



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

RAMAYANA MELO MAFRA

**IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DESENCADEANTES DA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**

ARIQUEMES-RO
2011

Ramayana Melo Mafra

**IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DESENCADEANTES DA
DEPRESSÃO PÓS-PARTO: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente -FAEMA, como requisito parcial à obtenção de título de bacharelado em Enfermagem.

Prof.Orientador(a):Enf.Esp. Sharon Fernandes.

Co. Orientadora: Enf. Silvia Rosseto.

Ariquemes –RO

2011

Ramayana Melo Mafra

IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DESENCADEANTES DA DEPRESSÃO PÓS- PARTO: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Orientadora Esp. Sharon M.Fernandes
Faculdade de Educação e Meio Ambiente- FAEMA

Prof^a. Esp. Halina Folador
Faculdade de Educação e Meio Ambiente- FAEMA

Prof^a. Esp. Sônia Regina Batini
Faculdade da Educação e Meio Ambiente- FAEMA

Ariquemes, _____ de _____ de 2011.

Toda honra e toda glória sejam dadas ao Príncipe da Paz-
Jesus Cristo.

Ao meus pais, que um dia sonharam e hoje compartilham
deste importante momento comigo.

A minha filha, razão da minha perseverança.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por ter me dado força e coragem para vencer todos os obstáculos encontrados durante o período de graduação, por ter me ensinado o valor da vida me revitalizando em todos os momentos difíceis.

Aos meus pais, Maurício e Itana, e aos meus familiares pelo apoio incondicional, e por me mostrarem todos os dias o valor de se ter uma família e de se sentir amada e amparada.

A minha querida filha Yasmin, que mesmo antes de nascer já me ensinou tantas coisas, e ainda sendo tão pequena foi paciente nos meus momentos de ausência.

Ao Eduardo, que trilhou comigo esta tão sonhada conquista.

As orientadoras Sharon Fernandes e Silvia Rosseto, por agir com o verdadeiro significado da palavra orientar “encaminhar, guiar”. Obrigada pela dedicação e contribuição na realização desse trabalho.

À prof^a. Halina Folador pelas valiosas discussões e sugestões no decorrer do trabalho.

À prof^a. Dra. Rosani Alves Souza, que também me guiou nos momentos em que eu estava perdida, auxiliando-me nas questões teóricas e metodológicas.

À todos os professores que contribuíram durante esses quatro anos para o meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada, pelo carinho, ensinamentos e incentivos.

À bibliotecária Vanessa Chaves Leal pela disponibilidade de tempo e dedicação ao longo desse trabalho.

As amigas Mariana Costa, Caroline Castro e Geovana Mendes por compartilharem todos os momentos desta trajetória, oferecendo-me, cada uma à sua maneira, gestos de carinho, companheirismo, acolhimento, alegrias e muitos risos. Momentos jamais esquecidos.

E finalmente, agradeço a todos que, de algum modo, colaboraram para o desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

A DPP é um transtorno mental que afeta cerca de 10 a 20% das mulheres no período puerperal, uma patologia que atinge diretamente o estado biopsicosocioambiental, podendo manifestar-se com intensidade variável. O período puerperal é um momento que exige cuidados especiais à mulher, maior atenção da família e do profissional de saúde, é considerado como um período de alterações locais e sistêmicas, provocadas durante a gestação ou parto. A identificação precoce dessa patologia é imprescindível, por se tratar de uma doença de difícil diagnóstico, uma vez que seus sintomas se confundem com o estado de ajustamento emocional da puérpera. Dessa forma foram criados mecanismos como a EPDS e a PDSS, instrumentos que auxiliam na identificação desse possível transtorno mental. Este estudo tem como objetivo demonstrar a importância da atuação do enfermeiro na identificação de fatores desencadeantes da DPP. Trata-se de pesquisa de revisão bibliográfica, realizada entre o período 1999 a 2011, por meio de busca eletrônica em bases de dados e sites oficiais, além do levantamento da literatura científica pertinente em acervo bibliotecário. Portanto, cabe ao enfermeiro a atenção e conhecimentos sobre os transtornos mentais no puerpério, em qualquer âmbito de atendimento, devendo estar apto para as diferentes dinâmicas de diagnósticos, atendendo durante o pré-natal de forma holística, objetivando sobretudo a prevenção deste transtorno e a promoção do bem-estar materno-fetal.

Palavras-chave: Depressão Pós-parto, Puerpério e Enfermagem.

ABSTRACT

PPD is a mental disorder that affects about 10 to 20% of woman in the postpartum period, a condition that directly affects the state biopsicpsocioambiental, may present with varying intensity. The postpartum period is a time that requires special attention to women, more attention from family and health professional, is regarded as a period of local and systemic changes, caused during pregnancy or childbirth. Early identification of this pathology is crucial, because it is a difficult disease to diagnose since its symptoms are confused with the state of postpartum emotional adjustment. Thus were created mechanisms such as PDSS and EPDS, tools to aid in the identification of possible mental disorder. This study aims to demonstrate the importance of nurses' performance in the identification of triggering factors of PPD. It is a literature review of research conducted between the period 1999 to 2011, through electronic search of databases and official sites and a survey of scientific literature in decent librarian. Therefore, it is the nurse's attention and knowledge about mental disorders in the puerperium, in any area of care, should be fit for the different dynamic diagnostics, serving during the prenatal holistically, aiming mainly to prevent this disorder and the promotion welfare mother to fetus.

Keywords: Postpartum Depression, Postpartum and Nursing.

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
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
MS	Ministério da Saúde
PDSS	Postpartum Depression Screening Escala
PSF	Programa da Saúde da Família
RN	Recém-Nascido
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SSRI	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	GERAL.....	11
2.2	ESPECIFICO	11
3	METODOLOGIA	12
4	REVISÃO DE LITERATURA	13
4.1	CONCEITOS.....	13
4.2	ETIOLOGIA.....	16
4.3	SINTOMATOLOGIA.....	17
4.4	DIAGNÓSTICO	17
4.5	TRATAMENTO	19
4.6	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO.....	21
	CONCLUSÃO	25
	REFERÊNCIAS	26
	APÊNDICE – ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO EDIMBURGO	32

INTRODUÇÃO

Desde a infância as mulheres são preparadas para serem dóceis, equilibradas, compreensivas e acolhedoras, características que são exigidas a todos os instantes de sua vida. Perante a essas qualificações, almeja-se, portanto, o modelo de “mulher/mãe perfeita”, cuja exigência tem significado um alto custo emocional para as mulheres, pois, quando tais exigências não são atendidas, estas sofrem um grande conflito entre o idealizado e a vivência real. (SANTOS, SILVEIRA e GUALDA, 2009).

A frustração de não corresponder as expectativas do papel mulher/mãe favorece à um sofrimento psíquico que pode vir a se configurar como uma base para a depressão. (AZEVEDO e ARRAIS, 2006). A palavra depressão, sendo considerada uma doença pós-moderna, está associada a reações diante de determinados sofrimentos ou sentimentos de perda. (RODRIGUES et al., 2006).

Deste modo no que diz respeito aos transtornos mentais no puerpério, está a Depressão Pós-Parto (DPP), caracterizada como transtorno de humor que ocorre geralmente nas primeiras quatro à seis semanas no puerpério, alcançando sua intensidade máxima nos seis primeiros meses, podendo interferir diretamente no estado biopsicosocioambiental da mulher. A prevalência da depressão está entre uma a cada seis pessoas da população, além de prejuízos a saúde, o custo social é um importante problema para a saúde pública nos dias atuais, sendo a 5º doença que mais gera gastos na saúde das mulheres. (GUIMARÃES e MONTICELLI, 2007).

Embora não se conheça claramente a sua etiologia, sabe-se que existem vários fatores de risco que podem contribuir para o surgimento de distúrbios psíquicos no puerpério, que será discutido ao longo do trabalho. (COSTA , PACHECO e FIGUEIREDO, 2007).

Portanto, os inúmeros sinais apresentados pela mulher nesse período da DPP, despertou a necessidade e a motivação de realizar esse estudo, ressaltando que as doenças psíquicas, sobretudo a depressão, são pouco enfatizadas pelas ações de promoção à saúde e raramente quando acontecem estão direcionadas, na atenção

básica, apenas a grupos específicos, excluindo muitas vezes a gestante e puérpera. Ainda na qualidade de componente da academia, foi possível presenciar no cotidiano, dentro da rede básica de saúde, a escassez de atenção por parte do profissional enfermeiro em atentar ou identificar possíveis fatores de risco ao desenvolvimento da DPP.

O conhecimento dos fatores de risco predisponentes da DPP é imprescindível para o planejamento e execução de ações preventivas, a identificação precoce possibilitará ao enfermeiro realizar uma ação imediata à mãe com possível risco a desencadear a DPP para um aconselhamento ou psicoterapia, proporcionando assim, constituir um valioso instrumento de prevenção desse distúrbio. (GOMES et al., 2010).

Visando contemplar esse cuidado holístico em assistência de enfermagem, o pré-natal tem por objetivo identificar precocemente as mulheres com mais chance de apresentar uma evolução desfavorável, desta forma acolhendo-as desde o início de sua gravidez, integrando a sua família. (SPINDOLA, PENNA e PROGIANTI, 2006).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) demonstrou um avanço na transformação do modelo vigente, pois proporciona um atendimento humanizado. Com essa característica da ESF, espera-se que o enfermeiro, integrante da equipe, ao realizar as ações inerentes a esta estratégia, particularmente, relacionado ao pré-natal, seja capaz de identificar fatores ou condições favoráveis aos riscos e agravos à saúde da mulher, em especial, a depressão pós-parto. (VALENÇA e GERMANO, 2010).

Perante ao que foi exposto, o objetivo desse trabalho é demonstrar aos profissionais de enfermagem a importância da prevenção e detecção precoce da DPP. Mesmo que haja conhecimento sobre as possíveis e até esperadas alterações no ciclo gravídico-puerperal, estas alterações tornam-se importantes quando se percebe a intensificação e permanência dos sintomas depressivos, merecendo serem vistos com maior cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Demonstrar a importância da atuação do enfermeiro na identificação de fatores desencadeantes da DPP.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Descrever os fatores desencadeantes da DPP ;
- Demonstrar a atuação do enfermeiro na promoção e prevenção da DPP.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica sistêmica da literatura atual de artigos científicos e de meios eletrônicos no qual contribuiu para aquisição de conhecimento científico do assunto em discussão, além de permitir alcançar os objetivos desse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). A coleta de dados foi realizada através das plataformas eletrônicas indexadas: (Medline, Scielo (Scientific Electronic Library Online), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico) e o acervo bibliográfico disponível na biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente –FAEMA entre os anos de 1999 a 2011. Para a busca dos dados optou-se pelos Descritores em Saúde (DECS): “Depressão Pós-parto”, “Puerpério” e “Enfermagem” para delimitar tal pesquisa, dos artigos disponíveis, foram utilizados apenas os pertinentes ao tema. Após, realizou-se uma leitura seletiva e interpretativa, resultando neste TCC, que aborda a importância da atuação do enfermeiro na identificação de fatores desencadeantes da DPP.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 CONCEITOS

O puerpério é uma fase de grande importância e assim como em outras fases do ciclo da vida, exige cuidados especiais à mulher. Esse momento é marcado pela instabilidade emocional e vulnerabilidade para a puérpera, em relação as mudanças físicas, emocionais, alterações hormonais, adaptação à nova vida, carências afetivas e um menor apoio familiar. (HIGUTI e CAPOCCI, 2003).

Desta forma, a fase puerperal corresponde a um momento delicado na vida da mulher, pois exige uma grande capacidade de reorganização, necessitando de atenção especial, acompanhamento contínuo da família e dos profissionais de saúde. (SILVA e BOTTI, 2005).

O período puerperal é conceituado como um período de modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gestação e o parto, até o organismo materno retornar as suas condições pré-gravídicas. (BRASIL, 2001). É um período cronologicamente variável que tem duração de até 42 dias, entretanto, pode-se didaticamente dividi-lo em três fases, a saber: 1º Imediato (que corresponde do 1º ao 10º dia após o parto), 2º Tardio (que corresponde do 11º ao 42º dia após o parto) e o 3º Remoto (à partir do 43º dia após o parto). (BRASIL, 2006).

Sendo assim, nesse período de grandes exigências sociais, familiares e pessoais tornam a mulher mais suscetível a desencadear um transtorno mental. Este, no entanto, constitui uma área pouco conhecida e conseqüentemente pouco pesquisada, cuja razão encontra-se ligada ao não reconhecimento do mesmo, visto a dificuldade na distinção de sintomas. Antigamente, associava-se os transtornos puerperais como distúrbios específicos desta fase, mas hoje sabe-se que o parto e todos os eventos que o sucedem funcionam como fatores desencadeantes do processo mórbido. (KAPLAN e SADOCK, 1999 apud SILVA e BOTTI, 2005).

A Depressão Pós-parto é considerada como uma patologia decorrente de uma junção de fatores biopsicossociais, de difícil controle, atuando de forma imbatível no seu surgimento. (GUEDES-SILVA et al., 2003).

A descrição conceitual utilizada pelo Manual de Diagnósticos e Estatístico de Transtornos Mentais -DSM-IV, a DPP encontra-se dentro da classificação de depressão maior iniciando no pós-parto, que ocorre dentro das quatro primeiras semanas após o parto. (FRIZZO e PICCININI, 2005).

Segundo Hueb et al. (2007), a depressão é considerada um estado anormal de sofrimento psicológico com surgimento no terceiro ou quarto mês do puerpério, acarretando prejuízos na vida social e familiar da mulher. Deste modo, tornando-a incapaz de realizar as atividades do cotidiano, caracterizando-se por sentimentos de irritabilidade, ansiedade, insônia, choro, alterações no apetite e tristeza.

Como foi visto até o momento, há diferentes formas de conceituar a DPP, que de um modo geral é vista como um episódio de quadro depressivo, embora sua descrição e classificação são opostas, a DPP pode ser classificada como base em sua intensidade (leve, moderada e até severa). Está classificada em tristeza materna (baby-blues), depressão pós-parto e psicose puerperal. (RICCI, 2008).

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 DPP acomete entre 10% e 20% das mulheres, com início na primeira semana após o parto. É considerado um quadro clínico severo e agudo, exigindo cuidados psicológicos e psiquiátricos, principalmente, no ciclo gravídico- puerperal, pois exige equilíbrio psíquico devido à intensidade de mudanças vividas pela mulher. Esse transtorno compreende alterações no humor e apetite, irritabilidade, incapacidade do auto-cuidado e cuidados com o bebê, além de idéias suicidas e homicidas em relação ao bebê. (IACONELLI, 2005), assim como sintomas vegetativos, cognitivos e psicomotores. (CRUZ, SIMÕES e FAISAL-CURY, 2005).

Já a psicose pós-parto é considerada a mais grave dos transtornos mentais no puerpério, acometendo em torno de uma a duas pacientes a cada 1.000 parturientes.

(ELDER, 2004 apud RICCI, 2008). Geralmente a psicose apresenta-se até 3 semanas após o nascimento, suas manifestações incluem transtornos do sono, fadiga, depressão, hipomania, choro, confusão mental, sentimentos de culpa e baixa auto-estima. 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 e CHOKKA, 2004 apud RICCI, 2008). Neste caso, a maioria das puérperas são hospitalizadas por alguns meses. (RICCI, 2008).

No Brasil, estudos sobre esse tema têm encontrado uma alta prevalência. Um recente estudo realizado na cidade de Pelotas (RS), com 410 puérperas avaliadas entre a 4º e a 6º semana após o parto, verificou uma prevalência de 19,1% de DPP. (MORAES et al.,2006). Já um estudo menor, realizado na cidade de São Paulo com mães atendidas pelo Programa da Saúde da Família (PSF), verificou uma prevalência de 37,1% sendo as puérperas avaliadas entre a 12º e a 16º semana após o parto. (CRUZ, SIMÕES e FAISAL-CURY, 2005).

Tanto a gravidez quanto o parto, constituem-se de momentos felizes como estressantes para a mulher e familiares, além de atuarem como fatores desencadeantes da DPP, principalmente se vierem acompanhados de acontecimentos adversos. (SILVA e BOTTI, 2005). Os principais fatores desencadeantes da DPP, podem estar relacionados a história de transtorno psiquiátrico prévio, conflitos conjugais pois nesta nova fase o casal sofrerá um conjunto de alterações relacionadas ao desempenho parental que deverá ser conciliado com vida do casal sexuado, solteira ou divorciada pois a mulher sente-se incapaz e insegura para realizar todas as atividades sozinhas, gravidez indesejada que leva a mulher a rejeitar seu próprio bebê, falta de apoio oferecido pelo parceiro, desemprego, nascimento prematuro ou morte do bebê e dificuldades em amamentar. Outros fatores desencadeantes apontados pelos autores foram as condições socioeconômicas precárias, escolaridade, a vinda de um bebê do sexo oposto ao desejado, abortamentos espontâneos ou de repetição. (CAMACHO et al., 2006).

O profissional enfermeiro, que normalmente está presente no atendimento as necessidades da gestante e puérpera, deve estar atento a esses fatores de risco, que devem ser levantados já na primeira consulta de pré-natal, de modo a prevenir transtornos mentais na mãe.

4.2 ETIOLOGIA

A etiologia da DPP, ainda não é completamente conhecida, mas pode-se notar também que dentre os tipos de fatores psicossociais, biológicos e obstétricos mencionados anteriormente, os fatores hormonais também estejam envolvidos. Sendo assim, durante a gestação os níveis de estrogênio e progesterona são superiores áqueles vistos nas mulheres fora do período gravídico e esse fator pode estar relacionado nas alterações do humor que ocorrem nessa fase. As alterações hormonais que se processam após o parto, são marcadas pela diminuição acentuada dos hormônios estradiol e progesterona, além da redução do cortisol sérico, relacionado a uma diminuição elevada das atividades secretoras da glândula pituitária. (CAMACHO et al., 2006).

Essa hipótese de que os hormônios são uma das causas etiológicas, foi demonstrada através de um experimento que simulou os níveis suprafisiológicos do estradiol e progesterona em estágios avançados da gravidez e a sua subsequente retirada em mulheres com ou sem história prévia de DPP. Sendo assim, concluiu-se que a queda abrupta desses hormônios no período pós-parto possivelmente está relacionado na etiologia da DPP. (BLOCH et al., 2000).

Desta forma, em períodos de variações hormonais súbitas nos níveis de estrógenos circulantes, acarretaria maior vulnerabilidade para o surgimento de transtornos psíquicos na mulher, neste caso, cognição e humor. A partir de tais estudos, tornou-se evidente a hipótese de que algumas mulheres seriam mais suscetíveis a variações hormonais em etapas de suas vidas, como o período pré-menstrual, menarca, gestação, puerpério, menopausa até o uso de anticoncepcionais. (BLOCH et al., 2000).

4.3 SINTOMATOLOGIA

A apresentação clínica da DPP aparece de forma insidiosa e na maioria das vezes nas primeiras quatro à seis semanas após o parto, alcançando sua intensidade máxima nos primeiros seis meses e difere daquela característica relacionado ao da depressão maior não psicótica, que se apresenta em mulheres em outra épocas da vida. (CAMACHO et al., 2006). Estima-se que 25 a 35% das mulheres apresentam sintomas depressivos na gravidez. (ZINGA et al., 2005).

A puérpera acometida por esta síndrome pode apresentar sintomas físicos que caracterizam a depressão puerperal, como lombalgias, cefaléia, erupções vaginais e dor abdominal, sem nenhuma causa aparente. (SILVA e BOTTI, 2005). Os sintomas mais comuns são alterações do sono, sentimento de culpa, desânimo persistente, alterações no apetite, dificuldade de concentração, tristeza, choro fácil, diminuição da libido, ansiedade, baixa auto-estima, irritabilidade, idéias suicidas, temor em machucar o bebê, sentimento de incapacidade em relação a maternidade, sendo estas características comuns a alterações somáticas. (FRIZZO e PIACCININI, 2005 ; SILVA e BOTTI, 2005).

Os sintomas desta patologia geralmente têm uma duração de tempo razoável, porém, podem interferir nas atividades normais da mulher. (SILVA e BOTTI, 2005). Entretanto, vale ressaltar que muitas mulheres com depressão puerperal são assintomáticas. (SANTOS, ALMEIDA e SOUZA, 2009).

4.4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico precoce é imprescindível para evitar ou minimizar os prejuízos causados a tríade mãe-bebê-familiares. A DPP não é fácil de ser identificada, além disso, muitas vezes não é detectada pelo enfermeiro ou pelo obstetra num primeiro instante, devido aos sintomas iniciais poderem ser confundidos com o estado de ajustamento emocional da puérpera, o que impossibilita o encaminhamento a um tratamento específico e um bom planejamento de terapêutica adequada, por isso a

necessidade de se atentar para os fatores de risco e associá-los a possíveis transtornos emocionais. No entanto, um vínculo de confiança e cumplicidade entre a puérpera e o profissional tende a favorecer ao diagnóstico precoce. Na maioria das vezes, a identificação da DPP pode ser feita através dos indícios apresentados pela puérpera servindo como alerta aos profissionais de saúde. (HIGUTI e CAPOCCI, 2003).

A identificação desta patologia torna-se importante em virtude de seus efeitos avassaladores tanto para a mãe como para o bebê, ressaltando os reflexos sobre a família. (SANTOS, ALMEIDA e SOUZA, 2009). Com a finalidade de proporcionar o diagnóstico e a detecção da DPP, foram criados instrumentos, sendo a Scale of Pospartum Depression Edinburgh (EPDS) em Apêndice e a Pospartum Depression Screning Scale (PDSS) as mais utilizadas.

A EPDS é a mais estudada, inclusive, utilizada em alguns protocolos internacionais, como o manual do Ministério da Saúde de Portugal. (PORTUGAL, 2006). 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. É instrumento de auto-avaliação, contendo dez questões de sintomas comuns de depressão, cujas opções são pontuadas de zero a três, de acordo com a presença e intensidade do sintoma. A puérpera escolhe as respostas que melhor descrevem o seu estado emocional proporcionalmente mais freqüentes. (CRUZ, SIMÕES e FAISAL-CURY, 2005). As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3,2,1,0) e cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total. Sendo que, uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, porém, não indica a sua gravidade. (PORTUGAL, 2006).

De acordo Buist et al. (2002), estudos recentes têm demonstrado a utilidade do uso de escalas de auto-avaliação para triagem de mulheres predisponentes a DPP em serviços de atendimento primário.

Já o instrumento Postpartum Depression Screning Escala (PDSS) criada por Beck e Gable (2000) nos Estados Unidos, também já traduzida e validada no Brasil. É uma escala de auto-avaliação do tipo likert, composta por trinta e

cinco enunciados que avaliam sete dimensões: distúrbios do sono/apetite, ansiedade/insegurança, labilidade emocional, prejuízo cognitivo, perda do eu, culpa/vergonha e vontade de causar dano a si. Cada dimensão é formada por cinco itens que descrevem como uma puérpera pode estar se sentindo após o parto. (BECK e GABLE, 2000).

O que diferencia a EPDS da PDSS é a sensibilidade da segunda em abordar outros componentes da DPP. (CAMACHO et al., 2006). É necessário ressaltar que ambas podem ser utilizadas pelo profissional de saúde, sem a exigência de especialização em saúde mental. (SANTOS, ALMEIDA e SOUZA, 2009).

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 e FAISAL-CURY, 2005).

Portanto, para um diagnóstico seguro, é necessário o reconhecimento da instalação e surgimento dos sintomas, salientando a importância do mesmo com início no primeiro ano após o parto. (SILVA e BOTTI, 2005).

4.5 TRATAMENTO

O tratamento da DPP geralmente é estabelecido conforme a gravidade dos sintomas apresentados pela puérpera. Alguns estudos na terapêutica da DPP tem utilizado técnicas semelhantes aos empregados no tratamento de transtornos depressivos em outros momentos da vida, de um modo geral, baseia-se na farmacologia e psicoterapia. (SANTOS, ALMEIDA e SOUZA, 2009 ; HIGUTI e CAPOCCI, 2003).

Para a maioria dos autores, a terapêutica farmacológica mais eficaz no tratamento são os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (SSRI) sendo : (Fluoxetina, Paroxetina e Sertralina) e os antidepressivos tricíclicos (Nortriptilina e

Desipramina). Ressaltando que as duas primeiras drogas deixem de ser administradas em puérperas que amamentam, devido ao elevado nível de antidepressivos nos lactentes expostos, efeitos colaterais e dificuldades de ganho de peso. (MAGALHÃES et al., 2006).

Portanto, o profissional enfermeiro deve estar atento ao uso dessas medicações por mães que amamentam, já que todos os antidepressivos são secretados no leite em concentrações variadas, e sabe que os lactentes expostos recebem aos menos 1% da droga que a mãe recebe. (HIGUTI e CAPOCCI, 2003). Lembrando que para a mulher que sofre um transtorno depressivo puerperal, é fundamental proporcionar de modo criterioso o contato entre mãe-filho, considerando o seu estado de raciocínio e percepção da realidade, destacando assim formas passíveis e apropriadas de se fazer esse contato. (PASSOS, 2010).

Uma abordagem psicoterapêutica é imprescindível no tratamento da depressão puerperal, uma vez que o profissional juntamente com a puérpera e familiares, construirão novos pilares à partir da realidade vivenciada, além disso, a formação de grupos de apoio ou discussão, permite a essas mulheres a compartilharem suas vivências comuns em relação a maternidade e as modificações decorrentes da gestação, objetivando o alívio dos sentimentos depressivos. (AZEVEDO e ARRAIS, 2006).

Outro fator importante à respeito da DPP é a participação do companheiro tanto na relação conjugal, como com seu filho, mesmo que ainda timidamente, vem sendo abordado em estudos recentes, merecendo atenção. (MAROFISKI, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) (2006), o companheiro pode sentir-se participante ativo ou excluído, dessa forma, a ajuda mútua e a compreensão desses estados podem servir como fonte de reorganização para o casal. (BRASIL, 2006)

Segundo Silva e Piccinini (2009), o apoio emocional paterno tem sido destacado com grande importância na relação com a mãe e no desenvolvimento de seu filho. Além disso, relatam que vários aspectos da paternidade podem estar relacionados à depressão materna, havendo uma influência mútua entre a função de pai e mãe nesse contexto.

Esse estudo reforça que as intervenções em saúde, devem incluir também as interações familiares, ou seja, a participação do bebê e do companheiro no tratamento desta patologia, pois podem diminuir o nível de estresse da mãe e apoiar o desenvolvimento da responsabilidade do casal, tanto nos papéis de pais como na relação conjugal, sendo que quanto maior o suporte social do companheiro, menor a prevalência da DPP. (MAROFISKI, 2010).

Porém, o que diz respeito à Enfermagem, aponta-se o conhecimento específico na área, que visem subsidiar estratégias, ferramentas para a assistência diante da DPP, atentando para a importância da identificação precoce deste transtorno, deste modo, deve estar apto nas intervenções que proporcionem as puérperas o apoio de que necessitam para superar os desafios de ser mãe, preservando a sua identidade, inserção social, relação parental e outros. (SANTOS,SILVEIRA e GUALDA, 2009).

4.6 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Cabe ao enfermeiro a atenção e o conhecimento a respeito das alterações emocionais no pós-parto, já que é inserido no serviço de saúde, no qual se constitui a porta de entrada para o acolhimento e direcionamento adequados, no que concerne a terapêutica à puérpera, principalmente na prevenção deste transtorno psíquico. A saúde mental é de suma importância em matéria de saúde humana, neste caso, devendo ser cuidadosamente apreciada pelos profissionais do cuidado humano. O contato imediato do cliente nos serviços de saúde é feito pelo enfermeiro, desta forma, seja em qualquer âmbito de atendimento, o enfermeiro deve estar apto para as diferentes dinâmicas de diagnósticos, principalmente atender-se as alterações de natureza psíquicas, que por muitas vezes encontram-se obscuras em intercorrências clínicas, dificultando o diagnóstico e o tratamento adequado. (SILVA e BOTTI, 2005).

O modelo assistencial proposto pela ESF é baseado na promoção à saúde e na prevenção de doenças e agravos, visando atender o indivíduo em seu contexto familiar e comunitário. Deste modo, o enfermeiro integrante da equipe da ESF precisa estar capacitado para liderar uma demanda diversificada, em especial, nas questões de

ordem psicológica, que tendem a dificultar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento adequados. Cabe à este profissional o conhecimento sobre a DPP para atender a gestante durante o pré-natal de forma holística objetivando a prevenção deste transtorno, neste contexto, satisfazendo até mesmo as necessidades das puérperas predisponentes a DPP. 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 e GERMANO, 2010).

Deste modo, para fortalecer o vínculo mãe-bebê e prevenir fatores que possam prejudicar essa interação, o enfermeiro poderá implementar tais ações efetivas que visam promover o bem-estar materno-fetal, como por exemplo: incentivar o alojamento conjunto, incentivar a amamentação na primeira hora de vida e orientar quanto à importância da amamentação, incentivar e orientar a mãe quanto ao auto-cuidado e quanto aos cuidados com o recém-nascido (RN), promover o contato da gestante com a psicóloga (dar suporte emocional), explicar a rotina da unidade, estimular a autoconfiança materna, manter o contato com a família da gestante, sensibilizar a equipe de enfermagem quanto à importância de incentivar o vínculo mãe-bebê, disponibilizar contato de um enfermeiro para referência no puerpério, orientar a respeito das modificações do corpo e do retorno à normalidade, orientar quanto à importância da restrição de visitas (principalmente durante a amamentação), orientar quanto à massagem do bebê (técnica de Shantalla), proporcionar o bem-estar materno em sala operatória, promover exercícios de relaxamento e automassagem, promover a participação do companheiro durante o ciclo gravídico-puerperal e objetivando, sobretudo, o vínculo saudável entre mãe-filho para o desenvolvimento do RN. 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 e GALDEANO, 2006).

Vale ressaltar também que o requisito mais importante para a ação preventiva é a disponibilidade para ouvir a gestante com uma postura de acolhimento, por meio da

interação o profissional pode detectar variações de humor, de pensamento e comportamento indicativos de eventual distúrbio emocional. (FALCONE et al., 2005).

O pré-natal é embasado em consultas programadas e realizadas pelas gestantes com os integrantes da equipe com o intuito de acompanhar a evolução adequada da gravidez, a preparação adequada para o parto, o aleitamento materno e os cuidados com o bebê. Estas consultas também objetivam a detecção de doenças maternas, a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento das intercorrências da gravidez, além de exercer a vigilância do desenvolvimento e da vitalidade fetal. Logo, o pré-natal refere-se aos cuidados médicos e de enfermagem assistidos à mulher grávida entre a concepção e o trabalho de parto. (BRASIL, 2006).

Ao se abordar a DPP é fundamental identificar as mulheres com fatores desencadeantes, por meio do monitoramento durante o pré-natal, sendo-lhes dada a oportunidade de uma relação profissional de saúde/paciente. Solucionando assim, eventuais conflitos quanto à maternidade e situações psicossociais adversas. Assim, o profissional tem a chance de atuar na perspectiva de prevenção e promoção da saúde, recobrando sua conduta de potencial para mudar a alta prevalência e impacto social desse transtorno. (FELIX, GOMES e FRANÇA, 2008)

Destarte, é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa vivenciar o parto de modo positivo, evitando riscos de complicações no puerpério, neste contexto, o pré-natal e o nascimento são momentos ímpares para cada mulher tornando cada assistência individualizada e diferenciada. O enfermeiro da equipe da saúde deve estar preparado para notar os sinais iniciais da patologia, intervindo de modo competente e hábil, e sem deixar de lado a postura de educadores que compartilham conhecimentos, almejando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério. (RIOS e VIEIRA, 2007).

Para implementar as atividades de controle pré-natal, é fundamental identificar os riscos a que cada gestante encontra-se exposta. Isso permitirá a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. É imprescindível que esta avaliação do risco seja constante, ou seja, abordada em toda consulta uma vez que uma gestante de baixo risco pode tornar-se de alto risco. E como já mencionado anteriormente, existem instrumentos de rastreamento da DPP que podem interferir

positivamente como identificação dos diversos fatores desencadeantes envolvidos neste transtorno, podendo ser implementado na rotina das consultas de enfermagem auxiliando no reconhecimento de uma provável DPP. (VALENÇA e GERAMANO, 2010).

Portanto, a consulta de enfermagem contribui para que a gestante possa enfrentar esta etapa da vida com mais tranquilidade, permitindo-lhe compreender e expressar os diversos sentimentos vivenciados. (SHIMIZU e LIMA, 2009). Ressaltando que o enfermeiro encontra-se numa posição favorável para identificar os sinais indicativos de depressão, fazer o levantamento das possíveis dificuldades dessa paciente, realizar os devidos encaminhamentos e atuar terapêuticamente logo que estiver em interação com a paciente, promovendo sempre a qualidade de vida da mulher e seus familiares. (CANDIDO e FUREGATO, 2005).

CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos propostos para este trabalho, foi possível demonstrar a importância da atuação do enfermeiro frente a este transtorno psíquico.

Diversas questões ainda precisam ser esclarecidas no que diz respeito a um tema tão amplo e importante quanto à saúde mental das mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Desta forma, devido ao forte impacto negativo no binômio mãe-filho e, por conseguinte em toda a família, é de extrema importância a atenção e o conhecimento acerca da DPP por todos os prestadores de cuidados específicos neste período.

O enfermeiro que faz parte da equipe ESF, tem responsabilidade ímpar, no que diz respeito ao conhecimento e atenção dos sinais da DPP, principalmente aos de natureza psíquica, que na maioria dos casos complicam a prevenção, o diagnóstico e um tratamento apropriado. O profissional deve acompanhar a paciente durante todo o pré-natal de forma holística, atentando-se aos fatores sociais e familiares da gestante, identificando fatores desencadeantes da DPP, principalmente por meio de monitoramentos durante o pré-natal, sendo nesta fase que a paciente deve ser melhor orientada sobre os riscos da DPP, atuando o enfermeiro de forma competente e hábil, procurando levar a paciente a auto-confiança para vivenciar a gestação, o parto e o puerpério.

Contudo, nesse contexto, estudos sobre a depressão no ciclo gravídico-puerperal devem ser incentivados, objetivando a padronização de condutas, além da sensibilização dos profissionais de saúde quanto a esse importante agravo de saúde pública, e deste modo, o Ministério da Saúde deve posicionar-se a respeito do tema orientando o diagnóstico e a conduta principalmente nas unidades básicas de saúde.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Kátia Rosa ; ARRAIS, Alexandra da Rocha. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicol. Reflex. Crít.**, Porto Alegre, v.19, n.2, p.269-276, 2006. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/188/18819213.pdf>>. Acesso em:24/05/2011.

BECK,C.T ; GABLE, R.K. Postpartum depression screening scale: development and psychometric testing.**Nurs Res**, v.49, n.5, p.272-282, set/oct,2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11009122>>. Acesso em 02/06/2011.

BUIST, A.E. et al. To screen or not to screen-That is the question in perinatal depression. **Med J. Aust(Suppl)**, p. 101-105, 2002. Disponível em: <http://www.mja.com.au/issues/177-071002/bui10367_fm.html>. Acesso em: 02/06/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BLOCH,Miki *et al.* Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. **Am J. Psychiatry**, v.157, p.924-930,June 2000. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/157/6/924>>. Acesso em: 01/06/2011.

CAMACHO, Renata Sciorilli et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev. Psiquiatria. Clínica**, São Paulo, v.33, n.2, p.92-102, jul./dez, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a09v33n2.pdf>>. Acesso em: 18/06/2011.

CANDIDO, Mariluci Camargo F. S. ; FUREGATO, Antonia Regina F. Atenção da enfermagem ao portador de transtorno depressivo: uma reflexão. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v.1, n.2, ago. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18066976200500020008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16/06 2011.

COSTA, Raquel ; PACHECO, Alexandra ; FIGUEIREDO, Bárbara. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. **Rev. Psiquiatria Clínica.**, v. 34, n.4, p.157-165, 2007. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/n4/pdf/157.pdf>>. Acesso em: 24/05/2011.

CRUZ, Eliane Bezerra da Silva ; SIMÕES, Gláucia Lucena ; FAISAL-CURY, Alexandre. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família. **Rev. Bras. Ginecol Obstetra.** ,v.27, n.4, p.181-188, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n4/a04v27n4.pdf>>. Acesso em: 17/05/2011.

FALCONE, Vanda Mafra et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.4, p.612-618, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n4/25534.pdf>>. Acesso em: 30/06/2011

FELIX, Giselle Maria ; GOMES Ana Paula Ribeiro ; FRANÇA, Paulo Sérgio. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. **Ciências Saúde.**, v.19, n.1, p.51-60, 2008. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol19_1art06.pdf>. Acesso em: 21/06/2011.

FRIZZO, Giana Bitencourt ; PICCININI, César Augusto. Interação mãe bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Estudos de Psicologia**, v.10, n.1, p.47-55, jan/abr, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a06.pdf>>. Acesso em: 15/06/2011.

GOMES, Lorena Andrade et al. Identificação dos fatores de risco para a depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Rev. René**, v. 11, n. especial, p. 117-123, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a13v11esp_n4.pdf>. Acesso em : 13/06/2011.

GUEDES-SILVA, Damiana et al. Depressão pós-parto: prevenção e conseqüências. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 3, n. 2, set. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482003000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14/06/2011.

GUIMARÃES, Gisele Perin ; MONTICELLI, Marisa. (Des) Motivação das puérperas para praticar o método mãe-canguru. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v.28, n.1, p.11-20, 2007. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4687>> . Acesso em : 13/16/2011.

HIGUTI, Priscilla de Cássia Lopes ; CAPOCCI, Pollyana Oliveira. Depressão pós-parto. **Rev. Enfermagem**. UNISA, p.46-50, 2003. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-11.pdf>> . Acesso em: 13/06/2011.

HUEB, Thiago O. et al. Identificação da depressão pós-parto em puérperas na cidade de Sorocaba. **Rev. Brasileira de Medicina**, v.64, n.7, jul. 2007. Disponível em : <www.moreirajr.com/revistas.asp?id_materia=3610> . Acesso em: 05/05/2011.

IACONELLI, Vera. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Rev. Pediatria Moderna**, v.41, n.4, p.41-55, jul/ago, 2005. Disponível em : <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3063>. Acesso em: 20/06/2011.

MAGALHÃES, Pedro Vieira da Silva et al. Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. **Rev. Psiq. Clínica**, v.33, n.5, p.245-248, 2006. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n5/pdf/245.pdf>>. Acesso em: 20/06/2011.

MAROFISKI, Fernanda de Oliveira. **Atuação da Enfermagem na Prevenção e Enfrentamento da Depressão Pós-parto**. Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, 2010. Disponível em: <<http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/enfermagem/files/2010/09/TCC-final1.pdf>>. Acesso em: 20/06/2011.

MENDES, Ana Paula ; GALDEANO, Luzia Elaine. Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, v.5, n.3, p. 363-371, set/dez,2006. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5037/329>> . Acesso em: 20/06/2011.

MOLINE, M.L. et al. Depressão pós-parto. **Rev. Sinopse de ginecologia e obstetria**, n.2, p.43-44, 2001. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2094> Acesso em : 20/06/2011.

MORAES, Inácia Gomes da Silva et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n.1, p. 65-70, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40n1/27117.pdf>>. Acesso em: 18/06/2011.

PASSOS, Lorena Orleans Calmon de. **A construção do conceito de maternidade e as patologias do puerpério**. Publicado em 19/11/2010. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/52532/1/A-CONSTRUCAO-DO-CONCEITO-DE-MATERNIDADE-E-AS-PATOLOGIAS-DO-PUERPERIO/pagina1.html#ixzz1Pjw0UXjk>>. Acesso em :28/06/2011.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. **Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde**. Lisboa: DGS, 46 p,2006. Disponível em: <http://usf-fanzeres.minsauade.pt/educacao/Documents/Saude_Mental_e_Gravidez_Folheto_DGS_2005.pdf> . Acesso em : 20/06/2011.

RICCI, Susan S. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. 1º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 711 páginas.

RIOS, Claudia Teresa Frias ; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 477-86, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/09.pdf>> . Acesso em: 20/06/2011

RODRIGUES, Dafne Paiva et al. O domicílio como espaço educativo para o auto cuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.15, n.2, p.277-286, 2006. Disponível em: <<http://redalyc.uamex.mx/pdf/714/71415212.pdf>> . Acesso em: 24/05/2011.

SANTOS, Carlos Michell Tôres ; ALMEIDA, Glessiane de Oliveira ; SOUZA, Thiago Santos. Depressão pós-parto: revisão da literatura. **Psicologia em foco**, Aracajú, v.3, n.2, p.2-13, jul./dez,2009. Disponível em: <http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_014747_Formatado1-Depressaopos-parto.pdf>. Acesso em:28/06/2011.

SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira ; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo ; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Depressão pós-parto: um problema latente. **Rev. Gaúcha Enfermagem.**, Porto Alegre, v.30,n.3, p.516-524, set,2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8062/6997>>. Acesso em: 28/06/2011.

SHIMIZU, Helen Eri ; LIMA, Marla Goreti de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. Bras Enfermagem.**, v. 62, n. 3, p.387-392,2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/09.pdf>>. Acesso em: 20/06/2011.

SILVA, Elda Terezinha ; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. Depressão puerperal – Uma revisão de literatura. **Rev. Eletrônica de Enfermagem.**, v. 07, n. 02, p. 231-238,2005. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>> . Acesso em: 13/06/2011.

SILVA, Milena da Rosa ; PICCININI, Cesar Augusto. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. **Est. Psicologia.**, Natal, v.14, n.1, p.5-12, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n1/a02v14n1.pdf>> . Acesso em : 09/06/2011.

SPINDOLA, Thelma ; PENNA, Lúcia Helena Garcia ; PROGIANTI, Jane Márcia. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Rev. Esc. Enfermagem.** USP, v.40, n. 3, p.381-388, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a09.pdf>>. Acesso em : 17/05/2011.

VALENÇA, Cecília Nogueira ; GERMANO, Raimunda Medeiros. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia da saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Rev. René.**, Fortaleza, v.11, n. 2, p.129-139, abr/jun,2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_pdf/a15v11n2.pdf> . Acesso em: 13/06/2011.

ZINGA, Dawn et al. Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented? **Rev.Bras. Psiquiatria**, v.27, supl 120, p. S56-S64, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462005000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16/05/2011.

APÊNDICE

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS).	
Nos últimos 7 dias	
1-Tenho sido capaz de rir e ver o lado divertido das coisas	6- Tenho sentido que são coisas demais para mim.
0. Tanto quanto antes; 1. Menos do que antes; 2. Muito menos do que antes; 3. Nunca.	3. Sim, na maioria das vezes não consigo resolvê-las; 2. Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes; 1. Não, na maioria das vezes resolvo-as facilmente; 0. Não, resolvo-as tão bem como antes.
2- Tenho tido esperança no futuro.	7- Tenho me sentido tão infeliz que durmo mal.
0. Como sempre tive; 1. Menos do que costumava ter; 2. Muito menos do que costumava ter; 3. Quase nenhuma.	3. Sim, quase sempre; 2. Sim, por vezes; 1. Raramente; 0. Não, nunca.
3- Tenho me culpado sem necessidade quando as coisas ocorrem mal.	8- Tenho me sentido triste ou muito infeliz.
3. Sim, na maioria das vezes; 2. Sim, algumas vezes; 1. Raramente; 0. Não, nunca.	3. Sim, quase sempre; 2. Sim, muitas vezes; 1. Raramente; 0. Não, nunca.
4- Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.	9- Tenho me sentido tão infeliz que choro.
0. Não, nunca; 1. Quase nunca; 2. Sim, por vezes; 3. Sim, muitas vezes	3. Sim, quase sempre; 2. Sim, muitas vezes; 1. Só às vezes; 0. Não, nunca.
5- Tenho me sentido com medo ou assustada, sem motivo.	10- Tive idéias de fazer mal a mim mesma
0. Sim, muitas vezes; 1. Sim por vezes; 2. Não, raramente; 3. Não, nunca.	3. Sim, muitas vezes; 2. Por vezes; 1. Muito raramente; 0. Nunca.

Adaptado do Manual de orientação para profissionais de saúde sobre promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância. Ministério da Saúde. Portugal, 2006.