

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

EDILTES ANA DE OLIVEIRA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA DETECÇÃO E PREVENÇÃO DA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

EDILTES ANA DE OLIVEIRA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA DETECÇÃO E PREVENÇÃO DA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Enfermagem na Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Prof. Orientador: José Luís Guedes dos Santos

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA DETECÇÃO E PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**, de autoria da aluna **EDILTES ANA DE OLIVEIRA**, foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Enfermagem na Atenção Psicossocial

Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos

Orientador da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a DEUS e aos meus filhos, que mais uma vez me auxiliaram em uma busca continua do saber. Para que assim possa o melhor de mim ser transferido com sabedoria, honestidade e amor ao próximo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Professora Giovana Higashi e o professor José Luís Guedes dos Santos pela paciência e carinho por mim, mesmo sem me conhecer dedicaram momentos importantes para o meu saber.

Agradeço aos meus colegas de curso por aprender com o saber de cada um na vivência profissional.

Percebi o diferencial em cuidar de pacientes que necessitam de um cuidado com na Atenção Psicossocial.

Agradeço aos meus pais por me amarem e sempre estarem comigo nesta busca do saber.

Aos meus filhos: Lucas Cristian de Oliveira, Ana Carolina Pereira e Paula Mikaela de Alencar Pereira, por sempre estar comigo e não deixar o barco naufragar mesmo em grande obstáculos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
3 MÉTODO.....	17
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro diferencial sinóptico dos distúrbios psiquiátricos puerperais.....21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Metodologia: Artigos utilizados na realização do estudo.....	17
--	----

RESUMO

A depressão pós-parto é uma patologia que ocorre nas primeiras semanas após o parto, com conseqüências negativas não só para a mãe, mas também para o bebê e os familiares. Os profissionais de saúde devem estar aptos para detectar e auxiliar na prevenção precoce no tratamento as gestantes com predisposição a desenvolver a depressão pós-parto e prevenir possíveis traumas. O objetivo de este trabalho realizar uma análise de diagnóstico juntamente com um plano de ação perante a necessidade do local de serviço visto assim, melhoria na qualidade do atendimento deste cuidado com o binômio mãe e bebê, e seus familiares. Concluiu-se que a escala de *Edimburg Depression Postpartum Scale* pode ser uma ferramenta facilitadora para identificação de DPP na assistência às gestantes e às puérperas.

Descritores: Depressão pós-parto; Escalas de graduação psiquiátrica breve; Fatores de risco; Prevenção; Gravidez; Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) é identificada como sendo uma patologia insidiosa e desconhecida pela população e pelos profissionais de saúde, necessitando ainda de muitas informações e conhecimentos a respeito do assunto (FERREIRA e NAKAMURA 2006). Ainda que em muitos casos, a DPP esteja presente muitas vezes pode passar despercebida, verificando-se assim, um grande problema de saúde pública com incidência em 10 a 15% das puérperas (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006).

Baseando-se muitas vezes na falta de experiência ou mesmo de habilidade para lidar com estas situações muitos dos profissionais, apresentam dificuldades em acompanhar as gestantes desde o início do período gestacional até após o nascimento de seu bebê, como também, de oferecer o suporte e a assistência devida a essas mulheres que muitas vezes encontram-se aflitas e desamparadas. Esta dificuldade de um diagnóstico identificando a DPP transforma em um transtorno também para os familiares e pela própria puérpera, por não conseguir compreender direito o que esta acontecendo.

Conforme 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 12 meses, história de transtornos psiquiátricos prévios e gravidez indesejada (CAMACHO et al.; 2006).

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).

É importante que a gestante possa expressar livremente seus temores e ansiedades, e um Enfermeiro bem treinado pode dar assistência e orientação, desde o acolhimento até o puerpério juntamente com o acompanhante de sua própria escolha e confiança.

Auxiliando a gestante a enfrentar as diversas situações de maneira mais adaptativa, realista e confiante. Trata-se de um trabalho preventivo, se tiver início junto com o acompanhamento no pré-natal e /ou de suporte ante a crise, no caso da depressão pós-parto já instalada. Os benefícios dessa atuação precoce e preventiva não se restringem ao bem-estar

exclusivo das mães. São atitudes que representam também um grande benefício às crianças, pois, de acordo com as observações da literatura, existem boas evidências de correlação entre as desordens depressivas das mães e os distúrbios emocionais de seus filhos (CHAUDRON; PIES, 2003).

Para suprir tal carência de aprendizagem, algumas maternidade estão implementado o sistema de alojamento conjunto, supervisionado por Enfermeira, que proporciona à gestante e ao bebê uma experiência real, facilitando a formação do vínculo precoce entre eles. Assim, este trabalho salienta a importância de um acompanhamento adequado, promovendo uma assistência com mais qualidade, contribuindo na diminuição dos efeitos deletérios sobre a saúde do binômio mãe-bebê.

OBJETIVO

Elaborar um plano de ação com estratégias para atuação do enfermeiro na detecção e prevenção da depressão pós-parto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No referencial teórico serão abordadas questões referentes à DPP, bem como:

2.1 Causas;

2.2 Fatores de risco;

2.3 Alterações emocionais;

2.4 Diagnóstico e tratamento;

2.5 Papel da enfermagem na prevenção desta síndrome (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).

2.1 Causas

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 biopsicossociais na mulher e em sua família (CENTA et al 2002). Trata-se de um delicado período em que acontecem mudanças e transformações na vida da mulher, bem como o ritmo acelerado, possibilitando produzir-nos mesmo sentimentos de ansiedade, expectativa, frustração, preocupações, tanto no âmbito pessoal, familiar e trabalhista, refletindo assim em comportamento Isolados e introspectivos (SILVA e BOTTI 2005).

Na prática do serviço multiprofissional de saúde, o acolhimento deve ser expressar na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e usuários, em diferentes tipos de atitudes como: os profissionais a se apresentarem, chamando pelo nome, orientando sobre condutas e procedimentos a serem realizados, escutando e valorizando o que é dito por estes, garantindo a privacidade e a confiabilidade, incentivando a presença do (a) acompanhante, entre outras atitudes (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006).

Diante disto, cabe ao enfermeiro oferecer atenção especial as mulheres, acolhendo-as no serviço utilizando esta tecnologia, para uma assistência mais qualificada. O acolhimento, portanto, é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuária e seu (sua) acompanhante.

2.2 Fatores de risco

Muitos sintomas podem ajudar a identificar precocemente os casos de sofrimento psíquico nas mulheres, levando a entender os fatores de risco entre este podemos destacar

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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Segundo Tannous, 2009 nas quatro primeiras semanas do pós-parto há possibilidade maior de ocorrer vários transtornos. Dentro do período mínimo de duas semanas o quadro pode se apresentar pela presença de determinados sintomas como a diminuição ou perda de interesse nas atividades anteriormente realizadas além de mudança no peso, insônia ou sono excessivo, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, sentimento de falta de valor ou culpa, falta de concentração e idéias de morte.

Outros agravantes que poderão levar ao quadro de DPP incluem a ansiedade e a depressão durante a gravidez, suporte pós-natal deficiente, eventos estressores, instabilidade conjugal e ou com a mãe, gravidez indesejada e/ou na adolescência e baixo nível socioeconômico também são considerados fatores de risco (FREIRE e SANTOS, 2006).

Alguns fatores biológicos também se relacionam com o desenvolvimento de DPP. Rocha apud Silva e Botti (2005) afirmou que 4% das puérperas apresentam alteração de humor leve associada a disfunção da tireóide nos primeiros oito meses do puerpério, e apenas 1% apresentaram transtorno depressivo maior.

2.3 Alterações emocionais

As alterações emocionais no puerpério manifestam-se basicamente das seguintes formas:

Segundo Schwengber e Piccinini (2003), existe um tipo de transtorno que afeta cerca de 60% das mulheres entre o terceiro e quinto dia após o parto, é o chamado baby blues ou tristeza materna. Esse transtorno se caracteriza por sintomas depressivos leves, choro fácil, ansiedade, aumento e fadiga (WENDER et al., 2002). Pelo Ministério da saúde, 2006 e mais freqüente, acometendo de 50% a 70% das puérperas. É definido como estado depressivo mais brando, transitório, que aparece em geral no terceiro dia do pós-parto e tem duração aproximada de duas semanas. Caracteriza-se por fragilidade, hiperemotividade, alteração do humor, falta de confiança em si própria, sentimentos de incapacidade. Em geral, se resolve até dez dias após o parto, porém, a mulher pode vir a desenvolver depressão pós-parto se os sintomas persistirem (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000).

Depressão pós-parto e menos freqüente, manifestando-se em 10 a 15% das puérperas, e os sintomas associados incluem perturbação do apetite, do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimentos de inadequação e rejeição ao bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Psicose pós-parto è uma síndrome com características de depressão, delírio e pensamentos da mãe sobre o bebê ou a si mesma. Nos casos mais grave ocorrem inclusive fantasias homicidas em relação à criança, as quais, em situação extrema, podem chegar ao infanticídio. A incidência da psicose pós-parto é de um caso em cada 1000 partos, embora alguns estudos indiquem que essa incidência tem maior frequência. Cerca de 50% das mulheres com psicose pós-parto têm histórico familiar de transtorno de humor. Além disso, há grande probabilidade de mulheres que tiveram psicose puerperal apresentarem episódio de doença psiquiátrica ao longo da vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

2.4 Diagnóstico e tratamento

A dificuldade do diagnóstico de casos de DPP tem sido evidenciada seja pela falta de habilidade das mulheres em reconhecerem que algo não seja pelos familiares que atribuem a mulher muitas responsabilidades não dando a elas suporte para executá-las ou ainda pelos profissionais de saúde que tem dificuldades para ouvir, ação que as ouçam, mas não sabem como ajudá-las ou encaminhá-las. Sendo de suma importância dando início na realização do pré-natal, apontando-os como instrumentos para detectar e atuar na prevenção dessa patologia, e favorecendo o binômio mãe-bebê. Conforme Freire e Santos (2006), um fator de complicação muito comumente encontrado é a ausência de vínculo estabelecido com um profissional ou com algum serviço de saúde com recurso para ajudar a mulher que enfrenta algumas dificuldades psicológicas.

A DPP conforme Ballone apud Ferreira e Nakamura (2006, p. 5):

{“...} é um distúrbio do humor de grau moderado a severo, clinicamente identificado ao Episódio Depressivo que está descrita no DSM.IV(Classificação de Doenças Mentais da Associação Norte-americana de Psiquiatria) e no CID.10, este distúrbio tem início dentro de seis semanas depois do parto. “A classificação da Depressão Pós-parto, ainda não está definitivamente estabelecida”.

Figueira et al. (2009), Morais et al. (2006), Ruschi et al. (2007) e Santos, Martins e Pasquili (2000) citam a importância do uso da Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ou Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EDPE) uma escala de auto avaliação de sintomas depressivo, como instrumento adequado de triagem da depressão pós-parto, podendo ser implantada na rede pública de saúde devido a sua facilidade, rapidez de aplicação, baixo custo e pode ser associado a um aumento nos índices de diagnóstico e tratamento da doença, minimizando os possíveis efeitos deletérios sobre o binômio mãe-bebê. Esses estudos mostraram boa capacidade de detectar gestantes com o diagnóstico de depressão pós-parto.

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, sentimentos 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. 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).

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. Além disso, o trabalho multiprofissional pode estar propondo a essas mulheres intervenções mais humanas e harmônicas entre os profissionais. A partir de algumas percepções da equipe multidisciplinar será possível traçar estratégias de um cuidado transicional que propicie uma melhor adequação ao papel de mãe (Alves et al. 2007).

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

Para que a mulher se sinta mais à vontade é importante acolher um acompanhante de sua escolha, não oferecendo obstáculo 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).

2.5 Papel do enfermeiro na detecção e na prevenção desta síndrome – DPP

A enfermagem tem o papel fundamental na detecção e prevenção, levando uma manutenção e promoção durante o ciclo gravídico/puerperal. Estimular a compreensão da mulher e do companheiro, bem como nas emoções e sentimentos provenientes deste período, ou seja, somando esforços na detecção e prevenção para um tratamento adequado na DPP, que irão traduzir no exercício materno saudável e essencial ao desenvolvimento futuro no relacionamento entre o binômio mãe-bebê.

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 esta gestante se sinta mais segura e confiante (BRASIL, 2005).

Conforme o Ministério da Saúde (2006), um dos principais instrumentos para uma assistência digna e de qualidade inicia-se no acolhimento. Sendo este um aspecto essencial da política de humanização que implica o profissional de enfermagem ter uma postura ética. Fazendo com que esta etapa do processo seja visto como uma ação que necessita ocorrer em todos os momentos da atenção desde o pré-natal, parto e o puerpério.

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 às mudanças ocorridas com a gestação e a readaptação à sua vida normal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Desse modo, cabe ao enfermeiro verificar as mínimas alterações seja no humor ou na integridade física das gestantes, para assim atentar a problemas futuros e garantir a detecção e prevenção precoce dos transtornos psíquicos puerperais, neste caso a DPP. A utilização da escala de rastreamento EDPS auxiliaria na identificação de traços depressivos desde o início do ciclo gravídico/puerperal. Para Ferreira e Nakamura (2006) o apoio e a preparação durante a gravidez, assim como as devidas informações, contribuem para o aumento do bem estar da mulher no final da gravidez, evidenciando-se menor ocorrência de problemas psicológicos e de depressão no período pós-parto.

O atendimento em grupo traz um resultado positivo para as gestantes, auxiliando elas a terem compreensão, a atenção e o interesse juntamente com os familiares. A possibilidade de trocas de experiências e conhecimentos e 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 os profissionais das saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

3 - METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste trabalho foi realizada uma análise de diagnóstico na instituição onde trabalho com o auxílio da busca ativa de artigos na literatura do banco de dados, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado, tendo assim a finalidade de reunir e sintetizar resultados da pesquisa subsidiando um plano de ação, o qual se caracteriza como uma tecnologia de concepção (REIBNITZ et al., 2013).

O tema escolhido foi a Depressão pós-parto, tendo como problema, a dificuldade do diagnóstico e identificação da Depressão pós-parto, tanto pelos profissionais da saúde, quanto pela família, e pela própria puérpera.

A escolha dos artigos selecionados partiu dos critérios de inclusão, que se baseiam na busca de artigos que sejam escritos em língua portuguesa, que contenham pelo menos o descritor depressão pós-parto e que se relacionem com a temática proposta, sendo estes, encontrados nas bases de dados SCIELO e LILACS, no período de 1991 a 2009.

Foram encontrados 40 artigos nas bases de dados SCIELO e no LILACS, totalizando assim, 16 artigos selecionados. Conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Artigos utilizados na realização do estudo

Base de dados	Artigos encontrados	Artigos repetidos	Artigos excluídos	Artigos selecionados
SCIELO	19	5	7	7
LILACS	21	4	8	9
TOTAL	40	9	15	16

4 RESULTADO E ANÁLISE

Durante a gestação faz-se necessário o acompanhamento e assistência do pré-natal, de modo que se obtenha a detecção e levando a prevenção, proporcionando a promoção da saúde. Assistência no pré-natal é desenvolvida uma série de procedimentos clínicos e educativos, para isso, é necessário que o início do pré-natal seja o mais precoce possível, de preferência antes da 12^a semana de gestação a fim de acompanhar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e de seu bebê, para assim obter intervenções oportunas, tanto preventivas como educativas e terapêuticas.

A avaliação precoce da DPP destaca a realização de intervenções multidisciplinares, com o objetivo central de apoiar o binômio mãe-bebê. Acredita-se que atuação preventiva das equipes multidisciplinar nesse período possa proporcionar a futura mãe, apoio e suporte necessário para enfrentamento os eventuais episódios de depressão.

As formas de sofrimento mental puerperal devem ser diagnosticadas e assistidas precocemente, a fim de auxiliar numa relação mãe-bebê satisfatórias no âmbito familiar, social, físico e psicológico. Em geral, as alterações emocionais repercutem na interação mãe-filho de forma negativa e promovem um desgaste na relação com os familiares e na vida afetiva do casal. A puérpera tem o direito de ter um acompanhante de sua escolha, não oferecendo obstáculos para sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto, se possível dando a preferência do companheiro.

Após a análise dos estudos, evidencia-se que a escala de rastreamento EDPS são úteis 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), aborda 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 se implementado na rotina das enfermeiras de puerpério, com o intuito de minimizar as consequências desta patologia no binômio mãe-bebê, e seus familiares.

4.1 ANÁLISE DE DIAGNÓSTICO: UMA VISÃO EM CRESCIMENTO

Trabalhar com gestantes não é tão fácil, pois se trata de um ser que em um determinado momento da sua vida passa a ser duas pessoas ou mais (gêmeos/trigêmeos). Transformando seu corpo, vida, e rotina em situações diferenciadas. Assim, que se inicia o pré-natal de uma gestante tem possibilidade de obter informações importantes onde às mesmas podem já desde o início a ter um diagnóstico precoce auxiliando no tratamento inicial com bons resultados não só para a mãe mais também para o futuro bebê e seus familiares.

Diante disso, evidenciam-se diversas possibilidades de intervenções facilitando assim a 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, mais também o psicológico levando a uma vida futura saudável.

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.

Ao perceber que no momento da admissão da gestante em um determinado hospital, foi verificada através da fala de cada gestante uma busca de apoio diferenciada, aonde as mesma já chegam depressivas por vários motivos como já foi adscrito anteriormente. Após estas falas não ah uma diferença tão grande apesar de ter um grupo de psicólogas para auxiliá-las.

Evidencia-se que a escala de rastreamento EDPS são úteis na identificação de pacientes que estão em risco de desenvolverem a DPP, porém não se observa a utilização desta ferramenta na rotina assistencial, o que possibilitaria diagnosticar e iniciar um tratamento precoce. Existem vários tipos de escalas disponíveis de rastreamento de diversos tamanhos e questões para serem abordadas, desde o pré-natal, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto. Porém não vejo o seu funcionamento no pré-natal, na admissão, período de internação, trabalho e parto e nem no pós-parto desta gestante no hospital.

Quando se trata de uma gestante já com problemas psiquiátricos, o pré-natal será de alto risco e não tem muito a diferenciação 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 bebê e seus familiares.

PLANO DE AÇÃO

O plano de ação é o planejamento de todas as ações necessárias para atingir um resultado desejado. É o momento importante e ser observado desde o pré-natal, no trabalho de parto, parto e no pós-parto possibilitando a identificação e relacionando situações que possam levar ao desenvolvimento da DPP, auxiliando assim a detecção e iniciando precocemente um tratamento.

Ao avaliar o quadro 1 juntamente com a escala de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), observo que possa ser criado um novo plano de ação onde a equipe de enfermagem junto com a própria puérpera e seus familiares, consiga a identificar 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, idéias 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 puérpera	Psicoterapia, farmacologia. Eletroconvulsoterapia (casos especiais)	Psicoterapia, farmacologia, eletroconvulsoterapia e internação (casos especiais)

Fonte: ZANOTTI et al (2003); ROCHA (1999); KAPLAN et al (1999)

⇒ 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.

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 idéias de morte e suicídio.

As entrevistadas são consideradas como do grupo de risco para desenvolver depressão, se a pontuação alcançada na EPDS forem iguais ou maiores que 10. Nesse caso, você deverá procurar um médico.

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 idéia 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

- o Se você marcou a primeira resposta, não conte pontos.
- o Se você marcou a segunda resposta, marque um ponto.
- o Se você marcou a terceira resposta, marque dois pontos.
- o Se você marcou a quarta resposta, marque três pontos.

⇒ Questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10

- o Se você marcou a primeira resposta, marque três pontos.
- o Se você marcou a segunda resposta, marque dois pontos.
- o Se você marcou a terceira resposta, marque um ponto.
- o Se você marcou a quarta resposta, não conte pontos.

PLANO DE AÇÃO					
PORQUE FAZER - META: Detectar e prevenir a depressão pós-parto - DPP					
O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FARÁ	ONDE	PRAZO	CUSTO/ INVEST.
Diferenciar no acolhimento do pré-natal	Reunião com os responsáveis da assistência primária	Gerencia e Coordenador da atenção primária	Postos de saúde	60 dias	+ R\$ 250,00
Rastreamento precoce. (Mudança no atendimento do pré-natal)	Observar e escutar no momento do pré-natal	Médicos e enfermeiros	Posto de saúde (no pré-natal), maternidade e hospitais que dão suporte para a maternidade.	60 dias	+ R\$ 100,00
Colocar em pratica a escala de rastreamento EDPS	Durante a internação (puerpério), na primeira consulta após o nascimento e até 42 dias após o nascimento.	Médicos, enfermeiros e toda a equipe multidisciplinar.	Maternidades, hospitais que dão suporte para maternidade e posto de saúde.	60 dias	+ R\$ 400,00
Dinâmicas com auxilio de figuras	Durante a internação (puerpério), na primeira consulta após o nascimento e até 42 dias após o nascimento.	Equipe multidisciplinar (Enfermeiro)	Maternidades, hospitais que dão suporte para maternidade e posto de saúde.	60 dias	+ R\$ 250,00

Após o prazo estipulado de 60 dias, reunir os dados e juntamente com as respostas será avaliado possíveis ações futuras ou ate mesmo um novo plano de ação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Juntamente com análise de diagnóstico da instituição onde trabalho e a revisão literária, foi possível evidenciar a dificuldade do diagnóstico e tratamento da Depressão pós-parto DPP, seja pela quantidade dos fatores de risco envolvidos e de etiologias existentes ou até mesmo pela falta de sensibilidade dos profissionais de saúde em reconhecer os fatores que predis põe o tratamento.

Existe um grande numero de gestantes/puérperas que apresentam os sintomas depressivos, bem como a complexidade dessa síndrome, confirmando a importância de demonstrar a multiplicidade dos fatores de risco envolvidos e de etiologias propostas, o que justifica a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, a fim de promover a detecção levando a prevenção da depressão pós-parto. Desenvolvendo estratégias diferenciadas no tratamento desse transtorno, prevenindo desta forma, os graves problemas futuros, pessoais e familiares resultantes da DPP.

Diante disso, esse estudo buscou salientar possíveis métodos que os enfermeiros podem utilizar para interferir positivamente nessa problemática, bem como um acolhimento desde o início do pré-natal fazendo um rastreamento precoce, utilizando a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EDPS), realizando uma dinâmica com as gestantes/puérperas com o auxílio de figuras de fácil entendimento, como instrumento importante na identificação da DPP. Pois acredito que possa ser implementado na rotina desde o acolhimento do pré-natal até na enfermaria dos hospitais onde dão atendimento para as puérperas. Tendo o apoio do acompanhante que seja de livre e escolha da gestante/puérperas (companheiro/familiar, ou alguém da preferência da gestante), também podem ajudar na identificação auxiliando no tratamento precoce e auxiliando no enfrentamento desta síndrome.

Conclui-se que é preciso adquirir habilidade para prestar assistência às mulheres, pois é necessário que hajam pessoas capacitadas e que estas trabalhem de forma integral. O plano de ação após poderá ser utilizado de forma integrativa de grande importância para a equipe multidisciplinar enfatizando a ENFERMAGEM, pois promoverá um diferencial na detecção e prevenção do diagnóstico da DPP.

REFERÊNCIAS

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

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

BRASIL, Ministério da Saúde, **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicas** / equipe de colaboração: Martha Ligia Fajardo et al, 3º Ed. Brasília, 1998. Disponível em:<>. Acessado em 27/10/2014.

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

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.

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.

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 Paula, Brasil, p.612-18. 2005.

FIGUEIRA, P.; CORREA, H.; MALLOY-DINIZ, L. e 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.

GUEDES-SILVIA, D; et al. **Depressão pós parto: prevenção e consequências.** Rev. Mal-estar Subj. v.3 n.2 Fortaleza set.2012.

MENDES, A.P; GALDEANO, L.E. **Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado.** Ciência, cuidado e saúde. Maringá, v.5,n.3,p.363-371, set/dez. 2006.

PEREIRA, L.B; SOUSA, R.G; VERSIANI, C.C; RIBEIRO, C.B. **Depressão pós-parto: identificado os riscos para o seu desenvolvimento.** Revista Digital. Buenos Aires- Ano18, n.182. Julho 2013.

REIBNITZ, K. S. et al. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Desenvolvimento do processo de cuidar.** Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.49 p.

RIBEIRO, W.; ANDRADE, M. **O papel do enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto (DPP).** Informe-se em promoção da saúde, v.5, n.1.p.07-09,2009.

RICALDONI, C.A. C.; SENA, R.R. **Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem.** Ver. Latino-Am. Enfermagem . Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, 2006.

SHARDOSIM, J.M; HELDT, E. **Escalas de rastreamento para depressão pós- parto: uma revisão sistemática.** Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2011 mar;32(1):159-66.

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

SOBREIRA, N.A.P; PESSÔA, C.G.O. Assistência de enfermagem na detecção da depressão pós-parto. Rev. Enferm. Integrada- Ipatinga: Unileste/MG-v.5,n.1. Jul./Ago.2012.