



DEPRESSÃO PÓS-PARTO: A IMPORTÂNCIA DA DETECÇÃO PRECOCE E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

POSTPARTUM DEPRESSION: THE IMPORTANCE OF EARLY DETECTION AND NURSING INTERVENTIONS

Cristina Rejane Alves da Silva¹
Giselle Menezes Pereira²
Noemi Bispo de Jesus³
Elisângela de Andrade Aoyama⁴
Giancarlo Rodrigues Souto⁵

¹Acadêmica de Enfermagem. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* cristinarejane_2007@hotmail.com

²Acadêmica de Enfermagem. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* gyhmenezes0895@yahoo.com.br

³Acadêmica de Enfermagem. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* noemibispo45@gmail.com

⁴Mestra em Engenharia Biomédica pela Universidade de Brasília – UnB. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* eaa.fajck@gmail.com

⁵Mestrando em Engenharia Biomédica pela Universidade de Brasília – UnB. Instituição: Faculdade Juscelino Kubitschek – JK. Brasília, Distrito Federal. *E-mail:* enfermeirogiancarlo@outlook.com

Resumo: O período gravídico causa mudanças de identidade e redefinição de prioridades dos papéis da mulher. Tais mudanças se estendem além do parto, sendo um momento único que depende da experiência vivida por cada mulher. Apesar de ser um evento fisiologicamente natural, durante a gravidez deve haver acompanhamento de uma equipe multidisciplinar com o propósito de minimizar as intercorrências nos períodos do pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério. Identificar os sinais e sintomas da depressão pós-parto (DPP) nas puérperas e a importância das intervenções de enfermagem para o tratamento deste mal. Os critérios de inclusão foram: 15 artigos científicos escritos entre 2008 a 2018 em periódicos nacionais. Já os critérios de exclusão foram: artigos publicados antes de 2008 ou que fugiam do tema proposto. A pesquisa foi desenvolvida entre março e abril de 2019. A prevalência da DPP está entre 10% e 20% dos casos encontrados em pesquisas referentes a essa questão. No Brasil a validação do estudo é preconizada pelo *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* (EPDS). Os artigos mostraram ainda que a DPP afeta uma em cada oito mulheres no período do puerpério imediato até os seis meses do pós-parto, podendo apresentar consequências adversas à mãe, bebê e sua família, pois se observou que a DPP é resultante de uma adaptação psicológica, social e cultural imprópria enfrentada pela mulher diante da maternidade.

Palavras-chave: Depressão, gestante, parto, pós-parto e saúde.

Abstract: *The pregnancy period causes identity changes and redefinition of women's role priorities. Such*

*changes extend beyond childbirth, being a unique moment that depends on the experience lived by each woman. Despite being a physiologically natural event, during pregnancy there should be follow-up of a multidisciplinary team with the purpose of minimizing complications during prenatal, labor, delivery and postpartum periods. To identify the signs and symptoms of postpartum depression (PPD) in postpartum women and the importance of nursing interventions for the treatment of this disease. Inclusion criteria were: 15 scientific articles written between 2008 and 2018 in national journals. The exclusion criteria were: articles published before 2008 or that escaped the proposed theme. The research was conducted between March and April 2019. The prevalence of PPD is between 10% and 20% of the cases found in research regarding this issue. In Brazil, study validation is recommended by the *Edinburgh Post-Natal Depression Scale* (EPDS). The articles also showed that PPD affects one in eight women in the immediate postpartum period up to six months postpartum, and may have adverse consequences for the mother, baby and their family, as it was observed that PPD is the result of adaptation inadequate psychological, social and cultural issues faced by women in relation to motherhood.*

Keywords: *Depression, pregnant woman, childbirth, postpartum and health.*

Introdução

A gestação é vista como um evento fisiológico natural associado a uma grande instabilidade emocional, quando são vividos sentimentos diversos, sendo uma



fase de transição e de acontecimentos que envolvem principalmente a necessidade de reestruturação e reajustamento do cotidiano da gestante. O período gravídico causa mudanças de identidade e redefinição de prioridades de papéis da mulher. Tais mudanças se estendem além do parto, sendo um momento único que depende da experiência vivida por cada mulher [1].

Apesar de ser um evento fisiologicamente natural, durante a gravidez deve haver acompanhamento de uma equipe multidisciplinar com o propósito de minimizar as intercorrências nos períodos do pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério, pois quanto maior for a assistência, menor são os riscos de surgirem problemas, facilitando a identificação dos diagnósticos, planejamento e implantação dos cuidados de enfermagem necessários para a atenção à puérpera e ao bebê [1].

A depressão pós-parto (DPP) é uma doença abordada como um transtorno psíquico causador de vários sentimentos negativos sobre a puérpera, o recém-nascido (RN) e as relações familiares. A DPP pode durar de meses a vários anos e está associada ao aumento do risco de quadros depressivos recorrentes. O impacto negativo sobre o RN é bastante significativo, pois a DPP é uma doença que limita as habilidades da mãe em relação à resposta às demandas dos cuidados, à sua capacidade de envolvimento emocional positivo e ao contato afetivo com o bebê. A etiopatologia da doença não foi ainda bem definida e provavelmente envolve fatores biopsicossociais. Assim, o estabelecimento de possíveis fatores de risco contribui para uma melhor compreensão da doença e para a elaboração de estratégias de prevenção e diagnóstico precoce [2].

As alterações ocorridas durante o período gestacional acontecem simultaneamente e de maneira acelerada, envolvendo todos os âmbitos do seio familiar e prioritariamente a gestante. Nesse período, ela experimenta diversas sensações, especialmente a de automutilação em resposta à gestação. A partir do nascimento do RN, essas sensações desencadeiam na puérpera sentimentos diversos como vazio, solidão e falta de visibilidade, pois em sua concepção, as atenções estão voltadas completamente para o bebê. Como consequência desses momentos, a puérpera pode desenvolver transtornos depressivos. As condições de vida da mulher durante a gestação e pós-parto exercem um papel fundamental no desenvolvimento de um transtorno depressivo, sobretudo, os fatos indesejáveis, além dos fatores sociais. A etiologia da depressão não se determina apenas por fatores isolados, mas por uma combinação de fatores psicológicos, sociais, obstétricos e biológicos [3].

Como parâmetro para a identificação dos níveis de DPP, é utilizado a escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS - *Edinburgh Postnatal Depression Scale*). A EPDS constitui-se de um instrumento de autoavaliação composto por 10 temas com alternativas pontuadas entre 0 e 3, indicando a presença ou a intensidade do sintoma. Estes

questionamentos abordam sintomas como: transtornos psíquicos de natureza depressiva (autodesvalorização, ideação suicida ou tentativa de suicídio, sentimento de culpa, sentimento de morte ou sensação de tristeza); alterações de comportamento (crises de choro); fadiga, perda do prazer na realização de atividades consideradas agradáveis anteriormente; redução da capacidade de raciocínio e de concentração; redução da capacidade de tomada de decisões, insônia e/ou hipersonia. A somatória dos pontos desse método totaliza o escore de 30 pontos, sendo considerado positivo para sintomas de DPP um valor igual ou superior a 12 pontos [4-5].

Uma medida de extrema importância em relação à gestante é o correto acompanhamento do pré-natal, pois de acordo com o Ministério da Saúde (MS), o principal objetivo desse cuidado é assegurar o acompanhamento da gestação saudável e garantir benefícios para a mãe e o bebê, garantindo um parto sem transtornos para a gestante em todas as dimensões, inclusive a psicossocial, além de contribuir para que o bebê ao nascer esteja saudável e assistido. Esse olhar holístico é um diferencial no cuidado do enfermeiro voltado às gestantes e puérperas, visto que as medidas e ações de cuidado integral baseados na sistematização de assistência de enfermagem (SAE) durante essa fase poderá ajudar na prevenção das diversas complicações provenientes da DPP [6].

O diagnóstico da depressão pós-parto não é fácil, uma vez que muitos sintomas como alterações do sono, do apetite e fadiga são comuns no puerpério. Os sintomas da DPP são similares àqueles da depressão que ocorre em período não puerperal, com início típico nas seis primeiras semanas do puerpério, podendo incidir até seis meses após o parto, devendo o humor depressivo e a perda de interesse nas atividades estar presentes por no mínimo duas semanas. Outros sintomas como: alterações do sono, adinamia, sentimento de culpa ou desânimo, perda de concentração ou pensamentos suicidas também podem estar presentes [7].

Alguns estudos abordados para a elaboração deste artigo salientam que os efeitos danosos da DPP na primeira fase de interação mãe-bebê são constituídos dos seguintes sinais e sintomas: ausência do afeto positivo; comprometimento da sintonia afetiva; comprometimento da regulação de comportamentos hostis; falta de controle de agressividade e comportamento de contingência (imprevisibilidade). A DPP é classificada como um sério problema de saúde pública no ciclo gravídico puerperal, pois atinge cerca de 10% a 20% das mulheres nos primeiros seis meses do pós-parto, afetando a puérpera, a criança, o companheiro e a família. De acordo com as pesquisas realizadas pelos autores citados, entre as mulheres deprimidas, os níveis de maior impulsividade (agressividade) estão associados a maior atenção à criança e ao seu comportamento mais distante e frio, o que associa a menor vitalidade da criança. Ao usar a Escala de Disponibilidade Emocional, os autores não



encontraram resultados menos expressivos relacionados às mães que apresentavam DPP em relação às não deprimidas; apenas as mães deprimidas com outras patologias psiquiátricas foram menos sensíveis [8-10].

Entre as expressões mais utilizadas em relação aos transtornos depressivos na população gestacional, foram encontrados dados tanto sobre a prevalência de episódios depressivos nesse período, como sobre a incidência e recorrência da DPP nas puérperas. Após o nascimento do bebê, o pós-parto é encarado como um evento altamente estressante em mulheres com tendências depressivas e pode aumentar o potencial das comorbidades relacionadas à depressão. As alterações de humor do período pós-parto têm como característica um amplo espectro de sintomas, sendo: o *baby blues* (tristeza materna), a DPP e a psicose pós-parto (PPP). No diagnóstico diferencial, o *baby blues* ou tristeza materna é descrito como um quadro transitório que não configura o transtorno em si, porém acomete entre 50% a 85% das mães até dez dias após o trabalho de parto. Esta alteração de humor é caracterizada por um estado melancólico, ansiedade, choro frequente, disforia (mal-estar, indisposição), irritabilidade e dependência, além de constantes e intensas mudanças dos níveis hormonais característicos no pós-parto [6,11].

O objetivo central deste estudo é identificar os sinais e sintomas da depressão pós-parto (DPP) nas puérperas e a importância das intervenções de enfermagem para o tratamento deste mal.

Materiais e métodos

Para o desenvolvimento deste artigo científico foi utilizada pesquisa bibliográfica através de uma revisão integrativa (RI) de literatura considerando a relevância do tema, buscando assim compreender melhor sobre o assunto sob o olhar de alguns autores. Segundo o autor, este tipo de pesquisa permite manipular entre as variáveis [12].

Foram utilizados como critérios de inclusão 15 artigos científicos com assuntos relevantes ao tema publicados em periódicos nacionais postados entre 2008 a 2018. A pesquisa foi desenvolvida entre março e abril de 2019. Foram excluídos os artigos publicados antes de 2008 ou que fugiam do tema proposto.

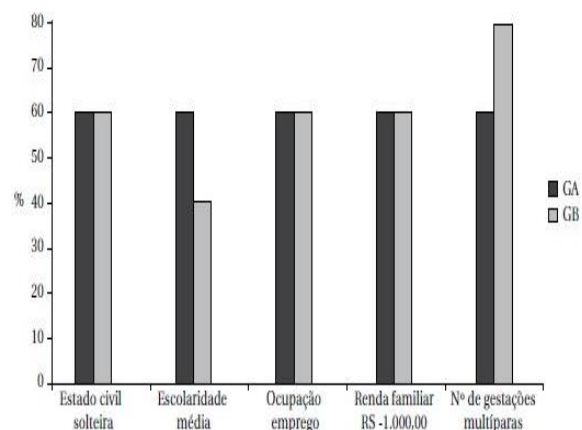
As palavras chaves utilizadas para a busca foram: depressão, gestante, parto, pós-parto e saúde. A presente pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de material já publicado, constituído, principalmente, por livros, revistas, periódicos e artigos online, ambos disponibilizados através das plataformas encontradas na Internet. Para o desenvolvimento dessa pesquisa foi realizada uma varredura minuciosa de artigos publicados nas plataformas *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)*, nas quais foram encontrados 23 periódicos, sendo utilizados destes somente 15, pois possuíam mais ênfase ao tema escolhido.

Para a organização do material, foram realizadas as etapas e procedimentos do trabalho de qualificação do curso de enfermagem, no qual se busca a identificação preliminar bibliográfica. Assim, após a seleção do material bibliográfico, foi promovida uma ampla leitura, oportunidade em que foi produzido o texto final, visando, desse modo, atingir o objetivo pré-estabelecido para o presente trabalho. Durante o período de elaboração foram produzidos fichamentos de resumo, análises e interpretações do material bibliográfico, bem como revisão e conclusão.

Resultados

O Gráfico 1 foi desenvolvido à partir de dois grupos de gestantes: Grupo A (GA) e Grupo B (GB). Foram incluídas no estudo 10 mulheres que se encontravam gestantes. As idades das colaboradoras variavam entre 19 e 38 anos (média = 27,5 anos). São apresentados, inicialmente, os dados das participantes do GA. Nesse grupo, as idades gestacionais variavam de 21 a 33 semanas (na data em que preencheram o perfil gestacional) e as idades das gestantes incluídas variavam entre 19 e 35 anos (média = 27,6 anos). Dentre essas, apenas duas eram casadas (40%), enquanto três eram solteiras (60%). Somente duas puérperas possuíam ensino superior (40%); a maioria apresentava escolaridade média (60%). No grupo B, as idades gestacionais variavam de 20 a 34 semanas, e as idades das gestantes variavam entre 20 e 38 anos (média = 27,8 anos). Nenhuma colaboradora era casada, duas afirmaram estar em união estável (40%) e três eram solteiras (60%). Entre essas, duas possuíam ensino médio (40%), enquanto a maioria tinha cursado apenas o ensino fundamental (60%) [6].

Gráfico 1: Características sócio-demográficas e histórico obstétrico das colaboradoras [6,12].



Quanto aos indicadores sociais, em ambos os grupos, três gestantes afirmaram possuir renda familiar de até R\$ 1.000,00 (60%), uma possuía renda de até R\$ 540,00 (20%), e uma gestante afirmou possuir renda de até R\$ 2.000,00 (20%). O número de gestações das



puérperas do grupo A variou entre uma a quatro (60% eram múltiplas); uma afirmou a presença de depressão na gestação anterior (20%) e duas na gestação atual (40%); duas afirmaram terem tido um parto traumático/insatisfatório (40%), uma teve história de aborto em gestação anterior (30%) e apenas uma afirmou ter sofrido intercorrência hospitalar com o bebê (30%). Quanto ao grupo B, 80% das colaboradoras eram múltiplas; duas afirmaram a presença de depressão na gestação anterior e durante a gestação atual (80%); duas tiveram um parto traumático/insatisfatório (40%) e outras duas tiveram história de aborto em gestação anterior e sofreram intercorrência hospitalar com o bebê (80%) [12].

Para compreensão dos dados relacionados aos Gráficos 2 e 3 foram sintetizadas e apresentadas as ocorrências dos fatores de risco e de proteção mais frequentes para cada colaboradora participante dos grupos A e B. Os fatores de risco encontrados foram: ser primípara; ser mãe solteira; gravidez não planejada; gravidez não desejada; saída da faculdade para o mercado de trabalho; trabalho estressante; desemprego; situação socioeconômica desfavorável; filhos saindo de casa; mudança de cidade/casa; rede de apoio social e familiar empobrecida; relacionamento conjugal insatisfatório; conflitos familiares; acidente de carro, moto ou ônibus; doença grave em parente próximo; morte de pessoa querida; falta de apoio do pai do bebê; história de depressão anterior; depressão gestacional; parto traumático ou insatisfatório; história de aborto em gestações anteriores e intercorrência hospitalar com a mãe. Já os fatores de proteção evidenciados foram: ser múltipla; ser casada/relação estável; gravidez planejada; gravidez desejada; situação socioeconômica favorável; suporte familiar; relacionamento conjugal satisfatório; apoio emocional do pai do bebê; parto satisfatório e detecção precoce da DPP. Analisando-se apenas estes dados, pode-se afirmar que as colaboradoras de ambos os grupos encontravam-se vulneráveis, portanto, com tendência a desenvolver a DPP [6-12].

Gráfico 2: Fatores de risco identificados na gestação das colaboradoras [6].

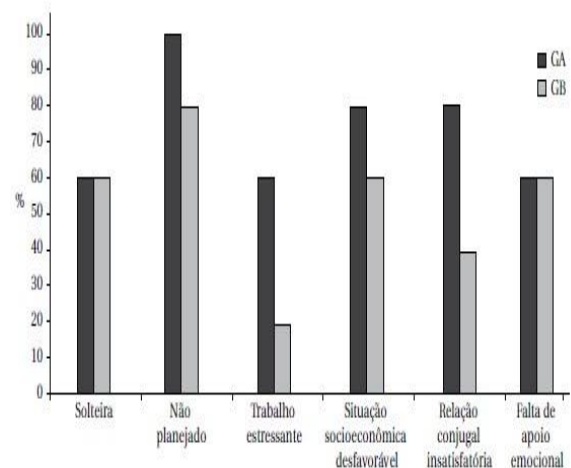
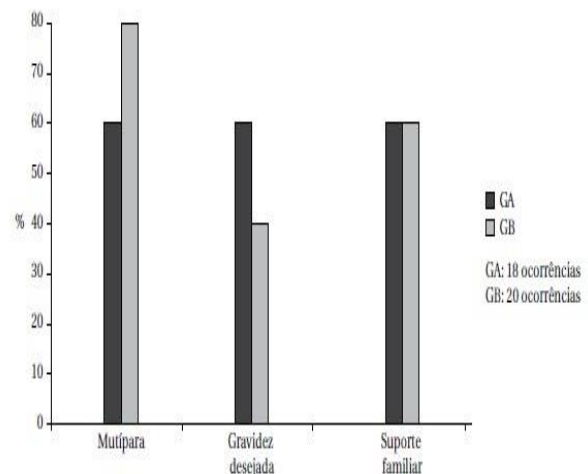


Gráfico 3: Fatores de proteção identificados na gestação das colaboradoras [12].



Discussão

Após análise da revisão bibliográfica, com a qual os acadêmicos buscaram discutir acerca da DPP, ficou mais fácil compreender que essa doença acomete inúmeras puérperas e que a sua sintomatologia nem sempre pode ser percebida pelas mesmas. Através dos periódicos consultados foi possível descrever a DPP como uma patologia emergente responsável por afetar diretamente a saúde da mulher, repercutindo diretamente na sua relação interpessoal com a família e de forma mais evidente com o seu bebê [8].

A detecção da DPP, na maioria dos casos, é de difícil diagnóstico, pois os sintomas são facilmente confundidos com os da tristeza pós-parto. Quando detectada a DPP na puérpera é altamente recomendável a intervenção e acompanhamento por profissional de saúde como o enfermeiro e, em alguns casos, associada a intervenção medicamentosa para auxílio no tratamento. Os primeiros indícios da DPP ocorrem normalmente até as quatro primeiras semanas do pós-parto, tendo seu ápice observado até os seis primeiros



meses [13].

Alguns autores destacam que os sintomas mais comuns são: alterações do sono, desânimo persistente, diminuição do apetite, diminuição da libido, diminuição dos níveis de funcionamento mental, ideias suicidas, sentimento de culpa, temor de machucar o filho, e, ainda, a presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas [14].

São vários os fatores de risco que contribuem para o aumento excessivo dos casos de DPP, como: antecedentes de transtornos depressivos, conflitos conjugais, gravidez indesejada, gestante solteira, histórico familiar de casos depressivos, eventos de vida negativos durante a gravidez e suporte social fragilizado [1].

Outros fatores de risco que devem ser considerados são: gestante com extremos de idade (menos de 17 e mais de 40 anos); dificuldade em lidar com crises evolutivas e/ou acidentais; uso indiscriminado de drogas ou álcool; tratamento ou internação psiquiátrica anterior; histórico obstétrico de distorcias como risco de aborto, prematuridade, placenta prévia, natimorto ou más formações; histórico familiar de doenças pré-existentes de caráter mental; mudanças abruptas de comportamento ou aquelas ocorridas no ambiente familiar recentemente ou previstas para breve, ou ainda a idealização da maternidade e da chegada do bebê, uma vez que esse evento pode causar uma frustração fora do normal para a puérpera. Nesse sentido, prestar um bom aconselhamento e aplicar as condutas da SAE pode ajudar, de forma imediata, para a prevenção da DPP [15].

Em relação à via de parto, vários aspectos devem ser considerados, como por exemplo, fatores culturais, expectativas e preferências das mulheres por determinado tipo de parto. Tais aspectos apresentam implicação direta na percepção e na atitude em relação ao trabalho de parto, dor e assistência recebida pela puérpera [7].

Acredita-se que, mesmo que os tipos de parto sejam bem indicados pelo médico, algumas mulheres possam vivenciá-lo de forma negativa ou traumática,

principalmente quando esse parto é realizado com o caráter de urgência ou com inúmeras intervenções que tendem aumentar o nível de estresse. Apesar de esse estudo ter identificado maior frequência de DPP entre as mulheres com parto vaginal, não se pode aferir que o tipo de parto seja fator de risco para o desenvolvimento de depressão puerperal [11].

Tal achado pode ser explicado pelo fato que o modelo predominante de assistência ao parto no país seja definido como evento médico e tecnológico, segundo o qual a mulher é tratada como paciente e os partos são, em sua maioria, hospitalares; sendo, portanto, muitas vezes, desrespeitada as escolhas das gestantes. Acredita-se que o desejo e as expectativas das mulheres com relação ao desfecho clínico do parto podem interferir no surgimento de sintomas depressivos em maior proporção do que o tipo de parto propriamente dito [14].

A ênfase nos fatores de risco e proteção psicossociais, resultado que também foi encontrado na revisão sobre o mesmo tema, realizada pelos autores, sugere uma evolução e ampliação do olhar sobre a mulher com DPP, que vai ao encontro do estudo de um dos autores, que evidencia que seja qual for a dose hormonal para o comportamento materno, está claro que tais hormônios não são necessários nem suficientes para determiná-los. A maternagem é uma função de base psicológica marcante que consiste na experiência pessoal e psicológica do eu materno em relação ao filho; ela é marcada por estereótipos de gênero que permeiam as relações sociais e que geram transtornos emocionais em mulheres, especialmente nesse período crítico da gravidez e puerpério [4,13].

Diante dos resultados encontrados nos periódicos, foram notificados dezenove fatores de risco relacionados a DPP, entretanto após verificação mais detalhada desses sintomas, foram considerados dez fatores de risco como os principais agravantes para o aumento dos casos de DPP, os quais são descritos no Quadro 1.

Quadro 1: Fatores de Risco Relacionados a DPP [4].

1	Insatisfação com a Gravidez	O nível de insatisfação com a gestação está fortemente associado aos sintomas de DPP;
2	História de Depressão	A gravidez indesejada ou acidental, colabora para o aumento dos episódios depressivos;
3	Abuso sexual e violência doméstica antes, durante ou após a gravidez	As gestantes com gravidez indesejada ou desejada de forma tardia relataram abuso sexual e violência doméstica antes ou durante a gravidez, aumentando assim a prevalência da DPP;



4	Maior número de estressores vivenciados ao longo da vida	Familiar doente; separação ou divórcio; perda do emprego; conflitos afetivos; gravidez indesejada pelo companheiro entre outros. Potencialização dos riscos de DPP: de 1 a 2 estressores - aumentou a probabilidade de DPP pela metade; de 3 a 5 estressores – duplicou a chance de DPP; 6 ou mais estressores - quadruplicou a possibilidade dessas mulheres desenvolverem DPP;
5	História de DPP	Após levantamento de dados envolvendo gestações anteriores, foi possível identificar vários fatores de risco relacionados à DPP, tornando-os recorrentes;
6	Baixo índice de saúde mental	As mulheres com sintomas de DPP apresentaram baixo índice de saúde mental;
7	Depressão Pré-Natal	Este é outro fator que está fortemente relacionado aos sintomas de DPP;
8	Sofrimento emocional durante a gravidez e/ou parto	De acordo com os estudos, esse fator se associado eventos adversos experimentados por elas, pode desenvolver a DPP;
9	Aleitamento por menos de seis meses	Um dos principais fatores de risco para a DPP. Estudos apontaram que o aleitamento inferior a seis meses afetou a relação mãe/bebê, diminuindo a construção do vínculo materno;
10	Baixo índice de ômega-3	Foi observado em alguns estudos realizados com gestantes a partir das 24 semanas que o baixo índice de ômega-3 no final do período gestacional irá interferir diretamente na saúde mental da gestante. A falta de reposição deste AGE pode comprometer a saúde mental da mãe e acarretar o surgimento da DPP.

Sendo assim, o papel primordial no combate à DPP fica a cargo dos profissionais de enfermagem na sua jornada de atividade assistencial e acompanhamento diário, devendo ter capacitação e qualificação para identificar traços depressivos e aplicar seus conhecimentos no rastreamento destes indícios logo no puerpério imediato. A prevenção precoce da DPP deve ser realizada através de ações e intervenções simultâneas durante a gravidez, minimizando os riscos da DPP e prevenindo os agravos pessoais e familiares que podem decorrer através desta doença. A aplicação de medidas efetivas para a prevenção da DPP é fundamental quando se trata de saúde pública, pois tende a reduzir a incidência da mesma. Os profissionais ligados à obstetria (enfermeiros, médicos e psicólogos) são os que possuem melhores condições de prevenir a DPP, pois detêm o conhecimento necessário para implantar a criação de programas preventivos na rede pública, voltados não só para a saúde da grávida, mas para a saúde sexual e reprodutiva da população geral [2-10].

Como terapia existem alguns tratamentos que vêm sendo utilizados com certo êxito pelos profissionais,

sendo descritos a seguir: 1. Tratamento antidepressivo: a preocupação quanto ao uso de antidepressivos e a possibilidade de efeitos colaterais aos RN, como por exemplo, o baixo ganho de peso, desmame precoce, irritabilidade e sedação. As análises realizadas com os níveis dos antidepressivos nas mães e lactentes apontaram que os medicamentos Sertralina, Paroxetina e Nortriptilina não elevam os níveis séricos, diferentemente da utilização da fluoxetina e do Citalopram. Entretanto, consequências sobre o desenvolvimento cognitivo, motor, neurológico e comportamental de crianças expostas a antidepressivos durante a lactação não estão ainda bem esclarecidas; 2. Terapia hormonal: uma revisão sobre a eficácia da terapia estrogênica na DPP apontou diversas e sérias falhas nos estudos, não permitindo uma conclusão sobre o assunto [1].

Ao optar por esta terapia foram observados riscos quanto à hiperplasia endometrial, fenômenos tromboembólicos e diminuição da lactação; 3. Atividade física: a realização de atividade física foi avaliada como benéfica no combate à DPP, especificamente a caminhada de pelo menos 30 minutos de duas a três



vezes por semana, podendo ser uma opção a ser trabalhada, seja acrescentada a outras intervenções, seja como uma alternativa, especialmente para as mulheres que não desejam utilizar medicações ou que não tenham acesso a acompanhamento psicológico; 4. Outras intervenções: a suplementação de ômega 3 não provou ser eficaz na redução da sintomatologia, entretanto, um dos autores sugere que outras intervenções como massagem, distúrbios de privação do sono e eletroconvulsoterapia podem trazer algum benefício para a puérpera [9].

Conclusão

A DPP é um problema de saúde pública que pode ser detectado o mais precocemente possível, preferencialmente ainda durante o período gestacional, sendo de fundamental importância uma assistência de pré-natal caracterizada com estratégias para prevenção da mesma.

Os artigos mostraram que a DPP afeta uma em cada oito mulheres no período do puerpério imediato até os seis meses do pós-parto, podendo apresentar consequências adversas para a mãe, bebê e sua família, pois se observou que a DPP é resultante de uma adaptação psicológica, social e cultural imprópria enfrentada pela mulher diante da maternidade. Os estudos mostraram que o infanticídio e o suicídio estão entre as complicações mais graves decorrentes da DPP. Sendo assim, faz-se necessário o acompanhamento cuidadoso de gestantes, em especial as de baixa renda, por meio de ação integrada que leve em consideração as variáveis associadas à depressão, como: menor escolaridade; baixo nível socioeconômico; baixo apoio social; histórico de doença psiquiátrica; baixa autoestima; ansiedade no pré-natal; estresse; gravidez não planejada; tentativa de obstruir a gravidez; insatisfação na relação do casal; solidão; grande número de filhos; históricos anteriores de partos problemáticos; baixo apoio emocional e a menor idade são condições que mais influenciam na manifestação da DPP.

Desse modo, cabe ao enfermeiro o conhecimento acerca da DPP, uma vez que esse profissional constitui uma porta de entrada para o acolhimento e direcionamento adequado da puérpera no que corresponde à terapêutica e prevenção deste transtorno mental. Mas para isso o enfermeiro deve estar habilitado para detectar os casos e consequentemente encaminhá-los aos profissionais que atendem às demandas de saúde mental na atenção básica. A consulta de pré-natal é um momento em que o enfermeiro e a gestante têm oportunidade de criar vínculo, sendo fundamental a relação de confiança entre a paciente e o profissional de saúde, mesmo porque o enfermeiro atua na prevenção, buscando minimizar os possíveis riscos de ocorrer uma depressão pós-parto.

Considerando a eficácia do pré-natal psicológico na prevenção da DPP em gestantes de alto risco, verificou-se que a realização deste atuou de forma positiva na

prevenção da DPP em gestantes. Alguns fatores de risco citados pelos autores incluíram: privação de sono; complicações na gravidez; complicações no nascimento para a mãe ou para o filho; apoio social inadequado; problemas matrimoniais; histórico de depressão; e a ocorrência recente de uma grande mudança de vida (divórcio, morte, um novo emprego, mudança de cidade). A realização de acompanhamento psicológico durante a gravidez em gestantes com indícios de desenvolver a DPP pode contribuir para uma vivência mais saudável desse período gestacional, prevenindo perturbações no processo de desenvolvimento gravídico e consequentes ocorrências patológicas, como por exemplo, as complicações no parto, os distúrbios emocionais no pós-parto, ou até mesmo o parto prematuro.

O processo de trabalho de enfermagem no centro obstétrico e pediatria tem como papel fundamental a premissa de salvar vidas; bem como a de aplicar a humanização através da conversa, das orientações de enfermagem e do explicar o procedimento a puérpera e ao acompanhante. Ao analisar o processo de trabalho da equipe de enfermagem nos cuidados do pós-parto imediato, podem-se perceber algumas dificuldades para implantação de ações de enfermagem devido à escassez de recursos materiais, entretanto em relação ao nível de conhecimento, os profissionais de enfermagem estão cada vez mais aptos a inserirem políticas de saúde pública em conjunto com os demais profissionais da saúde, ou seja, sua autonomia é cada vez mais evidenciada.

O *Edinburgh Post-natal Depression Scale* (EPDS), traduzido e validado em diversos países, inclusive no Brasil, é o questionário de autoavaliação desenvolvido na Grã-Bretanha para pesquisa da DPP. Esta ferramenta mostrou, na maioria das investigações, elevada sensibilidade para a identificação da DPP. Esse questionário de autoavaliação contém dez perguntas com quatro opções, as quais são pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas, dentre eles estão descritos os seguintes: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, diminuição do desempenho, culpa, ideias de morte e suicídio. De acordo com o EPDS, as puérperas são consideradas como grupo de risco para desenvolver a DPP se a pontuação alcançada for igual ou superior a 12 pontos.

Referências

- [1] Ramos ASMB, Martins ACQ, Pessoa DLR, Machado MCAM, Noronha FMF. Fatores associados à depressão pós-parto: Revisão Integrativa. *Enciclopédia Biosfera*. Centro Científico Conhecer, Goiânia. 2018; 15(27):4-6.
- [2] Sena DM, Mendes DRG. Depressão pós-parto - uma abordagem sobre os fatores relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2015; 23(15):24-26.



- [3] Tolentino EC, Maximino DAFM, Souto CGV. Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. *Revista de Ciências de Saúde Nova Esperança*. 2016; 14(1):59-66.
- [4] Alfaia JRM, Rodrigues LR, Magalhães MM. Uso da escala de Edinburgh pelo enfermeiro na identificação da depressão pós parto: revisão integrativa da literatura. *Revista Ciência e Sociedade*. 2016; 1(1):9-16.
- [5] Almeida LM, Costa-Santos C, Caldas JP, Dias S, Ayres-de-Campos D. The impact of migration on women's mental health in the postpartum period. *Revista de Saúde Pública da USP*. 2016; 50(6):35-42.
- [6] Ministério da Saúde (BR). Depressão Pós-Parto: causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Brasília: Brasil; 2018.
- [7] Arrais AR, Araujo TCCF. Depressão Pós-Parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde - SPPS. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*. 2017; 18(3):828-45.
- [8] Fonseca VRJRM, Silva GA, Otta E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2010; 26(4):738-46.
- [9] Ibiapina FLP, Alves JAG, Busgaib RPS, Costa FS. Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências. *Revista Femina*. 2010; 38(3):1-11.
- [10] Brito CNO, Alves SV, Ludermir AB, Araújo TVB. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. *Revista de Saúde Pública da USP*. 2015; 49(7):33-42.
- [11] Costa PM, Oliveira VJ, Lappannbotti NC. Depressão pós-parto na atenção primária: estudo comparativo entre puérperas com e sem depressão. *Revista Mineira de Enfermagem - REME*. 2017; 1(2):14-22.
- [12] Gil AC. Como delinear uma pesquisa bibliográfica: Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2010.
- [13] Almeida NMC, Arrais AR. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. *Revista Psicologia e Ciência Profissional*. 2016; 36(4):847-63.
- [14] Hassan BK, Werneck GL, Hasselmann MH. Saúde mental materna e estado nutricional de crianças aos seis meses de vida. *Revista de Saúde Pública da USP*. 2016; 50(2):1-9.
- [15] Machado MCM, Assis KF, Oliveira FCC, Ribeiro, AQ, Araújo RMA, Cury AF, et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Revista Saúde Pública*. 2014; 48(6):985-94.