



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

LUCIANA DIAS DA SILVA

**IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO POR
MEIO DA ESCALA DE EDIMBURGO: Análise na Unidade Básica de
Saúde da Floresta, em Itaituba - PA**

Itaituba - PA

2022

LUCIANA DIAS DA SILVA

**IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO POR
MEIO DA ESCALA DE EDIMBURGO: Análise na Unidade Básica de
Saúde da Floresta, em Itaituba - PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Enf.^a Esp. Nelcilene Silva Melo.

Itaituba - PA

2022

LUCIANA DIAS DA SILVA

**IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO POR
MEIO DA ESCALA DE EDIMBURGO: Análise na Unidade Básica de
Saúde da Floresta, em Itaituba - PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Enf.^a Esp. Nelcilene Silva Melo.

BANCA EXAMINADORA

IDENTIFICAÇÃO DO PRESIDENTE/ORIENTADORA: _____ Nota: 100
Prof.^a Enf.^a Esp. Nelcilene Silva Melo

Avaliador(a) 1: _____ Nota: 100
Prof.^a Me. Elinês dos Santos Batista

Avaliador(a) 2: _____ Nota: 100
Prof. Esp. Roberto Limenza Barros Júnior

BANCA EXAMINADORA Resultado: Aprovada Média: 100

Prof.^a Enf.^a Esp. Nelcilene Silva Melo

Itaituba-PA, 29 de março de 2022.

Avaliador(a) 1

Prof. Esp. Roberto Limenza Barros Júnior

Dedico esse trabalho a Deus, pois sem ele, eu não teria forças para continuar, e a minha mãe Maria da Paixão Dias, que sempre me ensinou que não importa as dificuldades, com fé tudo é possível. As minhas filhotas que sempre estiveram presentes me dando força para continuar. A minha irmã Viviane que me incentivou a prosseguir mesmo quando pensava em desistir. As minhas amigas Lúcia e Maelen.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me dá forças quando fraquejei, por me dá esperança quando me desanimei, mas por principalmente iluminar meu caminho do saber, sem Deus eu nada seria.

Agradeço a minha mãe **Maria da Paixão Dias**, que me educou, me proporcionando o melhor que podia, uma mulher guerreira, batalhadora, que me mostrou que não devemos ter medo por mais difícil que seja as lutas, devemos ser perseverante e colocar Deus em primeiro lugar, minha inspiração e apoio em todos os momentos difíceis que passei ao longo da minha trajetória, minha mãe querida, gratidão.

As minhas filhas **Esmeralda da Silva dos Santos** e **Anabelly da Silva dos Santos**, vocês são a luz que iluminou toda a minha trajetória, todo o meu caminho, agradeço por ter vocês como o meu suporte, o meu auxílio e a minha força e fé diante dos desafios que enfrentei. Vocês são a minha maior conquista, obrigada por vocês existirem e compartilharem este meu momento de vitória. Gratidão, meus amores.

A minha irmã **Viviane Dias**, que nos momentos de dificuldades ela sempre me deu apoio fazendo eu entender que o futuro só depende do meu esforço, sou grata.

Ao meu irmão **Lucivan Dias da Silva**, que me ajudou em momentos que sem ele eu não teria prosseguido sozinha, quero agradecer imensamente por seus conselhos, por seu apoio constante, você é o meu maior exemplo, gratidão, gratidão, gratidão.

O meu fiador, **Sidinei Rodrigues dos Santos**, por sua compreensão nos momentos em que precisou deixar o seu trabalho de lado para ir no banco assinar o contrato de fiador. Sempre me deu total apoio, muito obrigada.

Ao meu ex. marido, **Edinei Rodrigues dos Santos** por sua compreensão nos momentos difíceis, sempre me deu total apoio me ajudando financeiramente, gratidão.

A minha Orientadora, **Nelcilene Silva Melo**, pela atenção dada durante os nossos encontros, pelo seu olhar crítico todas as vezes que precisou corrigir o meu trabalho, muito obrigada por suas orientações.

As minhas amigas **Maelen dos Santos** e **Lucía Dione** pelo incentivo, compreensão e apoio constante, irmãs na amizade que fizeram parte da minha história acadêmica.

A minha amiga **Marcela Ferreira**, que sempre esteve disposta a enfrentar junto comigo os trabalhos de pesquisas contribuindo com o meu aprendizado, você faz parte da minha história, sou grata.

O meu amigo **Raimundo Arlos**, pelo incentivo compreensão e apoio, irmãos na amizade você faz parte da minha história acadêmica, gratidão.

Agradeço a todos os acadêmicos do curso de enfermagem da Faculdade de Itaituba, que direto ou indiretamente contribuíram para minha graduação.

Aos meus digníssimos professores que durante todo o período de estudo me ensinaram e mostraram o quanto o conhecimento é maravilhoso, sempre dispostos a esclarecerem minhas dúvidas, obrigada a todos os meus mestres por guiar o meu caminho acadêmico.

Meu agradecimento especial a Professora **Rosangela Aguiar**, que serviu de grande exemplo e inspiração, com suas inesquecíveis aulas de motivação, despertando em mim, o grande orgulho que é ser uma enfermeira, levando cuidado e bem-estar a todos que necessitam, gratidão imensa por todos os momentos que compartilhou o seu saber, obrigada por fazer parte da minha história na enfermagem.

Como dizia um velho sábio 'Uma andorinha só não faz verão', agradeço imensamente a todas as colaboradoras que participaram da pesquisa realizada para o desenvolvimento do TCC em questão, meu muito obrigada.

Agradeço a todos os profissionais da UBS- Floresta, que compartilharam seus conhecimentos, gratidão.

*O sucesso nasce do querer, da
determinação, e persistência em se chegar
a um objetivo. Mesmo não atingido o alvo,
quem busca e vence o obstáculo no
mínimo fará coisas admiráveis.*

(José de Alencar)

RESUMO

Por que a utilização da Escala de Edimburgo, com base nos dados coletados durante a pesquisa elaborada, o uso da escala de Edimburgo como ferramenta para identificar uma possível Depressão pós-parto, possui grandes resultados positivos, fazendo com que o enfermeiro possa oferecer um maior cuidado aquela gestante que apresente tais riscos. A prevenção e o diagnóstico precoce da Depressão pós-parto (DPP) nas consultas de pré-natal até o puerpério, e a utilização das escalas de rastreamento, por profissionais de saúde qualificados, podem garantir à mulher uma maternidade com segurança e bem-estar. Objetivo é de verificar segundo a Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS) na identificação de fatores que apresentam riscos de DPP em puérperas ou gestantes possibilitando os profissionais da saúde a identificar os fatores de riscos das puérperas e gestantes entrevistadas; e propor uma intervenção para orientação das mesmas, facilitando assim os profissionais de saúde um diagnóstico precoce da Depressão pós-parto. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa, realizado com puérperas e gestantes da UBS- Floresta, pesquisa bibliográfica. No qual foram utilizados dois instrumentos semiestruturados é a EPDS. Para análise descritiva dos dados foi utilizado o software SPSS. Os dados qualitativos foram organizados segundo a análise de conteúdo de Bardin. Com os resultados identificou-se uma prevalência de 46,7% de puérperas com risco para a Depressão pós-parto no estudo. Nenhum profissional da saúde referiu utilizar a escala como instrumento de rastreamento precoce da DPP na gestante e puérpera. De tal modo, a alta prevalência de DPP encontrada na pesquisa reforça sua importância como um problema de saúde pública. Insta salientar que, os conhecimentos adquiridos por meio deste estudo, servirão de base para pesquisas e estudos futuros de modo que resultados cada vez mais vantajosos possam ser alcançados.

Palavras-chave: Prevenção. DPP. Enfermeiro.

ABSTRACT

Why the use of the Edinburgh Scale, based on the data collected during the elaborated research, the use of the Edinburgh scale as a tool to identify a possible Postpartum Depression, has great positive results, making the nurse can offer a greater care for pregnant women who present such risks. The prevention and early diagnosis of Postpartum Depression (PPD) in prenatal consultations until the puerperium and the use of screening scales, by qualified health professionals, can guarantee women a safe motherhood and well-being. The objective is to verify, according to the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), in the identification of factors that present a risk for PPD in puerperal women or pregnant women, enabling health professionals to identify the risk factors of the women and women interviewed; and to propose an intervention to guide them, facilitating health professionals to make an early diagnosis of postpartum depression. This is a descriptive study, with a quantitative and qualitative approach, carried out with postpartum women and pregnant women at UBS-Floresta, a bibliographic research. In which two semi-structured instruments and EPDS were used. For descriptive analysis of the data, the SPSS software was used. Qualitative data were organized according to Bardin's content analysis. With the results, a prevalence of 46.7% of postpartum women at risk for postpartum depression was identified in the study. No health professional reported using the scale as an instrument for early screening of PPD in pregnant and postpartum women. Thus, the high prevalence of PPD found in the research reinforces its importance as a public health problem. It is important to emphasize that the knowledge acquired through this study will serve as a basis for future research and studies so that more and more advantageous results are achieved.

Keywords: Prevention. DPP. Nurse.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DECS	Descritores em Saúde
DPP	Depressão Pós-parto
EPDS	Scale Depression Postpartum Edinburgh
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
PDSS	Postpartum Depression Screning Escale
PSF	Programa da Saúde da Família
RN	Recém-Nascido
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online

LISTA DE TABELA E QUADROS

Tabela 1 - Principais fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gestação.....	19
Quadro 1 - Quadro diferencial sinóptico dos distúrbios psiquiátricos puerperais.	25
Quadro 2 - Características sociodemográficas e histórico obstétrico das participantes da pesquisa.	32
Quadro 3 - Características pessoas e resultado da porcentagem de risco.	35
Quadro 4 - Pontuação através da escala de Edimburgo, sintomas e procedimentos referentes aos resultados obtidos.	36

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição das gestantes (N = 10) com base na faixa etária.....	33
Gráfico 2 - Distribuição das gestantes (N = 10) com base na escolaridade.....	34
Gráfico 3 - Distribuição das gestantes (N = 10) segundo o estado civil das entrevistadas.....	35
Gráfico 4 - Distribuição das respostas encontradas em relação ao humor das puérperas, utilizando-se da escala de Edimburgo..	39
Gráfico 5 - Distribuição das respostas encontradas durante a pesquisa realizada em campo.....	40
Gráfico 6 - Distribuição das respostas encontradas, sobre culpa seguindo o questionário realizado.....	40
Gráfico 7 - Figura 4. Distribuição das respostas coletadas durante a pesquisa em campo, seguindo a escala de Edimburgo.....	41
Gráfico 8 - Distribuição das respostas obtidas durante a pesquisa, se sentido assustada e em pânico.....	41
Gráfico 9 - Distribuição das respostas coletadas durante a pesquisa em campo, seguindo o questionário da Escala de Edimburgo se sente esmagada pelas tarefas..	42
Gráfico 10 - Distribuição das respostas das puérperas entrevistadas durante a pesquisa em campo.....	42
Gráfico 11 - Distribuição das respostas obtidas durante a pesquisa em campo. F ..	43
Gráfico 12 - Distribuição das respostas obtidas durante a pesquisa realizada.....	43
Gráfico 13 - Distribuição das respostas ao questionário apresentado as participantes durante a pesquisa.....	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 CAUSAS DA DPP.....	18
2.2 FATORES DE RISCOS DA DPP	18
2.2.1 Sintomas da depressão pós-parto	20
2.2.2 O papel do enfermeiro na prevenção da DPP.....	21
2.3 ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDINBURGO	23
2.3.1 Questionário para auto avaliação de Depressão Pós-Parto	26
3 METODOLOGIA	29
3.1 TIPO DE ESTUDO	29
3.2 LOCAL DE ESTUDO	30
3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	31
3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	31
3.5 COLETA DE DADOS	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
4.1 RESULTADOS DA PESQUISA EM CAMPO (UBS – FLORESTA)	39
5 CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	47
ANEXOS	49
ANEXO A.....	49
ANEXO B	50
ANEXO C.	51

1 INTRODUÇÃO

A gestação e o puerpério caracterizam-se como períodos da vida da mulher que necessitam de especial enfoque devido às inúmeras alterações físicas, hormonais e psicossociais pelas quais a mulher passa na sua vivência única e singular, e que podem repercutir de forma direta em sua saúde mental (COSTA, 2013; PEREIRA, 2013).

Períodos como estes podem ser idealizados pela mulher, por meio de expectativas, perspectivas, esperanças, mas também preocupações, medos, ansiedades e angústias, visto que estes se tornam momentos imprevisíveis e desconhecidos em suas condições existenciais. A mulher se torna cada vez mais vulnerável devido às ricas e intensas vivências emocionais causadas pelas transformações no corpo, alterações hormonais e as inúmeras adaptações à maternidade, como as exigências socioculturais, familiares e pessoais em relação a sua nova posição de “ser mãe”, em conflito com a falta de cuidados e atenção à própria mãe nesse período de adaptação (GOMES *et al.*, 2010; PEREIRA, 2013; DE FELIPE, 2014).

Fatores físicos, emocionais e de estilo de vidas podem influenciar o desenvolvimento da DPP. Em uma pesquisa da Escola de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) uma em cada quatro mulheres, apresentam depressão pós-parto. Dados de pesquisas realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que, a média de casos de DPP em países de baixa renda é de 19, 8%. Já no Brasil, segundo pesquisas realizadas pela Instituição FIOCRUZ, os índices de mulheres com os sintomas de depressão pós-parto são de 26, 3%.

De acordo com Silva e Botti (2005), depressão pós-parto é uma patologia derivada de fatores relacionados ao sofrimento biopsicossocial, muitas vezes não controlada. Atuando de forma implacável ao seu surgimento tendo como principais fatores de risco a menor idade da mãe, ser solteira ou divorciada, condições socioeconômicas, eventos estressantes nos últimos doze (12) meses, história de transtornos psiquiátricos prévios e gravidez indesejada (CAMACHO *et al.*; 2006).

Os episódios causados pela depressão, levam alguns transtornos como a redução de energia e da atividade, diminuição da concentração e da autoestima, alteração do humor, problema no sono e sentimento de culpa (MORAIS *et al.*, 2015).

Torna-se de suma importância o papel do enfermeiro na prevenção e combate a DPP. Fazendo o acompanhamento da gestante desde o pré-natal até a fase pós-parto. Estando atento ao aparecimento de sintomas relacionados a depressão, oferecendo estabilidade emocional a paciente, além de, intensificar a compreensão da mulher e do seu companheiro, através das emoções e sentimentos deste período.

O objetivo geral é compreender como se pode detectar precocemente a depressão pós-parto verificando a importância da promoção de estratégias preventivas. Por meios da Escala de depressão pós-parto de Edimburgo em gestante e puérperas atendidas na unidade básica de saúde da Floresta. Como objetivos específicos buscou identificar as causas e os fatores de riscos da DPP; compreender o papel do enfermeiro na prevenção da DPP; verificar as principais competências e intervenções de enfermagem para promoção de orientação e diagnóstico precoce.

A Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS - *Edinburgh Postnatal Depression Scale*) é o instrumento mais utilizado para triagem no diagnóstico precoce e tratamento dos quadros de depressão pós-parto. Desde sua elaboração por Cox, Holden e Sagovski (1987), esta escala foi adaptada e validada em diversos países, inclusive no Brasil. Sendo a primeira adaptação e validação desenvolvida por Santos, Martins e Pasquali em 1999. É uma escala que pode ser usada por profissionais da área de saúde que atuam com esta temática, pois mensura a presença e intensidade de sintomas depressivos, investigando como a puérpera tem se sentido nos últimos sete dias (FIGUEIRA *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2007).

Vale salientar que este estudo está focado a EPDS para que possa fazer parte da avaliação puerperal e gestacional das unidades de saúde, devido a sua importância e para proporcionar melhor atuação do profissional de enfermagem e dos demais profissionais de saúde, as futuras mães, proporcionando uma assistência humanizada e de qualidade à mulher na gestação e puerpério.

Assim, esta monografia está estruturada em quatro partes principais, sendo a primeira a introdução. Na segunda parte aborda a fundamentação teórica, com uma revisão da literatura existente, onde apresenta elementos essenciais nesta discussão, pois contextualiza a definição da depressão pós-parto, estudando sobre a identificação precoce das gestantes durante o pré-natal, diagnóstico diferencial, apresentando a assistência de enfermagem durante o acompanhamento das pacientes grávidas.

Na terceira parte, discute-se a metodologia empregada para se alcançar os objetivos e responder a problemática levantada por ocasião do projeto de pesquisa. Na quarta parte analisa e discute os resultados alcançados na pesquisa de campo, e por fim, na conclusão, fazendo uma análise do levantamento bibliográfico descrito e os resultados alcançados no trabalho científico.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CAUSAS DA DPP

Estudos relatam que o período gravídico-puerperal, é a fase que apresenta o maior número de intercorrências e surgimento de transtornos psíquico na mulher. O puerpério caracteriza-se pelo período que advém ao parto e é marcado por intensas mudanças na mulher e em sua família (CENTA *et al.*, 2002).

Os fatores estressantes que ocorrem tanto no período da gravidez quanto durante o parto, possivelmente estão associadas na etiologia da DPP. Ambos períodos precisam ser analisados com muita atenção para identificar precocemente os fatores psicossociais, hormonais e fisiológicos (SANTOS *et al.*, 2009).

A tristeza materna (*baby blues*) acomete cerca de 50 a 80% das puérperas, seu acometimento tem início em torno do terceiro a quarto dia após o parto, agravando-se por volta do quinto ao sétimo dia. As manifestações clínicas são representadas por alterações no sono, ansiedade, irritabilidade e choro fácil. A tristeza materna, não exige tratamento formal, porém, é fundamental o auxílio e acompanhamento das puérperas com este transtorno, pois até 20% das pacientes evoluem para a depressão pós-parto (MOLINE *et al.*, 2001).

A puérpera estiver neste quadro de profunda depressão, não irá conseguir oferecer os cuidados básicos e ao acolhimento necessário para seu bebê, este também entrará em depressão. Sendo percebido através da falta de brilho no olhar, dificuldade de sorrir, diminuição do apetite, vômito, diarreia e dificuldade em manifestar interesse pelo que quer que esteja ao seu redor. Consequentemente, haverá uma tendência maior em adoecer ou apresentar problemas na pele, mesmo que esteja sendo cuidado (NONACS; COHEN, 1998).

2.2 FATORES DE RISCOS DA DPP

A gestação é um período de transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento humano. Há grandes transformações, não só no organismo da mulher, mas no seu bem-estar, alterando o seu psiquismo, papel na sociedade e no convívio familiar (FALCONE *et al.*, 2005).

Outros fatores que atingem psicologicamente a gestante é: idade, mães solteiras, gravidez não desejada, primigesta, prematuridade, conflitos conjugais, morte de familiares ou do último bebê, o nascimento de um filho quando o desejado era uma filha, baixa renda e mulheres que casaram em decorrência da gravidez e vários outros eventos adversos (NISHIMURA *et al.*, 2015).

Um dos fatores que contribui para episódios depressivos é a idade materna, onde DPP é mais alta em adolescentes, devido aos enfrentamentos na fase de desenvolvimento do bebê, pois na adolescência ocorre mudanças metabólicas, hormonal e fisiológicas e a gravidez eleva esses fatores, além dos riscos obstétricos e psicológicos (COSTA, 2015).

Tabela 1 - Principais fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gestação.

Biológicos	Psicossociais
História de transtorno do humor ou ansiedade	Abuso sexual na infância
História de depressão pós-parto	Gravidez precoce
História de transtornos disforico pré-menstrual	Gravidez não planejada
Doenças psiquiátricas na família	Gravidez não desejada ou não aceita
	Mães solteiras
	Ter muitos filhos
	Reduzido suporte social
	Violência doméstica ou conflitos do lar
	Baixo nível de escolaridade
	Abuso de substâncias/ tabagismo

Fonte: Camacho *et al.* (2006).

Dentre os fatores de risco, as mulheres com o nível socioeconômico mais baixo e de menor escolaridade são aquelas que são mais atingidas por DPP. De acordo com esse estudo, o autor buscou analisar os fatores das seguintes variáveis sequencialmente: socioeconômica, demográficas, obstétricas e psicossociais (MORAES *et al.*, 2006).

Muitos sintomas podem ajudar a identificar precocemente os casos de sofrimento psíquico nas mulheres, levando a entender os fatores de risco. Pode-se citar como exemplos a perturbação do apetite e sono, decréscimo de energia, sentimentos de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimentos de inadequação e rejeição ao bebê (BRASIL, 2006).

Os sintomas desta patologia geralmente têm uma duração de tempo razoável, porém, podem interferir nas atividades normais da mulher (SILVA; BOTTI, 2005).

Entretanto, vale ressaltar que muitas mulheres com depressão puerperal são assintomáticas (SANTOS; ALMEIDA; SOUZA, 2009).

Entre os fatores que foram identificados no quadro de DPP está a ansiedade pré-natal, padrão cognitivo negativo, baixa renda e baixo nível socioeconômico. Quando diagnosticado precocemente, maior a chances para o tratamento, evitando a evolução da doença. Nesse contexto, destaca-se a importância do profissional de saúde a atenção na identificação precoce desses riscos para prevenção dos transtornos depressivos e das consequências no pós-parto. No entanto, para auxiliar na identificação desses fatores, foi criado um instrumento chamado de escala de depressão pós-parto de Edimburgo (HILDEBRANDT, 2013).

Os profissionais de enfermagem especialistas em saúde materna que acompanham mulheres no período gestacional precisam estar cientes das situações de dificuldades que elas possuem em se adequar a maternidade. Proporcionar assistência, atender as necessidades psicossociais e realizar intervenções promotoras de saúde mental, através de programas psicoeducacionais para que haja maior compreensão dos fatores de risco (GUERRA *et al.*, 2014).

2.2.1 Sintomas da depressão pós-parto

Quando se trata de DPP os sintomas se definem através da diminuição da qualidade de vida, variações de humor, instabilidade emocional, ansiedade, irritação, cansaço excessivo e recusa a amamentação e afastamento do RN e dos demais membros da família (BOSKA; WISNIEWSKI; LENTSCK, 2016).

Os sintomas iniciais são semelhantes aos da depressão, porém, podem intensificar-se até delirium, alucinações, raiva de si mesma e do neonato, comportamentos estranhos e pensamentos de agressividade a si próprio e ao bebê. A puérpera vive um momento fora da realidade, podendo manifestar-se num colapso regressivo grave, relacionado ao alto risco de infanticídio ou suicídio (MACQUEEN; CHOKKA, 2004 *apud* RICCI, 2008).

Os episódios causados pela depressão, levam alguns transtornos como a redução de energia e da atividade, diminuição da concentração e do auto estima, alteração do humor, problema no sono e sentimento de culpa (MORAIS *et al.*, 2005)

Torna-se importante enfatizar que esses distúrbios depressivos podem atingir diretamente a vida afetiva do casal, promovendo efeito devastador na interação com

a família. Além disso, a DPP pode trazer resultados negativo, afetando principalmente o desenvolvimento do bebê (HILDEBRANT, 2013).

As mulheres que mais apresenta sintomas depressivos, são aquelas que sofrem algumas complicações físicas em decorrência ao parto e não tem a oportunidade de pegar o seu bebê nos primeiros 30 minutos. As complicações que surgem durante o parto, aumentam os riscos de desenvolver a depressão pós-parto durante o primeiro mês após o nascimento da criança (PACHECO; FIGUEIREDO *et al.*, 2007).

São manifestações ou situações que podem desencadear problemas físicos, psicológicos e sociais. Ocorre com maior frequência no período da gestação e puerpério, os fatores de risco facilitam para um melhor entendimento sobre a doença e para estratégias na prevenção e diagnóstico precoce (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

2.2.2 O papel do enfermeiro na prevenção da DPP

O enfermeiro deve ter o conhecimento acerca da etiologia e os sinais associados a DPP, para tomar medidas preventivas contra a doença. Deve promover saúde mental gestante de uma maneira geral, cabem ao enfermeiro executar com qualidade e dedicação durante o pré-natal (SILVA; BOTTI, 2005; TOLENTINO *et al.*, 2016).

A participação do profissional de enfermagem no pré-natal, auxilia na identificação dos sintomas, reconhecendo os sinais. A confiança adquirida entre família e o profissional aumenta a segurança da mãe nas atividades maternas, isso ajuda a diminuir a intensidade da DPP (RIBEIRO; ANDRADE, 2009).

Para que as mulheres se sintam mais à vontade é importante acolher um acompanhante de sua escolha, não oferecer obstáculos para sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto. A presença de acompanhantes neste momento traz muitos benefícios, mostrando que está gestante se sinta mais segura e confiante (BRASIL, 2005).

Segundo Lima *et al.* (2018), a prevenção realizada através dos profissionais de enfermagem se torna um fator de muita relevância diante do problema, portanto no período gestacional e puerpério é visto a atenção dos mesmos em torno das alterações biológicas e fisiológicas, priorizando menos o estado mental da cliente.

A alta taxa de incidência de mulheres que desenvolve a depressão nos dias atuais comprova ser um problema de saúde pública, e isso requer maior atenção dos profissionais da saúde para estratégias que objetivem a prevenção e tratamento ainda no período gestacional (TOLENTINO *et al.*, 2016).

Além desses cuidados, deve dar importância no acompanhamento no puerpério, período que a mulher passa por mudanças biológicas, subjetivas, sociais e familiares, desde a primeira semana após o parto. Ao identificar o sofrimento mental na puérpera, é importante que o enfermeiro preste uma atenção diferenciada, oferecendo apoio necessário a mulher e sua relação psíquica, quanto ao vínculo com seu bebê e incluindo o planejamento familiar (BRASIL, 2012).

Durante o puerpério, a equipe de enfermagem deve garantir estratégias de enfrentamento e adaptação a esse momento da maternidade, oferecendo suporte profissional, onde as informações importantes precisam ser repassadas em um tempo curto, tanto no momento da internação ou em seu retorno para a consulta de enfermagem, ficando atenta as mudanças ocorridas com a gestação e readaptação a sua vida normal (BRASIL, 2006).

Para a realização do pré-natal o enfermeiro deve organizar ações com interesses a saúde da gestante, contribuindo para o conhecimento da mulher e seu companheiro em torno das alterações no período gestacional e puerpério, ministrar palestras de educação em saúde para que se possa ter conhecimento das necessidades da gestante para elaborar cuidados (AOYAMA *et al.*, 2018).

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

O atendimento em grupo traz um resultado positivo para as gestantes, auxiliando-as a terem compreensão, a atenção e o interesse juntamente com os familiares. A possibilidade de trocas de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. Passando a ter uma intervenção mais humanizadas e harmônicas entre suas dúvidas, contando com o apoio do grupo juntamente com profissionais da saúde (BRASIL, 2006).

Para que as mulheres se sintam mais à vontade é importante acolher um acompanhamento de sua escolha, não oferecer obstáculos para sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto. A presença de

acompanhantes neste momento traz muitos benefícios, mostrando que esta gestante se sinta mais segura e confiante (BRASIL, 2005).

Portanto, cabe ao profissional de enfermagem obter informações através de anamnese e vários encontros no pré-natal, que permite caracterizar se a paciente tem maior risco de desenvolver transtornos depressivos. Atentando-se aos sinais e sintomas da DPP (ALVES NETO, 2013).

Sousa *et al.* (2018), dizem que os profissionais de enfermagem devem ir além das barreiras encontradas dessa visão só de cuidados com o corpo e prestar assistência puerperal mesmo com tantos empecilhos, prossigam em atividades voltadas a DPP ainda no período gestacional no acompanhamento do pré-natal, auxiliando a prevenir e reestabelecer a saúde da mulher.

Assim sendo, é fundamental que o enfermeiro da ESF implemente ações preventivas no decorrer do pré-natal, objetivando à saúde integral da mulher e entre outras competências, deve conhecer o contexto sócio familiar da gestante, apontar os fatores desencadeantes da DPP e realizar intervenções de apoio emocional ainda no tocante da consulta de pré-natal (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Lembrando que a ESF, é composta por uma equipe multidisciplinar como o médico, agente comunitário de saúde (ACS), assistente social, psicólogo e fisioterapeuta, que também poderá atuar na promoção, prevenção e até mesmo na reabilitação das mulheres acometidas por esse transtorno psíquico (MENDES; GALDEANO, 2006).

Falcone *et al.* (2005) e Luís e Oliveira (1998) utilizam o argumento de que o atendimento em grupo pode trazer resultados positivos para as gestantes, uma vez que elas passam a ter consciência do momento que estão vivenciando, passando a tomar mais cuidados e tendo a compreensão, a atenção e o interesse da família e da equipe de saúde.

2.3 ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDINBURGO

A EPDS é um instrumento validado em muitos países, e no Brasil tem sido amplamente utilizada. E devido a sua linguagem acessível, rapidez de aplicação, baixo custo e possibilidade de aplicação por qualquer profissional de saúde, pode ser uma alternativa de instrumento utilizado em conjunto com a avaliação clínica para triagem dos riscos de DPP (BRASIL, 2012).

Essa escala foi desenvolvida na Grã-Bretanha em 1987, traduzida para 11 idiomas inclusive para o português, validada no Brasil por Santos *et al.* (2000), sendo uma ferramenta de grande eficácia em estudos epidemiológicos, encaminhamentos, hipóteses diagnósticas relacionadas a DPP e um apoio as intervenções. O que diferencia a EPDS da PDSS é a sensibilidade da segunda em abordar outros componentes da DPP (CAMACHO *et al.*, 2006).

A utilização dos instrumentos citados acima é uma das estratégias importantes para o rastreamento da DPP, esses instrumentos podem ser utilizados por profissionais de saúde, principalmente pelo enfermeiro, pois auxilia na identificação de sua clientela com possíveis transtornos, para possível encaminhamento para o médico da equipe ou especialista, que determinará o tratamento adequado (CRUZ; SIMÕES; FAISALCURY, 2005).

A deficiência na utilização e conhecimento da EPDS no presente estudo confirma os dados de estudiosos sobre a grande utilização da escala em pesquisas, em contraste com a pouca utilização na prática propriamente dita (SCHARDOSIM; HELDT, 2011).

Segundo Guedes *et al.* (2011) afirmam que a Escala de Edinburgh é um método eficaz para diagnosticar a DPP, uma vez que, a EPDS é melhor por ser mais curto, facilmente utilizado, traduzido em várias línguas e possível para investigação em diferentes níveis socioeconômicos e etnias.

A EDPE é composta de 10 enunciados, onde as opções recebem pontuações de zero a três, de acordo com a presença ou a intensidade de sintomas psíquicos como humor depressivo, sentimento de culpa, ideias de morte ou suicídio, perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, além de sintomas fisiológicos como insônia, alterações do comportamento, bem como crises de choro (RUSCHI *et al.*, 2007).

A pontuação total na escala varia de zero a 30, sendo consideradas deprimidas as entrevistadas que tiverem pontuação igual ou superior a 12 na escala. Ressalta-se que a escala não irá detectar as mães com neuroses de ansiedades e fobias (RUSCHI *et al.*, 2007).

O quadro a escala de *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), pode se obter com o questionário de perguntas um diagnóstico diferenciado, levando assim ao resultado esperado.

Quadro 1 - Quadro diferencial sinóptico dos distúrbios psiquiátricos puerperais.

	TRISTEZA PUERPERAL	DEPRESSÃO PUERPERAL	PSICOSE PUERPERAL
CONCEITO	Distúrbio psíquico leve e transitório	Transtorno psíquico de moderado a severo com Início insidioso	Distúrbio de humor psicótico apresentando perturbações mentais graves
PREVALÊNCIA	50 a 80%	10 a 15%	0,1 a 0,2%
MANIFESTAÇÃO	Inicia-se no 3º até o 4º dia do puerpério	Início insidioso na 2ª a 3ª semana do puerpério	Início abrupto nas duas ou três semanas após o parto
SINTOMAS	Choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, Insônia, dificuldade De concentração, ansiedade Relacionada ao bebê.	Tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, Náuseas, distúrbios de Sono, insônia inicial e pesadelo, ideias Suicidas, perda do interesse sexual.	Confusão mental, agitação psicomotora, angústia, insônia, evoluindo para formas maníacas, melancólica ou até mesmo catatônicas.
CURSO E PROGNÓSTICO	Remissão espontânea de uma semana a dez dias	Desenvolve-se lentamente em semanas ou meses, atingindo Assim um limiar; o prognóstico está Intimamente ligado Diagnóstico precoce e intervenções adequadas.	Pode evoluir mais tarde para uma depressão. O prognóstico depende da identificação precoce e intervenções no quadro
TRATAMENTO	Psicoterapia enfatizando a educação e o Equilíbrio emocional da puerpera	Psicoterapia, farmacologia. Eletroconvulsoterapia (Casos especiais)	Psicoterapia, farmacologia, eletroconvulsoterapia e internação (casos Especiais)

Fonte: Zanotti *et al.* (2003); Rocha (1999); Kaplan *et al.* (1999).

No quadro 1 é possível perceber que entre os distúrbios apresentados, os sintomas variam de tristeza prolongada a um caso mais grave como a confusão mental e ataques maníacos.

2.3.1 Questionário para auto avaliação de Depressão Pós-Parto

O Edinburgh Postnatal Depression Scale (**EPDS**) é questionário de auto avaliação desenvolvido na Grã-Bretanha para pesquisa da depressão pós-parto, traduzido e validado em diversos países, inclusive no Brasil. Esta ferramenta mostrou elevada sensibilidade para a identificação da depressão pós-parto, na maioria das investigações (FIOCRUZ, 2017).

O questionário de auto avaliação contém dez perguntas com quatro opções que são pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, diminuição do desempenho, culpa e ideias de morte e suicídio. As entrevistadas são consideradas como do grupo de risco para desenvolver depressão, se as pontuações alcançadas na EPDS forem iguais ou maiores que 10. Nesse caso, você deverá procurar um médico (BRASIL, 2017).

Questionário:

☐ **Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está se sentindo nos últimos sete dias e não apenas 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

☐ De jeito nenhum

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

☐ Como sempre senti

☐ Talvez, menos que antes

☐ Com certeza menos

☐ De jeito nenhum

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

☐ Sim, na maioria das vezes

☐ Sim, algumas vezes

☐ Não muitas vezes

☐ Não, nenhuma vez

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

☐ Sim, muitas vezes

☐ Sim, algumas vezes

☐ Não muitas vezes

☐ Não, nenhuma vez

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

☐ Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles

☐ Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes

☐ Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles

☐ Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

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

☐ Sim, na maioria das vezes

☐ Sim, algumas vezes

☐ Não muitas vezes

☐ Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada

☐ Sim, na maioria das vezes

☐ Sim, muitas vezes

☐ Não muitas vezes

☐ Não, de jeito nenhum

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

☐ Sim, quase todo o tempo

☐ Sim, muitas vezes

☐ De vez em quando

☐ Não, nenhuma vez

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

☐ Sim, muitas vezes, ultimamente

☐ Algumas vezes nos últimos dias

☐ Pouquíssimas vezes, ultimamente

☐ Nenhuma vez

☐ Como fazer a pontuação: Questões 1, 2, e 4

Se você marcou a primeira resposta, não conte pontos.

Se você marcou a segunda resposta, marque um ponto.

Se você marcou a terceira resposta, marque dois pontos.

Se você marcou a quarta resposta, marque três pontos.

☐ Questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10

Se você marcou a primeira resposta, marque três pontos.

Se você marcou a segunda resposta, marque dois pontos. Se você marcou a terceira resposta, marque um ponto.

Se você marcou a quarta resposta, não conte pontos.

A utilização da escala de Edimburgo como instrumento de triagem se mostra eficaz na prevenção da depressão pós-parto, pois busca obter resultados precisos a respeito da saúde mental da puérpera; O enfermeiro tem um papel fundamental na identificação precoce da DPP, buscando analisar nas gestantes, uma linha emocional vulnerável para o desenvolvimento futuro de uma depressão pós-parto através do questionário da EPDS.

Quando diagnosticado os sinais de DPP a puérpera poderá ser encaminhada pela enfermagem para o profissional qualificado melhorando a qualidade de vida da mãe e do recém-nascido.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido através de pesquisa descritiva e qualitativa e exploratória em campo. A pesquisa quantitativa tem por objetivo descrever quantas pessoas de uma determinada população compartilham uma característica (LAKATOS; MARCONI, 2003).

A utilização da Escala de Edimburgo para esse estudo deu-se devido a sua especificidade e por ser de fácil aplicação. O instrumento é composto por dez itens, que recebem uma pontuação de zero a três, dependendo da intensidade do sintoma depressivo, sendo considerada a sintomatologia depressiva, valor superior ou igual a 12 (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010).

O estudo foi realizado através de uma pesquisa em campo realizada na UBS – Floresta, no município de Itaituba, localizado no interior do Estado do Pará. Participou da pesquisa puérperas com idades de 17 a 33 anos.

Foi abordada também a modalidade de pesquisa qualitativa, utilizando-se da escala de Edimburgo, que consiste em um questionário contendo dez (10) perguntas a respeito do humor das gestantes. Com este questionário é possível obter um resultado preciso a respeito da saúde mental da puérpera.

Sendo os sinais de DPP humor deprimido ou mudanças de humor severas, choro excessivo, dificuldade de desenvolver uma ligação amorosa com o bebê, afastamento da família e dos amigos, alterações no apetite: falta de apetite ou comer muito mais do que o habitual, incapacidade de dormir (insônia) ou dormir demais (hipersônia), fadiga abrupta ou perda de energia, redução do interesse e prazer nas atividades que a mãe costuma realizar, intensa irritabilidade e raiva, medo frequente da mulher não ser uma boa mãe, sentimentos de inutilidade, vergonha, culpa ou inadequação, diminuição da capacidade de pensar com clareza, concentrar-se ou tomar decisões, ansiedade grave e ataques de pânico, pensamentos relacionados a prejudicar a si mesma ou ao bebê, pensamentos recorrentes de morte ou suicídio (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Os resultados dos dados coletados foram representados através de gráficos, analisados de forma objetiva, envolvendo Idade, Estado Civil, Grau de escolaridade das participantes.

Sendo assim, a coleta de dados é feita conforme a realidade local sem manipulação, ou modificação das informações colhidas, possibilitando a veracidade da pesquisa obedecendo e caracterizando o rigor científico, que é de fundamental importância neste tipo de pesquisa pois trata-se da análise com base no campo estudado.

Para fazer a coleta de dados foram utilizados questionários, que segundo Gil (1999, p.128) é descrito como “a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito as pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas”. Caracterizando assim um instrumento interessante de ser utilizado e possibilita uma coleta de dados mais significativa para o estudo.

Trata-se de um estudo bibliográfico de natureza informativa. Desenvolvido no intuito de repassar informações sobre a (DPP), depressão pós-parto. Assim como, a importância do enfermeiro na prevenção e combate à doença, a dificuldade em compreender o estado patológico em que a mulher se encontra ao desenvolver a depressão pós-parto.

O levantamento bibliográfico foi feito a partir da análise de fontes secundárias, estudos aprofundados sobre a depressão pós-parto, livros informativos, sites de ONGs não governamentais que oferecem auxílio a mulheres portadoras de DPP. A presente pesquisa, segue as etapas sugeridas por Gil (2010, p. 45), sendo elas: “Escolha do tema; levantamento bibliográfico preliminar; formulação do /problema; elaboração do plano provisório de assunto; busca de fontes; leitura do material; fichamento; organização lógica do assunto e redação do texto”.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde da Floresta na cidade de Itaituba no estado do Pará no período de dezembro de 2020 a janeiro de 2021. A população direcionada a pesquisa foram grávidas e puérperas do Barrio da Floresta que concordam em responder a escala de Edimburgo juntamente com a enfermeira responsável pelo pré-natal.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados 02 questionários como instrumentos para coleta de dados. O primeiro instrumento (apêndice 01) direcionado às gestante e puérperas, buscando identificar fatores sociodemográficos, econômicos e antecedentes familiares.

Questionário (apêndice 02) de dez perguntas aplicadas as participantes através dessas perguntas podemos identificar precocemente se algumas estava propícia a desenvolver uma DPP. Foram analisados os dados coletados conforme a somatória dos pontos obtido com a escala de Edimburgo.

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

As participantes da pesquisa foram as gestantes atendidas nas consultas de pré-natal na UBS Floresta a gestante respondia a escala na sala de enfermagem as responsáveis pelos atendimentos estiveram no momento da pesquisa, descartando, desta forma, qualquer viés de tendência. A amostra deste estudo foi por conveniência composta por 10 gestantes.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada nos meses dezembro de 2020 e janeiro de 2021 e a seleção da amostra foi aleatória. O momento de abordagem da pesquisa se deu após as consultas de pré-natal. Foram explicados os objetivos e instrumentos da pesquisa, o tempo médio para resposta dos questionários e a importância do estudo para o diagnóstico precoce da DPP. As gestantes que demonstraram interesse em participar da pesquisa assinaram o TCLE e foram entrevistadas em local apropriado, respeitando seu conforto e privacidade no momento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi desenvolvida com a enfermeira que atua no atendimento das gestantes na Unidade de Saúde da Família do Bairro da Floresta em Itaituba, e com dez (10) gestantes que fazem pré-natal buscando compreender como pode ser detectado a depressão pós-parto.

No período de outubro de 2020 a dezembro de 2020, foram entrevistadas dez (10) mulheres que se encontravam em processo de pré-natal, tendo seus acompanhamentos realizados na UBS Floresta. As participantes responderam um questionário, contendo dez (10) perguntas com quatro opções de resposta, e uma pontuação variável de 3 a 0 pontos, seguindo o padrão da escala de Edimburgo.

As caracterizações das gestantes estudadas nas pesquisas estão apresentadas no quadro 02.

Quadro 2 - Características sociodemográficas e histórico obstétrico das participantes da pesquisa.

Sujeito	Escolaridade	Estado Civil	Idade Gestacional	Relação Profissional
Gestante1	Superior comp.	Solteira	20ª sem.	Empregada
Gestante 2	Ensino Médio Comp.	União estável	16ª sem.	Desempregada
Gestante3	Superior incomp.	União estável	32ª sem.	Desempregada
Gestante4	Superior comp.	Casada	19ª sem.	Empregada
Gestante5	Superior comp.	Casada	22ª sem	Empregada
Gestante6	Ensino Médio comp.	União estável	24ª sem.	Desempregada
Gestante7	Ensino médio Comp.	Casada	28ª sem.	Empregada
Gestante8	Ensino médio Incompleto	Solteira	21ª sem.	Autônoma
Gestante9	Superior incompleto.	União estável	25ª sem.	Desempregada
Gestante10	Fundamental comp.	Casada	30ª sem.	Desempregada

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

No quadro 2 é possível observar que as gestantes se encontravam em diferentes trimestres da gestação, que variou da 16ª à 32ª semana no início do PNP, encontravam-se todas no segundo ou terceiro trimestre de gravidez, não havendo nenhuma gestante da pesquisa no primeiro trimestre. Todas residem no Bairro da Floresta.

A maioria das grávidas são casadas ou mantém união estável, somente duas são solteiras. Todas têm pelo menos o ensino médio, sugerindo bom nível de

esclarecimento e conhecimento. Cinco do grupo-intervenção estavam desempregadas, enquanto no grupo controle, quatro trabalhavam fora, apenas uma gestante era autônoma.

Tiveram uma pontuação de 10 a 12 pontos. Cerca de 60% das entrevistadas alcançaram uma pontuação entre 0 a 9 pontos, não apresentando risco de desenvolver uma depressão pós-parto. Um total de 20% das gestantes que participaram da pesquisa, obtiveram, segundo a escala de Edimburgo apresentando um possível risco de desenvolver a DPP, 20% das entrevistadas apresentaram um alto risco de desenvolver uma depressão. Tendo como resultado uma pontuação acima de 12 pontos, essas clientes possuem uma maior vulnerabilidade emocional precisando assim de um acompanhamento psicológico.

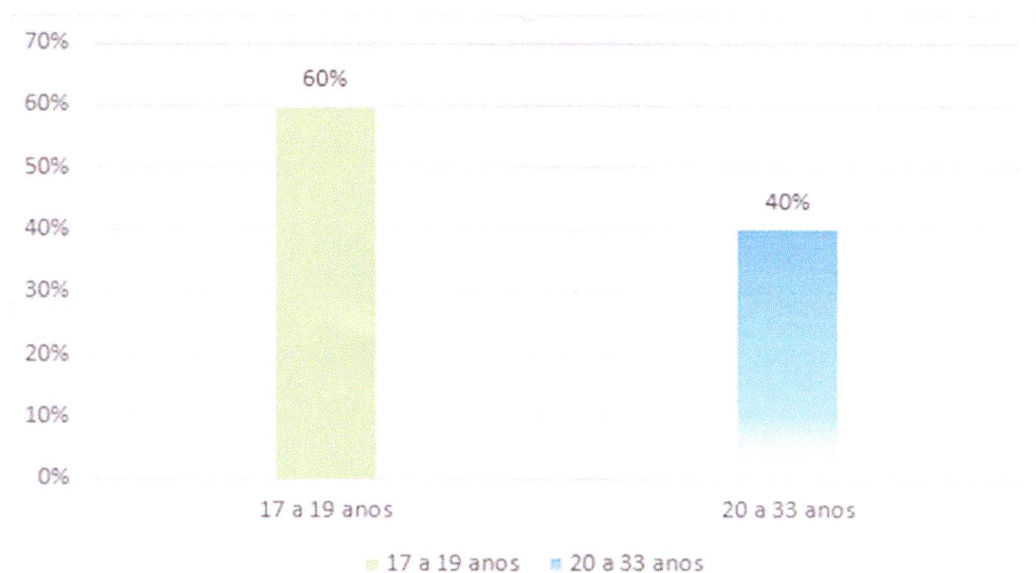


Gráfico 1 - Distribuição das gestantes (N = 10) com base na faixa etária.
Fonte: Dados de pesquisa coletados na UBS – Floresta, Itaituba – PA (2020).

O gráfico 1 apresenta a faixa etária das gestantes entrevistadas na pesquisa realizada, 60% das participantes eram jovens de 17 a 19 anos, somente 40% estavam na faixa etária de 20 a 33 anos. Estes dados revelam a predominância na pesquisa de gestantes com idade de 17 a 19 anos, considerada uma faixa etária prematura para a mulher se tornar mãe, pois seu psicológico pode ser facilmente abalado diante os desafios e mudanças que uma gravidez trás, possibilitando um maior risco de se desenvolver o distúrbio da DPP.

Um dos fatores que contribui para episódios depressivos é a idade materna, onde DPP é mais alta em adolescentes, devido aos enfrentamentos na fase de

desenvolvimento do bebê, pois na adolescência ocorre mudanças metabólicas, hormonal e fisiológicas e a gravidez eleva esses fatores, além dos riscos obstétricos e psicológicos (COSTA, 2015).

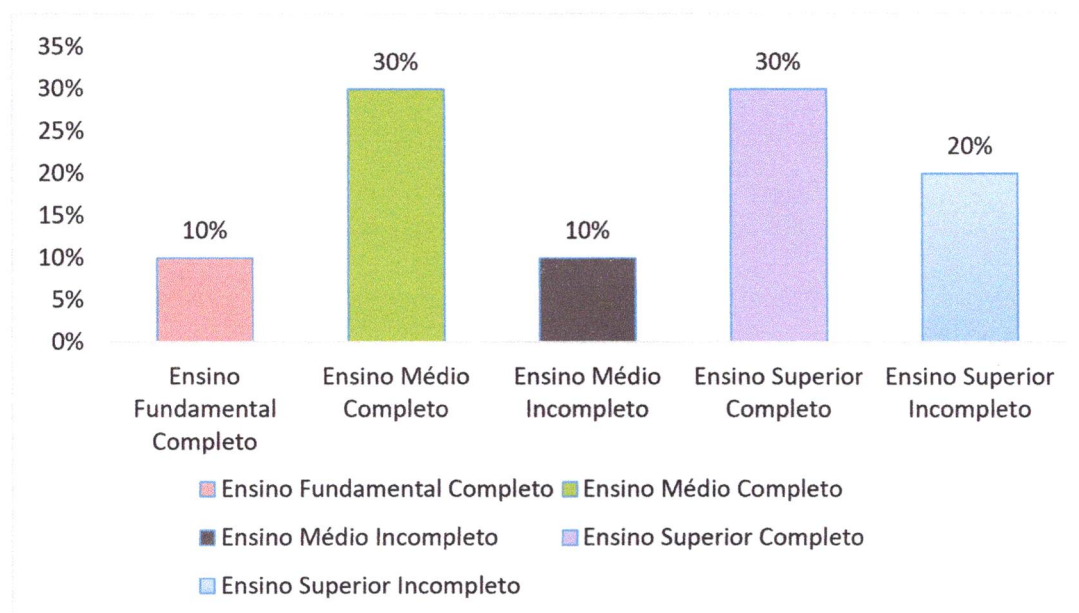


Gráfico 2 - Distribuição das gestantes (N = 10) com base na escolaridade.
Fonte: Dados de pesquisa coletados na UBS – Floresta, Itaituba – PA (2020).

Com base no gráfico 2, pode-se observar que há uma margem de 30% para gestantes que possuem Ensino Médio completo ou Superior completo, tendo um público de 20% das participantes com escolaridade de nível superior incompleto, já o ensino fundamental completo e ensino médio incompleto, teve um total de 10% cada.

Segundo Tolentino *et al.* (2016), dentre os principais fatores associados a depressão pós-parto está o baixo nível escolar e socioeconômico, estresse e gravidez indesejada, fatores psicossociais relacionados a doença psiquiátrica e sintomas associados a sentimento de tristeza, depressão e ansiedade durante o pré-natal. Após um mês de nascimento do bebê ocorre os primeiros episódios dos sintomas da DPP, obtendo uma maior intensidade nos seis primeiros meses.

O gráfico 3 revela a predominância de gestantes casadas ou em união estável, com um total de 40% cada, já as participantes em estado civil solteira ocupam um total de 20% das entrevistadas.

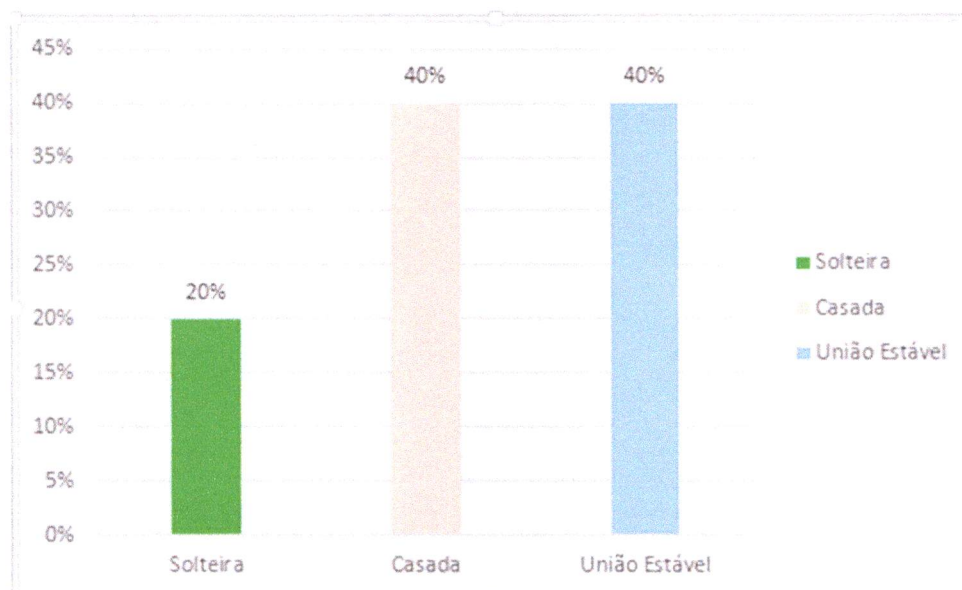


Gráfico 3 - Distribuição das gestantes (N = 10) segundo o estado civil das entrevistadas.
Fonte: Dados de pesquisa coletados na UBS – Floresta, Itaituba – PA (2020).

Segundo Almeida e Arrais (2008) e Rocha, 2016; fatores que contribuem para o desenvolvimento da depressão pós-parto são: gravidez em mãe solteira, conflitos no relacionamento conjugal, história de depressão familiar, já ter tido depressão anteriormente, gravidez sem ser esperada, falta de suporte social e eventos na gravidez que influem de forma negativa na vida da mulher.

Quadro 3 - Características pessoas e resultado da porcentagem de risco.

Entrevistadas na UBS Floresta	Total de Gestantes		GESTANTE SEM RISCO		GESTANTE COM RISCO	
	10 pessoas		N	%	N	%
Idade materna	17 a 19 anos		02	20%	02	20%
	20 a 33 anos		04	40%	02	20%
Escolaridade	Ensino médio Comp.		03			
	Ensino médio: Incompleto		01			
	Superior comp.		03			
	Superior incomp		02			
	Fundamental comp.		01			
Estado civil	Casada	Solteira	União estável			
	04	02	04			
Profissão	Empregada	Desempregada	Autônoma			
	04	05	01			

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Gomes *et al.* (2010) descrevem que são vários os fatores de risco da Depressão Pós-Parto, dentre os principais destaca-se: idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, estado civil de solteira ou divorciada, desemprego (puérpera ou seu cônjuge) e ausência ou pouco suporte social.

Além dos fatores destacados acima, alguns estudos revelaram que história prévia de doença psiquiátrica ou problema psicológico prévio da mãe, incluindo a melancolia da maternidade também predisseram a ocorrência posterior de depressão pós-parto (KLAUS *et al.*, 2000).

Quadro 4 - Pontuação através da escala de Edimburgo, sintomas e procedimentos referentes aos resultados obtidos.

Pontuação da escala de Edimburgo		
Pontuação	Sintomas	Procedimentos
0 a 09	Angústia de curta duração	Se esses sintomas persistirem por mais de duas semanas, realizar uma investigação mais aprofundada.
10 a 12	Angústia que pode ser desconfortável	Nesses casos, é recomendado o monitoramento regular e repetição da EPDS em duas semanas.
Acima de 12	Exigem uma avaliação mais específica e aprofundada, pois a probabilidade de uma depressão é muito alta.	Encaminhar para uma avaliação psiquiatra.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

□ Como fazer a pontuação do questionário:

Questões número 1, 2, e 4

Se você marcou a primeira resposta, não pontua. = 0,0

Se você marcou a segunda resposta, obteve um ponto =01

Se você marcou a terceira resposta, obteve dois pontos=02

Se você marcou a quarta resposta, obteve três pontos. = 03

□ Questões número 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10

Se você marcou a primeira resposta, obteve três pontos=03

Se você marcou a segunda resposta, obteve dois pontos=02

Se você marcou a terceira resposta, obteve um ponto. = 01

Se você marcou a quarta resposta, não conte pontos. =0,0

No final da soma você terá o total de pontos que corresponde a sua probabilidade de desenvolver uma depressão pós-parto. No quadro acima terá o sintomas e procedimentos conforme sua pontuação.

Lopes Menezes *et al.* (2012) ressaltaram que a Escala de Edinburgh é composta por dez enunciados, mostrando sensibilidade e especificidade satisfatórias para o possível diagnóstico. Suas opções são pontuadas de zero a três, compondo um total de no máximo trinta pontos e no mínimo zero, simultaneamente. A partir disso, os números são somados que correspondentes a cada item, obtém-se a sensibilidade da escala, com resultado maior ou igual a 11/12. As mulheres que atingem o escore limiar devem ter acompanhamento de um profissional de saúde.

Após os resultados estudos, evidencia-se que a escala de rastreamento EDPS é útil na identificação de pacientes que estão em risco de desenvolver DPP, porém não se observa a utilização desta ferramenta na rotina assistencial, o que possibilitaria na detecção e prevenção, levando a um possível tratamento precoce. A aplicação da EPDS é simples e rápida, tendo duração de aproximadamente 10 minutos para seu preenchimento, fato que se torna ideal o seu uso na rotina clínica por profissionais da saúde, pois além de sua fácil aplicação, é considerado um método eficiente e prático para a identificação precoce da DPP.

Mattar *et al.* (2007), abordam a necessidade da aplicação da EPDS, também por ser fácil, ágil e possibilita o diagnóstico precoce da DPP, bem como o planejamento de estratégias de intervenção. Além disso, o estudo relata que a aplicação desse questionário deveria ser implementada na rotina das enfermarias de puerpério, com o intuito de minimizar as consequências desta patologia no binômio mãe-bebê, e seus familiares.

Silva *et al.* (2010), narraram que o enfermeiro deve munir-se de conhecimento sobre DPP, em especial, por constituir o serviço de saúde onde se encontra inserido uma porta de entrada para o acolhimento e direcionamento adequado da puérpera no que se relaciona à terapêutica e prevenção deste transtorno mental.

Os profissionais da enfermagem, por caracterizarem uma atividade assistencial de acompanhamento diário no pré-natal, no trabalho de parto, parto e no pós-parto, devem ser capacitados a qualificar na identificação de traços depressivos e na

utilização de instrumentos de rastreamento precoce favorecendo o acompanhamento posterior nas consultas de revisão puerperal.

No período da gestação é de suma importância o acompanhamento do pré-natal, de forma que possam detectar precocemente sintomas de um possível transtorno de depressão pós-parto, como alterações no humor e no convívio da gestante. É necessário que durante a 12ª semana de gestação até o fim do pré-natal a equipe de saúde promova estratégia para que a gestante conheça os sintomas de uma possível DDP (BRASIL, 2010).

O sintoma precoce da depressão pós-parto pode ser identificado através da intervenção das equipes multidisciplinares junto a gestante. Relatando durante as consultas de pré-natal os seus estados de humor, e das suas rotinas do dia a dia, através do apoio e suporte da equipe durante esse período pode proporcionar as gestantes um suporte para enfrentar eventuais episódios de depressão (Gomes et al., 2010).

Diante disso, evidenciam-se diversas possibilidades de intervenções. Facilitando assim, um plano de ação possibilitando o enfermeiro e sua equipe a realizar durante o processo de trabalho um tratamento diferenciado para a gestante, monitorando não só o físico, mas também o psicológico, levando a uma vida saudável.

Quando se trata de uma gestante já com problemas psiquiátricos, o pré-natal será de alto risco e não tem muita diferenciação do tratamento no decorrer do trabalho de parto, no parto e no pós-parto. Será observado e dado a continuidade do tratamento e observando as atitudes com o bebê e seus familiares.

De acordo com, Silva *et al.* (2010) relataram que a DPP ocorre em todo o mundo, conforme a região e o instrumento de mensuração, sua incidência varia de 10% a 20%, na proporção de um caso para 1.000 mães. Lopes Menezes et al., (2012) diz que, as estatísticas mundiais, indicando, cerca de 15% das puérperas têm DPP. No entanto, na população de baixa renda, esse valor pode transpor os 25%.

No entanto, Guedes *et al.* (2011) relataram que a prevalência de DPP é de 10-15%. No qual, o risco de recorrência é de 50% e aproximasse dos 100% em mulheres com histórico de transtorno de humor e DPP prévios, pois sua etiologia é multifatorial e inclui fatores biológicos, psicológicos e sociais, podendo ocorrer até um ano após o parto.

Lopes Menezes *et al.* (2012) descreveram que o desempenho dos enfermeiros tem um papel fundamental mediante a detecção precoce da DPP, em função do

vínculo que estabelecem com as puérperas, entende-se que o relacionamento terapêutico facilita a verbalização dos pensamentos e sentimentos vivenciados pela mulher, nesta fase do ciclo vital, proporcionando a promoção da saúde mental, através da ajuda que este e outros profissionais da saúde.

Segundo, Lopes Menezes *et al.* (2012) afirma que para avaliar a saúde da puérpera, especificamente, no que se refere à detecção de sintomas depressivos, são usadas escalas que descrevem o rastreamento da DPP, como a escala Edinburgh que visa detectar precocemente a depressão, através de uma intervenção efetiva e eficaz por parte dos profissionais, além de evitar possíveis danos da doença sobre a mãe, no relacionamento com seu companheiro, na formação do vínculo com o bebê e no funcionamento familiar.

Sobreira e Pessoa (2012) de acordo com a presença ou a amplitude de sintomas psíquicos, tais como: temperamento depressivo, sentimento de culpa, ideias de morte ou suicídio, perda do prazer em atividades analisadas deleitáveis, cansaço, redução da capacidade de raciocinar, de concentrar-se ou de tomar decisões, além de sintomas fisiológicos como insônia, alterações do comportamento, bem como colapsos de choro.

De acordo com Guedes *et al.* (2011) enfatizaram que a Escala de Edinburgh é um método eficaz para diagnosticar a DPP, visto que a EPDS é melhor por ser mais curto, facilmente utilizado, traduzido em várias línguas e possível para investigação em diferentes níveis socioeconômicos e etnias.

4.1 RESULTADOS DA PESQUISA EM CAMPO (UBS – FLORESTA)

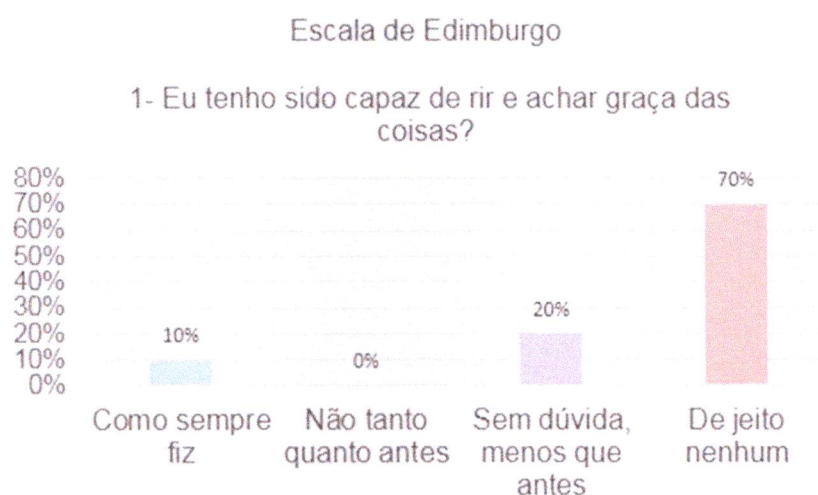


Gráfico 4 - Distribuição das respostas encontradas em relação ao humor das puérperas, utilizando-se da escala de Edimburgo. Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Cerca de 70% das gestantes tiveram alterações de humor. A utilização da escala de Edimburgo como instrumento de triagem se mostra eficaz na prevenção da depressão pós-parto, pois busca obter resultados precisos a respeito da saúde mental da puérpera; O enfermeiro tem um papel fundamental na identificação precoce da DPP, buscando analisar nas gestantes, uma linha emocional vulnerável para o desenvolvimento futuro de uma depressão pós-parto através do questionário da EPDS.



Gráfico 5 - Distribuição das respostas encontradas durante a pesquisa realizada em campo. Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Notou-se que 70% das entrevistadas não sentiam prazer em suas rotinas diárias. Os sintomas iniciais são semelhantes aos da depressão, porém, podem intensificar-se até delirium, alucinações, raiva de si mesma e do neonato, comportamentos estranhos e pensamentos de agressividade a si próprio e ao bebê. A puérpera vive um momento fora da realidade, podendo manifestar-se num colapso regressivo grave, relacionado ao alto risco de infanticídio ou suicídio (MACQUEEN; CHOKKA, 2004 *apud* RICCI, 2008).

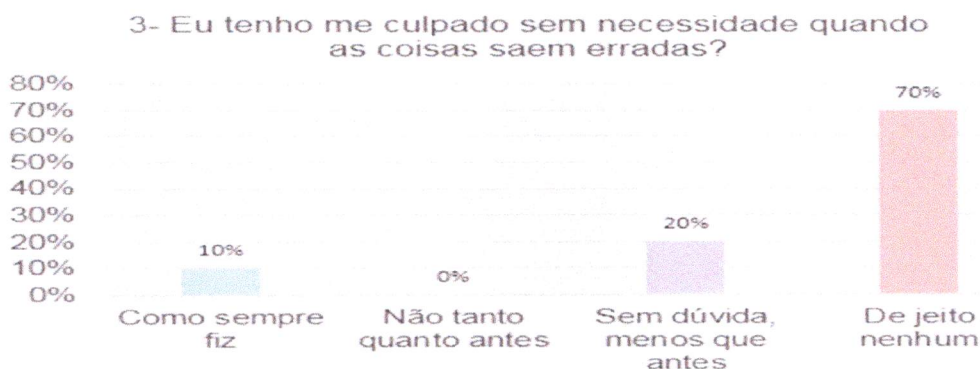


Gráfico 6 - Distribuição das respostas encontradas, sobre culpa seguindo o questionário realizado. Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Somente 10% das entrevistadas se sentem culpadas sem necessidade. São manifestações ou situações que podem desencadear problemas físicos, psicológicos e sociais. Ocorre com maior frequência no período da gestação e puerpério, os fatores de risco facilitam para um melhor entendimento sobre a doença e para estratégias na prevenção e diagnóstico precoce (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

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

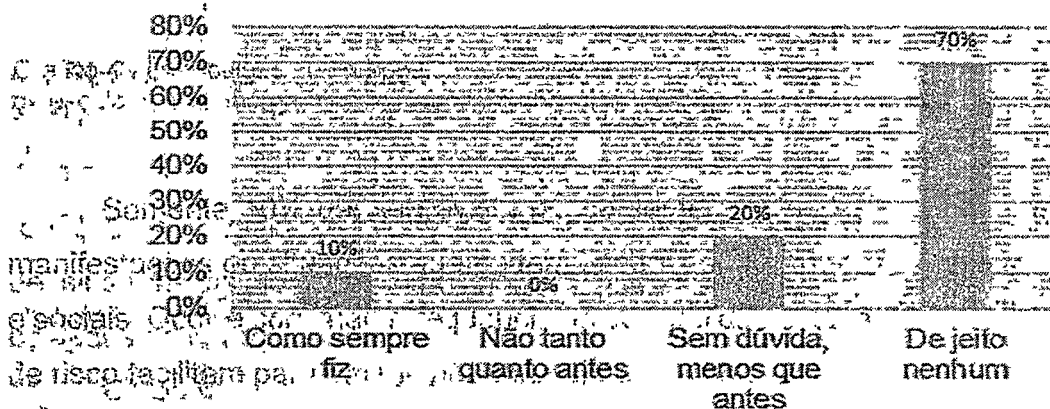


Gráfico 7 - Distribuição das respostas coletadas durante a pesquisa em campo, seguindo a escala de Edimburgo. Fonte: Dados da pesquisa (2020).

70% das entrevistadas não apresentaram preocupações sem uma boa razão. O que distingue a DPP da Tristeza Materna (baby blues, post-partum blues) é a gravidade do quadro e o que ele tem de incapacitante, afetando a funcionalidade da mãe e pondo em perigo seu bem-estar e o do bebê. Além da evidente necessidade de cuidados da mulher, acima citados, a DPP é fator de risco para a saúde mental do bebê e, portanto, requer toda a nossa atenção (IACONELLI, 2005).

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

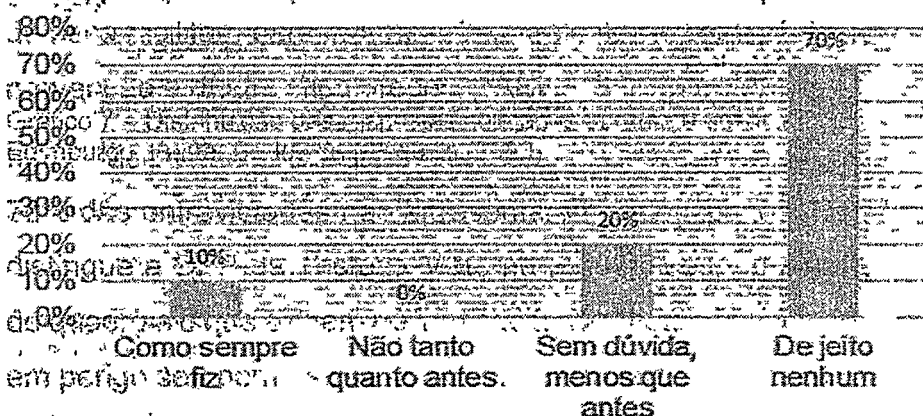


Gráfico 8 - Distribuição das respostas obtidas durante a pesquisa, se sentido assustada e em pânico. Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Observa-se que 70% das entrevistadas não apresentaram sintomas de pânico. O processo de transformação psíquica que uma mulher precisa passar no ciclo gravídico-puerperal envolve três grandes momentos que englobam pequenas etapas vividas de forma diferentes para cada sujeito. A transformação da filha em mãe, a transformação da autoimagem corporal e a relação entre a sexualidade e a maternidade (IACONELLI, 2005).

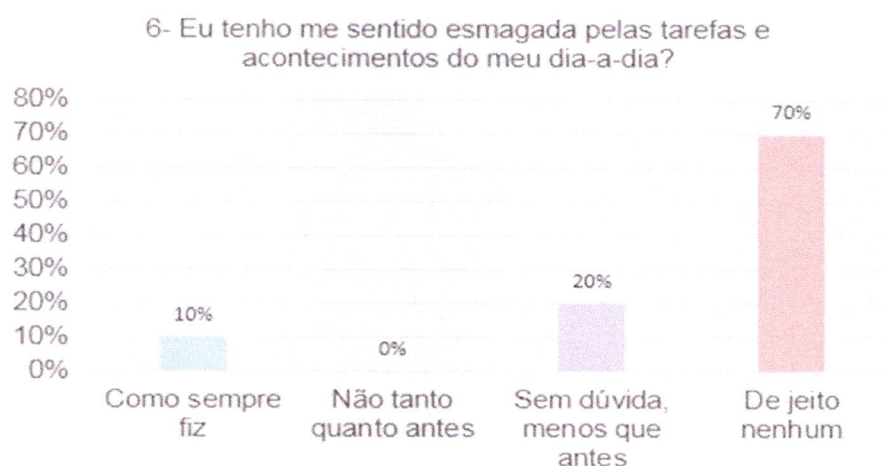


Gráfico 9 - Distribuição das respostas coletadas durante a pesquisa em campo, seguindo o questionário da Escala de Edimburgo se sente esmagada pelas tarefas. Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Cerca de 10% das gestantes entrevistadas, sentem-se esmagadas pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia. As psicoses puerperais manifestam-se através de sintomas intensos, incluindo ruminações graves ou pensamentos delirantes a respeito do bebê, relacionados a um risco significativamente aumentado de danos ao mesmo.



Gráfico 10 - Distribuição das respostas das puérperas entrevistadas durante a pesquisa em campo. Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Somente 10% das entrevistadas se sentiam infelizes ou apresentavam alguma dificuldade para dormir. Os transtornos do humor que acometem as mulheres no período pós-parto incluem também a melancolia da maternidade, conhecida ou denominada de *baby* ou tristeza pós-parto (APA, 2000).



Gráfico 11 - Distribuição das respostas obtidas durante a pesquisa em campo. Fonte: Dados da pesquisa (2020).

70% das gestantes entrevistadas não apresentaram variação de humor, 20% responderam que se sentiam menos tristes do que antes da gravidez. A tristeza pós-parto é caracterizada por um curto período de emoções voláteis, que comumente ocorre entre o segundo e o quinto dia após o parto, tendo geralmente remissão espontânea (SCHMIDT; PICCOLOTO; MULLER, 2005).



Gráfico 12 - Distribuição das respostas obtidas durante a pesquisa realizada. Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Somente 10% das entrevistadas sentiam-se infelizes. Reading e Reynolds (2001) relacionaram os riscos para a depressão materna em três categorias: a primeira refere-se a qualidade dos relacionamentos interpessoais da mãe, particularmente com seu parceiro; a segunda relaciona-se à gravidez e ao parto e a ocorrência de eventos de vida estressantes; e a terceira refere-se a adversidades socioeconômicas (SCHMIDT; PICCOLOTO; MULLER, 2005).

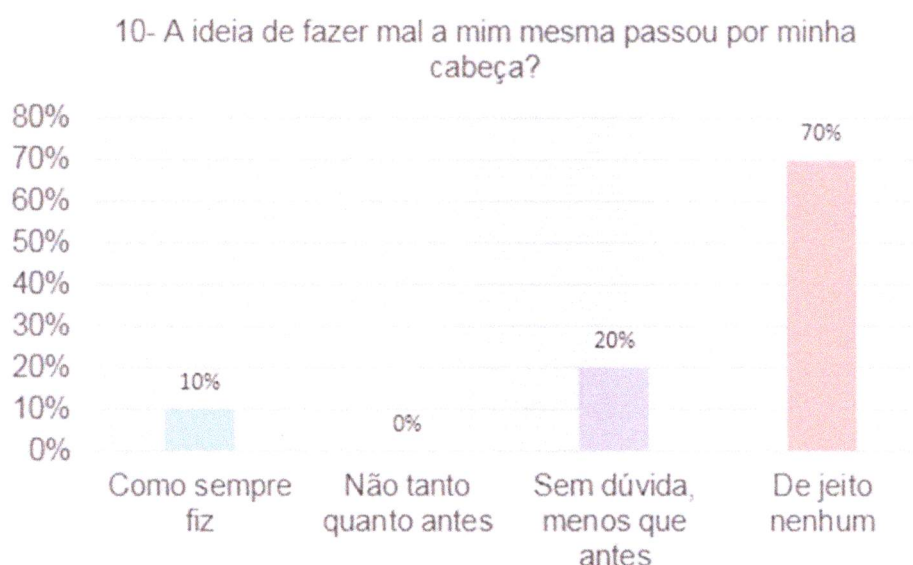


Gráfico 13 - Distribuição das respostas ao questionário apresentado as participantes durante a pesquisa. Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Nota-se que 70% das entrevistadas não apresentaram riscos de fazer mal a si própria. Porém, cerca de 10% das gestantes, apresentaram respostas positivas, tornando-as vulneráveis a uma possível depressão pós-parto. O risco para episódios no pós-parto com características psicóticas é particularmente aumentado em mulheres com episódios de humor anteriores ao pós-parto, mas também é elevado entre as que têm um histórico prévio de Transtorno do Humor (especialmente Transtorno do Humor Bipolar do tipo I) (SCHMIDT; PICCOLOTO; MULLER, 2005).

De tal modo, os estudos revisados indicam que a depressão pós-parto tem etiologia multifatorial, atingindo um significativo número de mulheres no pós-parto. A DPP pode se manifestar com intensidade variável, tornando-se um fator que dificulta o estabelecimento de vínculo afetivo favorável entre mãe e filho, podendo interferir na qualidade dos laços emocionais futuros. Há evidências de associação entre a DPP e prejuízo no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança.

Torna-se importante a investigação a respeito das vivências da mulher durante a gravidez e, especialmente, como está se sentindo no pós-parto, bem como se ela conta com uma rede de apoio social que dê sustentação às mudanças psíquicas vividas com o nascimento de um bebê.

O reconhecimento do estado depressivo da mãe é fundamental e, às vezes, difícil em razão das queixas psicossomáticas que podem sugerir somente problemas orgânicos. É necessário que esta experiência, vivida subjetivamente pela mulher, possa ser detectada para ajudá-la no processo de reconstrução.

5 CONCLUSÃO

Durante a pesquisa e estudos sobre a depressão pós-parto, ficou evidente que, a falta de informações a respeito desse distúrbio não afeta somente o cotidiano da mãe como também pode afetar a vida do RN, pois, filhos de mães que tem DPP são mais propensos a ter futuros problemas de comportamento.

Uma vez que, a depressão pós-parto é confundida com um estresse momentâneo, o enfermeiro não está familiarizado com os sintomas da DPP, por este motivo, acaba por dificultar o diagnóstico precoce.

Com o resultado da pesquisa em campo, notou-se que, mesmo em um grupo pequeno de participantes que colaboraram com a pesquisa, podemos observar que cerca de 20% tem disponibilidade a desenvolver o transtorno de depressão pós-parto, levando assim, a ser necessário um cuidado maior do profissional da saúde a respeito deste distúrbio emocional que as gestantes apresenta.

O desenvolvimento da pesquisa possibilitou uma análise sobre a eficácia do uso da Escala de Edimburgo durante o pré-natal da puérpera, utilizando-se de pesquisa em campo para obter resultados sólidos e verídicos aqui apresentados. Portanto, torna-se fundamental o uso da EPDS pelos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento da gestação das puérperas, uma vez que, eles são agentes importantes na identificação precoce da depressão pós-parto.

Visto que, a Escala de Edimburgo (EPDS) favorece ações preventivas a depressão pós-parto. Conclui-se que, a prevenção e o diagnóstico precoce da DPP desde as consultas de pré-natal até o puerpério, utilizando-se das escalas de rastreamento de Edimburgo, garante às mulheres a possibilidade de exercer a maternidade com segurança e bem-estar.

REFERÊNCIAS

APA ã American Psychiatry Association (2000). **Diagnostic and statistical of mental manual disorders. Fourth edition.** Text revision. Washington-DC: American Psychiatric Association.

BALLONE, GJ in: FERREIRA M. J. P: MAKAMURA E. K. **Depressão pós-parto.** Campos de Andrade, p. 5, 2006. Disponível em <http://scielo.com>. Acesso em 10/11/19>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: normas e manuas técnicas/ equipe de colaboração: Martha Ligia Fajardo et al.** 3. Ed. Brasília, 1998, disponível em <http://scielo.com> Acesso em 10/11/19>

BRANDEN, P. S. **Enfermagem materno-infantil**, Reichmann & Affonso Editores, 2ºEd, Rio de Janeiro, p. 17, 2000.

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

CAMACHO, R. S.; CANTIENELLI, F. S. RIBEIRO C.S.; CANTILINO, A.; GONSALES, B. K.; BRAGUITTONI, E.; RENNÓ J. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. Ver. Psiq. Clín**, p. 92-102, 2006. >

G. W. S. in: SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública.** V.20, nº6, Rio de Janeiro, 2004. >

CENTA, M. de L., OBERHOFER, P. de R. e CHAMMAS, J. **A comunicação entre a puérpera e o profissional de saúde.** São Paulo. **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP**, 2002.

CAMACHO, R. S.; CANTIENELLI, F. S.; RIBEIRO C.S.; CANTILINO, A.; GONSALES, B. K.; BRAGUITTONI, E.; RENNÓ J. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. Ver. Psiq. Clín**, p. 92-102, 2006. >

CAMPOS, G. W. S. in: SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública.** V.20, nº6, Rio de Janeiro, 2004.

VARELLA, D. **Entrevista com o doutor Dráuzio Varella.** Disponível em: <http://www.drauziovarella.uol.com>. Acesso em 10/11/19.

FALCONE, V. M.; MÄDER, C.V. de N.; NASCIMENTO, C. F. L.; SANTOS, J. M.M.; NÓBREGA, F.J. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Ver. Saúde Pública**. São Paulo, Brasil, p.612-18. 2005.

FIGUEIRA, P.; CORREA, H.; MALLOY-DINIZ, L. ROMANO-SILVA, M. A. Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. **Ver. Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, p. 79-84, agosto, 2009.

IACONELLI, Vera. DEPRESSÃO PÓS-PARTO, PSICOSE PÓS-PARTO E TRISTEZA MATERNA. **Revista Pediatria Moderna**, Julho-Agosto, v. 41, nº 4, 2005.

LEONEL, F. Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil. Disponível em <http://portal.fiocruz.br/noticia/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil> Acesso em 10/11/19.

SILVIA, D. C. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. **Rev. Malestar Subj.** v.3:n.2 Fortaleza set.2012.

SILVA, D.C. DEPRESSÃO PÓS-PARTO: O PAPEL DO ENFERMEIRO DURANTE O PRE-NATAL. 2018. Disponível em <http://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/depressao-pos-parto> Acesso em 10/11/19.

SILVA, M. da R. PICCININI, C.A. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materno: revisão a literatura. **Estudo psicol. Natal**, v. 14, n. 1, p. 5-12, Abril, 2009.

SCHMIDT, Eluisa Bordin; PICCOLOTO, Neri Mauricio; MULLER, Marisa Campio. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, v-10, nº 1, p. 61-68, jan./jun. 2005.

SILVIA, D. C. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. **Rev. Malestar Subj.** v.3:n.2 Fortaleza set.2012.

SILVA, D.C. DEPRESSÃO PÓS-PARTO: O PAPEL DO ENFERMEIRO DURANTE O PRE-NATAL. 2018. Disponível em <http://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/depressao-pos-parto> Acesso em 10/11/19.

SILVA, M. da R. F. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materno: revisão a literatura. **Estudo psicol. Natal**, v. 14, n. 1, p. 5-12, Abril, 2009.

SCHMIDT, Eluisa Bordin; PICCOLOTO, Neri Mauricio; MULLER, Marisa Campio. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, v-10, nº 1, p. 61-68, jan./jun. 2005.

SILVIA, D. C. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. **Rev. Malestar Subj.** v.3:n.2 Fortaleza set.2012.

SILVA, D.C. DEPRESSÃO PÓS-PARTO: O PAPEL DO ENFERMEIRO DURANTE O PRE-NATAL. 2018. Disponível em <http://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/depressao-pos-parto> Acesso em 10/11/19.

SILVA, M. da R. F. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materno: revisão a literatura. **Estudo psicol. Natal**, v. 14, n. 1, p. 5-12, Abril, 2009.

ANEXOS

ANEXO A

Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS). Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS - Adaptado de Edinburgh Postnatal Depression Scale. Original de Santos, Martins e Pasquali (1999).

Nome:

Data:

Idade do bebê:

Pontuação:

Questionário:

- | | | |
|---|---|--|
| <p>☐ Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está se sentindo nos últimos sete dias e não apenas hoje:</p> <p>1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas</p> <p>☐ Como eu sempre fiz</p> <p>☐ Não tanto quanto antes</p> <p>☐ Sem dúvida, menos que antes</p> <p>☐ De jeito nenhum</p> <p>2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia</p> <p>☐ Como sempre senti</p> <p>☐ Talvez, menos que antes</p> <p>☐ Com certeza menos</p> <p>☐ De jeito nenhum</p> <p>3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas</p> <p>☐ Sim, na maioria das vezes</p> <p>☐ Sim, algumas vezes</p> <p>☐ Não muitas vezes</p> <p>☐ Não, nenhuma vez</p> <p>4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão</p> <p>☐ Não, de maneira alguma</p> <p>☐ Pouquíssimas vezes</p> <p>☐ Sim, algumas vezes</p> <p>☐ Sim, muitas vezes</p> | <p>5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo</p> <p>☐ Sim, muitas vezes</p> <p>☐ Sim, algumas vezes</p> <p>☐ Não muitas vezes</p> <p>☐ Não, nenhuma vez</p> <p>6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia</p> <p>☐ Sim, na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles</p> <p>☐ Sim, Algumas vezes não consigo lidar bem como antes</p> <p>☐ Não, Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles</p> <p>☐ Não, Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes</p> <p>7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir</p> <p>☐ Sim, na maioria das vezes</p> <p>☐ Sim, algumas vezes</p> <p>☐ Não muitas vezes</p> <p>☐ Não, nenhuma vez</p> <p>8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada</p> <p>☐ Sim, na maioria das vezes</p> <p>☐ Sim, muitas vezes</p> <p>☐ Não muitas vezes</p> <p>☐ Não, de jeito nenhum</p> | <p>9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado</p> <p>☐ Sim, quase todo o tempo</p> <p>☐ Sim, muitas vezes</p> <p>☐ De vez em quando</p> <p>☐ Não, nenhuma vez</p> <p>10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça</p> <p>☐ Sim, muitas vezes, ultimamente</p> <p>☐ Algumas vezes nos últimos dias</p> <p>☐ Pouquíssimas vezes, ultimamente</p> <p>☐ Nenhuma vez</p> <p>☐ Como fazer a pontuação: Questões 1, 2, e 4</p> <p>Se você marcou a primeira resposta, não conte pontos.</p> <p>Se você marcou a segunda resposta, marque um ponto.</p> <p>Se você marcou a terceira resposta, marque dois pontos.</p> <p>Se você marcou a quarta resposta, marque três pontos.</p> <p>☐ Questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10</p> <p>Se você marcou a primeira resposta, marque três pontos.</p> <p>Se você marcou a segunda resposta, marque dois pontos.</p> <p>Se você marcou a terceira resposta, marque um ponto.</p> <p>Se você marcou a quarta resposta, não conte pontos.</p> |
|---|---|--|

ANEXO B

1. Dados sociodemográficos	
Idade: _____	
Procedência (região em que mora): _____	
Estado civil: ☐ Solteira ☐ Casada ☐ União estável ☐ Separada ☐ Divorciada ☐ Viúva ☐ outra situação: _____	
Grau de escolaridade: ☐ Nenhum Ensino Fundamental: ☐ Completo ☐ Incompleto Ensino Médio: ☐ Completo ☐ Incompleto Ensino Superior: ☐ Completo ☐ Incompleto	
Renda familiar: _____	
Ocupação: ☐ Empregada ☐ Desempregada ☐ do lar	
Quantidade de membros que compõem o núcleo familiar: _____	
2. Dados sobre a história de vida:	
História anterior de Depressão: ☐ Sim ☐ Não	
Relacionada a gestação/parto/puerpério ☐ Sim ☐ Não	
Faz ou fez uso de psicotrópicos ☐ Sim ☐ Não	
Qual? _____	
Neste último ano foi alguma vez maltratada emocionalmente, verbalmente ou fisicamente pelo seu/sua parceiro(a) ou por alguém próximo a você? ☐ Sim ☐ Não	
3. Dados sobre a gestação/parto:	
Gravidez planejada: ☐ Sim ☐ Não	
Durante a gestação teve alguma situação de estresse ☐ Sim ☐ Não	
Qual: _____	
Teve a presença de acompanhante no momento do parto: ☐ Sim ☐ Não	
Qual o tipo de parto? ☐ Normal ☐ Induzido ☐ Cesárea	
Foi de sua escolha? ☐ Sim ☐ Não	
Seu bebê ficou com você após o parto: ☐ Sim ☐ Não	
Teve acompanhante durante a permanência na maternidade após o parto ☐ Sim ☐ Não	
Desde a admissão até a alta hospitalar você considera que teve um bom atendimento, de forma humanizada e respeitosa ☐ Sim ☐ Não	
Se sua resposta for não, o que desagradou: _____ _____ _____	

ANEXO C.


CENTRO DE ESTUDO SUPERIOR DE ITAITUBA LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA - FAI

Ofício nº 22/2021 Itaituba 24/10/2021

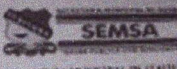
Ao Ilmo. Sr. Adriano de Aguiar Custódio
Secretário Municipal de Saúde

Pelo presente, apresentamos a Vossa Senhoria acadêmica Letícia Dias da Silva, inscrita com o R.A. 1020151, do último período do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Itaituba a realizar uma pesquisa de campo intitulada **IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO ATRAVÉS DA ESCALA DE EDIMBURGO**, na realização com as gestantes e puérperas atendidas na Unidade Básica de Saúde do Bairro de Floresta, com aplicação de um questionário contendo 10 perguntas fechadas acerca do tema. A pesquisa é diretamente relacionada para a conclusão do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), e os resultados estarão disponíveis à SEMSA se houver necessidade. Segue em anexo o referido formulário e o TCLE.

Certo de contar com a vossa colaboração, agradecemos.

Atenciosamente,


Juliana de Almeida Lima
COORDENADORA
Coordenadora do Curso de Enfermagem (FAI)
Av. Esmeralda Fernando Gubon, 865, Jardim São Paulo - Itaituba - PA
Telefone: (91) 3118-2040 / Fax: (91) 3118-4319
Site: www.cesitaituba.com.br


SEMSA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAITUBA
Secretaria Municipal de Saúde

Of. N° 0022021/GAB/SEMSA Itaituba PA 06 de Janeiro de 2021

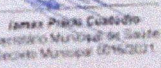
Do: Gabinete do Secretário de Saúde
Para: Faculdade de Itaituba - FAI
Coordenação do Curso de Enfermagem

Prezada Sônia,

Pelo presente, autorizamos a acadêmica do 10º período do Curso de Enfermagem da FAI, Letícia Dias da Silva, a realizar sua pesquisa intitulada **IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO ATRAVÉS DA ESCALA DE EDIMBURGO**, para realização de pesquisa acadêmica. Os dados coletados serão utilizados na conclusão do TCC.

Para tanto, é necessário que a mesma respeite os direitos humanos, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Atenciosamente,


James Pinai Custódio
Secretário Municipal de Saúde
Decreto Municipal 0016/2021