na menopausa. Ainda, as mulheres têm responsabilidades adicionais, em comparação com os homens como: trabalho, casa, cuidados com crianças e muitas vezes pais idosos e estado de maternidade solteira⁽⁴⁻⁷⁾.

Há relação entre acontecimentos estressantes da vida com episódios depressivos, mas não se pode responsabilizar tais eventos ou fatores pela manutenção da depressão, pois nem todas as pessoas ficam deprimidas quando são acometidas por eventos conflituosos ao longo da vida, utilizando enfrentamentos saudáveis para uma rápida recuperação, já que nem todos reagem da mesma forma a eventos como perda de um ente querido, perda de emprego, problemas financeiros, conflitos conjugais e separações, entre outras questões^(8,9). Assim, a depressão é considerada o estado de estar ou de ser, como a dor do existir, correlacionada a fatores envolvidos na história clínica e familiar, não existindo exame laboratorial que possa ser utilizado para fazer tal diagnóstico⁽¹⁰⁾. Inclui-se aqui, também, a história de vida como um todo e no ciclo gravídico-puerperal tem características peculiares, como apresentado a seguir.

1.2- Depressão no Transcorrer do Ciclo Gravídico-Puerperal

A gestação e o puerpério são fases da vida da mulher que necessitam de atenção especial, pois com alterações hormonais, físicas e psíquicas que acontecem, pode haver reflexo na saúde mental dessas mulheres e nas condições físicas e psíquicas do concepto⁽¹¹⁻¹⁸⁾. O ciclo gravídico puerperal representa período de maior surgimento de transtornos psíquicos na mulher, envolvendo em si uma crise adaptativa caracterizada por complexas transformações fisiológicas, sociais, familiares e psicológicas, que implicam em potencial de risco eminente de comportamento depressivo que, dependendo do grau, poderia ser diagnosticado como transtorno psiquiátrico⁽¹¹⁾. Assim, é preciso delinear fatores de risco para o desencadeamento da depressão no transcorrer do processo de nascimento, sendo a depressão pós-parto (DPP) a de maior prevalência entre os transtornos psíquicos, tendo na maioria das vezes a depressão gestacional como sua preditora⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

Na atualidade, além de mudanças psicológicas e bioquímicas que envolvem a fase gravídica puerperal, a mulher está envolvida em problemas sócio-econômicos abrangentes, inserida no mercado de trabalho e participando ativamente do orçamento familiar, sendo muitas vezes arrimo de sua família. Ainda, cabe à mulher responder pela maior parcela de compromissos familiares e sociais, que podem comprometer a gestação ou vice-versa⁽¹⁶⁾.

A gravidez comumente é associada a estado de felicidade e alegrias. Acredita-se que essa tinha efeito de proteção sobre a saúde mental da mulher, mas pesquisas científicas atuais têm mostrado que esse é um período que não a protege de transtornos psíquicos, devendo sua saúde mental ser bem

avaliada⁽¹⁹⁾.

1.3- Depressão Gestacional

A depressão gestacional é um transtorno mental comum, com prevalência estimada de 20% a 29%, sendo 15% nos países desenvolvidos e aproximadamente 20% no Brasil⁽⁹⁾. Os sintomas da depressão gestacional assemelham-se aos de outros transtornos depressivos já vivenciados, apesar de ser caracterizada por estado especial que se desenvolve nas grávidas, mulheres mais predispostas ou mais vulneráveis e com baixa resistência ao estresse. A depressão gestacional é mais prevalente no primeiro e no último trimestre da gravidez, com índices maiores que a depressão puerperal, indicada nos estudos com prevalência entre 10% a 15%^(5,9).

Pesquisas mostram influência genética para essa predisposição, como constatado em estudos realizados com gêmeos idênticos, verificando-se que ficam mais deprimidos diante de uma mesma situação de estresse em relação à população em geral⁽⁹⁾. Aventa-se que além do componente genético, destaca-se o ambiente biopsicossocial em que o feto e a criança se desenvolvem, que pode torná-las mais predispostas à depressão, além de contribuir na determinação de sua personalidade⁽⁸⁾.

Alguns estudiosos relacionam a predisposição com a personalidade da pessoa, ressaltando capacidade de superar adversidades, envolvendo flexibilidade, auto-estima, autoconfiança, capacidade de lutar frente a situações de estresse, “dar a volta por cima”, com desenvolvimento de habilidades adaptativas saudáveis, recuperando o comportamento de origem após um

dano. Esse fenômeno é denominado resiliência, termo oriundo da Física, mas adotado para descrever a capacidade de resistir aos impactos negativos da vida⁽²⁰⁾.

A personalidade é desenvolvida desde os primeiros anos de vida do novo ser, colocando-se em destaque a importância do apego seguro, da possibilidade de se sentir amado e estimulado por seus cuidadores. Estudos recentes mostram que a criança que teve nos primeiros três anos vínculo afetivo seguro com os pais, tem enfrentamentos mais saudáveis nos outros ciclos da vida. Desse modo, é importante que os profissionais que trabalham com gestantes destaquem em sua atuação profissional o aspecto do vínculo adequado mãe-bebê, contribuindo para que os pais e particularmente a gestante sob seus cuidados, no âmbito de sua competência, conheça fundamentos para proporcionar à criança desenvolvimento com uma “base mais segura”^(20,21). Outros autores reforçam a influência da interação inicial mãe-bebê, criando melhores condições para o desenvolvimento da criança de forma mais saudável e segura, constituindo-se em um dos importantes aspectos na construção dos pilares da saúde mental e que permitem começar a entender o processo de predisposição e de prevenção ou atenuação de problemas psíquicos nas mães, em especial nesses períodos^(22,23).

No transcorrer da gestação são muitas as angústias, dúvidas, sentimentos intensos e ambivalentes sobre a gestação em si, o parto e a maternagem, podendo surgir não só em momentos como em todo o ciclo gravídico-puerperal; o desencadeamento da depressão nessa fase da vida vai depender de alguns fatores de risco direta ou indiretamente relacionados⁽²³⁻²⁵⁾.

Tornar-se mãe provoca transformações intensas, desperta conflitos e conteúdos inconscientes, perdas, desafios e ameaças, levando a gestante a experiências dolorosas, que pode influenciar na qualidade de interação com o bebê, pois as experiências negativas vivenciadas na sua infância e não ainda elaboradas podem agravar a situação⁽²²⁾. Essas circunstâncias, podem estimular o aparecimento de manifestações depressivas^(26,27).

Os episódios depressivos podem variar de intensidade, dependendo da gravidade e número de sintomas, podendo ser leve, moderado ou grave^(26,28). Em estudos com 14.000 gestantes, Josefsson⁽²⁴⁾ foi categórico em afirmar que os sintomas da depressão durante a gravidez são tão comuns e graves quanto os da depressão pós-parto. Ressalta ainda, falhas decorrentes da falta de diagnóstico de médicos e dos profissionais que têm contato com a gestante no pré-natal, por não terem conhecimento necessário sobre transtorno e seu tratamento adequado durante a gestação, que é freqüentemente, “ignorada e subdiagnosticada”, segundo De-Kun Li^(28,29).

Na sabedoria popular a gestante deve ser poupada de assuntos perniciosos e preocupantes, para que não fique tensa, nervosa, irritada, pois seu estado emocional interfere no estado emocional do feto, podendo até provocar a interrupção prematura da gestação. Apesar de ser considerado fato popular, tem corroboração científica, pois estudos sugerem que o estresse materno crônico e a depressão durante a gravidez se associam com os níveis elevados de hormônio liberador de corticotrofina (*corticotropin-releasing hormone* - CRH), de hormônio adeno-córticotrófico (ACTH) e de cortisol, comprometendo e prejudicando a psicofisiologia da gravidez. Como

conseqüências imediatas há comprometimento no desenvolvimento do feto, como diminuição da freqüência respiratória e dos movimentos, variação da freqüência cardíaca e enrijecimento da artéria umbilical, com menor fluxo sanguíneo. A médio prazo há diminuição dos movimentos, peso e índice de Apgar ao nascimento, aumento no número de partos prematuros, causas de morbimortalidade infantil. As conseqüências tardias são crianças com diminuição da imunidade, maior número de doenças, menor resistência ao estresse, crises de choro, hiperatividade, problemas de sono, digestivos e comportamentos considerados difíceis pela mãe^(9,28,30).

A depressão gestacional é um importante problema de saúde pública, necessitando de intervenção precoce, sendo comum quando associada a fatores de risco como gravidez indesejada, conflitos conjugais, dificuldade de lidar com as mudanças no corpo, medo de não conseguir cuidar de uma criança, tratamentos de fertilização, aborto prévio, que podem desencadear um quadro que vai além das mudanças esperadas dessa fase, como aumento da sensibilidade e sonolência^(30,31). A mulher pode ter crises de choro e ficar com a sensibilidade à flor da pele, considerando-se como comum na gravidez. Porém, é preciso reconhecer sinais e sintomas de gestantes que podem ser mais sensíveis que o normal. Alterações psicofisiológicas como aumento ou diminuição do apetite e do sono, desinteresse sexual e diminuição da energia, ansiedade, irritabilidade, medo, náuseas e tonturas podem levá-las a depressão⁽¹³⁾.

Entretanto, esses sinais e sintomas, não podem ser interpretados de forma padronizada e nem banalizados. Escutar e refletir o que a gestante fala

pode fazer a diferença para a saúde mental da futura mãe e do futuro ser^(13,32,33). Segundo Dias⁽³⁴⁾, sono e variabilidade emocional podem ser comuns na gestação e podem até ser confundidos com depressão, mas desesperança, tristeza intensa, sentimento de culpa e pensamentos de morte não são próprios da gravidez.

Outra situação preocupante é a ideação suicida que acomete a gestante gravemente deprimida. Ainda que nessas circunstâncias alguns estudos considerem a gravidez um fator de proteção para a mulher com relação ao suicídio, pois as tentativas são menores do que em outra fase da vida⁽³⁴⁾.

Estar grávida é uma condição singular. Cada gravidez é impar, cada filho é acolhido de uma forma e pode trazer um turbilhão de emoções, dando espaço para uma gestação ambivalente, podendo haver desejos contraditórios do casal com gestação desejada ou totalmente indesejada, fatos relacionados a atos falhos da contracepção⁽³⁵⁾. A fase gestacional representa estado particular do psiquismo, tornado-se transparente se houver um olhar mais atento para as representações que vêm à tona antes de “incriminar uma hipotética depressão⁽³⁶⁾”. Na assistência prestada deve fazer parte a “escuta reflexiva da tristeza materna”, permitindo à mãe dar sentido no contexto de sua história, daquela gestação em particular. A escuta do sentido dado pela gestante, por pior que seja, vai ser a base de sustentação da construção do vínculo com o bebê. Assim, seja qual for o contexto, essa origem marcará a criança e fará parte de sua história⁽¹³⁾. A história da gravidez poderá nos indicar pistas para facilitar a compreensão do comportamento da mulher face às modificações inerentes ao seu estado, pois é um período de iniciação da

maternagem e o modo como cada mulher vai lidar com essas mudanças e incertezas pode predeterminar como vai ser a gestação⁽¹⁰⁾. Winnicott⁽³⁷⁾, psicanalista britânico, um dos primeiros estudiosos a observar esse estado psíquico particular da mulher no ciclo gravídico-puerperal, denominou-o de “preocupação materna primária”.

Dados da literatura sugerem que a depressão gestacional possa estar sendo negligenciada, havendo poucas pesquisas científicas sobre o assunto, mesmo existindo consenso de que os fatores que comprometem o binômio materno fetal podem ter suas origens já na pré-concepção⁽³⁸⁻⁴⁰⁾. Esse panorama é preocupante, destacando-se questionamentos de como fica a gestante quando apresenta comportamento depressivo, ansioso, podendo ficar nesse estado por semanas, meses após o parto, com danos irreversíveis, como tentativa de suicídio podendo ou não obter êxito e infanticídio⁽⁴¹⁾.

Na identificação de tais manifestações, as mulheres necessitam de atendimento especializado como encaminhamento para área da saúde mental, dependendo da gravidade dos sintomas. O risco de não se tratar a depressão gestacional é enorme, pois gestantes deprimidas com a perda de prazer não se preocupam com seu estado, não expressam seus sentimentos, podem sentir dificuldade de aceitar ou admitir, por exemplo, sua gravidez, as modificações corporais, em aderirem ao pré-natal, em seguirem corretamente as orientações, fatos que podem ser associados a maiores índices de morbimortalidade neonatal. Deve-se lembrar, no entanto, que gestantes nessas condições podem consumir mais álcool, tabaco e outras drogas^(9,10).

Sentimentos de inadequação poderiam ser atenuados aplicando-se

medidas preventivas se o campo psicológico da gestante fosse mais explorado⁽⁴²⁾.

Com um novo olhar para a gestação, nasce nova percepção que se faz necessária: escuta diferenciada, atenta, reflexiva, para que possam ser detectadas questões de saúde, nutrição, de estresse materno, do paterno, da família, identificando riscos e efeitos nocivos do estresse na evolução da gravidez, causado pela ansiedade e depressão⁽⁴³⁾.

No fase gravídica, os profissionais de saúde devem ter conhecimento e sensibilidade para relacionar um comportamento ou determinado sintoma a um pensamento e sentimento, para perceber a possibilidade de depressão, articulando-se todas as dimensões da gestante, física, psicológica, emocional, cultural e não realizar o pré-natal focado na “barriga” da mulher, no aspecto físico, buscando compreender a representação que tem o bebê na mente da mulher e do casal, mesmo antes do nascimento^(13,44).

A consulta pré-natal tem como objetivo principal o acolhimento da gestante, que envolve rotinas bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, oferecendo respostas e apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias ou, simplesmente, a curiosidade de saber sobre o que acontece com o seu corpo. É possível perceber vários comportamentos depressivos que não são características do período gestacional, sendo possível detectar precocemente prováveis manifestações de transtornos psiquiátricos⁽⁴⁴⁾. A atitude do profissional deve transmitir a confiança que se faz necessária nessa fase para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação, parto e

pós-parto⁽⁴⁴⁻⁴⁶⁾.

Muitas vezes as gestantes têm atendimento com consulta médica prática, basicamente voltada para a assistência ou necessidades físicas, ou seja, para suas queixas físicas e realização de exames. Não existe tempo nem espaço para escutar sua fala e ou questionamento; prevalecendo uma visão apenas biológica e fragmentada⁽⁴⁵⁾.

Entretanto, o acompanhamento pré-natal é uma das principais ferramentas para assegurar a saúde da mulher durante esse período, onde deve-se proporcionar orientações para viver de forma positiva a gravidez, o parto e estar menos vulnerável a complicações físicas e psicológicas no pós-parto, além de propiciar maior segurança no processo de amamentação e no desempenho da função de maternagem. Sua importância está no diagnóstico precoce de problemas referentes ao ciclo gravídico-puerperal e na prevenção de agravos à saúde tanto da mãe quanto do filho. A depressão gestacional e do pós-parto, prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal estão relacionadas a falta de assistência adequada no pré-natal⁽⁴⁷⁾.

Nesse âmbito o Ministério da Saúde preconiza que os profissionais de saúde assistam à mulher de forma efetiva e humanizada, no sentido de prepará-las física e psicologicamente não só para o desenvolvimento da gestação, como para o parto e o puerpério⁽⁴⁶⁾. Essa é uma oportunidade que deve ser considerada pelos profissionais da equipe de saúde como ímpar para que desenvolvam educação pré e perinatal, como dimensão do processo de cuidar, representando aprendizado para a equipe de saúde, para a gestante e seu companheiro⁽⁴⁸⁾.

O diagnóstico precoce de transtornos depressivos durante a fase gestacional permite a tomada de medidas que previnam agravos à saúde mental da mulher no pós-parto como a depressão, que será abordada a seguir.

1.4- Depressões Maternas

Para detecção mais apurada das depressões maternas pós-natais, Silva⁽⁴⁹⁾ em seu estudo sobre depressão puerperal, discute conceitos, prevalências, sintomas, curso e prognóstico de distúrbios psiquiátricos com diagnóstico diferencial das psicopatologias baseando-se em vários outros estudos⁽⁵⁰⁻⁵²⁾.

Puerperal blues ou disforia puerperal é descrita classicamente como episódio depressivo menor, surgindo na maioria das vezes nas duas primeiras semanas após o parto. Representa distúrbio psíquico leve e transitório, insuficiente para causar prejuízo funcional para a mulher. Sua prevalência é de 50 a 80% das puérperas. Tem seu início no 3º até o 4º dia do puerpério, com sintomas de choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê e com remissão espontânea de 1 semana a 10 dias⁽¹⁰⁾.

Constitui-se em estado de fragilidade e hipersensibilidade, fazendo com que a puérpera tenha crises de lágrimas para em seguida tornar-se estável. Essa crise é considerada por muitos autores como sendo o sintoma central do *blues*, podendo estar relacionada aos outros filhos, dificuldades no aleitamento, sentimento de abandono do companheiro e de outras pessoas. Aparece no meio da manhã ou final da noite. O contexto de vida da puérpera pode estar

relacionado com o grau de manifestação do *blues*. As mulheres primíparas podem ter a impressão de que jamais poderão assumir o papel de mãe; as multíparas podem pensar que não conseguirão desempenhar o seu papel de mãe com os outros filhos com a chegada do novo bebê, considerando pequenas dificuldades como intransponíveis. O *blues* em algumas situações poderá persistir além do período de 10 a 15 dias, acarretando transtorno de humor mais grave; 15 a 20% das mulheres que vivenciaram o *blues* podem apresentar autêntica depressão pós-parto^(38,49). Estudos epidemiológicos apontam que mais de 80% das mulheres apresentam sintomas depressivos no pós-parto.

A relação específica entre transtornos do humor e período puerperal é reconhecida pela *American Psychiatric Association (APA)*⁽⁶⁾.

A depressão pós-parto (DPP) é um distúrbio do humor de grau moderado a grave, clinicamente identificado ao episódio depressivo maior tal como descrito na Classificação de Doenças Mentais DSM-IV da APA⁽⁵³⁾. É uma síndrome psiquiátrica caracterizada por um episódio de depressão maior, com alta prevalência; alguns estudos demonstram ser de 10 a 15% das mães^(2,24,35,54-59).

A depressão pós-parto pode acometer até 20%^(1,2,4,57,60,61.) das mulheres, podendo esse número ser maior, considerando que boa parte das mães não procura ajuda para esse transtorno afetivo ou se utilizam dos recursos de saúde apenas para seus bebês e não para si mesmas⁽⁵⁷⁾, como por exemplo, procuram a atenção primária para vacinas e queixas comuns de que seu bebê não dorme e não quer mamar.

Apesar de sua importância no âmbito da saúde pública, a depressão pós-parto também é frequentemente negligenciada pelos profissionais de saúde, em particular médicos e enfermeiros que atuam no atendimento primário, pois seus sintomas geralmente não são detectados por profissionais que não desenvolveram competências específicas para atender nessa área. Os profissionais de saúde despreparados muitas vezes acreditam que os estados de exaustão aos quais muitas mães chegam, são estados “normais” nesse período, pelos cuidados intensos com o recém-nascido, portanto a DPP, não é devidamente diagnosticada. Os primeiros 6 meses pós parto, podem ser exaustivos para a mulher pela responsabilidade assumida, pela insegurança em desempenhar seu novo papel, por ter que conciliar afazeres domésticos com os cuidados do bebê, outros filhos, companheiro e familiares. O que mais parece ser significativo, em estudos realizados, é a falta de atendimento profissional adequado e suporte afetivo do companheiro⁽⁵⁵⁾.

A depressão pós-parto desenvolve-se lentamente em semanas ou meses, atingindo um limiar. O prognóstico está intimamente ligado ao diagnóstico precoce e intervenções adequadas. A maioria das mulheres apresenta melhora espontânea em período de 3 a 6 meses, mas para cerca de 40% a depressão pode persistir até um ano após o nascimento do bebê⁽⁵⁵⁾.

1.5- Fatores de Risco para Depressão

A detecção precoce de fatores de risco para a depressão na fase gestacional é considerada fundamental para sua prevenção no pós-parto e de suas repercussões na interação mãe-filho⁽³²⁾.

Alguns autores citam fatores sócio-culturais, biológicos, psicopatológicos prévios e relacionados ao contexto do nascimento do bebê ou de forma combinada, como desencadeadores da depressão pós-parto⁽¹¹⁻¹⁸⁾. Recentemente, outros fatores de risco foram identificados na ocorrência da depressão pós-parto como baixa auto-estima, problemas conjugais e sócio-econômicos, além de gravidez não planejada ou não desejada⁽³³⁾.

Camacho *et al.*⁽⁵⁴⁾ discutem sobre a etiologia da depressão puerperal não ser completamente conhecida, mas outros estudos evidenciam que ela pode ser determinada por uma combinação de fatores biopsicossociais^(33,54-58).

Uma lista com fatores de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto pode fornecer subsídios para observação e anotação das ocorrências pelos profissionais de saúde que atuam com mulheres no ciclo gravídico puerperal. Eles também servem de instrumento para ensino onde devem ser destacadas ocorrências, específicas de atuação e assim subsidiar propostas de intervenção mais precocemente^(33,54-58).

Os fatores de risco para depressão pós-parto são divididos em gestacionais (depressão na gestação, aumento da procura de serviços de saúde, complicação durante o parto, prematuridade, abortos prévios, baixo peso da criança ao nascimento, gravidez de alto risco); biológicos (transtorno disfórico pré-menstrual, doença psiquiátrica na família, disfunção tireoidiana) e psicossociais (mãe solteira, abuso sexual na infância, gravidez precoce, gravidez não planejada ou não desejada, ter muitos filhos, baixa auto-estima, reduzido suporte familiar, baixo nível sócio-econômico, violência doméstica, conflitos no lar ou conjugais, perda, ausência ou falta de apoio de um dos pais,

de familiares, do marido ou companheiro, desemprego, perda da casa ou de bens materiais, desemprego, baixa escolaridade)^(2,24,11,55,57-59).

Freqüentemente, mães deprimidas expressam seus sentimentos por meio de sintomas somáticos relacionados a episódio depressivo maior, como distúrbios do sono com insônia ou hipersonia, sintomas ansiosos, dor crônica ou intermitente, mudanças no apetite ou peso, relato de cansaço excessivo⁽³⁵⁾. Além disso, são hipersensíveis a estímulos ambientais, com labilidade afetiva como choro fácil, entonação da voz alterada e comportamento hostil, irritabilidade, alterações de concentração e de memória, apáticas ou agitadas, com tristeza, sem prazer nos cuidados com o bebê, desinteresse por tudo e todos ao seu redor, sem entusiasmo, até com dificuldades na higiene, descuido com as vestes e pensamentos de inutilidade, de culpa e menos valia^(33,49,55,56,61,62).

Os profissionais de saúde, que atuam na atenção primária à saúde, como médicos generalistas, pediatras, ginecologistas e enfermeiros necessitam estar capacitados para perceber quando estão diante de uma mãe deprimida⁽⁶³⁾, pois essa ocorrência apresenta prejuízos clínicos e pragmáticos significativos no seu dia-a-dia, levando-as a sofrimento intenso na maior parte do dia, indo contra seus ideais de produtividade, saúde e bom humor.

Contudo, a detecção da depressão pós-parto não é difícil, os critérios são os mesmos para um episódio de depressão maior, como em qualquer época da vida com predominância de sintomas disfóricos. Ocorre em geral, a partir da 4ª a 6ª semana depois do parto, atingindo seu pico nos 6 primeiros meses, ocorrendo alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas

para a mãe, comprometendo a interação mãe-filho de forma negativa^(24,49).

A puérpera deprimida revela sinais de prejuízos em sua qualidade de vida, com desorganização nas atividades a vida diária e desgaste nas relações familiares e ajustamento social. Atividades domésticas tornam-se árduas e penosas, ficando difícil iniciar o dia, conviver com familiares e cuidar de outros filhos, além de acentuado desinteresse sexual, fatos que repercutem no relacionamento conjugal e nas relações sociais^(10,62).

Além dos problemas vivenciados pela puérpera com depressão, o fato de haver cobranças e preocupações excessivas com a lactação, amamentação e saúde do bebê podem agravar ainda mais a situação. As alterações cognitivas são sutis e geralmente de natureza subjetiva^(3,5,6,62). Muitas puérperas não verbalizam sua angústia e medo para os familiares, amigos e nem mesmo para os profissionais de saúde, pois se sentem culpadas por estarem tristes, infelizes e não em êxtase por estarem grávidas ou terem um bebê⁽⁶²⁾.

Ante tais considerações, as ações efetivas de todos os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, foco do estudo, para identificação de sintomatologia depressiva, diagnóstico da depressão e tratamento adequado, relacionada ao ciclo gravídico-puerperal são necessárias. Portanto, é de suma importância, que exista em torno da gestante e da puérpera, uma rede de profissionais capazes de rastrear por meio de escalas e questionários próprios, fatores de riscos para depressão, comportamentos depressivos e situações de vulnerabilidade dessas mulheres, visando assistência adequada e competente⁽³⁵⁾.

Na verificação da presença de sintomas depressivos são utilizadas várias escalas, sendo a *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* (EPDS) uma das mais utilizadas por apresentar melhores índices de sensibilidade e especificidade e melhores valores de predição em se tratando de encaminhamento para avaliação por profissional de saúde mental. A seguir algumas considerações dessa escala.

1.6- *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* (EPDS)

A escala de EPDS é um auto-questionário de rastreamento das depressões pós-natais, elaborado para facilitar o reconhecimento de um estado depressivo por profissionais não especializados na área psiquiátrica. Como todo auto-questionário, a EPDS não necessita especialização em saúde mental da parte de quem vai aplicá-la, sendo utilizada como instrumento de rastreamento sistemático sob uma ótica de prevenção secundária e como instrumento de pesquisa. Seus objetivos incluem: verificar se uma mulher está ou não deprimida, evitando riscos de banalização; avaliar a melhora do estado depressivo quando do tratamento, pois o escore é com efeito sensível à evolução do humor deprimido⁽⁶⁴⁾.

Vale ressaltar que a EPDS é uma escala para verificação de sintomatologia depressiva e não de diagnóstico. Foi desenvolvida na Grã-Bretanha, com tradução para 11 idiomas, e tem sido utilizada como suporte para intervenções e aconselhamento também em países desenvolvidos nos estudos epidemiológicos, testes de hipótese relacionados à depressão puerperal e encaminhamento diagnóstico⁽⁶⁵⁾. Constitui-se em um auto-registro,

composto de 10 enunciados, cujas opções são pontuadas de 0 a 3 de acordo com a presença e intensidade do sintoma. As respostas mais graves têm valor 3, totalizando então a pontuação de 30. Em estudo de Cox⁽⁶⁶⁾, em função dos objetivos da utilização da EPDS em uma lógica clínica, o ponto de corte fica entre os escores 10,11,12,13, sendo que o escore 11 assegura melhor rastreamento, pois revela melhor sensibilidade para especificidade com melhor valor preditivo. Assim, uma mãe tendo escore de ao menos 11 terá 80% de chance de estar deprimida. A especificidade aumenta com o escore, sendo o 13 muito seletivo para depressão maior, não muito sensível para utilização clínica de rastreamento das depressões pós-natais. O escore 10 não traz sensibilidade melhor que o escore 11, mas perde em especificidade. Cox⁽⁶⁶⁾ recomenda o escore 10 para uso da escala para rastreamento sistemático. De qualquer modo, para a escolha do ponto de corte, é preciso considerar tipo de amostra, aspectos sócio-demográficos, cultura e período pós-parto⁽⁶⁶⁾.

A EPDS é útil para as mães e profissionais de saúde, tendo aplicação rápida, fácil, com frases curtas, palavras simples e formulação de respostas. Também respeita a sensibilidade das mães e sua vulnerabilidade aos julgamentos de outros e liberdade de escolha das mães ao assinalar respostas. O instrumento é um auxílio à avaliação clínica, onde o julgamento do profissional é respeitado, qualquer que seja o escore como recomenda Cox⁽⁶⁶⁾. Pode ser utilizada a partir de 4 semanas após o parto e foi validada no Brasil por Santos *et al.*⁽⁶⁷⁾.

1.7- Justificativa

O interesse pela temática da depressão no ciclo gravídico-puerperal emergiu de minha atuação como enfermeira na área de saúde mental, consolidando-se na docência no curso de graduação em enfermagem, quando verifiquei ocorrência de sintomas depressivos em gestantes e puérperas, durante estágio de Saúde Mental da Mulher que ministrei para acadêmicos da 3ª série, inseridos na Disciplina da Saúde da Mulher, na Unidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP.

Na interação com várias gestantes e puérperas assistidas no transcorrer dos estágios, os relatos dessas mulheres mostravam que muitos fatores de risco no desencadeamento da depressão no ciclo gravídico-puerperal eram desconsiderados na assistência obstétrica recebida na fase gestacional e pós-parto. Verificava-se que muitas gestantes e puérperas apresentavam aspectos biopsicossociais comprometidos, com sinais precoces de comportamentos depressivos, freqüentemente na fase gestacional, como tristeza, falta de energia e prazer, ansiedade, choro fácil, alterações no sono e outros sinais e sintomas considerados “normais” pelos profissionais de saúde, familiares e pela própria mulher, explicados como decorrentes da gestação e puerpério imediato e tardio.

Algumas dessas mulheres eram internadas devido a outros problemas de saúde como hipertensão, diabetes, contrações e sangramentos intermitentes. Além das intercorrências de saúde, relatavam também que “carregavam dentro de si uma enorme angústia da situação de vida”, fato desconsiderado nas consultas do pré-natal ou que até o momento não havia

sido explorado por nenhum profissional da área da saúde. Algumas dessas mulheres evoluíram para parto prematuro, o que é considerado um dos fatores de risco para o desencadeamento da depressão pós-parto, pelo estresse causado por anseios do que possa acontecer com o bebê.

Considerando a vivência profissional nas áreas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental (por 22 anos), de início assistencial, doze anos no ensino e, mais recentemente, com foco na saúde da mulher durante o período reprodutivo em especial no ciclo gravídico puerperal, em nível de graduação e pós-graduação *lato sensu*, o interesse por esta pesquisa foi sendo fortalecido. Assim, com o intuito de esclarecer e aprofundar o tema, foi feito rastreamento de puérperas moradoras de regiões com Unidades Básicas de Saúde da Família de São José do Rio Preto (UBSF), com a finalidade de identificação as manifestações de comportamento depressivo na fase puerperal, decorrentes de fatores de risco não identificados no pré-natal ou até mesmo na pré-concepção.

Foi no contato com essas mulheres que pude ver com novo olhar as representações não verbalizadas do ser mãe. Na reflexão da escuta atenta tive a certeza da possibilidade de intervenção baseada em conhecimentos, habilidades, mas também na emoção, no respeito aos sentimentos. Ao longo dos anos de desenvolvimento desta pesquisa ficaram fortalecidas a necessidade de alertar e motivar estudantes e profissionais de saúde sobre os diferentes aspectos que se relacionam e interrelacionam com a depressão durante o ciclo gravídico puerperal, apesar da ênfase dada à fase puerperal, com vistas a buscarem novas ferramentas clínicas de observação, diagnóstico

e prevenção de transtornos decorrentes da depressão relacionada à fase reprodutiva da mulher e as conseqüências para mãe, filho e família.

1.8- Objetivo

O objetivo geral deste trabalho foi identificar fatores de risco para depressão no ciclo gravídico puerperal em mulheres que procuram as Unidades Básicas de Saúde da Família(UBSF) de São José do Rio Preto, SP, considerando:

Objetivos específicos

1- identificação do conhecimento que os enfermeiros de UBSF de São José do Rio Preto possuem sobre depressão no ciclo gravídico puerperal;

2- verificar se as ações dos enfermeiros que atuam na assistência ao pré-natal favorecem a detecção de manifestações de comportamento depressivo e seus fatores de risco;

3- análise da aplicação da *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* por enfermeira para identificação de sintomatologia depressiva

4- elaboração de proposta de assistência de enfermagem que favoreça assistência integral à mulher no ciclo gravídico puerperal a partir da detecção de manifestações de comportamentos depressivos e fatores de risco associados.

2- CASUÍSTICA E MÉTODO

2.1- Tipo de Estudo

O presente estudo é do tipo descritivo e exploratório e visou averiguar o nível de conhecimento no enfoque da atuação do enfermeiro em Unidades Básicas de Saúde da Família(UBSF) de São José do Rio Preto, SP, sobre depressão no ciclo gravídico puerperal e sua relação com os fatores de risco associados.

O método descritivo-exploratório permite a identificação dos dados sócio-demográficos da população estudada, a descrição de suas características, das variáveis da investigação e uso de técnicas padronizadas de coleta de dados. É um tipo de pesquisa muito usado pelos pesquisadores com atuação prática, por permitir ao pesquisador análise quantitativa e qualitativa, ao observar, desenvolver e explorar diferentes perspectivas de uma situação, na procura do conhecimento sobre o tema em pauta^(68,69).

Quanto à análise qualitativa, utilizou-se como alternativa explicitada por Minayo⁽⁷⁰⁾, como caminho e instrumental para uso de técnicas na compreensão de uma realidade, com o potencial criativo do pesquisador, nesta situação da realidade da depressão no ciclo gravídico-puerperal

2.2- Local de Estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida em São José do Rio Preto, localizada na região noroeste do Estado de São Paulo, distando cerca de 450 Km da capital, com população de 414.272 mil habitantes em 2008, sendo 139.731 de mulheres em idade reprodutiva, isto é, na faixa etária de 10 a 49 anos⁽⁷¹⁾.

A execução da política municipal de saúde é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene, abrangendo ações em postos de atendimento médico, odontológico e de atenção em saúde, englobando serviços de atenção básica e especializados.

O estudo foi desenvolvido em 5 UBSF de São José do Rio Preto, localizadas nos bairros da periferia Maria Lucia, Parque da Cidadania, Cidade Jardim, Renascer e Rio Preto I.

A escolha de coleta de dados em UBSF baseia-se no caráter multiprofissional e interdisciplinar das equipes de saúde da família, com a prestação de atendimento integral nas especialidades básicas, numa base territorial delimitada. A função da UBSF é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. No campo da saúde da mulher, a estratégia da saúde da família tem entre suas responsabilidades o acompanhamento do pré-natal e do puerpério, com visitas domiciliares até 10 dias após o parto⁽⁷²⁾.

2.3- Casuística

Foram estudadas 9 enfermeiras atuantes em 5 UBSF de São José do Rio Preto, SP, e 35 puérperas cadastradas nessas UBSF que estavam entre 45 a 90 dias pós-parto, correspondendo a 29,7% das 118 mulheres que tiveram seus filhos no período de janeiro a fevereiro de 2009.

Das 35 puérperas, 10 eram adolescentes (16 a 20 anos) e 25 adultas (21 a 38 anos). Das 83 restantes, 72 não estavam mais no período estipulado

para a inclusão e 11 não participaram por não terem sido contatadas pela gerente da unidade de saúde incluída no estudo, apesar de ser uma condição pré-estabelecida pela secretaria da saúde do município para a obtenção dos dados.

2.4- Aspectos Éticos

Fundamentada na Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde

(CNS), com relação a **aspectos éticos** esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), com protocolo de **Nº 6191/2007**, (Anexo 1). Antes do início deste estudo, todos os indivíduos foram informados sobre o objetivo e importância deste trabalho, tendo liberdade de participarem ou não do mesmo (Apêndices 1 e 2). Além disso, foi dada garantia sobre o sigilo e anonimato das informações, podendo ser utilizadas pelo próprio pesquisador somente para fins científicos.

2.5- Coleta de Dados

Foram utilizados três instrumentos, sendo dois questionários e uma escala. O primeiro instrumento, aplicado entre os enfermeiros do estudo, continha três questões norteadoras relativas ao seu conhecimento sobre depressão no ciclo gravídico puerperal, as ações que realizam nesse período e sugestões que quisessem dar (Apêndice 3).

O segundo instrumento, elaborado e aplicado pela pesquisadora (Apêndice 4), contém questões abertas semi-estruturadas para as mães acerca de dados sócio-econômicos (renda familiar, escolaridade, trabalho), demográficos (idade, estado civil, quantas pessoas moram na casa), psicossociais sobre a gestação (planejamento da gravidez, pensar em interromper a gravidez, antecedentes familiares psiquiátricos, história de depressão anterior, relacionamento conjugal e interpessoais, doenças e mortes na família, estado psicológico e emocional), obstétricos (número de gestações, número de filhos, abortos prévios, número de consultas e orientações de pré-natal, intercorrências obstétricas, peso do recém-nascido) e pós-natais (orientação médica e psicológica, tipo de parto, aleitamento materno, prematuridade, cuidados e interação com o bebê, estado psicológico e emocional).

O terceiro instrumento incluiu escala para verificação da presença e intensidade da sintomatologia depressiva e não de diagnóstico (Anexo 2). Foi utilizada nesta pesquisa a *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* (EPDS), que é um auto-registro, composto de 10 enunciados, cujas opções são pontuadas de 0 a 3 de acordo com a presença e intensidade do sintoma. Sua pontuação total, portanto, é de 30. Foi adotado para esse estudo, ponto de corte 11, que apresenta melhores índices de sensibilidade e especificidade, alto valor preditivo em função do objetivo de sua utilização com uma lógica clínica de verificação da presença de sintomas depressivos.

Para a coleta de dados das enfermeiras atuantes em UBSF, foi solicitada autorização à Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio

Preto para aplicação de instrumento com perguntas norteadoras relativas ao conhecimento quanto da depressão no ciclo gravídico puerperal e suas ações no pré-natal para assistência das gestantes e puerpéras (Anexo 3). Após a autorização, entrou-se em contato telefônico com cada uma das enfermeiras das UBSF para explicação da pesquisa, agendamento de dia e horário para aplicação do instrumento, de acordo com a disponibilidade de cada uma. A coleta de dados teve início e término em março de 2009, após estarem definidas as UBSF que seriam campo de estudo.

Para a coleta de dados das puérperas, foi solicitada e autorizada a análise da lista de nascidos vivos junto ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), no período de janeiro e fevereiro de 2009, por ser instrumento de informações sobre Declarações sobre Nascidos Vivos de São José do Rio Preto (Anexo 3). A opção de solicitar ao Sinasc (informação dos nascidos vivos), foi para saber o número de nascimentos por mês, que girou em torno de 400 a 500, de forma a ter uma idéia da proporção de mulheres em risco de desenvolver a depressão puerperal no município. A opção para nascidos vivos teve como objetivo a verificação fidedigna de comportamentos depressivos, para o desencadeamento da depressão puerperal, visto que um bebê natimorto comumente aflora tais comportamentos na mãe.

Com essas informações, o processo de seleção incluía mulheres puérperas (45 a 90 dias pós-parto) residentes em bairros que tivessem UBSF, respeitando o período estipulado para primeira aplicação da *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* e um questionário semi-estruturado elaborado pela pesquisadora.

As gerentes das UBSF entraram em contato com as puérperas por telefone, cartas com impresso próprio da UBSF, com direito a respostas, pelos agentes munidos de um comunicado e se caso aceitassem deveriam assiná-lo. Apenas uma das gerentes das UBSF não pode participar dessa pesquisa alegando a sobrecarga de trabalho. Desse modo, a pesquisa foi realizada nas outras 5 UBSF, sendo as gerentes solícitas, prestativas e acolhedoras na realização de ações para contatar as puérperas com rapidez para que o maior número de mulheres pudessem fazer parte da pesquisa.

A amostra foi composta por enfermeiras e puérperas para que se fizesse um estudo paralelo entre ambas.

Foi elaborado cronograma por unidade, contendo nome da mãe, data de nascimento, número do prontuário para melhor localizá-lo, endereço, telefone, local da entrevista, data da primeira e segunda aplicação da *Edinburgh Post-Natal Depression Scale*.

Ao serem confirmadas as datas e horários pela pesquisadora, a participante poderia escolher o local da entrevista em sua residência ou na UBSF. A coleta de dados teve início na segunda quinzena de fevereiro 2009 para os nascimentos de janeiro 2009, com término em abril. Para os nascimentos de fevereiro 2009, a coleta teve seu início na segunda quinzena de março 2009, com término em maio 2009. Primeiramente, foi preenchida a *Edinburgh Post-Natal Depression Scale*. A opção por essa escala foi para que os dados a serem investigados no segundo instrumento não influenciassem nas respostas da escala, tornando-as fidedignas. A duração do preenchimento variou de 5 a 10 minutos. Já no segundo instrumento, ocupou-se mais tempo,

durando as entrevistas entre 1h a 2h30, chegando até 3 horas de duração. Tal fato explica-se pela verificação das necessidades que as puérperas tinham em expressar suas angústias, preocupações, dúvidas e ansiedades, exigindo escuta mais atenta e reflexiva, tornando as entrevistas mais demoradas.

Os horários eram agendados de acordo com a disponibilidade da mãe e da entrevistadora. No período da manhã, o tempo disponibilizado para a entrevista era menor, pois as participantes acordavam tarde e tinham almoço para fazer. Desse modo, mesmo com o horário marcado, algumas mães pediam para que a entrevista fosse em outro dia e em outro horário, perdendo-se o período necessário para inclusão de algumas nesse estudo.

Segundo definido com as gerentes das unidades do campo de estudo, ficou acordado que em caso de pontuação positiva para o ponto de corte 11 adotado, seria repassado para essas uma lista com os nomes das puérperas, com solicitação de encaminhamento para um profissional especializado para o caso, objetivando averiguação dos sintomas detectados.

Das 35 mulheres cadastradas nas UBSF, 12 utilizaram outros serviços, o que não impediu encaminhamento para a unidade, caso o quisesse, pois eram cadastradas na UBSF. Foi realizada averiguação do prontuário das participantes com intuito de se obter informações sobre aspectos psicológicos, porém não foi encontrado nenhuma anotação ou registro nesse campo, constando apenas anotações sobre aspectos físicos e ocorrências da gestação. Após as entrevistas e aplicação da EPDS, todos os casos com a presença de sintomas depressivos foram encaminhados a UBSF conforme o acordo realizado.

Para a segunda aplicação da *Edinburgh Post-Natal Depression Scale*, ficou mais fácil o contato, pois a população já sabia que deveria haver um segundo encontro quando da assinatura do consentimento livre e esclarecido, sabendo como proceder, além de já ter conhecimento do objetivo da pesquisa. Houve apenas a necessidade do contato telefônico para agendamento prévio do dia para a segunda aplicação da EPDS. O segundo encontro com as 35 mulheres, foi realizado de julho a agosto de 2009, efetuada em domicílio, realizado por uma pessoa da inteira confiança da autora e treinada para tal, no sentido de como proceder quanto a um auto-registro, dando apenas as orientações necessárias e cabíveis para não suggestionar a participante.

O instrumento foi preenchido em tempo que variou de 5 a 10 minutos para cada mulher participante do estudo. A pessoa que auxiliou nesta etapa de coleta de dados, não interferiu nas respostas dadas, apenas aguardou a devolução do instrumento. Vale destacar que a pesquisadora telefonou para todas as participantes, marcando o dia, horário comunicando quem iria e seu nome. O intervalo entre a primeira e a segunda aplicação da escala, foi de três meses. A entrevistadora entrou em contato telefônico com aquelas que obtiveram escore igual ou superior a 11, para fazer um acompanhamento na UBSF e receber orientações necessárias.

Assim, a *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* foi utilizada em dois períodos. No primeiro, 45 a 90 dias pós-parto, período em que os sintomas da depressão pós-parto podem surgir; no segundo respeitou-se prazo de 180 dias pós-parto, considerado como período crítico do surgimento da DPP, quando seus sintomas estão mais acentuados pelo não tratamento.

A escolha por utilizar essa escala em dois períodos objetivou a confirmação dos sintomas depressivos da primeira aplicação e possível positividade na segunda, considerando que a depressão pós parto tem seu início da 4^a a 6^a semana pós-parto, podendo ser desencadeada até o primeiro ano do bebê, mas com seu período crítico aos 6 meses pós-parto.

2.6- Análise de Dados

Os dados foram digitados e armazenados na forma de banco de dados e organizados em planilha Excel (*Microsoft Office 2007*), de modo a serem apresentadas segundo frequências absolutas e relativas (porcentagem), e apresentados em Tabelas e Quadros. Os aspectos qualitativos são apresentados de forma descritiva nos relatos de casos (Apêndice 5) para obtenção de dados relacionados à depressão no ciclo gravídico puerperal, no enfoque das enfermeiras e das puérperas incluídas deste estudo para o enriquecimento dos dados quantitativos.

Para a análise dos dados qualitativos, utilizou-se como referencial a análise do conteúdo como uma técnica de análise da comunicação, visando a descrição de conteúdo de mensagens, que permitam a construção de conhecimento relativo às informações e observações relacionadas ao que se deseja investigar, desvelando núcleos de sentidos que aparecem nas mensagens. Na abordagem qualitativa, leva-se em conta a importância da complexidade do homem em sua multidimensionalidade como potencial de captação ou apreensão dos sentidos e significados buscados. Na operacionalização de busca de dados, no enfoque qualitativo, a participação da

pesquisadora foi contínua, realizando entrevista semi-estruturada, utilizando-se, também, de registro de campo das observações feitas, inclusive de dados não verbais, que se constituiu em um instrumento importante na organização e apresentação dos dados⁽⁷⁰⁾.

Na análise estatística, foi utilizado o teste exato de Fisher para verificar possível associação entre fatores de risco e sintomatologia depressiva. Foram considerados significantes os valores de $p < 0,05$. Todos os cálculos e análises foram efetuadas usando-se programa GraphPad InStat versão 3.00 (GraphPad Software, San Diego, Califórnia, Estados Unidos).

3- RESULTADOS

Segundo os objetivos definidos para o estudo, os resultados são apresentados na forma de tabelas e quadros, divididos em três partes.

A primeira parte abrange os dados obtidos sobre a caracterização das 9 enfermeiras atuantes nas 5 UBSF de São José do Rio Preto, e de respostas às perguntas norteadoras relativas aos conhecimentos quanto à depressão no ciclo gravídico puerperal e suas ações no pré-natal para assistência das gestantes.

A segunda parte apresenta aspectos quantitativos e qualitativos das 35 puérperas incluídas no estudo, destacando aquelas com escore que determinava a ocorrência de depressão pós-parto.

Já a terceira parte apresenta a proposta de ações de enfermagem, com destaque para a atuação do enfermeiro, que contribua para a prevenção da depressão no ciclo gravídico-puerperal, com enfoque da detecção e acompanhamento de comportamentos depressivos e fatores de risco associados.

3.1- Enfermeiras atuantes nas UBSF

No Quadro 1 os dados de caracterização das 9 enfermeiras identificadas pelos números de 1 a 9, enquanto as UBSF onde atuavam foram categorizadas com letras (A, B, C, D e E), segundo orientação do Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP para preservar o anonimato.

Verifica-se que a idade das enfermeiras variou de 24 a 44 anos (média= 29,1 anos), sendo 5 (55,6%) casadas e 4(44,4%) solteiras. O tempo de formação variou de 2 a 20 anos(média=6,5 anos). Já o tempo de atuação profissional nas UBSF pesquisadas variou de 2 meses a 4 anos(média=2,2 anos), correspondendo a 2 com menos de 1 ano de atuação, enquanto as que tinham maior tempo de serviço era de 4 anos, como ilustrado abaixo:

Quadro 1. Distribuição das 9 enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde da Família segundo dados de identificação. São José do Rio Preto-SP, 2009.

Enfermeiras	UBSF	Idade	Estado civil	Tempo de formação/ anos	Tempo de trabalho na UBSF
1	A	26	solteira	4	4 anos
2	A	29	solteira	8	18 meses
3	B	27	solteira	3	2 anos
4	B	29	casada	4	3 anos
5	C	29	solteira	8	2 anos
6	C	26	casada	4	2 meses
7	D	28	casada	5	3 anos
8	D	24	casada	2	5 meses
9	F	44	casada	20	4 anos

Vale esclarecer que das 9 enfermeiras, 8 tinham feito especialização em Gerenciamento em Saúde da Família, o que denota que existe uma preocupação em aprimorar seus conhecimentos para atuar em UBSF, de forma a ter melhor conhecimento, habilidades e atitudes para atuação profissional nesse mercado de trabalho.

Os conhecimentos informados pelas enfermeiras das UBSF a respeito da depressão no ciclo gravídico-puerperal encontram-se no Quadro 2. Todas as enfermeiras tinham conhecimento restrito sobre essa temática, revelando que não conheciam características da depressão no ciclo gravídico-puerperal e 4 referiram não saber identificar as manifestações durante a gestação e no puerpério. De modo geral, não sabem identificá-lo.

Quadro 2. Conhecimento das enfermeiras do estudo sobre depressão no ciclo gravídico puerperal. São José do Rio Preto-SP, 2009.

Enfermeiras	UBSF	Conhecimento	Necessidade de capacitação
1	A	pouco	sim
2	A	restrito	sim
3	B	tristeza	sim
4	B	pouco	sim
5	C	pouco	sim
6	C	pouco	sim
7	D	pouco	sim
8	D	pouco	sim
9	F	pouco	sim

Abaixo os relatos na íntegra das enfermeiras das UBSF, sobre o conhecimento quanto a depressão no ciclo gravídico puerperal:

E1/UBSF 4

“Acho que depressão é comum, precisa ser detectada logo para intervenção e evitar agravos, mas não sei identificar”.

E2/UBSF 5

“Meu conhecimento sobre a depressão é restrito, sendo que é possível ser observado quando há choro fácil, situações familiares conflitantes, muito nervoso”.

E3/UBSF 4

“Tristeza que ocorre em gestantes”.

E4/UBSF 3

“Tenho pouco conhecimento. O que sei foi adquirido na faculdade e na pós-graduação em que e um pouco da vivência e prática do trabalho”.

E5/UBSF 1

“Pouco”

E6/UBSF 5

“Pouco. Acredito que muito há para ser explorado nesse campo, porém é necessário capacitação, pois não me sinto apta para identificação dos sintomas”

E7/UBSF 1

“Pouco significativo, com necessidade de ser capacitada para identificar tal situação”

E8/UBSF 3

“Preciso de mais informações para identificar”

E9/UBSF 2

“Quase nada, não sei se saberia identificar. Preciso ser capacitada”.

Quanto as ações no pré-natal, todas enfermeiras participantes do estudo, responderam ser rotineira e específica à primeira consulta como se verifica a seguir:

Todas enfermeiras relataram

“Com o resultado positivo que a mulher traz, faço a primeira consulta, exame físico, solicito os exames necessários, preencho o cadastro no SISPN (SISPRENATAL), realizo orientações pertinentes e faço encaminhamento para o ginecologista e dentista”.

Algumas disseram executar outras ações, pouco freqüentes no ciclo gravídico-puerperal, como ilustrado nas falas a seguir:

E1/ UBSF 4

“Quando a gestante vem à unidade sem agendamento, com alguma queixa, essa é avaliada pelo enfermeiro que lhe dá a melhor resolução ao caso. Realizo grupos para discussão de dúvidas da gestante”.

E2/ UBSF 5

“Realizo grupo de gestante, grupo de bebê no dia das consultas médica”.

E3/ UBSF 4

“Realizo a primeira consulta de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde”.

E4/ UBSF 3

“Realizo a primeira consulta”.

E5/ UBSF 1

“Faço em média de 3 a 4 consultas para controle de peso e altura uterina

E6/ UBSF 5

“Planejo a visita no 3º trimestre de gestação, mas nem sempre dá para fazer, é conforme a demanda”.

E7/ UBSF1

“Realizo aconselhamento em DST, queixas comuns, modificações gravídicas, mensuração de peso e altura uterina e cuidados em geral”.

E8/ UBSF 3

“Faço visitas domiciliares para as faltosas”.

E9/ UBSF 2

“Realizo só a primeira consulta”

3.2- Puérperas

Das participantes do estudo, 45(38,1%) pertencia a UBSF-1, 25(21,2%) a UBSF-2, 11(9,3%) a UBSF-3, 12(10,2%) UBSF-4, 14(11,8%) a UBSF-5 e 11(9,3%) a UBSF-6, como demonstra a Tabela 1.

Na UBSF-6 nenhuma participou pois a enfermeira da unidade revelou não ter condições de fazer o contato inicial, condição imperativa da Secretaria de Saúde, sendo então excluídas do estudo.

Tabela 1. Distribuição do total das mulheres cadastradas por Unidade Básica de Saúde da Família, locais deste estudo. São José do Rio Preto-S, 2009.

UBSF	Nº de mulheres Cadastradas	Nº de mulheres Participantes
U1	45	16
U2	25	9
U3	11	3
U4	12	2
U5	14	5
U6	11	0
Total	118	35

A *Edinburgh Post-Natal Scale* (EPDS) contém sintomas como perda de prazer, perda de apetite, distúrbio do sono, diminuição do desempenho, medo, preocupação excessiva, tristeza, cansaço intenso sem o mínimo esforço, humor deprimido, culpa e ideação suicida.

Dados de identificação das 35 mulheres submetidas à primeira aplicação da EPDS estão no Quadro 3. A idade variou de 16 a 38 anos, sendo 10 (28,6%) com 16-20 anos, 10 (28,6%) com 21-25 anos; 8 (22,9%) com 26-30 anos, 5 (14,3%) com 31-35 anos e 2 (5,7%) com 36-38 anos.

A escolaridade variou entre 1º grau incompleto em 14 (40%) mulheres a superior incompleto. Destas 1 (2,9%) possuía o 1º grau completo, 4 (11,4%) o 2º grau incompleto, 15 (42,9%) o 2º grau completo e 2(5,7%) o nível superior

incompleto. Quanto à religião que professavam, 14 (40%) eram evangélicas, 12 (34,3%) Cat.s e 9 (25,7%) informaram não ter religião.

Sobre atividade laborativa, a maioria (51,4%) não trabalha fora de casa, enquanto as restantes atuavam no comércio como balconista, técnico administrativo, em gráfica, secretária, 1 era autônoma e 2 eram estudantes.

Quanto ao número de filhos, 15 (42,9%) puérperas tinham 1 filho, 15 (42,9%) 2 filhos, enquanto 3 (8,6%) tinham 3 filhos, 1 (2,9%) 4 filhos e 1 (2,9%) 6 filhos.

Sobre a renda familiar, 3 (8,6%) não souberam responder, 1 referiu viver de benefício social, 7 (20%) relataram viver com 1 salário mínimo e as restantes 24 (68,6%) referiram renda mensal entre 3 e 6 salários mínimos. Em relação a condição civil 11(31,4%) eram casadas, 6 (17,1%) solteiras e 18 (51,4%) mantinham união consensual.

Quadro 3. Caracterização das 35 mães das mulheres cadastradas por Unidade Básica de Saúde da Família, locais deste estudo, submetidas à primeira aplicação da EPDS. São José do Rio Preto-SP,2009.

Nº das mães	Idade	Estado civil	Escolaridade	Religião	Profissão	Nº filhos	* Renda familiar
1	20	UC	2º C	não tem	Do lar	1	3
2	36	UC	2º INC	cat	Aux.adm	2	3
3	24	UC	2º C	Cat.	Do lar	1	3
4	34	C	2º C	Cat.	Téc.grafica	1	4
5	29	UC	1º INC	Cat.	Do lar	2	1
6	16	UC	1º INC	não tem	Do lar	1	3
7	30	C	2º C	Cat.	Do lar	2	4
8	25	S	1º INC	Cat.	Do lar	2	1
9	20	UC	2º C	não tem	Do lar	1	não sabe
10	22	S	1º INC	não tem	Do lar	2	benef. social
11	27	C	2º C	Ev.	Manic.	1	5
12	32	UC	1º INC	não tem	Do lar	6	1
13	23	UC	2º INC	EV.	Do lar	2	3
14	20	UC	1º INC	EV.	Balcon.	1	2
15	17	S	1º INC	EV.	Do lar	1	4
16	20	UC	1º INC	não tem	Do lar	1	2
17	23	C	2º C	EV.	Balcon.	2	5
18	29	C	2º INC	EV.	Vend.	3	7
19	31	UC	1º INC	EV.	Cozin	3	3
20	23	UC	2º INC	não tem	Aux.coz.	2	1
21	22	S	2º C	EV.	Estud.	1	3
22	21	UC	1º INC.	Cat.	Auton.	2	Não sabe
23	25	UC	2º C	EV.	Secret.	1	4
24	35	UC	2º C	Cat.	Do lar	2	3
25	23	C	Sup. inc.	EV.	Do lar	2	1
26	26	UC	1º INC	não tem	Do lar	2	2
27	38	C	2º C	EV.	Do lar	2	6
28	19	C	1º INC	EV.	Do lar	1	1
29	26	UC	1º INC	EV.	Do lar	4	Não sabe
30	29	UC	2º C	não tem	Balcon.	2	6
31	18	C	2º C	EV.	Balcon.	1	3
32	20	S	Sup.inc.	Cat.	Estud.	1	4
33	30	C	2º C	Cat.	Balcon.	3	4
34	31	C	2º C	Cat.	Balcon.	2	4
35	17	S	1º INC	Cat.	Estud.	1	1

* Salário mínimo; C = casado; S = solteira; UC = união consensual; INC=incompleto; C=completo; Cat.=católica
 Ev= evangélica; Balcon.= Balconista; Aux. adm= auxiliar administrativa; Manic=manicure; Estud= estudante
 Auton=Autônoma; Secret.=Secretária; Cozin=Cozinheira

A pontuação das mulheres submetidas à primeira aplicação da EPDS encontra-se na Tabela 2. Verificou-se sintomatologia depressiva para risco de depressão pós-parto em 11(31,4%) das 35 mães participantes. Das 11 mães, 3(8,6%) alcançaram pontuação 12, 5 (14,9%) pontuação 11, 1(2,8%) pontuação 15; 1(2,8%) alcançou 17 e 1(2,8%) alcançou pontuação 21.

Tabela 2. Distribuição das mães segundo pontuação alcançada na primeira aplicação da EPDS, dos 45 a 90 dias pós-natal. São José do Preto-SP,2009

Mãe	45 a 90 dias pós-natal	1ª EPDS
1	58	12
2	61	11
3	56	3
4	59	6
5	58	12
6	59	11
7	56	3
8	52	3
9	52	6
10	53	9
11	65	9
12	65	21
13	66	6
14	77	2
15	74	3
16	74	5
17	67	5
18	65	12
19	56	2
20	85	11
21	75	5
22	90	9
23	90	5
24	89	11
25	68	2
26	87	17
27	63	15
28	52	7
29	46	6
30	63	7
31	65	4
32	58	11
33	45	0
34	78	4
35	88	1

O Quadro 4 mostra que todas as 11 mães com verificação de sintomatologia depressiva (pontuação positiva), submetidas à primeira aplicação da EPDS, foram orientadas quanto a necessidade de encaminhamento para o serviço de saúde utilizado no pré-natal, para averiguação dos sintomas depressivos apresentados.

Quadro 4. Distribuição das 11 mães segundo a orientação recebida sobre a necessidade de encaminhamento mediante verificação de sintomatologia depressiva na primeira aplicação da EPDS. São José do Rio Preto-SP,2009

Mãe	1º EPDS	Serviço de Saúde	Orientação sobre a necessidade de encaminhamento
1	12	UBSF	Realizada
2	11	UBSF	Realizada
5	12	UBSF	Realizada
6	11	UBSF	Realizada
12	21	UBSF	Realizada
18	12	Convênio	Realizada
20	11	UBSF	Realizada
24	11	Convênio	Realizada
26	17	UBSF	Realizada
27	15	Convênio	Realizada
32	11	UBSF	Realizada

Na Tabela 3, visualiza-se que das 11(31,4%) mães com identificação da sintomatologia depressiva pela EPDS, apenas 2 procuraram pelo serviço de saúde utilizado no pré-natal após terem sido orientadas quanto o pós-parto e necessidade do encaminhamento para UBSF e/ou outro serviço utilizado. Observa-se que 2 mães foram em busca de auxílio, sendo que apenas uma conseguiu ser assistida. As 9 restantes não procuraram pelo serviço de saúde.

Tabela 3. Distribuição das 11 mães com pontuação positiva para primeira aplicação da EPDS, segundo a procura do serviço de saúde. São José do Rio Preto-SP,2009

Mãe	1º EDPS	Procura pelo serviço de saúde	Observação sobre o Serviço de saúde
1	12	Não	Mãe recusou ser atendida 2º tentativa- mãe mudou-se
2	11	Não	Não fez averiguação
5	12	Não	Não fez averiguação
6	11	Não	Não fez averiguação
12	21	Não	Não fez averiguação
18	12	Não	Convênio
20	11	Não	Não fez averiguação
24	11	Não	Convênio
26	17	Procurou	Atendimento e assistência. Confirmado o diagnóstico. Iniciou o tratamento
27	15	Procurou	Procurou marcaram consulta para daqui há 3 meses.
32	11	Não	Não fez averiguação

O Quadro 5 mostra panorama do contexto gestacional e obstétrico em que se encontravam as mães com EPDS positivo para sintomatologia depressiva durante a assistência pré-natal. Das 11 mães, a maioria não desejou a gravidez, teve mais de um filho, todas fizeram mais de 6 consultas pré-natais, apresentaram problemas obstétricos, foram assistidas apenas pelo profissional médico e as orientações recebidas foram voltadas para mensuração de peso e altura uterina, verificação de pressão arterial.

Quadro 5. Distribuição das 11 mães com pontuação positiva para primeira aplicação da EPDS segundo dados da assistência pré-natal e obstétricos. São José do Rio Preto-SP, 2009

Mãe	Nº de gestações/ planejamento	Nº filhos	Consultas Pré-natais	Profissionais que atenderam	Orientações recebidas	Problemas obstétricos
1	1 Ind.	1	10	médico	Peso,alt. Uter PA	Sangramento Infec urinária Hipert arter Apêndicect,
2	2 Des.	2	8	médico	Peso,alt.uter PA	Contrações Sangramento
6	1 Muito des.	1	7	médico	Peso,alt. Uter PA	Hipert. Arter. Infecção urin.
5	3 Dês.	2	7	médico	Peso,alt.uter PA	Infecção urin. Anemia
12	6 Ind.	6	Não sabe	médico	Peso,alt.uter PA	Infecção urin.
18	3 Ind.	3	10	médico	Peso,alt.uter PA	_____
20	2 Ind.	2	Não sabe	médico	Peso	_____
24	2 Ind.	2	9	médico	Peso,alt uter PA	_____
26	4 Des.	2	12	médico	Peso, PA	Contrações Toda gestação
27	2 Ind.	2	10	médico	Peso, Alt.uter	Hiperemese Gravídica intensa
32	1 Ind.	1	9	médico	Peso, Alt.uter,	-----

Ind=indesejada; Des= desejada; PA=pressão arterial; Alt.uter. =altura uterina; Hipert.art.=Hipertensão arterial;Infecção urin. =Infecção urinária; Apêndicect=Apêndicectomia,

Verifica-se na Tabela 4, uma comparação das pontuações das duas aplicações da EPDS em dois momentos com uma diferença de 3 meses. Observa-se que para as 11 mães com pontuação positiva na primeira aplicação, 3 delas continuaram positivas, 8 mães diminuíram a pontuação para sintomatologia depressiva. Duas que não a apresentava na primeira EPDS, apresentaram na segunda, e 3 mães não participaram no segundo momento 2 por motivo de mudança de endereço e 1 por recusa. Observa-se também os serviços utilizados pelas mesmas apesar de todas serem cadastradas nas UBSF.

Tabela 4. Distribuição das 35 mães segundo pontuação na segunda aplicação aos 180 dias pós-natal da Edinburgh Post-Natal Scale e sua comparação com a primeira. São José do Rio Preto-Sp,2009.

Mãe	1ª EPDS	2ª EPDS	Sintomas depressivos	Serviço de saúde
1	12	-	-	UBSF
2	11	7	Não	UBSF
3	3	0	-	UBSF
4	6	0	-	Conv.
5	12	5	Não	UBSF
6	11	5	Não	UBSF
7	3	0	-	Conv.
8	3	2	-	UBSF
9	6	-	-	UBSF
10	9	11	Sim	UBSF
11	9	16	Sim	Conv.
12	21	18	Sim	UBSF
13	6	5	-	UBSF
14	2	7	-	UBSF
15	3	2	-	UBSF
16	5	7	-	UBSF
17	5	7	-	UBSF
18	12	8	-	Conv
19	2	0	-	UBSF
20	11	11	Sim	UBSF
21	5	5	-	Conv
22	9	10	-	UBSF
23	5	7	-	Conv
24	11	4	Não	Conv
25	2	1	-	Conv
26	17	5	Não	UBSF
27	15	2	Não	Conv
28	7	10	-	UBSF
29	6	2	-	UBSF
30	7	6	-	Conv
31	4	-	-	UBSF
32	11	11	Sim	UBSF
33	0	4	-	Conv
34	4	5	-	Conv
35	1	5	-	UBSF

Conv= Convênio

Na Tabela 5, no resultado final da pesquisa, verifica-se que 5 mães, aos 6 meses após o parto, apresentaram sintomas depressivos sujeitos à averiguação para confirmação do diagnóstico de DPP.

Tabela 5. Distribuição das 5 mães segundo resultado final aos 180 dias pós-parto de presença de sintomatologia depressiva, com positividade da EPDS. São José do Rio Preto-Sp,2009.

Mãe	1ª EPDS	2ª EPDS	Serviço de Saúde	Sintomas depressivos
10	9	11	UBSF	evoluiram
11	9	16	Conv	evoluiram
12	21	18	UBSF	Diminuíram, mas continuam
20	11	11	UBSF	inalterados
32	11	11	UBSF	inalterados

Quanto aos fatores de risco para desencadeamento da depressão no ciclo gravídico-puerperal das 35 (100%) mulheres, os principais foram gravidez não planejada (71,4%), doença psiquiátrica na família (57%) e baixa auto-estima (54,2%) e das 13 mulheres finais, problemas financeiros 8 (50%), falta de apoio familiar 8 (61,5%), conflitos conjugais 7(50%), baixa auto-estima 10(52,6%), abandono do companheiro 3 (60%), gravidez não desejada7 (70%), gravidez conturbada 9 (56,25%), como pode-se verificar na Tabela 6 a seguir.

Tabela 6. Distribuição dos fatores de risco mais identificados como Desencadeadores do comportamentos depressivo das 35 (100%) mães participantes do estudo e das 13 mães finais com *Edinburgh Post-Natal Scale* positivo. São José do Rio Preto-SP, 2009.

Fatores de risco	35 mães/ %	13 mães EPDS positivo/ %
Doença psiquiátrica na família	20 (57)	8 (40)
Problemas financeiros	16 (45,7)	8 (50)
Desemprego	17 (48,5)	8 (47)
Falta de apoio familiar	13 (37)	8 (61,5)
Conflitos conjugais	14 (40)	7 (50)
Abandono do companheiro	5 (14,2)	3 (60)
Baixa Auto- estima	19 (54,2)	10(52,6)
Gravidez não planejada	25 (71,4)	9 (36)
Gravidez não desejada	10 (28,5)	7 (70)
Gravidez conturbada	16 (45,7)	9 (56,25)
Depressão anterior	8 (22,8)	3 (37,5)

Valores entre parênteses correspondem a porcentagem

Os resultados do teste exato de Fisher mostraram associação estatisticamente significativa entre sintomatologia depressiva e fatores de risco como aborto prévio ($p= 0,02$), gravidez conturbada ($p=0,03$), medo de morrer no parto ($p=0,01$) e baixa auto-estima ($p=0,004$).

A seguir, a título de ilustração será apresentado 1 caso em que a mãe foi submetida às duas aplicações da EPDS para verificação de sintomatologia depressiva, nos períodos 45 a 90 dias e 180 dias pós-parto, relatando o contexto da gravidez, relacionamento conjugal e familiar, qualidade da assistência pré-natal, existência de depressão anterior e familiar, comportamento pós-natal, interação com o bebê, auto-percepção da necessidade de apoio psicológico, escore da EPDS e fatores de risco biopsicossociais identificados para desencadeamento da depressão pós-parto.

Relato M12

M12, 32 anos, em união consensual, seis filhos, sem religião, primeiro grau incompleto, mora com 9 pessoas em casa abandonada e se aposa, com saneamento básico, sem qualificação profissional, não possui trabalho remunerado e com renda familiar de R\$ 475,00, onde apenas o companheiro contribui.

A gravidez não foi planejada e nem desejada, chegou a pensar em interrompê-la. Passou toda a gestação insegura, pela não aceitação da gravidez e por ser 10 anos mais velha que o companheiro, sentindo-se culpada por ter engravidado, além de estar vivendo péssimo relacionamento com esse. Referiu sentir medo de ser abandonada, do companheiro não ter paciência com

o filho, chorava muito e por estas razões foi uma gravidez muito conturbada. Estava com sérios problemas financeiros. Morava com mais 9 pessoas incluindo seus 5 filhos de outro relacionamento. Sentiu falta de apoio familiar, medo de morrer no parto e relatou estar com auto-estima baixa. Aos 65 dias pós-natal quando da entrevista, referiu estar chorando muito, sem prazer algum nas atividades de vida diária, inclusive a sexual, muito triste, cansada, irritada, culpando-se pela gravidez e por ter muitos filhos. Sentia dificuldades em conciliar os cuidados com o bebê e as atividades domésticas. Não soube informar quantas consultas pré-natais fez. Verbalizou que as orientações recebidas eram voltadas para o controle do peso e alimentação e que nunca lhe perguntaram sobre sua vida ou sobre ela.

Ao ser interrogada se sabia o que era depressão, atribuiu a essa “chorar muito e sentir solidão”, pois era o que estava sentindo, como em vários momentos de sua vida, e que sua irmã e o tio materno fazem tratamento e são dependentes do remédio. Quanto a necessidade de um de apoio psicológico, respondeu que realizada, só não procurava por tratamento porque tinha medo de ficar dependente do remédio. Foi orientada quanto as medicações, pois este era o seu medo, caso tivesse que tomá-las após averiguação dos sintomas depressivos apresentados na aplicação da primeira *Edinburgh Post-Natal Scale*, com verificação do escore 21.

Os fatores de risco biopsicossociais apresentados para desencadeamento da depressão pós-parto foram: antecedentes psiquiátricos, gravidez não planejada, indesejada, conturbada, conflitos conjugais, falta de

suporte familiar, problemas financeiros, medo de morrer no parto, de ser abandonada, muitos filhos e baixa auto-estima.

Na aplicação da segunda *Edinburgh Post-Natal Scale* alcançou escore 18. Os sintomas depressivos continuaram. Realizado contato telefônico, para saber como estava, a mesma respondeu não estar bem e não procurou pela UBSF ainda por medo de ficar dependente do remédio como sua irmã. Questionada sobre o bebê, referiu não estar levando às consultas pediátricas por falta de tempo, pois estava trabalhando como diarista. Realizadas orientações. Comunicado a UBSF para averiguação do caso.

4- DISCUSSÃO

Os dados obtidos nesse estudo permitiu detectar que o desempenho das enfermeiras é importante para o bem estar biopsicológico do binômio mãe-filho, mas ficou evidente que o seu conhecimento adquirido não favorece a detecção de manifestações de comportamento indicativas da presença de depressão gestacional. Suas ações no ciclo gravídico-puerperal deixam a desejar quanto aos cuidados direcionados à dimensão psicológica da mulher, de sua família e aos aspectos da depressão nessa fase, quando esta se faz presente, dirigindo o cuidado apenas para os aspectos físicos da gestante.

A realidade brasileira ainda está voltada para o atendimento à gestante priorizando os aspectos físicos e ao cuidado voltado para o bebê no pós-parto. Enfermeiros que trabalham na atenção básica e que lidam com gestantes, famílias, bebês, ainda não usufruem da delimitação de seu papel articulado ao trabalho de outros profissionais, como educador com ações autênticas⁽³⁵⁾. De forma geral, tentam resolver apenas problemas clínicos, do período gravídico-puerperal, havendo poucas pesquisas para guiar suas intervenções quanto aos aspectos psicológicos.

Pode-se constatar que as enfermeiras participantes do estudo expressaram ter conhecimento específico restrito do que seja depressão no ciclo gravídico-puerperal. A falta de conhecimento necessário para identificação de um processo depressivo advindos de fatores de risco biopsicossociais que podem resultar na depressão torna-se mais evidente nas respostas dadas. Faltou clareza nas falas quanto às ações voltadas para essa fase da vida da mulher, em especial a puerperal. Se as fazem, não esclareceram quais são.

Estão, porém, cientes quanto as suas dificuldades para identificar comportamentos depressivos e da necessidade de capacitação.

Nos serviços de saúde o enfermeiro é o profissional que mantém o primeiro contato com a gestante. Como tem o privilégio desse acontecimento, apesar de atender as queixas relacionadas aos aspectos físicos da gestante, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, deveria investigar e atender os problemas de enfermagem advindos dos aspectos psicológicos. Essa investigação pode ser realizada por meio de ações de saúde que propicie levantamento da história pessoal e familiar da gestante enfocando a depressão, do suporte social, familiar e conjugal, para poder assim traçar um perfil da gestante, das suas necessidades especiais. Programar contatos freqüentes, de acordo com os períodos da gestação e pós-parto, individualizando a assistência, assegurando ações autênticas para identificação de depressão^(73,74). Escutar e entender as experiências dessas mulheres pode ajudar os enfermeiros a planejar intervenções adequadas, melhorando a qualidade do cuidado que lhes é oferecido⁽⁷⁴⁾.

O trabalho preventivo, se tiver início, desde a abertura do cadastro no SISPRENAL, munidas de um instrumento investigativo de fatores de risco que possam ser desencadeadores da depressão, oferece condições de maior suporte e alívio, proporcionando a gestante amparo nas situações de conflitos. Por exemplo: pode-se dizer que uma gravidez indesejada, gera conflitos sobre todos os aspectos e um acompanhamento durante toda a gestação pode ajudar a gestante a enfrentá-la de modo mais realista e saudável, podendo prevenir ou atenuar um processo depressivo. Foi possível detectar que nas

ações das enfermeiras participantes deste estudo, não há espaço para tais investigações.

Os benefícios dessa conduta precoce é o privilégio da dimensão relacional que direciona o profissional às ações preventivas mais adequadas, neste estudo voltado especialmente para prevenção da depressão pós-parto. Vale ressaltar que esses benefícios se estendem às crianças, evitando efeitos deletérios do abandono, proporcionando vínculo seguro na formação do apego^(36,73,74).

A primeira consultora de enfermagem da Inglaterra em saúde mental perinatal, denomina a depressão pós-parto em sua pesquisa de “epidemia silenciosa”⁽⁷⁵⁾. Tal epidemia silenciosa precisa de pessoas vociferantes que promovam a saúde mental das gestantes e puérperas, e a autora atribui essa ação aos enfermeiros. Comenta: “Tenho estado atormentada e tenho atormentado os profissionais para conseguir que eles sentem e escutem”. Os resultados de sua pesquisa, foram preocupantes, pois as mães relataram que nunca tinham sido interrogadas sobre como elas estavam se sentindo. Um número das pesquisadas achava que a enfermeira estava interessada só no tamanho da barriga e em pontadas, e no pós-parto, quando da visita domiciliar, a enfermeira estava interessada apenas em pesar o bebê e no desenvolvimento da criança. Sentiram falta de serem abordadas quanto ao seu estado psicológico. A autora defende o contato freqüente do enfermeiro com essas mulheres, principalmente após o parto, pois os considera altamente qualificados para fazerem a prevenção da DPP⁽⁷⁵⁾. No entanto, não foi possível verificar neste estudo, um contato das enfermeiras com as gestantes e

puérperas, a não ser pelas falas das profissionais que fazem a primeira consulta para orientações gerais, preenchimento do cadastro, mensuração de peso, verificação de sinais vitais. Em nenhum momento a enfermeira foi reconhecida ou citada pelas 35 mães do estudo como quem as tivesse orientado. Durante o pré-natal especificamente, as 11 mães com verificação de sintomatologia depressiva na primeira aplicação de EPDS, constataram ser o médico o profissional com quem tiveram contato, não mencionando a enfermeira em nenhuma atividade direcionada à elas. O primeiro contato realizado pelas enfermeiras do estudo parece não ter tido significado de cuidados para essas mães.

Enfermeiros precisam ter claro seu papel, pois estão teórica e idealmente colocados na função de fornecer educação sobre as mudanças que ocorrem com a evolução da gravidez, tanto as psicológicas como com as físicas e sociais. Enfatiza-se a importância dos aspectos psicológicos no que se refere à educação da mulher no ciclo gravídico puerperal, numa abordagem multifatorial, para a promoção, prevenção, tratamento e cuidado, bem como a integração da mulher no seu novo papel – ser mãe⁽⁷⁴⁾. Após o parto, nos primeiros dias a mãe pode sentir falta de confiança em si mesma face à nova experiência. As primíparas não têm experiências sobre como provavelmente se sentirão depois do parto. Mesmo aquela que já vivenciou a experiência do parto, pode sentir-se insegura para lidar não só com o bebê, mas também com os outros filhos. A educação por meios de grupos no pré-natal pode facilitar o ajuste da mulher à maternidade.

Pelas informações obtidas, os grupos que são realizados como o de gestante para discussão de dúvidas sobre o bebê e modificações gravídicas, parecem não fornecer toda a gama de informações necessárias quanto às mudanças psicológicas que ocorrem nessa fase e nem atender as reais necessidades e dúvidas das gestantes. Apesar de existir dificuldade para o reconhecimento do estado depressivo, os grupos realizados parecem estar voltados também para os problemas de ordem orgânica, não se atentando à relação que esses podem ter com as queixas psicossomáticas das mulheres.

Estudos realizados advertem os profissionais sobre a frequência dos agendamentos eventuais das mães na gestação e pós-parto. Devem valorizar queixas de toda ordem não as menosprezando, por mais simples que sejam. A escuta é fundamental nesse momento para permitir que essas mulheres possam expressar-se. Refletir sobre o que a mãe expressa verbal e não verbalmente é crucial para avaliar o que o que está subjacente ao conteúdo expresso. A queixa tem de ser considerada, por mais insignificante que pareça, considerando o que é expresso de modo não verbal ou subjacente ao que é dito com clareza. É “ouvir lendo nas entrelinhas”. Antes de padronizá-la, buscar compreender se por traz dessa queixa, não há uma necessidade mais abrangente, um sofrimento^(13,62,74).

Alguns autores discutem quanto à banalização a que são expostas as mulheres nesse período. Considerando a complexidade da gestação e puerpério, é possível inferir que essas mulheres podem estar numa situação significativa de vulnerabilidade em decorrência das mudanças havidas. Face à resposta de uma das enfermeiras informando que não sabe identificar

comportamentos depressivos e as causas biopsicossociais para o desencadeamento da depressão, surge a possibilidade de que suas ações face as queixas e dúvidas estejam voltadas para problemas de ordem física, podendo não se ater às várias dimensões do ser humano. As ações e as atividades educativas do enfermeiro em torno da gestante poderiam estar mais direcionadas para suas ansiedades e os temores que emergem na gestação⁽⁷⁶⁾

Os enfermeiros deveriam ser mais preparados para detectarem questões que geram transtornos psicológicos na gestante como medo, ansiedade, descrença, sentimentos de angústia frente a uma gravidez indesejada, preocupações financeiras, desemprego e conflitos de toda ordem⁽¹⁵⁾. A falta de perspectiva de vida, manifestações de perda de interesse em atividades ou prejuízo marcado pelo cotidiano das atividades habituais da mulher, faltas freqüentes nas consultas pré-natais, ausência de cuidados com a aparência e higiene, podem ser indicadores significativos de que a gestante apresenta sintomas de depressão. É preciso ficar atento⁽¹⁴⁾.

Se as enfermeiras procurassem detectar mais sinais de depressão no ciclo gravídico-puerperal, quando de suas visitas às mulheres faltosas no pré-natal, poderiam identificar questões inerentes à presença de comportamentos depressivos. A preocupação quanto a conhecimento mais abrangente nessa área para que a mulher fosse assistida em toda sua dimensão de ser, deveria ser contemplada em todas as instituições de ensino da área da saúde e se estender aos serviços de saúde, para que proporcionassem aos profissionais recursos para melhor assistir a mulher nessa fase de sua vida.

Atualmente, estudos versam sobre o aumento do reconhecimento da depressão pós-parto e da necessidade de prevenção e intervenção precoce principalmente ao ser considerada como parte do espectro de transtornos depressivos e ansiosos que surgem no período perinatal⁽³²⁾, com fatores de risco para negligência física, psicológica e emocional com relação a criança. A negligência é proporcional à gravidade do comprometimento psíquico da mãe e de distúrbios emocionais futuros do filho como distúrbios psicoafetivos, cognitivos, motor, tendências anti-sociais, dificuldades de relacionamentos e de fazer amizades e mantê-las, predisposição maior para marginalidade e delinqüência⁽³⁷⁾. Acrescenta-se ainda que “a semente da violência é implantada na primeira infância (0-3 anos), trazendo prejuízos para a evolução da sociedade”. Esses prejuízos podem comprometer o desenvolvimento de relacionamentos futuros⁽⁷⁷⁾.

A idéia de que se deve esclarecer e disseminar conceitos e aspectos da depressão pós-parto, para que as mulheres possam reconhecer suas manifestações o mais precocemente, sem preconceitos e procurar ajuda é defendida por alguns autores⁽⁷⁾.

As 11 mães participantes do estudo que tiveram EPDS positiva para sintomas depressivos, foram orientadas pela pesquisadora sobre a DPP e a necessidade de procurar pelo serviço de saúde utilizado nas consultas pré-natais, para averiguação dos sintomas depressivos detectados. No entanto, 2 das 11 mães procuraram pelo serviço de saúde.

Ficou evidenciado neste estudo, a falta de informação das mulheres sobre a DPP no pré-natal. Reconheciam-se necessitadas de um apoio

psicológico, que não estavam bem, que a interação com o bebê estava prejudicada, que encontravam-se irritadas, com perda de prazer nas atividades, mas muitas referiram vergonha, preconceito, não aceitação de que se encontrava em tal condição, dizendo “eu sou assim mesmo”, “tá bom assim”. Podendo se observar essas falas nos relatos de casos (Apêndice 5)

Vários fatores podem ter contribuído para que as mães não procurassem por auxílio. Podem não ter também admitido que não estavam bem, como se atestassem para si mesmas a incapacidade materna.

Por essas questões, infelizmente não foi possível a confirmação do diagnóstico da DPP de todos os casos que foram identificados com sintomas depressivos, pela EPDS. Ao mesmo tempo, as gerentes das unidades que foram informadas dos casos verbalmente e por escrito, também não as procuraram depois de terem em mãos os nomes das mulheres com o relato dos casos positivos de sintomatologia depressiva para averiguação.

Outra situação que pode ter contribuído, interessante de ser observada e comentada, foi o fato de terem visto pela primeira vez a pesquisadora. Não a conheciam, o que poderia resultar em incredibilidade das orientações realizadas. Ficavam assustadas com a hipótese de estarem com DPP, quando lhe eram explicados os objetivos da pesquisa, pois conceituavam-na como “a mãe que mata o seu bebê”. Algumas chegavam a ser hostis no início, dizendo: “eu não tenho nada não”.

Os profissionais devem trabalhar de forma a desenvolver um relacionamento de confiança com as mães com ações que possam proporcionar contatos mais frequentes⁽⁷⁵⁾. A necessidade das ações do

enfermeiro, quanto a sua autenticidade, deveriam ser mais integradas às da equipe da saúde, manter ações em parceria, para cumprimento do compromisso com o bem estar da gestante, com o novo ser e em especial com as adolescentes no desenvolvimento da maternação⁽⁷⁴⁾.

Dos 13 casos relatados, pôde-se verificar que 3 adolescentes estavam apresentando sintomas depressivos, tiveram medo de ser mãe, não estavam tendo suporte familiar, 2 com gravidez indesejada, 1 não estava amamentando, por sentir-se tensa, nervosa e preocupada na nova condição. Estavam desempregadas no momento da entrevista. O apoio é um dos meios mais eficazes da prevenção da DPP, iniciando-se na gestação e identificando os fatores de risco como os acima citados⁽⁷⁸⁾.

A prática da enfermagem, sempre esteve voltada para o cuidado e alívio do sofrimento humano causados por tantos transtornos físicos e psíquicos, e a quadros depressivos da gestação, em especial a fase puerperal.

No entanto, as enfermeiras participantes do estudo, parecem estar cientes de suas dificuldades no que diz respeito aos aspectos psicológicos das gestantes e puérperas, mesmo porque há uma dificuldade bem maior encontrada nas UBSF: a inexistência de profissionais da saúde mental. Com a presença desses profissionais, a equipe que lida com a mulher nessa fase de vida, poderia sentir-se mais alerta, direcionada, preparada e segura para uma assistência efetiva e humanizada no sentido de atender a gestante, física e psiquicamente, como preconiza o Ministério da Saúde.

Na literatura, encontram-se estudos sobre a qualidade da assistência prestada à gestante no período pré-natal por enfermeiro de outros países e

sobre a falta de registro de constatação de problemas detectados ⁽¹⁴⁾, o que a autora do presente estudo pode confirmar, pois quando em contato com prontuários das mulheres participantes da pesquisa, não encontrou dados relacionados ao campo psicológico, observando semelhança com estes estudos.

Um estudo realizado com mulheres canadenses sugere, que as mulheres que abordam profissionais da saúde em relação a seus sintomas de depressão pós-parto devem ser escutadas (apoio emocional), ter suas experiências de sintomas validadas (apoio afirmativo), e devem receber informações que reduzam o constrangimento, a vergonha e os sentimentos de inadequação (apoio informativo). Devido à natureza multifacetada da depressão pós-parto e às diferenças nas necessidades e preferências pessoais, a variedade de opções de intervenções para tratamento deve ser oferecida. O apoio individual mostrou diminuir os sintomas depressivos, preferido pela maioria das mães às intervenções medicamentosas, pelos prejuízos que podem causar^(78,79).

Um outro estudo, realizado na Turquia⁽⁸⁰⁾, enfatizando dois papéis das enfermeiras: o de cuidadora e o de educadora, indicou importância das mulheres no ciclo gravídico puerperal receberem intervenção dessas profissionais para atenuar os sintomas depressivos. Os dados do estudo mostraram que o próprio cuidado das enfermeiras levou à total recuperação de mais da metade das mulheres no grupo de cuidados. Quanto à educação, tem-se que intervenções psicoeducacionais que incorporam o treinamento em solução de problemas, são eficazes para aliviar a depressão, a falta de

esperança, o desespero e melhorar a auto-estima. O treinamento para solução de problemas envolveria: junto com a gestante, gerar e avaliar possíveis soluções para o problema; selecionar e implementar a solução considerada mais adequada e monitorar o progresso subsequente dessa.

A visita pós-natal é de suma importância não só até o 10º dia de puerpério, mas também de quatro a seis meses após o parto, para identificação de possíveis manifestações depressivas, mais comuns a partir da 4ª semana do puerpério, que às vezes se prolongam até o primeiro ano de vida do bebê. Caso contrário, esse transtorno continuará sendo subdiagnosticado^(29,73). Um aspecto importante dessa visita é centrar a atenção não só no bebê, mas incluir também a mãe. A “tristeza do pós-parto” tende a ser passageira por natureza, ao passo que a depressão pós-parto pode se agravar, o que exige conhecimento para perceber quando se trata de uma ou de outra⁽⁷³⁾.

Um estudo constata que a não consideração da DPP na assistência prestada, decorre da falta de capacitação dos profissionais das UBSF para reconhecerem seus agravos o que os leva a não identificá-la e considerá-la como grave problema de saúde pública, o que impossibilita sua prevenção. “A falta de conhecimento necessário no atendimento dessas mulheres, traz invisibilidade sobre seus aspectos e agravos”⁽⁸¹⁾. Neste estudo observou-se semelhança com a população estudada. Pôde-se confirmar que as enfermeiras não possuem a capacitação necessária para desempenharem seu papel junto as gestantes e puérperas, no que concerne a depressão gravídica puerperal⁽⁸¹⁾.

Na assistência a mulher no ciclo gravídico puerperal, os aspectos físicos parecem ser preferência mundial dos profissionais, talvez por serem mais visíveis, mais concretos e fáceis de serem diagnosticados.

O desconhecimento da ampla apresentação clínica e gravidade dos sintomas podem advir não só por deficiências da formação, mas também por inexistência de educação permanente, evidenciando a necessidade de capacitação para uma assistência autêntica e integral nessa fase da vida pela qual passa a mulher. De acordo com a revisão da literatura, essa situação parece não ser um problema só das participantes desse estudo. Uma questão a ser pesquisada é o conteúdo sobre a saúde mental da mulher no ciclo gravídico-puerperal oferecido em cursos de graduação em enfermagem. Ressalta-se que os aspectos psicológicos e das demais dimensões da mulher devam ser considerados.

Os dados obtidos na presente pesquisa serviram para alertar docentes e coordenação de cursos de graduação em enfermagem em termos de conteúdo curricular em relação a DPP, para melhor adequação dos assuntos abordados sobre o tema, de forma teórica e prática. Subsidiaram também, maior inserção quanto à abordagem dessa temática no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e para colocar em pauta esta questão, em todas as oportunidades possíveis para os profissionais de saúde, em especial da atenção básica e da área obstétrica, pois a depressão no ciclo gravídico puerperal é considerada um grave problema de saúde pública, pelas conseqüências para mãe, bebê e família.

No presente estudo, 35 mulheres que estavam num período de 45 a 90 dias de puerpério foram avaliadas quando se submeteram e responderam o questionário de auto-avaliação do risco de depressão pós-parto (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*). A sintomatologia depressiva para risco de depressão pós-parto verificou-se em 13 dessas mulheres, sendo que 11 foram verificadas na primeira aplicação da EPDS e 2 na segunda aplicação. Num segundo momento, com 180 dias, 32 mulheres foram submetidas a EPDS, pois 3 mães não foram submetidas a EPDS, pois 2 não residiam mais no mesmo local e 1 recusou.

Das 11 mães identificadas na primeira vez com presença de sintomas depressivos, 3 mães continuavam com esses sintomas aos 180 dias na segunda aplicação da EPDS pelo escore obtido.

A pontuação positiva obtida só na segunda aplicação da EPDS, foi verificado em 2 mães, verificando assim, no final do estudo, 5 mães com sintomatologia depressiva.

Todas foram devidamente orientadas a procurar tratamento no serviço de saúde utilizado pelas mesmas.

Esses dados confirmam os da literatura⁽⁷⁾ no que diz respeito à remissão espontânea até os 90 dias encontrada em 8 mães e quando não identificados e/ou não tratados os casos mais graves, atinge seu pico aos 6 meses, podendo desencadear ainda até um ano após o parto. Evidenciando que uma investigação mais apurada do contexto da mulher na gravidez pode minimizar

seu sofrimento psíquico ou até um transtorno mental com a identificação dos fatores desencadeantes dos mesmos.

Por meio dos casos analisados, pode-se verificar que a combinação da EPDS com o segundo instrumento possibilitou tal investigação, indicando como as mulheres estão experienciando a maternidade.

Ficou evidente que as mães que apresentaram sintomas depressivos, vivenciaram estes na gestação e puerpério, emergindo sofrimento psíquico conseqüente das adversidades sócio-econômicas como problemas financeiros, desemprego, relacionamentos conjugais e familiar conflituosos, falta de apoio familiar, gravidez não planejada e não desejada, gravidez conturbada, mudanças na identidade feminina na representação da baixa auto-estima e a própria depressão anterior são fatores que se interligam e desestruturam a mulher emocionalmente. Neste sentido, os fatores de risco mais identificados nas mulheres participantes deste estudo como baixa auto-estima, gravidez não planejada, doenças psiquiátricas na família confirmam os achados de Beck⁽⁵⁷⁾. Constata-se que na maioria das mulheres estudadas havia necessidade de atenção mais direcionada e específica em sua integralidade. Casos de sofrimento psíquico podem levar a transtornos emocionais em diferentes etapas do desenvolvimento da maternidade, como dificuldades no relacionamento entre mãe e filho, como muitas mostraram estar sentindo.

Uma gravidez indesejada, conflitos conjugais, dificuldades financeiras, geram sentimentos negativos em relação a esta, favorecendo o aparecimento da depressão durante a gestação, podendo à mãe não querer amamentar⁽¹⁾.

A avaliação de mulheres no período pós-parto inicial deveria incluir a avaliação rotineira dos principais fatores de vulnerabilidade responsáveis pelo desmame precoce, como se pode constatar em algumas mães da nossa pesquisa. Estratégias para aumentar e avaliar a confiança na amamentação devem ser criadas, usando ferramentas reconhecidas como suporte educacional e emocional. Estudos sugerem que fatores de vulnerabilidade inalteráveis como idade e educação não têm uma influência tão grande no desmame precoce quanto à falta de confiança ou a depressão. Ressaltam que os enfermeiros estão numa posição importante para apoiar mulheres em fase de amamentação por meio de orientações para modificar os efeitos da falta de confiança e diminuir sintomas depressivos ⁽⁸²⁾.

Baixa renda, educação precária e falta de igualdade entre os sexos predispõem as mulheres à depressão durante a gravidez. Mulheres com apoio social precário, solteiras ou adolescentes estão mais vulneráveis à depressão durante a gravidez. Podem até receber bem a gravidez, no entanto podem estar lidando com outros estressores vitais crônicos e encontrar no estresse adicional da gravidez algo impossível de ser administrado. Situações semelhantes foram encontradas em nosso estudo. Na maioria dos casos relatados, as mulheres encontravam-se com sentimentos de incapacidade frente sua nova condição, primípara ou não. Observou-se ainda que apesar de qualquer grande evento da vida estar associado a um risco maior de recaída em pessoas com desordens afetivas anteriores, a descontinuação da medicação de manutenção talvez seja o fator contributivo mais específico e importante ⁽⁴¹⁾. Apenas uma das 11 mães com sintomatologia depressiva, teve

história de abandono de tratamento anterior à gravidez e que não sabendo administrar conflitos de toda ordem que a acometia, desencadeou sintomas depressivos intensos, alcançando pontuação 17 da EPDS. Ao ser orientada e encaminhada procurou pelo serviço para tratamento, sendo confirmado o diagnóstico. Realizado o tratamento e aos 180 dias pós-parto houve melhora expressiva da sintomatologia depressiva, verificada pela 2ª EPDS. Uma outra mãe com pontuação 15 da escala, cadastrada na UBSF, tendo também como recurso de saúde um convênio da cidade, benefício oferecido pela empresa em que o companheiro trabalhava, chegou a procurá-lo, conseguindo vaga apenas para três meses mais tarde. Não insistiu. Aos 180 dias na aplicação da segunda EPDS, sua pontuação diminuiu para pontuação 5. Foi interessante detectar, mesmo não sendo objeto do estudo, a semelhança dos serviços de saúde, quanto a qualidade da assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, conforme informado pelas 35 mulheres, pois 12 dessas mulheres, mesmo estando cadastradas nas UBSF, fizeram pré-natal por meio de convênios. Constata-se mais uma vez, nesse estudo, que a EPDS, pode ser utilizada para identificar sintomas depressivos que acometem as mães após o parto, pois nessa população o número de mulheres acometidas com sintomatologia depressiva foi considerável. Recomenda-se, pelos resultados obtidos nesse estudo, que a EPDS seja aplicada mais de uma vez, para uma verificação mais apurada, atendendo inclusive a mais um dos quatro objetivos para sua utilização, que é de monitoramento desses sintomas⁽⁶⁴⁾. Sendo acatada essa recomendação nesse estudo, com resultados mais seguros.

O instrumento utilizado (EPDS) revelou-se particularmente útil, tornando-se importante no que se refere a sua utilização por profissionais da atenção básica, apesar de não serem especializados na área de saúde mental, pela sua aplicação fácil e rápida, não ultrapassando 10 minutos para seu preenchimento.

Estudos demonstram utilização de outras escalas como Inventário de Beck, Escala de Hamilton (prioriza sintomas cognitivos e somáticos), mas para rastreamento da depressão pós-parto a EPDS se revela como um instrumento de auto-avaliação específico para o pós-parto, com sensibilidade e especificidade superiores a essas duas^(66,83).

A maioria das mães, quando da visita da pesquisadora foram acolhedoras e receptivas, não surgindo problemas de ordem alguma com nenhuma delas.

Nota-se avanços e progressos na prevenção das doenças, quanto à vulnerabilidade as malformações fetais como a prevenção da rubéola, com vacinas para as mães. Houve progresso quanto ao diagnóstico das doenças genéticas, da cirurgia e desnutrição intra-uterina, do sexo do feto. Todos esses avanços, porém foram benéficos, mas esqueceram-se da saúde psíquica do feto que é influenciada pelos aspectos psico-afetivos da gestante, considerando o contexto de vida em que vive e que, se deprimida, provoca alterações importantes sobre o desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança⁽⁷⁷⁾.

Lamentavelmente, houve esquecimento da importância da saúde mental e emocional do ser humano, que se inicia desde a fecundação até os 3 anos

de idade. Neste período, o feto é tão vulnerável aos problemas emocionais maternos quanto aos agentes infecciosos, com comprometimentos já considerados⁽⁷⁷⁾

Acredita-se que nesse campo, as práticas de enfermagem precisariam ser mais bem definidas, pois questões graves como a depressão pós-parto, maus tratos são problemas de Saúde Pública, em nosso país, afetando a saúde do binômio mãe-filho, e que necessitam de maior investigação e rastreamento^(35,76). Países como a França, EUA, Inglaterra já estão investindo nesse tipo de assistência⁽³⁵⁾.

No Brasil nascem 8 mil crianças por dia, e no mundo cerca de 240 mil. milhares de oportunidades, portanto, de mudanças de atitude quanto à assistência no ciclo gravídico puerperal, no Brasil e no mundo. Os autores questionam a possibilidade de tornar realidade essa oportunidade⁽³⁵⁾.

Há expectativas de mudanças, quando houver conscientização do desenvolvimento da sensorialidade fetal e de sua saúde psíquica⁽³⁵⁾.

Assim, o trabalho da educação em saúde pré e perinatal têm como objetivo identificar, prevenir e atuar em relação aos acontecimentos, sejam eles biológicos, físicos ou psicológicos, que se situam em torno da gestação e do nascimento. Inclui atividades em parcerias com outros profissionais que atendem a mãe, pai, criança, família, desde os primeiros dias de gravidez em suas competências perceptivas como tal, a capacidade de ajustamento uns aos outros, acompanhamento do desenvolvimento do bebê ao longo dos primeiros meses no contexto dos pais e vice-versa, possibilitando uma melhor qualidade de vida⁽⁸⁴⁾.

Os enfermeiros, junto a outros profissionais da saúde, têm papel essencial na identificação precoce da depressão, na educação, na provisão de informações a respeito de grupos de apoio locais e na recomendação de recursos de tratamento psiquiátrico. Desse modo, a incidência e a duração dessa séria ameaça à saúde pode diminuir, protegendo a saúde e o bem-estar das mulheres, assim como dos bebês e demais envolvidos⁽⁸⁴⁾.

Tanto enfermeiros da prática clínica como da prática docente e da gestão devem atuar em parceria com outros profissionais, para articular os diferentes saberes, e trabalhar em “prol” da Saúde Mental das pessoas, aqui especialmente das gestantes e puérperas.

Para atender a exigência dos resultados é necessário que na capacitação dos enfermeiros dêem-se mais destaque ao conteúdo de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, seja como disciplina ou de forma integrada à outros conteúdos específicos ministrados, por professores capacitados na área de saúde mental e enfermagem psiquiátrica.

Não dá para falar de saúde mental sem abordar que o seu conteúdo, é voltado para manutenção da saúde e prevenção de transtornos psíquicos. Não dá também para falar de transtornos psiquiátricos sem abordar a necessidade de seu diagnóstico o mais precoce possível, tratamento e da reintegração e manutenção da pessoa na sociedade. Este conhecimento tem de ser desvendado para que se possa atuar de forma competente, o que engloba a multidimensionalidade de cada ser humano, de todos nós e o conhecimento sobre comunicação adequada ou terapêutica, no desenvolvimento do relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente⁽⁸⁵⁾.

A prevenção da depressão no ciclo gravídico puerperal só será possível com a união de esforços entre os profissionais da saúde no investimento de capacitações para habilitarem-se na lida com mulheres nessa fase da vida proporcionando suporte, confiança e segurança para desempenharem sua função de maternagem, mantendo-se o respeito à essência de cada profissão, mas que estejam dispostos a trabalhar numa aliança preventiva e terapêutica⁽³⁵⁾. Assim, será possível à reforma da Saúde Mental se concretizar na prática.

Concluindo, a presente pesquisa possui caráter de urgência no que tange aos riscos de morbimortalidade materna, do feto e da criança, pois o conhecimento de fatores de risco para depressão no ciclo gravídico puerperal é essencial para o estabelecimento de atitudes preventivas já nessa fase.

Apresenta-se a título de contribuição um esboço dos conteúdos para o desenvolvimento de programas de educação continuada e ou capacitação para enfermeiros para melhorar o desempenho de suas funções nesta etapa da vida das mulheres. Este programa deve conter os conteúdos abaixo descritos. Ressalva-se que a adequação à população deve sempre ser preservada, considerando as particularidades de cada população participante do programa.

Proposta de conteúdos

O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Depressão no ciclo gravídico puerperal

- Conceitos: depressão em geral, depressão gestacional, depressão pós-parto;
- Etiologia;
- Fatores predisponentes;
- Fatores de risco;
- Aplicação da *Edinburgh Depression Post-Natal Scale*;
- Violência e depressão pós-parto;
- Manifestações de comportamento indicativo de depressão pós-parto;
- Aspectos preventivos;
- Aspectos psicológicos do ciclo gravídico puerperal;
- Tratamentos;
- Acompanhamento pré-natal e pós-natal;
- Comunicação verbal e não verbal entre mãe-bebê; mãe companheiro e familiares;
- Conseqüências da depressão pós-parto;
- Relação mãe-bebê e conseqüências na qualidade de vida de ambos;
- Assistência de Enfermagem (Processo de enfermagem);
 - Avaliação inicial
 - Diagnósticos de enfermagem
 - Resultados esperados
 - Intervenções

- Avaliação final

Grupos de gestantes e mães;

Grupos de puérperas;

Folder e Folhetos educativos;

Programa psicoeducacional para profissionais da área e comunidade;

Uso da mídia sobre DPP, programas como disque- gestante e disque-bebê.

Os conteúdos devem ser oferecidos aos enfermeiros sob diferentes formas e em diferentes instituições de ensino, desde a graduação até a pós-graduação entremeados por cursos de atualização, aprimoramento, seminários, ciclo de palestras, reuniões semanais para esclarecimentos e discussão sobre o assunto mais premente entre outros. Isso deve ser ofertado nas UBSF, na comunidade e nas instituições de ensino.

Cabe ressaltar que o ideal seria que esses conteúdos deveriam ser integrados na Graduação, aos conhecimentos sobre o ciclo gravídico puerperal, propiciando aos enfermeiros conhecimento que atenda à integralidade da mulher , como ser humano único.

O enfermeiro precisa estar e ser, ou seja, tornar seu papel e funções mais visíveis no seu desempenho nos locais de trabalho, no meio científico, na comunidade nacional e internacional e na mídia.

Portanto, a proposta de assistência de enfermagem com enfoque na detecção e acompanhamento de comportamentos depressivos na mulher e fatores de risco associados, aqui apresentada, pode e deve ser aplicada no âmbito da saúde pública, nas esferas municipal, estadual e nacional.

5- CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos, pôde-se chegar às seguintes conclusões:

1- Os conhecimentos das enfermeiras participantes deste estudo, não proporcionam condições para identificação de comportamentos depressivos em mulheres no ciclo gravídico-puerperal;

2- As ações das enfermeiras participantes deste estudo, não favorecem identificação de comportamentos depressivos e fatores de risco em mulheres no ciclo gravídico-puerperal;

3- A aplicação da *Edinburgh Post-Natal Scale* (EPDS) por enfermeira possibilitou a identificação de sintomatologia depressiva em puérperas. O uso dessa escala por esse profissional deve ser incentivado no ciclo gravídico-puerperal;

4- A realização de proposta de elaboração de conteúdos para capacitação do enfermeiro na detecção de comportamentos depressivos e fatores de risco associados à depressão no ciclo gravídico-puerperal é necessária e sua aplicação é factível, foi apresentada nos resultados.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- World Health Organization (WHO). Pan American Health Organization (PAHO). World health report. Geneva: World Health Organization; 2001.
- 2- Boyce P, Hickey A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40(8):605-12.
- 3- **Louzã** Neto MR, Motta T, Wang Y-P, Elkis H. Psiquiatria básica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. 974 p.
- 4- Canale A, Furlan MMDP. Depressão. Arq Mudi.2006;10(2):23-31.
- 5- Veras AB, Nardi AE. Depressão na mulher. RBM 2008;65(6)154-63.
- 6- Carlson NR. Fisiologia do comportamento. 7ª ed. Barueri: Manole; 2002.
- 7- **Rennó Jr J, Soares CN.** Transtornos mentais associados ao ciclo reprodutor feminino. In: **Louzã** Neto MR, Elkis H. Psiquiatria básica. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007. p. 418-28.
- 8- Brouwers EP, van Baar AL, Pop VJ. Does the Edinburgh Postnatal Depression Scale measure anxiety ? J Psychosom Res 2001;51(5):659-63.
- 9- Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. Rev psiquiatr clin 2008;35(4):144-53.
- 10- Catão I. A tristeza das mães e seu risco para o bebê. In: Corrêa Filho L *et al.*, editores. Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos. Brasília: L.G.E. Editora; 2002; p. 221-31.
- 11- Stern DN, Bruschiweiller-Stern N, Freeland A. Nascimento de uma mãe: a experiência da maternidade. Porto: Ambar; 2005.

- 12- Padovan FHP. Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê e após alta, comparados a mães de bebês nascidos a termo. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.
- 13- Szejer M. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. In: Corrêa Filho L *et. al.*, editores. Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos. Brasília: L.G.E. Editora; 2002; p. 188-204.
- 14- Skocir AP, Hundley V. Are Slovenian midwives and nurses ready to take on a greater role in caring for women with postnatal depression ? Midwifery 2006;22(1):40-55.
- 15- Rodrigues DP, Fernandes AFC, Silva RM, Pereira MS. O domicílio como espaço educativo para o auto cuidado de puérperas: binômio mãe-filho. Texto & contexto enferm 2006;15(2):277-86.
- 16- Alves VM, Moura ZA, Palmeira ILT, Lopes MVO. Estudo do diagnóstico de enfermagem fadiga em gestantes atendidas numa unidade básica de atenção à saúde. Acta Paul Enferm 2006;19(1):70-5.
- 17- Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. Arch Gen Psychiatry 2008;65(7):805-15.
- 18- Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de depressão pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. Rev Saúde Pública 2009;43:79-84.

- 19- Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Affect Disord* 2003;74(1):67-83.
- 20- Célia S. A capacitação da resiliência e a formação da pele psicossocial (envelope). In: Corrêa Filho L *et. al*, editores. *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*. Brasília: L.G.E. Editora; 2002; p. 494-502.
- 21- Célia S, Beck N. Continuidade e descontinuidade na adolescência: o envelope psicossocial no atendimento a gestante adolescentes em situação de abandono e seus bebês. In: *World Congress of ISAP*, Provence, França; 1999.
- 22- Cunha I. Neurobiologia do vínculo. In: Corrêa Filho L *et. al*, editores. *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*. Brasília: L.G.E. Editora; 2002; p. 353-87.
- 23- Cunha E. A revolução dos bebês: aspectos de como as emoções esculpem o cérebro e geram os comportamentos no período pré e perinatal. *Rev SPRJ* 2001;2(1):102-28.
- 24- Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80(3):251-55.
- 25- Lima MOP, Tsunehiro MA. Repercussões materno-fetais da depressão na gravidez: uma revisão sistemática. *Mundo saúde* 2008;32(4):530-6.

- 26- World Health Organization (WHO). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision Version for 2007 Chapter V. Mental and behavioural disorders. 2007;<http://www.who.int/classifications/id/en/>.
- 27- Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciênc saúde coletiva* 2007;12(2):477-86.
- 28- Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001;323:257-60.
- 29- Li D, Liu L, Odouli R. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Hum Reprod* 2009;24(1):146-53.
- 30- Weinstock M. Alterations induced by gestational stress in brain morphology and behaviour of the offspring. *Prog Neurobiology* 2001;65(5):427-51.
- 31- Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005;27(4):181-8.
- 32- Schmidt EB, Piccoloto NM, Müller MC. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF* 2005;10(1):61-8.
- 33- Suppaseemanont W. Depression in pregnancy: drug safety and nursing management. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2006;31(1):10-5.

- 34- Moreno DH, Dias RS, Moreno RA. Transtornos do humor. In: **Louzã** Neto MR, Elkis H. *Psiquiatria básica*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007. p. 219-34.
- 35- Corrêa Filho L, Correa MEG. Saúde e educação a partir do nascimento ou antes ? In: Corrêa Filho L *et. al*, editores. *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*. Brasília: L.G.E. Editora; 2002; p. 93-115
- 36- Bydlowski M. O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno. In: Corrêa Filho L *et. al*, editores. *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*. Brasília: L.G.E. Editora; 2002; p. 205-14.
- 37- Winnicott DW. A teoria do relacionamento paterno-infantil. In: Winnicott DW, editor. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983; p. 38-54.
- 38- Olshansky E. A theoretical explanation for previously infertile mothers' vulnerability to depression. *J Nurs Scholarsh* 2003;35(3):263-8.
- 39- Patel V, Rahman A, Jacob KS, Hughes M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev psiquiatr clín* 2004;67(1):63-80.
- 40- Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 2002;159(1):43-7.
- 41- O'Keane V, Marsh MS. Depression during pregnancy *BMJ* 2007;334;1003-5.

- 42- Baretta MG, Casara R O, Ravelli APX. Consulta puerperal de enfermagem: refletindo sobre parto e puerpério. In: VII Encontro de Pesquisa da UEPG; 2007.
- 43- Monk C. Stress and mood disorders during pregnancy: implications for child development. *Psychiatr Q* 2001;72(4):347-57.
- 44- Coutinho T, Coutinho CM. Depressão pós-parto. *Femina* 1999;27(7):571-7.
- 45- Falcone VM, Mäder CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev Saúde Pública* 2005;39(4):612-8.
- 46- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. 3ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 47- Oba MV, Tavares MSG. Quem são as mulheres e porque vão procurar o serviço de assistência pré-natal das unidades de saúde de Ribeirão Preto. *Rev Bras Enferm* 1999;52(4):596-605.
- 48- Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2003;37(3):303-10.
- 49- Silva ET, Botti NCL. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. *Rev Eletr Enf* 2005;7(2)231-8.
- 50- Zanotti DV, Saito KC, Rodrigues MD, Otani MAP. Identificação e intervenção nos transtornos psiquiátricos associados ao puerpério: a colaboração do enfermeiro psiquiátrico. *Nursing* 2003;61(6):36-42.

- 51- Rocha FL. Depressão puerperal: revisão e atualização. J bras psiquiatr 1999;48(3):105-14.
- 52- Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de psiquiatria. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1999.
- 53- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatística de transtornos mentais. DSM-IV. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- 54- Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó Jr. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. Rev psiquiatr clín 2006;33(2):92-102.
- 55- Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. Can Fam Physician 2005;51:1087-93.
- 56- Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. Obstet Gynecol 2006;107(4):798-806.
- 57- Beck CT. Revision of the postpartum depression predictors inventory. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2002;31(4):394-402.
- 58- Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. Obstet Gynecol 2004;103(4):698-709.
- 59- Szigethy EM, Ruiz P. Depression among pregnant adolescents: an integrated treatment approach. Am J Psychiatry 2001;158(1):22-7.

- 60- Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord* 2005;88(1):9-18.
- 61- Deslandes SF. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciências & Saúde Coletiva* 2005;10(3):615-26.
- 62- Coutinho MPL, Saraiva ERA. Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Estud pesqui psicol* 2008;8(3):759-73
- 63- Guedeney N, Jeammet P. Dépression postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. *Devenir* 2001;3(13):51-64.
- 64- Guédeney N, Fermanian J, Guelfi JD, Delours M. Tradução e validação da escala de Edimburgo para depressão materna pós-natal em população parisiense. In: Corrêa Filho L *et. al.*, editores. *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*. Brasília: L.G.E. Editora; 2002;p. 263-85.
65. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *BMJ* 1989;298(6668):223-6.
- 66- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-86.
- 67- Santos MFS, Martins FC, Pasqual L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev psiquiatr clin* 1999;26(2):90-5.
- 68- Gil AC. *Como elaborar projeto de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2002.

- 69- Polit D, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 70- Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 71- Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica de São José do Rio Preto. Conjuntura econômica. São José do Rio Preto; 2009.
- 72- Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família; 2001.**
- 73- Guedeney N, Jeamment P. Depressões pós-natais (DPN) e decisões de orientação terapêutica. In: Corrêa Filho L *et. al.*, editores. Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos. L.G.E. Editora: Brasília. 2002;p. 249-62.
- 74- Theroux R. Listening to women's pregnancy and postpartum experiences: two qualitative studies. *Nurs Womens Health* 2007;11(5):503-5.
- 75- Alabaster M. Speaking out for women with postnatal depression: a new role combining health visiting, mental health and management. Interview by Emma Vere-Jones. *Nurs Times* 2006;102(29):22-3.
- 76- Asseltd AB, Braga GCP, Brondani JP, Casarin ST, Lopes CV, Laroque MF, et al. Avaliação operacional do grupo de gestantes do hospital escola UFPEL/FAU, no ano de 2006: nota prévia. In: XV Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pelotas; 2006.
- 77- Lisboa A. A primeira infância e as raízes da violência. Brasília: L.G.E. Editora; 2006.

- 78- Letourneau N, Duffett-Leger L, Stewart M, Hegadoren K, Dennis CL, Rinaldi CM. Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007;36(5):441-9.
- 79- Righetti-Veltema M, Bousquet A, Manzano J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;12(2):75-83.
- 80- Tezel A, Gözüm S. Comparison of effects of nursing care to problem solving training on levels of depressive symptoms in post partum women. *Patient Educ Couns* 2006;63(1-2):64-73.
- 81- Cabral FB. Vulnerabilidade de puérperas: olhares de Equipes de Saúde da Família em Santa Maria/RS. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
- 82- Dunn S, Davies B, McCleary L, Edwards N, Gaboury I. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006;35(1):87-97.
- 83- Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2006;40(1):65-70.
- 84- Corrêa Filho L. Definições e conceitos básicos de neonatologia / perinatologia. In: Corrêa Filho L *et. al.*, editores. *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*. Brasília: L.G.E. Editora; 2002. p. 31-47.
- 85- Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. Manole editora; 2008; p.371-408

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada Enfermeira,

Este estudo tem a finalidade de identificar quais são seus conhecimentos sobre depressão no ciclo gravídico puerperal e quais são suas ações para assistir a mulher nessa fase. O risco de participar da pesquisa é desprezível, e sua identidade será preservada;

As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora Maria da Graça Girade Souza, Enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, com mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica e doutoranda em Ciências da Saúde. Solicito sua valiosa colaboração no sentido de responder ao presente questionário. Ressaltamos que seu nome não será divulgado e os dados só serão divulgados no meio científico e para publicações, mas com o compromisso ético de não divulgar os nomes das participantes. Esclarecemos que a Sra não terá riscos de ordem física ou emocional em participar da pesquisa e tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e/ou não responder as perguntas que desejar. Contando com sua colaboração, antecipadamente agradecemos e colocamo-nos a disposição para melhores esclarecimentos. Sinto-me devidamente esclarecida sobre o objetivo desta pesquisa, como está escrito neste termo e consinto em participar por livre vontade, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão ou influência indevida.

Data: _____ Assinatura: _____ RG _____

Nota: este termo de Consentimento pós-esclarecimento foi elaborado em duas vias, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora.

Maria da Graça Girade Souza
Pesquisadora RG: 9.105.365 tel: 3227 7025

Telefones para contato: Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP (17) 3201 5813

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada Senhora,

Este estudo tem a finalidade de detectar ocorrência de sintomas depressivos com risco de desenvolver depressão pós-parto em mulheres que tiveram seus filhos nos períodos de fevereiro à abril de 2009 e que estão cadastradas em Unidades de Saúde da Família de São José do Rio Preto, SP. Senhora, não existe risco em participar da pesquisa, sua identidade será preservada; apenas as respostas serão usadas como dados de pesquisa no meio científico para publicações, mas com o compromisso ético de não divulgar os nomes das participantes e servirão para apresentá-los nas unidades de campo de estudo para encaminhamento médico da unidade em questão, caso ocorra suspeita diagnóstica de depressão pós-parto para o tratamento necessário, se a senhora assim autorizar. As entrevistas serão realizadas por mim, pesquisadora Maria da Graça Girade Souza, Enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiatria. Solicito sua valiosa colaboração no sentido de responder ao presente questionário que se destina à obtenção dos dados sobre este assunto. Esclarecemos que não terá riscos de ordem física ou emocional em participar da pesquisa e tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e/ou não responder as perguntas que desejar. Contando com sua colaboração, antecipadamente agradeço e coloco-me a disposição para melhores esclarecimentos.

Eu,, portadora do RG.....
sinto-me devidamente esclarecida sobre o objetivo desta pesquisa, como está escrito
neste termo e consinto em participar por livre vontade, não tendo sofrido nenhuma
forma de pressão ou influência indevida.

Data: Assinatura:.....

Nota: este termo de Consentimento pós-esclarecimento foi elaborado em duas vias, ficando
uma com o participante e outra com a pesquisadora.

Maria da Graça Girade Souza
Pesquisadora
(17) 3227 7025 RG: 9.105.365

Telefones para contato: Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP (17) 3201 5813

APÊNDICE 3

Questionário Enfermeiras

I- Identificação

Sexo_____ Idade_____ Religião _____ Estado civil_____

Tempo de formação_____

Tempo em que trabalha nesta USF_____

Tem especialização? não () sim () Qual _____

II- Assistência pré-natal

1. Descreva quais ações realiza na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal.
2. Descreva que conhecimentos você tem sobre a depressão no ciclo gravídico-puerperal.
3. Se quiser pode acrescentar alguma coisa que não lhe foi perguntado.

APÊNDICE 4

I- Dados sócio-demográficos

Endereço: _____ Telefone _____

Bairro : _____ UBSF _____

Idade _____ Religião _____ Profissão _____

Estado civil : solteira () casada () união consensual () viúva ()
separada/ divorciada ()

Escolaridade: analfabeta () 1º grau incompleto () 1º grau completo
() colegial incompleto () colegial completo () curso técnico _____
() curso superior () _____

Moradia: casa própria () alugada () mora na casa de outra pessoa () outro ()

Quantas pessoas moram na casa? 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()
+ do que 7 () quantas?

Tem saneamento básico? sim () não ()

Tem trabalho remunerado atualmente? não () sim () lugar: _____

h/dia _____ Salário (base no salário mínimo):

Qual a renda familiar (em salários mínimos)?

Quantas e quais pessoas contribuem com a renda familiar? _____

Sua contribuição financeira para a renda familiar é: nenhuma () _____

II- Dados Psicossociais sobre esta gestação

Antecedentes Obstétricos

Quantas vezes ficou grávida: 1 (), 2 (), 3 (), 4 () 5 ou mais () _____

Quantos filhos tem? _____

Teve aborto Sim () Quantos: _____ Teve filho nascido morto? _____

Teve óbito de algum filho:

Explique: _____

Data de nascimento do seu bebê: _____/_____/_____ Peso: _____

Dados da gestação atual:

Pré - natal	Não	Sim	Explicações/profissional
Fez pré-natal?			
Quantas consultas fez ?			
Que orientações recebeu sobre a gravidez? De quem ?			
Teve as orientações que precisava sobre a gravidez e cuidados com recém-nascido?	muito pouco () nenhuma () suficiente ()		
Quais informações mais você gostaria de ter recebido durante as consultas de pré-natal?			
Perguntaram como estava sua situação de vida ,no trabalho,família, com o companheiro			
Perguntaram como você estava se sentindo emocionalmente?			
Perguntaram se você já tinha tido depressão algum dia?			

Você sabe o que é depressão ? não() sim ()

Explique_____

Sabe se teve em algum momento da sua vida foi? _____

Fez tratamento ?

não() porque?_____

sim () por quanto tempo? _____

Qual sua opinião sobre o tratamento que recebeu?_____

Na sua família tem alguém com depressão-ou outra doença mental ?

não () sim ()

Explique: _____

Responda, por favor, sobre a esta gravidez:

Pensou em algum momento em interromper a gravidez? não () sim ()

Explique_____

Vive com o pai do bebê? não () sim ()

Como foi o relacionamento com ele na gravidez ?

ótimo () bom () regular () ruim () péssimo ()

Como está hoje seu relacionamento com o pai do bebê?

ótimo () bom () regular () ruim () péssimo ()

Com está seu relacionamento com sua família :

ótimo () bom () regular () ruim () péssimo ()

Explique: _____

Você passou por algumas dessas situações na última gestação?

Gravidez	Problemas obstétricos	Problemas familiares	Problemas conjugais	Problemas pessoais
Muito jovem ()	Sangramento ()	Financeiros ()	Abandono ()	Medo de morrer ()
Não Planejada ()	Diabetes ()	Falta de apoio ()	Brigas ()	Desemprego ()
Não desejada ()	Pressão alta ()	Muitos filhos ()	Separação ()	Auto estima –baixa ()
Muito estressada ()	Contrações ()	Doença na família ()	Violência ()	medo de ser mãe ()
Muito Esperada ()	Infecção Urinária ()	Morte na família ()	S/ companheiro()	
Outros				

III- Dados Obstétricos

Fez uso de algum medicamento na gestação	Não	Sim	Medicamentos	Quem receitou
Atualmente faz uso de algum medicamento?				

Responda como mais se sentiu nesta gestação e como está atualmente segundo os itens abaixo :

N- Nenhum(a) P-pouco M-muito

Comportamento	durante a gestação	(atualmente)
Disposição		
Alegria		
Tristeza		
Falta de prazer nas atividades antes prazerosas (inclusive a sexual)		
Choro fácil		
Fome		
Sono		
Irritada		
Cansaço		
Medo		
Culpa sem razão aparente		
Insegurança		
Ansiedade		

Outros _____

Durante a gestação fez uso de:

álcool - não () sim () Quantidade _____
 drogas não () sim () Qual _____
 cigarro não () sim () Quantos por dia _____

Nesta gestação, qual foi o tipo de parto: normal () cesária ()

Qual foi o peso do bebê?

Bebê	Não	Sim	Explicações
Nasceu prematuro			
Teve problema de saúde?			
Ficou no quarto			
Ficou na UTI neonatal			

Caso o bebê tenha tido alguma intercorrência:

Como você ficou emocionalmente nesta fase? _____

Recebeu apoio de quem neste período? _____

Amamentação / Cuidados com bebê /Interação com o bebê			
	Não	Sim	Explicações
Está amamentando?			
Está tendo dificuldade para amamentar?			
O que significa amamentar para você?			
Está tendo dificuldade em cuidar do seu bebê?			
Geralmente fica estressada em cuidar do bebê			
Está tendo dificuldade em interagir seu bebê?			
Você se acha carinhosa com seu bebê?			
Acha que tem tido paciência ao cuidar do bebê?			
Tem brincado com o bebê?			nada () pouco () muito ()

Como você acha que está em relação ao seu bebê?

Muito bem () bem () regular () mal () muito mal ()

Explique: _____

Teve ou está tendo dificuldade em conciliar os cuidados com o bebê e as atividades domésticas e familiares: não () sim () _____

Geralmente cuida : por obrigação () por prazer ()

Depois que nós conversamos,

Acha que está precisando de apoio psicológico? não () sim () Explique:

Pretende procurar apoio psicológico?

Sabe onde procurar? não () sim () Onde? _____

Se precisasse, procuraria um ?

não () Porque: _____

sim () Onde? _____

Gostaria de receber apoio e tratamento profissional para problemas emocionais relacionados à última gravidez que possa estar tendo? não () sim ()

Explique _____

APÊNDICE 5

Relato de casos

M1, 20 anos, em união consensual, um filho, sem religião, primeiro grau completo, mora com 7 pessoas em casa própria, com saneamento básico, sem qualificação profissional, não possui trabalho remunerado e com renda familiar de R\$1.220,00, onde apenas duas pessoas contribuem.

Segundo M1, a gravidez não foi planejada e nem desejada, sentia-se muito jovem. Passou uma gestação conturbada, porque o companheiro achava que o filho não era dele, trazendo muita tristeza, medo e insegurança de ser abandonada. Foi uma gestação muita ansiosa para poder sanar a dúvida do companheiro. Chegou a pensar em interrompê-la. Não sentia nenhuma alegria e prazer de viver. Neste período sentiu falta de apoio do marido e dos familiares, teve problemas financeiros principalmente pelo fato de estar desempregada, o que ela diz ter piorado a aceitação da gravidez. Houve a morte de seu avô com o qual tinha vínculo intenso, ficando muito abalada pela situação. Sentiu medo de morrer, medo de ser mãe levando -a uma diminuição da auto-estima.

Apresentou problemas durante a gravidez como: sangramento, infecção urinária, pressão alta, fez apêndicectomia no quarto mês de gestação e teve começo de aborto na 28ª semana. Fez 10 consultas pré-natais, e referiu não ter recebido nenhuma orientação sobre a gestação, nem sobre os cuidados com o recém-nascido. Não foi interrogada por nenhum profissional que a assistiu em nenhum momento, sobre sua vida e sobre ou como estava emocionalmente. Relatou que no pré-natal, pesavam, mediam a altura uterina e verificavam a pressão. Acompanharam os problemas obstétricos apresentados, mas nunca perguntaram sobre seus sentimentos.

M1 ao ser questionada sobre depressão, se sabia o que era, respondeu: “muito choro, vontade de ficar sozinha”. Ao responder à solicitação para descrever como foi sua gestação mencionou diversas manifestações de comportamento correspondente a sintomas depressivos. Disse que os experimentou logo após o bebê ter nascido e que estava ainda dessa forma aos 58 dias pós-natal, dia da entrevista. Referiu não estar sentindo prazer em nenhuma atividade de vida diária, desinteresse sexual acentuado, medo de ser abandonada ainda, culpa intensa por estar nesta situação, insônia, sem vontade de se alimentar, irritada, pelas brigas constantes com o companheiro e com a irmã achando que essas aconteciam sem motivo algum. Não estava conseguindo conciliar os cuidados do bebê com atividades domésticas, dificuldades em lidar com o

coto umbilical e dar banho, ficando estressada nos cuidados desse. Achava que estava tendo pouca interação com o bebê não se considerando carinhosa, acentuando seu sentimento de culpa, apesar de verbalizar “mas estou feliz em tê-lo”. Quanto a sua família referiu ter casos de depressão e alcoolismo, pelos tios maternos e paternos.

Durante a entrevista a mãe chorou por várias vezes. Referiu estar amamentando, por que acha que é “uma prova de amor”. Ao ser interrogada se sentia necessidade de um apoio psicológico, respondeu que sim, queria “um tratamento para sair daquela situação” e não procurou ainda, pois não sabia onde encontrar.

Depois de obter autorização M1, foi realizado contato com a gerente da unidade, e encaminhado, verbalmente e por escrito o caso, para que tomasse as providências cabíveis, objetivando averiguação dos sintomas detectados.

Na primeira aplicação da Edinburgh Post-Natal Scale verificou-se pontuação 12. Foram realizadas orientações e encaminhamento. Os fatores de risco biopsicossociais identificados para desencadeamento da depressão pós-parto foram: doença psiquiátrica na família, sintomas depressivos no início do pós-parto, problemas obstétricos, conflitos conjugais, falta do apoio do companheiro e familiar, medo de ser abandonada, de morrer no parto e de ser mãe, gravidez muito jovem, não planejada, não desejada e conturbada, problemas financeiros, desemprego, morte na família, baixa auto-estima.

Era muito jovem quando engravidou, e a gravidez foi não planejada e indesejada, estava enfrentando problemas financeiros, desemprego, morte na família.

Em maio em contato telefônico com a enfermeira gerente da unidade, a mesma referiu que M1 não a procurou, e que o caso foi passado para a equipe matricial de psiquiatria existente nessa UBSF, designando uma agente para ir até sua residência, ocasião em que M1 não estava muito receptiva, segundo relato da agente. Disse que estava bem, porém seu companheiro encontrava-se em casa. Realizado novo contato, mas a participante havia-se mudado, não sendo possível agendar novamente.

Relato M2

M2, 36 anos, em união consensual, segundo filho e um aborto, católica, primeiro grau incompleto, mora com 4 pessoas em casa própria, com saneamento básico, renda familiar de R\$1.500.00, onde a contribuição vem só do companheiro, sem qualificação profissional, é auxiliar administrativa, mas não possui trabalho remunerado no momento.

Segundo M2, a gravidez foi planejada apenas por ela e não foi desejada e aceita pelo companheiro. A gestação foi conturbada, sentindo insegurança e culpa pela situação que provocara. Sentiu muito medo de ser traída. Referiu irritação e ansiedade a gestação toda, fazendo uso de quatro cigarros por dia. Sentiu falta de apoio do companheiro, estava desempregada e teve problemas financeiros. Houve a morte de sua mãe que a deixou mais angustiada. Teve muito medo do parto e do bebê nascer imperfeito. Apresentou problemas obstétricos como: sangramento e contrações na 28ª semana, recebendo assistência aos problemas obstétricos apresentados. Realizou 8 consultas pré-natais. Referiu não ter recebido nenhuma orientação sobre a gestação, nem sobre os cuidados com o recém-nascido. Não foi questionada por nenhum profissional que a assistiu em nenhum momento sobre seu contexto de vida e sobre como estava emocionalmente. Gostaria de ter sido orientada sobre a vacina anti-tetânica, pois disse que não a tomou. Relatou que a única orientação que recebeu foi sobre a alimentação, feita por uma auxiliar de enfermagem. Ao ser interrogada, se sabia o que era depressão, respondeu ser “muito choro, vontade de ficar sozinha”, referindo que sempre foi assim, “depressiva” e que já havia feito tratamento por pouco tempo, não dando continuidade por que sabia o precisava fazer e que sua irmã tem depressão e faz tratamento e o irmão faz uso de drogas. A entrevista foi realizada aos 61 dias pós-natal. A participante referiu sentir solidão, muito cansaço, choro fácil, irritado e não sentir-se bem em ser perfeccionista, queria tudo pronto, na hora, o que estava atrapalhando sua vida, atribuindo a este estado de ser, o fato de magoar-se facilmente. Mostrou-se muito a vontade e receptiva, verborreica e agitada. Não parava de lavar roupa (estávamos na varanda de serviço) e fumando um cigarro atrás do outro. Mostrava necessidade de expressar-se. Não estava conseguindo conciliar atividades domésticas com os cuidados com o bebê. Referiu medo de ser traída e não estar tendo prazer na vida, sentindo-se estressada, fazendo suas atividades por obrigação e que sua situação financeira havia piorado. Está amamentando, por que acha que o ato de amamentar é uma obrigação da mãe e que estava bem com relação ao bebê considerando-se carinhosa. Segundo a participante, o bebê nasceu prematuro, de parto normal pesando 2.010kg, ficando alguns dias internado. Referiu falta de apoio familiar e insegurança em ser traída. Foi interrogada, se sentia necessidade de um de apoio psicológico, respondeu que não precisava, e se precisasse procuraria, mas não sabia onde encontrar. Foram realizadas orientações e encaminhamento.

Na primeira aplicação da *Edinburgh Pós-Natal Scale*: verificou-se pontuação 11. Os fatores de risco biopsicossociais identificados para desencadeamento da depressão pós -parto foram: doença psiquiátrica na família, problemas obstétricos, gravidez desejada apenas pela mãe, indesejada pelo pai, gravidez conturbada, problemas financeiros, desemprego, morte de sua mãe, falta de apoio familiar, medo de ser traída, do parto e do bebê nascer imperfeito, prematuridade.

Em contato telefônico com a enfermeira gerente da unidade, a mesma referiu que M2 não a procurou. Na segunda aplicação da *Edinburgh Post-Natal Scale*: verificou-se pontuação 7.

Após a última aplicação, em contato telefônico, refere ter melhorado, está sendo acompanhada por um neurologista para tratamento de dor nas mãos. Foram realizadas orientações.

Relato M5

M5, 29 anos, em união consensual, dois filho e um aborto, católica, primeiro grau incompleto, mora com 4 pessoas em casa cedida, numa chácara, sem saneamento básico, renda familiar de R\$500.00, onde a contribuição vem só do companheiro, sem formação e não tem trabalho remunerado.

A gravidez não foi planejada e foi muito estressada. Teve muito medo do parto. Relatou não ter tido bom relacionamento conjugal durante a gestação, pois o mesmo não gosta de conversar. Quando tem algum diálogo, acontece alguns desentendimentos. O companheiro é alcoólatra, por isso sente-se desmotivada e sem ânimo. Sentia muita solidão, sem expectativa, incentivo e estímulo para nada. Estava com problemas financeiros graves. O patrão do marido cedeu a casa, mas ameaçando-o de mandá-lo embora por causa do alcoolismo. Apresentou problemas obstétricos como: infecção urinária e anemia. Referiu ter realizado 7 consultas pré-natais.

Durante o pré-natal, recebeu orientações sobre alimentação, hidratação. Gostaria de ter recebido orientações sobre o parto, e também sobre os cuidados com o recém nascido. O bebê nasceu de parto normal pesando 2.900kg. A entrevista foi realizada aos 58 dias pós- natal. Interrogada se sabia o que era depressão, respondeu que era o que estava sentindo, muita tristeza, solidão e chorar, comparando-se a sua irmã.

Na primeira aplicação da *Edinburgh Post-Natal Scale* verificou-se pontuação 12

Os fatores de risco psicossociais identificados como desencadeadores da depressão pós-parto foram: doença psiquiátrica na família, infecção urinária e anemia, relacionamento conjugal prejudicado, relacionamentos interpessoais comprometido, gravidez não planejada, muito medo do parto, desemprego, problema financeiro grave.

Não foi possível contato telefônico.

Na segunda aplicação da *Edinburgh Post-Natal Scale*, verificou-se pontuação 5.

Refere ter melhorado, arrumou emprego.

Relato M6

M6, 16 anos, em união consensual, um filho, sem religião, primeiro grau incompleto, mora com 6 pessoas em casa alugada, com saneamento básico, renda familiar de R\$ 1.200,00, onde a contribuição vem só do companheiro e do padrasto, sem formação, doméstica.

Quanto à gravidez, referiu ter acontecido muito jovem, mas foi planejada e muito esperada. Referiu ter sido uma gestação conturbada, conflituosa, pelas brigas intensas que teve com sua mãe e o padrasto, sentindo falta do apoio desses. Refere ter passado toda gestação com muita tristeza, sem prazer algum, choro freqüente e muita irritada. Expressou muitas saudades da avó materna, que mora no Ceará e pela qual foi criada. Sente falta do apoio do marido que viaja muito, verbalizando muita solidão. Sentia culpa por estar desempregada. Apresentou problemas obstétricos como: pressão alta e infecção urinária, recebendo assistência aos problemas obstétricos apresentados. Fez 7 consultas pré-natais, recebeu orientações quanto a alimentação, tipos de exames a serem feitos, que para ela foram suficientes. Teve muito medo do parto e de ser mãe. Quanto aos cuidados com recém-nascido não recebeu nenhuma orientação. Relatou não ter sido questionada sobre como estava emocionalmente. Ao ser interrogada se sabia o que era depressão, disse ser “tristeza, desanimada e ficar só deitada”, e que sentiu-se assim no primeiro trimestre da gravidez, relatando que sua mãe a tem. Durante a entrevista aos 59 dias pós-parto, chorou muito, estava com olhar inexpressivo, apática. Referiu estar sentindo-se ainda irritada, triste e estressada pelas brigas com a mãe, sentir solidão e sem apoio familiar. Está amamentando, por que acha que é um ato de amor. Sentia-se bem com relação ao bebê considerando-se carinhosa. Foi questionada quanto a necessidade de apoio psicológico, respondeu que sim, mas não queria fazê-lo por vergonha e receio do que

os outros poderiam falar, dizendo: “está bom assim”. De qualquer forma foi orientada quanto a necessidade para melhorar seu estado.

Na primeira aplicação da *Edinburgh Post-Natal Depression Scale*: verificou-se pontuação 11. Os fatores de risco bipsicossociais identificados para desencadeamento da depressão pós-parto foram: doença psiquiátrica na família, problemas obstétricos como hipertensão e infecção urinária, gravidez muito jovem, muito esperada, conturbada, baixo suporte conjugal e familiar, desemprego, medo de morrer no parto e de ser mãe

Em contato telefônico após 60 dias com a enfermeira gerente da unidade, a mesma referiu que M6 não a procurou.

Na segunda aplicação da *Edinburgh Post-Natal Scale*, verificou-se pontuação 5. Após a última aplicação referiu estar melhor, havia arrumado um emprego

Relato M10

M10, 22 anos, solteira, dois filhos, sem religião, primeiro grau incompleto, mora com 3 pessoas na casa de sua mãe, com saneamento básico, sem qualificação profissional, não possui trabalho remunerado e para sobrevivência recebe benefício social.

A gravidez não foi planejada, nem desejada e muito conturbada. Teve péssimo relacionamento com o companheiro, muitas brigas durante a gestação e continuava assim. Durante a gestação, teve problemas financeiros, abandono do companheiro, mora com a mãe que tem transtorno bipolar do humor, afastada do serviço pela doença. Teve medo de morrer no parto, estava desempregada e baixa auto-estima.

Sentia-se culpada, triste por ter engravidado e chorava muito. Relatou que passou uma gestação com muita insegurança, ansiedade, medo, irritada e teve muita insônia. Não sentia prazer em nenhuma atividade que realizava. Fez 3 consultas pré-natais, descobriu com 7 meses, disse que “no fundo eu sabia”. Na ocasião do pré-natal referiu ter recebido alguma orientação sobre o parto, pois esse era o seu medo e sobre higiene do bebê. Não foi interrogada por nenhum profissional sobre suas condições de vida. Aos 53 dias após o parto, no dia da entrevista sentia-se triste, preocupada com questões financeiras. O pai do bebê é o mesmo pai do primeiro filho, porém encontram-se algumas vezes. Sentia falta de apoio referindo gostar dele, sentindo culpa por isso e por não conseguir tomar uma atitude. Sabia o que era depressão por conviver com a mãe. Tinha medo de ficar como a mãe. Considerou-se carinhosa com o bebê. Foi interrogada quanto a necessidade de um de apoio

psicológico. Verbalizou que não estava precisando. Se precisasse procuraria na UBSF. Foram realizadas orientações.

Na primeira aplicação da *Edinburgh Post-Natal Scale* verificou-se pontuação 9. Os fatores de risco biopsicossociais identificados para desencadeamento da depressão pós-parto foram: doença psiquiátrica na família, gravidez não planejada, não desejada e muito conturbada, abandono do companheiro, problemas financeiros, desemprego, medo de morrer no parto, baixa auto-estima.

Na segunda aplicação da *Edinburgh Post-Natal Scale* verificou-se pontuação 11. Comunicado a gerente da UBSF a qual pertencia, para averiguação dos sintomas apresentados.

Relato M11

M11, 27 anos, casada, primeiro filho, evangélica, colegial completo, mora com 3 pessoas em casa própria, com saneamento básico, sem qualificação profissional, possui trabalho remunerado e com renda familiar de R\$ 2.400,00, dividindo as despesas com o marido.

A gravidez foi muito esperada e estressada. Teve bom relacionamento conjugal e com familiares. Durante a gestação, teve problemas financeiros, medo de morrer no parto. Sentia muita cefaléia.

Fez 8 consultas pré-natais em convênio da cidade. Na ocasião das consultas do pré-natal, foram realizadas orientações rotineiras quanto ao peso e alimentação e mensuração da altura uterina, “vida normal”. Não foi questionada por nenhum profissional sobre suas condições de vida. Sabia o que era depressão, pois mencionou diversas manifestações de comportamento correspondente a sintomas depressivos, quando adolescente, referindo que sua mãe faz tratamento para esse transtorno psiquiátrico. Aos 65 dias após o parto no dia da entrevista, sentia irritação, muito cansada, desânimo, sem prazer algum. Não estava mais amamentando, verbalizando que o “leite secou”. Estava com dificuldade em conciliar os cuidados com o bebê e outras atividades. Relatou que estava ficando estressada nos cuidados desse e o fazia por obrigação, não sentindo prazer algum para realizá-lo. Interrogada quanto à necessidade de um de apoio psicológico, disse que no momento não e se precisasse, procuraria no convênio onde fez o pré-natal. Foram realizadas orientações.

Na primeira aplicação da *Edinburgh Post-Natal Scale* verificou-se pontuação 9.

Os fatores de risco biopsicossociais identificados para desencadeamento da depressão pós-parto foram: doença psiquiátrica na família, gravidez muito esperada e estressada, problemas financeiros, medo de morrer no parto, desmame precoce.

Na segunda aplicação da *Edinburgh Post-Natal Scale* verificou-se pontuação 16.

Realizado contato telefônico para saber informações quanto a procura de apoio psicológico. Respondeu que realmente não estava bem e iria marcar consulta com um psiquiatra de seu convênio. Realizado nova orientação quanto à necessidade de ajuda nesse momento.

Relato M18

M18, 29 anos, casada, três filhos, evangélica, primeiro grau incompleto, mora com 5 pessoas em casa própria, com saneamento básico, sem qualificação profissional, possui trabalho remunerado, com renda familiar de R\$ 4000.00, onde o casal divide as despesas, sendo a maior parte a do marido.

A gravidez não foi planejada e nem foi desejada. Teve péssimo relacionamento conjugal durante toda gestação. O marido não aceitava a gravidez, houve muitas brigas e falta de apoio do mesmo. Passou toda gravidez muito triste, cansada, chorando e sem prazer algum. Ao ser interrogada se sabia o que era depressão, respondeu ser desânimo, vontade de morrer e baixa auto-estima, referindo sentir-se assim no início dessa gravidez. Referiu também que durante a gravidez, fez tratamento psicológico para síndrome do pânico, não comentando com nenhum profissional, pois não foi-lhe perguntado nada sobre aspectos psicológicos e emocionais, referiu que sua irmã teve depressão pós-parto. Fez 10 consultas pré-natais por meio de um convênio e queixou-se de que gostaria de ter recebido mais orientações, além do controle da alimentação, vitaminas a tomar, pois na recebeu orientações que precisava, relatando: “se não fosse o primeiro filho, não saberia nada sobre gravidez”. Em nenhum momento foi interrogada sobre contexto da sua gestação como estava se sentindo após o parto. Relatou ter apresentado infecção urinária como problema obstétrico. Aos 65 pós-natal, dia da entrevista, queixou-se da falta de suporte do marido, em especial na distribuição das atividades domésticas. Estava com dificuldade em conciliá-las com os cuidados do bebê e outros dois filhos, de quatro e dois anos. Referiu estar muito irritada, chorosa, ainda sem prazer algum na vida. Estava amamentando, por achar que era um ato de carinho e que estava

tendo uma boa interação com o bebê, mas verbalizava muita irritação e mal humor. Ao ser interrogada se sentia necessidade de um de apoio psicológico, respondeu que não, mas que se precisasse o procuraria numa clínica.

Na primeira aplicação da *Edinburgh Pós-Natal Scale*: verificou-se pontuação 12.

Os fatores de risco biopsicossociais identificados para desencadeamento da depressão pós-parto foram: doença psiquiátrica na família, síndrome do pânico, gravidez não planejada, não desejada, conturbada, conflitos conjugais, falta de suporte do marido e da família

Na segunda aplicação *Edinburgh Pós-Natal Scale*: verificou-se pontuação 8.

Em contato telefônico, relatou que estava muito irritada por não estar sabendo conciliar os cuidados dos filhos com os serviços domésticos, pois ao voltar trabalhar não tinha o suporte do marido na divisão dos afazeres desses, piorando a situação, mas agora está melhor porque saiu do emprego, conseguindo conciliar mais as duas coisas. Foram realizadas orientações.

Relato M20

M20, 23 anos, em união consensual, dois filhos, sem religião, primeiro grau incompleto, mora com 4 pessoas na casa de sua mãe, com saneamento básico, sem qualificação profissional, não possui trabalho remunerado e com renda familiar de R\$ 500.00, onde apenas o companheiro contribui.

A gravidez não foi planejada, nem desejada e muito estressada, com péssimo relacionamento conjugal, muitas brigas durante a gestação e continua após o parto. Durante a gestação, teve problemas financeiros, abandono do companheiro, doença do pai, medo de morrer no parto, desempregada e com baixa auto-estima.

Sentia-se culpada, triste por ter engravidado e chorava muito. Relatou que passou uma gestação com muita insegurança, ansiedade, medo, irritada e teve muita insônia. Não sentia prazer em nenhuma atividade que realizava. Tabagista, fumava um maço de cigarros por dia. Não sabia informar quantas consultas pré-natais fez. Na ocasião do pré-natal foi realizado orientações quanto ao peso e alimentação e mensuração da altura uterina. Referiu ainda que gostaria de ter tido apoio emocional nesta fase pois estava precisando, visto a situação em que se encontrava. Não foi questionada por nenhum profissional sobre suas condições de vida.

Estava aos 85 dias após o parto no dia da entrevista, sentindo-se ainda como estava na gestação. Interrogada se sabia o que era depressão, respondeu tristeza,

angustia e sem prazer algum de viver e que em alguns momentos de sua vida sentiu-se assim, comparando-se com sua mãe. Estava tendo dificuldades em conciliar os cuidados com o bebê e as atividades domésticas. Considerou-se carinhosa e que a relação com o bebê estava boa. Foi interrogada quanto a necessidade de um de apoio psicológico, verbalizou que gostaria, pois achava que estava precisando, mas não sabia onde procurar.

Depois de obter sua autorização, foi realizado contato com a gerente da unidade, e encaminhado o caso por escrito e verbalmente para que tomasse as providências cabíveis, objetivando averiguação dos sintomas detectados. Realizadas orientações e encaminhamento.

Na primeira da *Edinburgh Post-Natal Scale* verificou -se pontuação 11

Realizado contato telefônico para saber se ela havia a UBSF, onde a mesma referiu não ter ido, pois arranhou um emprego e está sem tempo. Verbalizou estar do mesmo jeito e que o companheiro foi embora da cidade. Fatores de risco biopsicossociais identificados para desencadeamento da depressão pós-parto foram: doença psiquiátrica na família, gravidez não planejada, não desejada e muito estressada, abandono do companheiro, problemas financeiros, desemprego, medo de morrer no parto, baixa auto-estima.

Na segunda aplicação da *Edinburgh Post-Natal Scale* verificou-se pontuação 11. Está à procura de emprego, o pai da criança não quer pagar pensão.

Relato M24

M24, 35 anos, em união consensual, dois filhos, católica, primeiro grau completo, mora em casa própria com 4 pessoas, com saneamento básico, sem qualificação profissional, não possui trabalho remunerado e com renda familiar de R\$1.600,00, onde apenas o companheiro contribui. A gravidez não foi planejada e muito estressada. Relatou ter bom relacionamento com companheiro e com sua família. Fez 8 consultas pré-natais. Durante toda gestação sentiu muito medo de morrer, de ser mãe e estava com baixa auto-estima. Referiu que não sentia prazer para nenhuma atividade, incluindo a sexual, insegurança, muita ansiedade. Na ocasião do pré-natal refere ter recebido orientações sobre alimentação, controle de peso e mensuração da altura uterina. Refere que para ela essas orientações foram suficientes. Não foi questionada por nenhum profissional sobre seu contexto de vida. No dia da entrevista aos 89 dias pós-natal referiu sentir-se ainda muito insegura, ansiosa, com medo, muito cansada, triste e ainda com falta de prazer em tudo. Apesar

de não ter verbalizado em nenhum momento conflitos conjugais, referiu estar desse jeito por causa de seu relacionamento conjugal. Não entrou em maiores detalhes. Quando interrogada se sabia o que era depressão, respondeu ser tristeza profunda e que em nenhuma época de sua vida teve. Relata não ter apresentado nenhum problema obstétrico. O bebê nasceu taquipnéico e ficou na UTI neonatal por seis dias, o que contribuiu para aumentar seu medo e insegurança. Referiu ter recebido apoio de suas irmãs. Não estava amamentando porque disse que o bebê estava gripado. Verbalizou que precisava melhorar sua relação com o bebê, pois ainda sentia-se muito insegura. Interrogada quanto a necessidade de um de apoio psicológico. Verbalizou que gostaria, achava que estava precisando, não sabia onde procurar auxílio, mas, não o faria agora, pois não tinha com quem deixar o bebê. Foram realizadas orientações.

Na primeira aplicação *Edinburgh Post-Natal Scale* verificou-se pontuação 11.

Os fatores de risco biopsicossociais identificados para desencadeamento da depressão pós-parto foram: gravidez não planejada e muito estressada, medo da gravidez, de morrer no parto, de perder o bebê, problemas com o recém-nascido, não está amamentando, baixa auto-estima.

Em contato telefônico, respondeu que estava do mesmo jeito, pois sempre foi assim, agitada, ansiosa e insegura. Referiu necessidade de trabalhar, pois o trabalho doméstico a está estressando.

Na segunda aplicação *Edinburgh Post-Natal Scale* verificou-se pontuação 4

Novamente em contato telefônico, referiu não ter procurado ajuda, pois para ela é normal sentir angústia nos 2 primeiros meses.

Relato M26

M26, 26 anos, em união consensual, dois filhos, sem religião, primeiro grau incompleto, mora com 4 pessoas em casa própria, com saneamento básico, sem qualificação profissional, possui trabalho remunerado, com renda familiar de R\$ 900.00, onde contribui com a metade.

A gravidez não foi planejada, mas foi desejada, porém muito estressada. Fez mais de 12 consultas pré-natais. Teve um bom relacionamento com o companheiro, mas sentiu falta de apoio da família. Refere que sentia falta do apoio da mãe que nunca mostrou carinho por ela, tanto na gestação quanto no pós-parto. Durante a gravidez, houve a morte de seu genitor que a abalou muito. Referiu baixa auto-estima durante e após a gestação. Verbalizou sentir-se feia, necessitando de cirurgia

plástica, não aceitando as modificações corporais da gestação. Falava nisto com muita insistência. Sua imagem corporal estava angustiando-a. Chegou a sentir que o marido a abandonaria por isso. Ainda teve problemas obstétricos a gestação toda, o que a levou a ficar em repouso, sentia contrações freqüentes e intensas. Tomou medicamentos para reter o bebê. Sentiu medo de perdê-lo, o que gerou muita ansiedade e insegurança. Não sentia mais prazer nas atividades que realizava. Sentia-se triste, mal-humorada, irritada, muito cansada e chorando demais. Aos 87 dias pós-parto, a mãe estava da mesma forma em que se encontrava na gestação, segundo seu relato, sentindo que estava piorando. Refere ser tabagista, fumando de 2 a 3 cigarros por dia. Amamenta por obrigação. Verbalizou que fica estressada em cuidar do bebê, mas se considera carinhosa. Tem tido pouca interação com o mesmo. Na ocasião do pré-natal recebeu orientações para cuidados físicos apenas. Referiu ainda que gostaria de ter tido apoio emocional nesta fase para que pudesse expressar suas angustias e preocupações, estava muito mal. Gostaria que a tivessem orientado sobre os riscos que estava tendo, mas apenas medicavam por causa das contrações e a mandavam para casa sem explicações nenhuma, tornando-a mais insegura quanto a sensação de perda do bebê.

Quando interrogada pela pesquisadora se sabia o que era depressão, a participante referiu que já fez vários tratamentos para essa doença, mas não o fazia adequadamente, pois quando melhorava, deixava de tomar as medicações. Relatou que a irmã também tem depressão. Tem sentido dificuldades em conciliar os cuidados com o bebê e as atividades domésticas. Interrogada quanto a necessidade de um de apoio psicológico, ela verbalizou que gostaria muito, pois sentia que não estava bem. Foi solicitado autorização para encaminhá-la para a UBSF do bairro em questão. Depois de obter sua autorização, foi realizado contato com a gerente da unidade, e encaminhada, verbalmente e por escrito o caso, para que tomasse as providências cabíveis, objetivando averiguação dos sintomas detectados.

Na aplicação da *Edinburgh Post-Natal Scale* verificou-se escore 17. Realizadas orientações e encaminhamento.

Os fatores de risco biopsicossociais identificados para desencadeamento da depressão pós-parto foram: doença psiquiátrica na família, depressão anterior, gravidez não planejada e muito estressante, problema obstétrico como contrações durante toda a gestação, falta de apoio da família em especial da mãe, baixa auto-estima, por distorção da sua auto-imagem, interação com o bebê prejudicada, amamentando por obrigação

Na segunda aplicação da *Edinburgh Pós-Natal Scale*, verificou-se pontuação 5.

Havia recebido assistência da equipe matricial de psiquiatria pertencente a UBSF de seu bairro na mesma semana do encaminhamento. Foi confirmado diagnóstico de depressão pós-parto, onde se deu início ao tratamento medicamentoso, suporte psicológico e social. Tem tomado as medicações adequadamente e já passou duas vezes pelo psiquiatra para acompanhamento. Refere estar bem melhor.

Relato M27

M27, 38 anos, casada, dois filhos, evangélica, primeiro grau completo, mora com 4 pessoas em casa própria, com saneamento básico, sem qualificação profissional, não possui trabalho remunerado e com renda familiar de R\$ 3.000,00, onde contribuição vem do marido.

M27 refere não ter planejado a gravidez, por isso foi muito estressante pois não aceitava a gestação. Refere ter passado mal desde o dia em que ficou sabendo que estava grávida. Fez mais de 10 consultas pré-natais. Casada há 10 anos, sempre teve um péssimo relacionamento conjugal, e não sentiu apoio da família, em especial de sua mãe. Quando ficou grávida estava numa fase difícil do relacionamento com seu marido. Durante a gestação referiu ter muito medo de morrer, teve vômitos intensos e freqüentes até o dia do parto. Referiu que chorava muito, estava insegura e ansiosa. Durante a entrevista chorou muito, mostrava necessidade de expressar tudo que sentiu e estava sentindo. Verbalizou que sentia muita culpa por ter engravidado. Na ocasião do pré-natal, a profissional que a acompanhou era sua conhecida. Sabia da sua história de vida, porém sentiu falta de um apoio psicológico. Conversavam somente sobre os aspectos físicos da gestação, não falando das coisas que a angustiava. Sentia necessidade de conversar. Não sentia mais prazer nas atividades que realizava e estava ainda assim aos 63 dias pós-natal, dia da entrevista. Após o parto, o bebê teve um problema de saúde e sentia ser sua culpa por isso, com muito medo de perdê-lo. Referia que tudo que acontecia com a criança ela se culpava. Estava tentando compensar a rejeição com a super proteção e esquecia de dar atenção a outra filha de 7 anos. Estava com baixa auto-estima e sentindo-se perdida. Referiu muito tristeza, irritação, muito cansaço e choro fácil. Relatou que sua interação com o bebê estava tensa, sentia-se sempre em alerta como se algo de ruim fosse acontecer a ele. Verbalizou aos prantos que gostava de seu filho, porém, tudo que

fazia era para compensar a rejeição que sentiu. Não sentia prazer nos cuidados com o bebê.

Quando interrogada se sabia o que era depressão, referiu não saber. Orientada quanto a diversas manifestações de comportamento correspondente a sintomas depressivos. Mencionou ter algumas dessas manifestações já por algum tempo. Sentia-se sempre irritada, sem vontade de se cuidar há muitos anos. Achava que sua mãe tinha depressão.

Estava com dificuldade em conciliar os cuidados do bebê com as atividades domésticas. Foi interrogada quanto à necessidade de um de apoio psicológico. Em prantos a mãe verbalizou que gostaria muito, pois sentia que não estava bem. Realizado orientações. Seu recurso de saúde era um convênio e a mesma não queria ir a UBSF do bairro em que morava.

Na primeira aplicação da *Edinburgh Post-Natal Scale*, verificou-se pontuação 15.

Os fatores de risco biopsicossociais identificados para desencadeamento da depressão pós-parto: gravidez não planejada, indesejada e muito estressada, problema obstétrico como vômitos durante toda a gestação, relacionamento conjugal prejudicado, falta de apoio da família em especial da mãe, baixa auto-estima, medo de morrer, de perder o bebê, interação prejudicada com o bebê.

Em contato telefônico para saber se havia procurado apoio psicológico para melhorar sua situação, a mesma referiu ter procurado por vários médicos, mas só havia vaga para daqui a quatro meses, onde deixou marcada a consulta. Mesmo assim, referiu estar melhor, teve que aprender a conciliar as coisas e que está conseguindo ficar bem, pois confia muito em Deus. Referiu: "Só por Jesus". Ficou feliz pela pesquisadora ter ligado e agradeceu a atenção, inclusive tentando tranquilizá-la quanto ao seu estado.

Na segunda aplicação *Edinburgh Post-Natal Scale* verificou-se pontuação 2
Havia começado a trabalhar.

Relato M32

M32, 20 anos, solteira, um filho, católica, segundo grau completo, mora com 7 pessoas na casa dos pais, com saneamento básico, estudante, não possui trabalho remunerado e com renda familiar de R\$ 3.000,00, onde contribuição vem do companheiro e do pai. A gravidez não foi planejada, muito estressada, não aceitava a

gestação por sentir-se muito jovem e trazer instabilidade financeira, pois estava começando a trabalhar e cursar nível superior. Sentiu muito medo de ser mãe, pensando em interromper a gestação no início. Fez 8 consultas pré-natais. Segundo M8, não recebeu nenhuma orientação que precisava sobre a gravidez e nem quanto aos cuidados com o bebê, apenas “com verificação do peso e exames rotineiros”. Referiu ter tido bom relacionamento com o companheiro e familiar durante e após a gravidez. Verbalizou que foi uma gestação muito triste, chorava bastante, que comia e dormia demais, muita ansiedade e insegurança e baixa auto-estima. Aos 58 dias pós-natal, dia da entrevista, relatou sentir cansaço intenso, continua com sentimentos de tristeza, choro freqüente, perda de prazer em realizar atividades antes prazerosas, inclusive a sexual. Não está amamentando, pois referiu estar muito tensa e preocupada com sua situação de vida, mas atribui a este ato como sendo um momento especial para mãe e filho. Sente-se incapaz em conciliar os cuidados do bebê com as atividades domésticas. Relatou ficar estressada nos cuidados com o bebê, apesar de referir boa interação com este. Interrogada se sabia o que era depressão, explicou ser desmotivação, e que em nenhum momento de sua vida sentiu-se assim, apesar de ter relatado outra coisa anteriormente. Seu semblante, sua postura, denunciavam uma desmotivação intensa. Interrogada novamente quanto a necessidade de um de apoio psicológico, respondendo que não estava precisando no momento, que procuraria caso sentisse necessidade, mas não sabia onde procurar. Orientada a procurar pela UBSF do seu bairro.

Na primeira aplicação *Edinburgh Post-Natal Scale*, verificou-se pontuação 11. Os fatores de risco biopsicossociais identificados para desencadeamento da depressão pós-parto foram: gravidez muito jovem, não planejada, não desejada e muito estressada, auto-estima baixa, medo de ser mãe, interrupção das atividades acadêmicas, desmame precoce, interação prejudicada com o bebê. Na segunda

Edinburgh Post-Natal Scale, verificou-se pontuação 11. Os sintomas depressivos continuaram.

Após a última aplicação, realizado contato telefônico, refere não ter melhorado muito ainda, mas que até o momento não sentiu necessidade de procurar a UBSF. Realizadas orientações. Comunicado a UBSF para averiguação do caso.

ANEXO 2

Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EDPS)

Por favor, responda as questões abaixo, sobre como tem se sentido ultimamente, não apenas como você está se sentindo hoje.

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.

- Como eu sempre fiz
- Não tanto quanto antes
- Sem dúvida menos que antes
- Não acho graça de jeito nenhum

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.

- Como sempre senti
- Talvez menos do que antes
- Com certeza menos
- Não sinto prazer de jeito nenhum

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.

- Não, nenhuma vez
- Não muitas vezes
- Sim, algumas vezes
- Sim, na maioria das vezes

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.

- Não, de maneira alguma
- Pouquíssimas vezes
- Sim, algumas vezes
- Sim, muitas vezes

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.

- Não, nenhuma vez
- Não muitas vezes
- Sim, algumas vezes
- Sim, muitas vezes

6. Eu tenho me sentido esgotada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.

- Não, eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes
- Não, na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- Sim, algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- Sim, muitas vezes eu não consigo lidar bem com eles

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.

- Não, nenhuma vez
- Não muitas vezes

- Sim, algumas vezes
- Sim, na maioria das vezes

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.

- Não, de jeito nenhum
- Não muitas vezes
- Sim, muitas vezes
- Sim, na maioria das vezes

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado .

- Não, nenhuma vez
- De vez em quando
- Sim, muitas vezes
- Sim, quase todo o tempo

10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.

- Nenhuma vez.
- Pouquíssimas vezes, ultimamente
- Algumas vezes nos últimos dias
- Sim, muitas vezes, ultimamente

Obrigada pela atenção.

