

DEPRESSÃO PÓS PARTO EM PUÉRPEAS DE ALTO RISCO

Daniely Fernandes Paula¹

Claúdia Curbani Vieira Manola²

RESUMO

A Depressão Pós Parto (DPP) é uma condição de profunda tristeza, desespero e falta de esperança que ocorre logo após o parto. Nesta pesquisa buscou-se identificar as características mais presentes na depressão pós parto e o perfil das puérperas com este acometimento. O objetivo geral foi descrever o perfil das puérperas com risco de desenvolver DPP atendidas no serviço de alto risco e como específico realizar estudo para compreender quantas puérperas de alto risco estão propensas a desenvolver a DPP. Como procedimento metodológico, quanto aos objetivos a pesquisa foi observacional de corte transversal do tipo descritiva, que se realizou de agosto a novembro de 2020, cujo técnica de investigação tratou-se de um questionário. Quanto à abordagem, a pesquisa foi quantitativa feita através de questionário. Foram total de 36 pacientes que assinaram o termo de consentimento, mas, somente 27 quiseram participar da pesquisa quando feito contato na época citada. O resultado da pesquisa foi baseado nas questões respondidas pelas 27 pacientes associado às 09 pacientes que obtiveram escore alto (maior/igual a dez) referente a escala de Edinburgh relacionado ao perfil sociodemográfico, histórico obstétrico, observação da gestação atual, parto e histórico familiar. Como considerações finais, mesmo diante das dificuldades no período de pandemia este trabalho nos trouxe informações valiosas no sentido de instigar pesquisas futuras no sentido de entrevistar as puérperas de escore alto em relação a escala de Edinburgh relacionado seus sentimentos e características. Estes resultados serão de extrema importância no cuidado puerperal de qualidade.

Palavras-chave: Depressão, Pós Parto, Puérperas, Escala, Edinburgh

ABSTRACT

Postpartum Depression (PPD) is a condition of deep sadness, despair and hopelessness that occurs shortly after delivery. In this research we sought to identify the characteristics most present in postpartum depression and the profile of postpartum women with this involvement. The general objective was to describe the profile of postpartum women at risk of developing PPD attended at the high-risk service and how specific to conduct a study to understand how many high-risk postpartum women are prone to develop PPD. As a methodological procedure, regarding the objectives, the research was a descriptive cross-sectional observational study, which took place from August to November 2020, whose investigation technique was a questionnaire. As for the approach, the research was quantitative through a questionnaire. There were a total of 36 patients who signed the consent form, but only 27 wanted to participate in the research when contact was made at the time mentioned. The research result was based on the questions answered by the 27 patients associated with the 09 patients who obtained a high score (greater than / equal to ten) referring to the Edinburgh scale related to the sociodemographic profile, obstetric history, observation of the current pregnancy, childbirth

¹ Graduanda do curso de Enfermagem do Centro Universitário Salesiano. E-mail: danielyfernandes83@hotmail.com.

² Graduação em Serviço Social e Enfermagem, mestre em Administração. cmanola@ucv.edu.br

and family history. As final considerations, even in the face of difficulties in the pandemic period, this work brought us valuable information in order to instigate future research in the sense of interviewing puerperal women with a high score in relation to the Edinburgh scale related to their feelings and characteristics. These results will be extremely important in quality puerperal care.

Keywords: Depression, Postpartum, Puerperity, Scale, Edinburgh

1. INTRODUÇÃO

A Depressão Pós Parto (DPP) é uma condição de profunda tristeza, desespero e falta de esperança que ocorre logo após o parto. Especialistas em saúde dizem que após o nascimento do bebê, uma mudança hormonal brusca acontece no organismo da mulher podendo desenvolver esse tipo de doença (BRASIL, 2019).

Após o nascimento do bebê a mulher entra em período de puerpério, que é “compreendido entre o parto e a completa recuperação anatomofisiológica da mulher; pós-parto (aproximadamente seis semanas)” (MURTA, 2009). Segundo Baptista e Baptista (2005), puérperas de alto risco são pacientes que tiveram algum tipo de complicação durante a gestação como doenças hipertensivas específicas da gestação (DHEG), diabetes gestacional, trabalho de parto prematuro, descolamento prematuro da placenta e aminiorrex prematura.

De acordo com Baptista, Baptista & Oliveira (2004) e Barini (1997), durante a gravidez observa-se diversas mudanças fisiológicas como, por exemplo, a variação hormonal, o que pode trazer alterações orgânicas e comportamentais significativas, inclusive o desencadeamento ou exacerbações de sintomatologia depressiva.

Quais as características mais presentes na depressão pós parto e o perfil das puérperas com este acometimento?

O objetivo geral foi descrever o perfil das puérperas com risco de desenvolver depressão pós parto atendidas no serviço de alto risco. Junto com o específico que foi realizar estudo para compreender quantas puérperas de alto risco estão propensas a desenvolver a DPP, relacionar quais os fatores de risco estão mais presentes, levantar qual comorbidade mais prevalece no desenvolvimento da DPP.

Parte-se da hipótese de que o perfil das puérperas que desenvolvem depressão pós parto, seja de mulheres cujo gestação tenha sido de alto risco, pois essas mulheres têm em seu histórico alterações hormonais, físicos e psicológicos devido a doenças prévias, parto prematuro, hipertensão, diabetes, sífilis entre outros. Associado aos riscos citados, o próprio estresse da patologia pode fazer a puérpera se sentir culpada por ter colocado seu filho em risco aumentando a chance de desenvolver uma depressão pós parto.

A depressão pós parto é uma doença que pode afetar diretamente a relação binômio e promove também um desgaste da relação dela com seus familiares (GOMES et al, 2010). Esse estudo vem para salientar que o distúrbio pode estar mais propenso em puérperas de alto risco devido a um comprometimento maior da sua saúde relacionada as comorbidades anteriores.

O tema é abordado por diversos autores da área da saúde e tem tido cada vez mais visibilidade, devido à importância e seriedade do assunto, tendo sido inclusive pauta da agenda de prioridades da pesquisa do Ministério da Saúde. Esta pesquisa visa analisar o perfil das puérperas de alto risco tendo como objetivo observar se, de fato, apresentam maior propensão a desenvolver depressão pós-parto. O estudo poderá trazer como contribuição projetos e programas para detecção do problema de maneira precoce, a fim de identificar e tratar de

maneira efetiva minimizando riscos que a depressão pode causar na relação binômio, tal como na saúde física e mental da mãe e da criança.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENTENDENDO A DEPRESSÃO E SUAS SINGULARIDADES

A definição de depressão para Teodoro é:

um transtorno mental causado por uma complexa interação entre fatores orgânicos, psicológicos, ambientais e espirituais, caracterizado por angústia, rebaixamento do humor e pela perda de interesse, prazer e energia diante da vida (2010, p. 20).

Historicamente “Muitas culturas ancestrais acreditavam na origem sobrenatural ou divina dos transtornos de humor” (TOWNSEND, 2017, p. 509).

Hipócrates (460-377 a.C.), foi o primeiro a considerar os comportamentos anormais com causas naturais, ao invés de sobrenaturais como ocorria até então. Galeno acreditava, no século II a.C, que o comportamento era influenciado pelo desequilíbrio de quatro líquidos presentes no corpo: bÍlis negra, bÍlis amarela, fleuma e sangue. Afirmava o nível de bÍlis negra elevado levaria à melancolia, a bÍlis amarela aumentada seria responsável pela ansiedade, assim como o excesso de fleuma estaria associado ao temperamento preguiçoso e o de sangue às oscilações rápidas de humor. Com esse entendimento, com a intenção de eliminar o excesso de bÍlis negra, o tratamento do paciente melancólico era feito com sangria, laxativos e vomitórios, o que levava muitos pacientes à morte por desidratação (TEODORO, 2010).

Durante a renascença “[...]. A depressão era vista por alguns como resultado de uma obstrução na circulação do ar vital, excesso de ressentimento ou situações sobre as quais o cliente não tinha controle e se sentia impotente” (TOWNSEND, 2017, p. 509).

Para a Organização Pan Americana da Saúde (2016/2017) a depressão é um transtorno mental caracterizado por tristeza persistente e pela perda de interesse em atividades que normalmente são prazerosas acompanhadas da incapacidade de realizar atividades diárias, durante pelo menos duas semanas. Ainda afirma que a depressão é um transtorno mental frequente, e estima-se que em todo o mundo há mais de 300 milhões de pessoas, de todas as idades, que sofram com esse transtorno. Seu acometimento possui grande impacto mundial desencadeando incapacidades (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

A característica comum do transtorno depressivo é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS - 5, 2014, p. 155). Dessa forma a depressão é uma alteração de humor expressa por sentimento de tristeza, desespero e pessimismo, ocorrendo assim uma perda de interesse nas atividades cotidianas, podendo estar evidentes alguns sintomas físicos. É comum a alteração nos padrões de apetite e sono (TOWNSEND, 2017).

Teles explica que:

A tristeza que marca o transtorno depressivo é uma tristeza patológica, profunda e persistente, que surge do nada, sem causa aparente, ou é absolutamente desproporcional ao fator que lhe deu origem. [...] a depressão é um conjunto de mudanças com franco impacto na qualidade de vida da pessoa, algo diferente da tristeza normal (2019, p. 20 e 24).

Pessoas com depressão apresentam vários sintomas como mudança de apetite, aumento ou redução do sono, ansiedade, perda de concentração, indecisão, inquietude, sensação de que não valem nada, culpa ou desesperança entre outros (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE – 2016/17).

Para Teles (2019) os sintomas são divididos em três grandes grupos. O primeiro grupo são os sintomas psíquicos ou emocionais e estão: a tristeza patológica, a dificuldade em sentir prazer, a sensação de frustração e culpa, a redução da autoestima, a falta de motivação e entusiasmo, a desesperança, o negativismo ou pessimismo e o desapego a vida. A esse grupo ainda se associam outros sintomas como sensação de ansiedade, angústia, sintomas psicóticos como alucinações congruentes com o humor melancólico e pensamentos recorrentes de morte.

O mesmo autor acima citado complementa sua informação com a fala dos sintomas físicos, expressos no corpo como distúrbio do sono, alterações no rendimento sexual, perturbação do apetite, fadiga e indisposição, disfunções intestinais, dores de cabeça e no corpo, tonturas, sensação de vazio e desconforto no peito, problemas de pele, queda de cabelo, unhas frágeis, redução da competência do sistema imunológico, agravamento de doenças clínicas, entre outros.

No terceiro grupo, Teles (2019) diz que são sintomas menos comentados, mas absolutamente frequente e importante para entendermos a depressão. São os sintomas cognitivos, intelectuais, relacionados com a performance do comportamento, da administração da informação e de tomada de decisões como: esquecimentos, desatenção, falta de criatividade, discurso empobrecido, dificuldade de gerar empatia, incapacidade de tomar decisões, avaliação inadequada de risco, falta de curiosidade etc.

O paciente com humor depressivo tem a sua vida mental impregnada, fazendo com que forme julgamentos incorretos, ideias deliróides devido ao seu humor alterado. Dessa forma o seu mundo parece-lhe sombrio, sem cor e sem vida, sentindo-se um fracasso, indigno da piedade alheia ou afeto de qualquer pessoa. Essas pessoas estão propensas a tentar suicídio com esses pensamentos (WILLIS, 1980).

Há situações em que o deprimido não aceita ajuda e apresenta forte tendência ao suicídio, sendo percebida pelo olhar vago e desvitalizado, acompanhado de certa indiferença pela vida e pela frequência de assuntos relacionados à morte (TEODORO, 2010, p. 28).

De acordo com Brasil (2019) a depressão é um problema médico grave e altamente prevalente na população em geral. Conforme estudo epidemiológico a prevalência de depressão ao longo da vida no Brasil está em torno de 15,5%. Segundo a Organização Mundial da Saúde (O.M.S) apud Brasil (2019), a prevalência de depressão na rede de atenção primária de saúde é 10,4%, isoladamente ou associada a um transtorno físico. A OMS ainda refere que a depressão se situa em 4º lugar entre as principais causas de ônus, respondendo por 4,4% dos ônus acarretados por todas as doenças durante a vida. Ocupa 1º lugar quando considerado o tempo vivido com incapacitação ao longo da vida.

Desta forma, “As pesquisas indicam que a incidência de depressão é maior em mulheres do que em homens, na proporção de 2:1” (TOWNSEND, 2017, p.509). É unanimidade que a depressão é um dos maiores problemas de saúde pública do mundo. No Brasil os dados não são diferentes uma vez que as consequências da depressão são também muito prejudiciais (TENG et al, 2009).

Para Townsend (2017) a etiologia da depressão não está totalmente esclarecida, pois não existe hipóteses postuladas que substancie uma explicação definitiva para a doença. Continuam a surgir evidências que dão suporte a diversas causas, reconhecendo o efeito combinado da influência genética, bioquímica e psicossocial na suscetibilidade de um indivíduo à depressão. No entanto a depressão apresenta intensidade, revelando angústia, autodesvalorização e desmotivação, que podem se prolongar por meses ou anos, comprometendo a vida pessoal,

social, profissional e familiar do deprimido. Por estarem carregadas de conteúdos inconscientes e de processos psicológicos e orgânicos complexos, nem sempre as verdadeiras causas da depressão são percebidas pelos doentes e seus familiares (TEODORO, 2010).

2.2 PERÍODO PÓS GESTACIONAL E SUAS IMPLICAÇÕES

O puerpério é considerado um tempo de restauração, de mudanças, de encontros, de interação, de troca, trazendo consigo uma carga cultural, com valores, mitos e crenças. E, ainda que essa carga cultural possa colidir com o conhecimento científico, precisa ser respeitada e considerada, para haver um cuidado efetivo (KUNZLER, 2006).

O período puerperal pode ser visto como uma miscelânea de sentimentos ambíguos, como por exemplo, estar contente e, ao mesmo tempo, podendo estar insegura ou deprimida. Às vezes, essa ambiguidade é vivida em segredo, não sendo compartilhada, tampouco extravasada (MERIGHI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006; STERN, 1997 apud GIARETTA; FAGUNDEZ, 2015). Segundo Carraro (apud KUNZLER, 2006) o puerpério é um tempo de riscos, período em que se deve estar alerta, especialmente nos primeiros dias, às reações da mulher, propiciando-lhe melhores condições para que o seu poder vital possa ser potencializado, para um viver saudável.

O puerpério é reconhecidamente um período delicado na vida da mulher, pois engloba modificações físicas e psíquicas que podem influenciar diretamente na saúde mental e no bem-estar emocional, elevando o risco de desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos (ABUCHAIM et al. 2016).

Com isso “O puerpério inicia-se uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisto, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade” (BRASIL, 2001, p.175).

Brasil (2001) ainda fala que a primeira e segunda horas após o parto devem ser passadas no Centro Obstétrico ou sala de PPP, pois neste período podem ocorrer hemorragias.

Passado este período inicial, estando a puérpera equilibrada hemodinamicamente e formado o globo de segurança de Pinard (útero ao nível da cicatriz umbilical e firmemente contraído), poderá ser encaminhada ao alojamento conjunto, após serem seus sinais vitais avaliados e anotados. O puerpério, tempo de seis a oito semanas após o parto pode ser dividido em três períodos, sendo: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia). No puerpério ocorrem modificações internas e externas, configurando-se como um período carregado de transformações psíquicas, onde a mulher continua a precisar de cuidado e proteção. Assim, a mulher, durante o período puerperal, precisa ser atendida em sua totalidade, por meio de uma visão integral que considere o contexto sociocultural e familiar (ANDRADE et al, 2015).

Segundo Strapasson e Nedel (2010) o puerpério é definido como o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher retornam ao seu estado pré-gravídico, tendo seu início após o parto com a expulsão da placenta e término imprevisto, na medida em que se relaciona com o processo de amamentação. Também diz que no puerpério a mulher passa por intensas modificações de adaptação psicoorgânicas, no qual ocorre o processo de involução dos órgãos reprodutivos à situação pré-gravídica, o estabelecimento da lactação e ocorrência de intensas alterações emocionais.

Brasil (2001) relata que a puérpera apresenta um estado de exaustão e relaxamento, principalmente se ela ficou longo período sem adequada hidratação e/ou alimentação, além dos esforços despendidos no período expulsivo. Este estado pode se manifestar por sonolência que

exige repouso. Após despertar e receber alimentação adequada, sem restrições, a mulher poderá deambular e dedicar-se aos cuidados com o filho.

O pós-parto pode ser caracterizado por sentimentos ambivalentes tais como euforia e alívio; experiência do parto e nascimento do filho saudável aumentando a autoconfiança; desconforto físico inerente ao tipo de parto; medo de não conseguir amamentar, ansiedade quando o leite demora a aparecer e ingurgitamento das mamas; sentimentos de decepção com o filho pelo sexo ou aparência física; medo de não ser capaz de cuidar e responder as necessidades do bebê e não ser uma boa mãe (STRAPASSON e NEDEL, 2010).

De acordo com Rodrigues e Schiavo (2011) o puerpério, por si só, é um período estressante, de adaptação, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas ou de recuperação da genitália materna, que coincide com o período em que a mulher terá de reorganizar seu cotidiano, incluindo o bebê em sua dinâmica de vida.

De acordo com Carraro (1998) citado por Kunzler:

O puerpério é um tempo de restauração, de mudanças, de encontro, de interação, de troca... É um tempo que traz consigo uma grande carga cultural, quando várias crenças, costumes e mitos se salientam. Esta carga cultural, que muitas vezes colide com o conhecimento científico, precisa ser considerada e respeitada a fim de que o cuidado seja efetivo (2006, p. 21).

Kunzler (2006) ainda citando Carraro (1998) diz que o puerpério é um tempo de riscos, quando se deve estar alerta, especialmente nos primeiros dias, à reação do organismo da mulher. É necessário conhecer a mulher puérpera e suas reais necessidades, propiciando-lhe melhores condições para que seu poder vital possa ser potencializado, para um viver saudável. Alterações do humor, com labilidade emocional, são comuns no puerpério. Entretanto, o estado psicológico da mulher deve ser observado, uma vez que quadros de profunda apatia ou com sintomas de psicose puerperal devem ser identificadas precocemente (BRASIL, 2001).

Neste sentido os autores Mistieri, Meneguetti e Meneguetti (2005) afirmam que o estado puerperal é uma perturbação psicológica que a mãe sofre entre o deslocamento e a expulsão da placenta e a volta do organismo materno as condições normais. Com esse resultado, Brasil (2001) informa que a mulher no puerpério deve-se ter o seu estado psíquico avaliado, tentando entender como ela se sente com a chegada de uma nova criança. É comum a mulher se expressa nesse momento mostrando sentimentos contraditórios e insegurança.

No entanto, mesmo pensando nessa mulher como um ser integral e único, com uma vivência individual do puerpério, as alterações fisiológicas descritas são as mesmas que caracterizam o puerpério em geral (KUNZLER, 2006). O puerpério tem seu término imprevisto, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade (MESTIERI; MENEGUETTI; MENEGUETTI, 2001).

2.3 DEPRESSÃO PÓS PARTO

Apesar de a psicose pós-parto ser familiar à maioria dos clínicos já no final do século XIX, foi a partir da década de 1950 que começaram a aparecer estudos incluindo quadros moderados de transtornos do humor. Um dos primeiros estudos foi o realizado por Brice Pitt em 1968. Ele descreve o quadro clínico de 33 mulheres com depressão no pós-parto e propõe classificá-la como “depressão atípica” (CANTILINO et al, 2009).

A depressão pós-parto (DPP) é um importante problema de saúde pública; é a mais comum complicação médica relacionada ao parto, afetando tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento de seu filho. A manifestação desse quadro ocorre, na maioria dos casos, a

partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses (UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 20__). Para Lima et al (2018) citado por Xavier (2019) diz que a depressão é um dos transtornos mentais bastante frequente no pós-parto, sendo considerado um problema de saúde pública, pois desestabiliza toda estrutura familiar, quando não diagnosticada e tratada resulta em prejuízos na vida social e familiar de modo que dificulta a convivência mãe e filho.

A DPP tem sido visto como um sério problema de saúde materna, pois tem a capacidade de provocar diversas alterações emocionais e comportamentais da mãe depressiva, atingindo de 10 a 15% de mulheres, após o nascimento do filho, exigindo assim um tratamento adequado (FERNANDES; COTRIN, 2013).

De acordo com Cantilino e outros (2009, p. 288) “no puerpério, ocorrem bruscas mudanças nos níveis dos hormônios gonadais [...]. Além das alterações biológicas, a transição para a maternidade é marcada por mudanças psicológicas e sociais”.

Geralmente, o quadro inicia-se entre duas semanas até três meses após o parto, ocorrendo um humor deprimido, perda de prazer e interesse nas atividades, alteração de peso e/ou apetite, alteração de sono, agitação ou retardo psicomotor, sensação de fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldade para concentrar-se ou tomar decisões e até pensamentos de morte ou suicídio (CANTILINO et al, 2009).

Segundo Boukobza (2000) citado por Schmidt e outros (2005) é importante a identificação da DPP em razão de seus efeitos devastadores sobre as crianças, tendo esse processo de diagnóstico se efetivado por meio de diferentes escalas, entre elas a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Fernandes e Cotrin defendem que:

A manifestação da depressão pós-parto torna-se propícia pela interrelação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos. Estudos indicam que problemas relacionados a esse tipo de depressão vão além do adoecimento da própria mãe, afetando diretamente o bebê (2013, p. 16).

Reading e Reynolda (2001) citado por Schmidt e colaboradores (2005) relacionaram os riscos para a depressão materna em três categorias: a primeira refere-se à qualidade dos relacionamentos interpessoais da mãe, particularmente com seu parceiro; a segunda relaciona-se à gravidez e ao parto e à ocorrência de eventos de vida estressantes; e a terceira refere-se a adversidades socioeconômicas.

Ainda Schmidt e outros (2005) agora citando Klaus e col. (2000) algumas pesquisas revelaram que a história prévia de doença psiquiátrica ou problema psicológico da mãe também aumentaram a ocorrência de depressão materna. Brasil (2019) declara que a mulher que está em depressão pós-parto, normalmente, amamenta pouco e não cumpre o calendário vacinal dos bebês. As crianças, por sua vez, têm maior risco de apresentar baixo peso e transtornos psicomotores, além de outros problemas de saúde. Os custos emocionais ligados à depressão pós-parto fazem com que a mãe interaja menos com a criança.

A DPP pode causar significativas repercussões na qualidade de vida, na dinâmica familiar e na interação mãe-bebê. Mães com DPP, quando comparadas às mães não deprimidas, gastam menos tempo olhando, tocando e falando com seus bebês e apresentam mais expressões negativas que positivas. Elas se expressam menos face a face e são menos afetivas na interação com o bebê. Mães deprimidas podem interromper a amamentação mais precocemente e lidar com seus bebês de forma indecisa, pouco afetiva e confusa por lhes faltarem habilidades de resolução de problemas ou a persistência necessária para estabelecer interações afetivas com suas crianças (CANTILINO et al, 2010).

O diagnóstico da depressão pós-parto é basicamente clínico, feito com observação nos sintomas e situação em específicos. Esse transtorno é considerado um subtipo de depressão maior (BRASIL,2019).

Brasil (2019) explica também que para distinguir entre um caso de curto prazo e uma forma mais grave de depressão, o profissional de saúde especializado (psiquiatra) pode pedir para você preencher um questionário de triagem de depressão e pedir exames de sangue para determinar se há presença de alguma disfunção da tireoide ou outros tipos de hormônios no organismo.

A gravidade da depressão no período puerperal varia de uma sensação de blues (tristeza) a uma depressão moderada, até depressão psicótica ou melancolia (MEHTA E SHETH,2006 apud TOWNSEND, 2017). Os sintomas de depressão pós parto moderada têm sido descritos como humor deprimido, que varia de um dia para outro, com mais dias ruins do que bons, tendendo a piorar no final do dia e associado a fadiga, irritabilidade, perda de apetite, distúrbio do sono e perda da libido (TOWNSEND, 2017).

Mehta e Sheth (2006) citado por Townsend (2017) explica que a melancolia pós parto, ou psicose depressiva, é caracterizada por depressão de humor, agitação, indecisão, falta de concentração, culpa e uma atitude anormal em relação as funções corporais. Pode ocorrer uma falta de interesse ou rejeição ao bebê, ou um temor mórbido de que o bebê sofra algum mal. Não devem ser negligência dos os riscos de suicídio e infanticídio. Esses sintomas em geral se desenvolvem durante os primeiros dias após o parto, mas também podem se manifestar mais tarde.

Os principais fatores de risco psicossociais relacionados à depressão maior no puerpério são: idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, ser solteira ou divorciada, estar desempregada (a paciente ou o seu cônjuge) e apresentar pouco suporte social (CAMACHO et al, 2006). Boyce e Hickey (2005) citado por Camacho e colaboradores (2006) refere que existe outros fatores de risco apontados como personalidade vulnerável, esperar um bebê do sexo oposto ao desejado, apresentar poucas relações afetivas satisfatórias e suporte emocional deficiente.

Camacho e outros (2006) diz que a etiologia da depressão puerperal ainda não é completamente conhecida, mas acredita-se que, além dos fatores de risco anteriormente mencionados, fatores hormonais e hereditários também estejam envolvidos.

3. METODOLOGIA DA PESQUISA

Como procedimento metodológico, trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva que se realizou de agosto a novembro de 2020, cujo técnica de investigação usada foi elaborado pela autora como ficha de anamnese e um questionário com base na escala de Edinburgh de depressão pós natal.

O Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) é um questionário de auto avaliação e foi desenvolvido na Grã-Bretanha com o intuito de pesquisar a depressão pós parto. É uma escala usada em vários países, inclusive no Brasil. Essa escala consiste em uma avaliação de 10 perguntas referente aos sintomas depressivos mais observados no puerpério. Cada pergunta contém quatro opções que são pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença ou a intensidade dos sintomas. Com relação a aplicação do questionário, foi realizado através de formulário elaborado no google forms e enviado via link pela rede social WhatsApp. Os sujeitos que participaram dessa pesquisa, foram enquadradas na Resolução 466/2012 e foram mulheres no período entre o 10º e 30º dia de puerpério, com parto entre setembro e outubro de 2020,

abrangendo pacientes da rede pública que se enquadram em perfil de alto risco abordadas em uma maternidade de alto risco da grande Vitória. Foram um total de 36 pacientes que assinaram o termo de consentimento, mas, somente 27 quiseram participar da pesquisa quando feito contato com elas na época citada.

A coleta de dados se deu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) instituído na Católica de Vitória Centro Universitário. Foi disponibilizado para as puérperas o termo de consentimento livre e esclarecido pessoalmente concordando com a participação da pesquisa, sendo que eles foram assinados antes do início do estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O resultado da pesquisa foi baseado nas questões respondidas pelas 27 pacientes. E o perfil sociodemográfico delas, assim como o comparativo da totalidade das entrevistadas em relação as de score alto (maior/igual a dez) referente a escala de Edinburgh, conforme descritas na tabela 1.

Das puérperas entrevistadas (27 pacientes), 37% estão com idade entre 18 a 25 anos, 74% são moradoras de Vitória, 70% se consideram pardas e 52% são solteiras. Em escolaridade, 33% fizeram o ensino médio completo. 18% das pacientes responderam que tem ocupação do lar e a mesma porcentagem não responderam essa pergunta.

As puérperas que tiveram score alto (9 pacientes), que correspondem a 33% do total sinalizam uma propensão maior para desenvolver a depressão pós parto são mulheres entre 18 a 25 anos e moram em Vitória (55%), a maioria se consideram pardas (88%), 66% solteiras e tem apenas o ensino fundamental incompleto (33%). Com relação a ocupação, o cargo do lar (22%) foi a opção mais escolhida. No entanto 22% das puérperas não responderam esta questão.

Pereira (2013) descreve que as pacientes podem desenvolver este distúrbio pois há uma combinação de fatores biopsicossociais dificilmente controláveis. De acordo com Camacho et al (2006) os principais fatores psicossociais relacionados a depressão no puerpério são idade inferior a 16 anos, ser solteira e estar desempregada. Com relação a idade é uma afirmativa que não podemos correlacionar com este estudo pois a única participante menor de 18 anos não aceitou fazer parte da pesquisa. No entanto, houve uma concordância com este autor no que diz respeito ao estado civil, pois as solteiras foram mais dominantes tanto no número total das entrevistadas quanto no total da escala de Edinburgh.

Pitta (20_) Refere que menor escolaridade é o fator comumente associado com a DPP, em relação aos achados esta pesquisa mostrou-se verdadeiro pois o número de puérperas com score alto possui ensino fundamental incompleto. Uma pesquisa feita por Menezes et al (2012) também chegou à conclusão de que mulheres com mais de 20 anos estão mais inclinadas a desenvolverem DPP, o que foi visualizado neste estudo.

Figueira, Diniz e Silva (2011) citando O'Hara (1996) descrevem que não foi observado diferença quanto a ocupação das mães. O que foi observado foi a dificuldade financeira delas que tem uma relação mais direta no desenvolvimento da DPP do que trabalhar ou não fora de casa.

Tabela 1: Característica sociodemográfico

Idade	Nº total de mulheres entrevistadas		Nº de mulheres com score alto de Edinburgh	
		%		%
18 a 25 anos	10	37	5	55
26 a 32 anos	6	22	2	22

33 a 36 anos	7	26	2	22
37 a 42 anos	4	15	1	11
Município				
Cariacica	3	11	1	11
Serra	3	11	2	22
Vila velha	1	4	1	11
Vitória	20	74	5	55
Raça				
Branca	3	11	0	0
Negra	5	18	1	11
Parda	19	70	8	88
Estado Civil				
Casada	10	37	2	22
Solteira	14	52	6	66
União Estável	3	11	1	11
Escolaridade				
Analfabeta	0	0	0	0
Lê e Escreve	1	4	0	0
Ensino Fundamental Incompleto	4	15	3	33
Ensino Fundamental Completo	0	0	0	0
Ensino Médio Incompleto	4	15	2	22
Ensino Médio Completo	9	33	1	11
Superior Incompleto	2	7	1	11
Superior Completo	6	22	1	11
Pós-Graduação	1	4	1	11
Ocupação				
Atendente de bar e lanchonete	1	4	0	0
Autônoma	2	7	1	11
Auxiliar de serviços gerais	2	7	1	11
Auxiliar Administrativo	1	4	0	0
Conferente	1	4	0	0
Coordenadora	1	4	0	0
Cozinheira	1	4	0	0
Cuidador Social	1	4	0	0
Desempregada	1	4	1	11
Do Lar	5	18	2	22
Doméstica	1	4	0	0
Médica	1	4	0	0
Professora	1	4	1	11
Recepcionista	1	4	0	0
Servidor público	1	4	0	0
Técnico de Enfermagem	1	4	1	11
Não respondeu	5	18	2	22

FONTE: Autoria própria

Na parte que o questionário pergunta sobre o histórico obstétrico das puérperas, conforme descrito com a tabela 2, foi constatado na coluna 1 que 37% das mulheres tiveram duas gestações e tem apenas um filho, 63% disseram que tem um sono satisfatório. E quando foi perguntado se tem alguma doença, 44% marcaram outros descartando diabetes e hipertensão.

A pesquisa das 27 puérperas de alto risco, ao qual 33% estão propensas a desenvolverem DPP devido ao alto índice no score da EPDS. Mostrou que 44% das puérperas com score alto tiveram duas gestações e 33% tem 2 e 4 filhos. 55% relatam que tem sono e repouso insatisfatório e a mesma porcentagem relataram ter outros tipos de doenças.

Uma estudo feito em 2016 por Silva e colaboradores demonstrou que puérperas múltiparas e que tem distúrbio de sono foram mais prevalentes nos scores da EPDS quando foi verificado em mulheres no geral. O que o artigo demonstrou é que puérperas de alto risco tem um score maior do que as outras pacientes nestes quesitos, mostrando uma tendência mais elevada para desenvolver a DPP.

Tabela 2: Históricos obstétricos

Quantas gestações teve	Nº total de mulheres entrevistadas		Nº de mulheres com score alto de Edinburgh	
		%		%
1	7	26	0	0
2	10	37	4	44
3	3	11	1	11
4	2	7	2	22
5	3	11	2	22
Mais de 5	2	7	0	0
Quantas filhos tem				
1	10	37	1	11
2	8	30	3	33
3	3	11	2	22
4	3	11	3	33
5	1	4	0	0
Mais de 5	2	7	0	0
Sono e Repouso				
Satisfatório	17	63	4	44
Insatisfatório	10	37	5	55
Tem alguma doença				
Diabetes	1	4	1	11
Hipertensão	4	15	1	11
Hipertensão, depressão	1	4	1	11
Hipertensão, diabetes, câncer	1	4	0	0
Hipertensão, diabetes, outros	1	4	0	0
Outros	12	44	5	55
Não responderam	7	26	1	11

FONTE: Autoria própria

Com relação a gestação atual, evidenciado na tabela 3, o estudo mostrou que 85% das puérperas entrevistadas e 66% das puérperas com score alto não fizeram uso de nenhuma substância. 22% das entrevistadas tiveram diabetes gestacional, mas 33% das com score alto marcaram outros

no quesito doença durante a gestação onde se englobam anemia, dengue, chikungunha, sopro no coração e infecção urinária. 22% responderam diabetes gestacional e hipertensão. Quando perguntado sentiu-se triste na gestação, “algumas vezes” foi a opção mais escolhidas de ambas as listas com no total geral 74% e 78% do score alto respectivamente

Segundo Souza (2008) explica que puérperas que fizeram ou faziam uso de substâncias (fumo ou álcool) apresentaram probabilidade maior de ter DPP. Pinheiro, Laprega e Furtado (2005) citado por Souza (2008) afirmam que, para aliviar a ansiedade, as mulheres acabam abusando do fumo e álcool. A nossa pesquisa discorda dos autores acima, pois a maioria das pacientes não fizeram uso de nenhuma substância.

Benut et al (2008) e Cantilino e colaboradores (2010) citado por Hartmann, Sassi e Cesar (2017) relatam que mulheres com complicações gestacionais tiveram uma propensão aumentada de desenvolver a DPP devido apresentar uma fragilidade maior ao enfrentar estes problemas. O que foi comprovado no nosso estudo quando se visualiza as puérperas com score alto. E de acordo com Ferreira et al (2018) citado por Paula e parceiros (2019) a diabetes mellitus aparece como um fator associado da sintomatologia da DPP.

Coutinho e colaboradores (2014) afirmam que devido a pouco suporte familiar a gestante pode sentir-se triste. Não houve perguntas sobre suporte familiar no questionário, devido a isso, não podemos realizar uma comparação com o quesito tristeza na gestação.

Tabela 3: Observações da gestação atual

Durante a gestação fez uso de	Nº total de mulheres entrevistadas	%	Nº de mulheres com score alto de Edinburgh	%
Bebidas alcoólicas	2	7	2	22
Bebidas alcoólicas, fumo	1	4	0	0
Fumo	1	4	1	11
Não se aplica	23	85	6	66
Teve doenças durante a gestação				
Diabetes gestacional	6	22	2	22
Hipertensão	5	18	2	22
Hipertensão, diabetes gestacional	4	15	0	0
Pré eclâmpsia, outros	1	4	1	11
Hipertensão, diabetes gestacional, outros	1	4	1	11
Outros	10	4	3	33
Sentiu-se triste durante a Gestação				
Algumas vezes	20	74	7	78
Nunca	5	18	0	0
Quase sempre	2	7	2	22

FONTE: Autoria própria

As observações sobre o parto estão descritas na tabela 4. Em relação ao tipo de parto, a cesárea foi dominante, sendo 74% em total de entrevistadas e 89% no score alto. Uma pesquisa feita em 2012 por Menezes e colaboradores também confirmou um índice grande da cirurgia e relatou que as pacientes correm um risco maior de desenvolver DPP. Cantilino et al (2010) citado por Ribeiro (2018) explica que a cesárea resulta em um período de morbidade no pós operatório maior causando desconfortos físicos, e isso são fatores que podem ser relacionados aos sintomas depressivos.

Gestantes com parto de bebês a termo foi observado 52 e 55% respectivamente no quesito 37 a 40 semanas. No estudo realizado por Souza em 2008 a maioria das puérperas deram sinais indicativos de depressão dentro da idade gestacional mencionada acima. A autora também citou Cruz, Simões e Cry (2005) que obtiveram dados diferentes, onde foi observado depressão pós parto em puérperas que ganharam os bebês no pós termo (40 a 42 semanas).

Na pergunta “como foi seu parto”, 33% apontaram como tranquilo no total de entrevistadas. Contudo, no score alto, tranquilo e traumático tiveram a mesma porcentagem (33%). Ribeiro (2018) citando Byrne e colaboradores (2017) descreve que o parto traumático tem sido reconhecido cada vez mais como um causador do sofrimento psíquico da mãe. O que pode explicar a porcentagem elevada no score alto.

Tabela 4: Observação sobre o parto I

Qual tipo de parto você teve	Nº total de mulheres entrevistadas		Nº de mulheres com score alto de Edinburgh	
		%		%
Cesárea	20	74	8	89
Normal	7	26	1	11
Com quantas semanas (meses) você ganhou o bebê				
Menos que 37 semanas	10	37	2	22
37 a 40 semanas	14	52	5	55
40 a 42 semanas	3	11	2	22
O seu parto foi				
Doloroso	8	30	2	22
Doloroso, traumático, outros	1	4	0	0
Feliz	3	11	0	0
Outros	1	4	0	0
Tranquilo	9	33	3	33
Traumático	4	15	3	33
Traumático, outros	1	4	1	11

FONTE: Autoria própria

Na tabela 5 foi descrito que 63% das puérperas entrevistadas e 67% das score alto não entraram em trabalho de parto. Ambas tiveram 67% onde não usaram medicação para induzir o parto. 63 e 67% tiveram acompanhamento durante o parto e no pós parto e a mesma porcentagem não tiveram o parto do jeito que esperava.

Beretta e colaboradores (2006) citando Schwengber e Piccinini (2003) refere uma série de estudos onde demonstram que a falta de apoio do parceiro e outras pessoas influenciam na etiologia da DPP. Assim sendo, mulheres sem apoio na gestação e parto tem grandes chances de desenvolver a depressão. (FRIZZO; PICININI, 2005 apud BERETTA et al, 2006).

Tabela 5: Observação sobre o parto II

	Nº total de mulheres entrevistadas				Nº de mulheres com score alto de Edinburgh			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Entrou em trabalho de parto	10	37	17	63	3	33	6	67
Usou alguma medicação para induzir o parto	9	33	18	67	3	33	6	67

Teve acompanhamento durante o parto e no pós parto	17	63	10	37	6	67	3	33
O parto foi do jeito que esperava	10	37	17	63	3	33	6	67

FONTE: Autoria própria

Santos e Guedes (2018) citando Aliane et al (2011) explicam que fatores hereditários podem estar envolvidos no surgimento da DPP. Um dos fatores muito provável é o transtorno psiquiátrico sofrido por algum familiar (BLOCH; ROTENBERG; KOREN, 2005 apud CANTILINO e colaboradores, 2009). De acordo com a tabela abaixo isso não foi constatado pela nossa pesquisa.

Tabela 6: Observação sobre histórico familiar

Sua família tem/teve alguma doença	Nº total de mulheres entrevistadas		Nº de mulheres com score alto de Edinburgh	
		%		%
Câncer	2	7	1	11
Diabetes, câncer, depressão	1	4	0	0
Hipertensão	9	33	1	11
Hipertensão, diabetes	3	11	2	22
Hipertensão, diabetes, câncer, depressão	2	7	1	11
Hipertensão, diabetes, depressão	3	11	1	11
Hipertensão, diabetes, câncer	2	7	0	0
Hipertensão, outros	2	7	1	11
Não se aplica	2	7	1	11
Outros	1	4	1	11

FONTE: Autoria própria

A escala de Edinburgh detecta precocemente a depressão e pode evitar possíveis danos da doença sobre a mãe, desde que haja uma intervenção efetiva e eficaz dos profissionais de saúde (MENEZES et al, 2012). De acordo com Figueira e colaboradores (2009) é um questionário simples e de aplicação rápida, podendo ser utilizado por todos os profissionais da área de saúde.

Na tabela 7 é demonstrada a porcentagem de acordo com o score, que variou de 0 a 23 pontos. Com esse resultado o estudo mostra que 33% das puérperas de alto risco (9 pacientes) estão propensas a desenvolverem a depressão pós parto.

Fazendo uma comparação com o estudo realizado em 2012 por Menezes et al, onde foi realizada uma pesquisa com 53 mulheres sem definição de baixo ou alto risco, foi visto que 11% destas pacientes tiveram um score maior/igual a 11.

Tabela 7: Escala de Edinburgh de depressão pós natal

Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas	Nº total de mulheres entrevistadas		Nº de mulheres com score alto de Edinburgh	
		%		%
Como sempre fiz	21	78	5	55
Não tanto quanto antes	6	22	4	44
Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia a dia				
Como sempre senti	17	63	3	33
De jeito nenhum	2	7	1	11
Talvez, menos que antes	7	26	4	44

Com certeza menos	1	4	1	11
Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas				
Não, nenhuma vez	9	33	0	0
Não muitas vezes	5	18	2	22
Sim, algumas vezes	7	26	2	22
Sim, na maioria das vezes	6	22	5	55
Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão				
Sim, algumas vezes	8	30	2	22
Pouquíssimas vezes	7	26	2	22
não, de maneira nenhuma	6	22	1	11
Sim, muitas vezes	6	22	4	44
Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo	Nº total de mulheres entrevistadas	%	Nº de mulheres com score alto de Edinburgh	%
Não, nenhuma vez	20	74	4	44
Sim, algumas vezes	4	15	4	44
Não muitas vezes	3	11	1	11
Tenho sentido que são coisas demais para mim				
Não, eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes	5	18	0	0
Sim, na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles	7	26	4	44
Sim, algumas vezes não consigo lidar bem como antes	11	41	5	55
Não, na maioria das vezes consigo lidar bem com eles	4	15	0	0
Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir				
Não, nenhuma vez	19	70	1	11
Sim, na maioria das vezes	1	4	1	11
Sim, algumas vezes	5	18	5	55
Não muitas vezes	2	7	2	22
Eu tenho me sentido triste ou arrasada				
Não, de jeito nenhum	15	55	0	0
Não muitas vezes	5	18	2	22
Sim, na maioria das vezes	2	7	2	22
Sim, muitas vezes	5	18	5	55
Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado				
De vez em quando	9	33	4	44
Não, nenhuma vez	13	48	0	0
Sim, quase o tempo o todo	3	11	3	33
Sim, muitas vezes	2	7	2	22
A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça				
Nenhuma vez	23	85	5	55
Pouquíssimas vezes	3	11	3	33

Algumas vezes nos últimos dias 1 3 1 11

FONTE: MENEZES, F. Lopes et al. **Frequência da depressão puerperal na maternidade de um hospital universitário do sul**. Enfermería Global. 2012. Disponível em:

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rLR_ntAVVXIJ:scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/pt_enfermeria2.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br

SCORES EPDS	Nº total de mulheres entrevistadas	%
0	1	4
2	2	7
3	5	17
4	2	7
5	1	4
6	3	11
7	1	4
8	2	7
9	1	4
10	2	7
12	1	4
13	1	4
14	1	4
17	1	4
18	1	4
21	1	4
23	1	4
TOTAL	27	100

FONTE: Autoria própria

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo discutimos o tema Depressão Pós Parto, mas foi voltada para um público-alvo, as puérperas que se enquadram no alto risco. É um tema abordado por vários autores da área da saúde e tem sido pauta da agenda do Ministério da Saúde. No entanto quase não há referências sobre DPP em puérperas de alto risco. Mesmo com poucas publicações torna-se pertinente a investigação de características que auxilie na assistência puerperal. Este estudo teve como propósito analisar o perfil destas mulheres e descobrir se, de fato estão mais propensas a manifestar a DPP.

A investigação das características das mulheres com DPP pode trazer para a equipe de saúde informações importantes para uma assistência digna e efetiva para a mãe. É importante a preocupação a respeito das vivências da mulher durante a gravidez e, especialmente, como está se sentindo no pós-parto, bem como se ela conta com uma rede de apoio social que dê sustentação às mudanças psíquicas vividas com o nascimento de um bebê.

Reconhecer o estado depressivo da mãe para uma equipe é difícil em razão das queixas psicossomáticas que podem sugerir somente problemas orgânicos. É necessário que esta experiência, vivida subjetivamente pela mulher, possa ser detectada para ajudá-la no processo de reconstrução, sendo assim um desafio para o profissional de assistência materna.

Outro ponto é uma sistematização da assistência de enfermagem efetiva contemplando inclusive o processo de enfermagem e suas etapas. Na coleta de dados, inclusive a possibilidade da investigação de características predominantes nas puérperas que desenvolvem DPP e abrindo o leque de possibilidades do cuidado.

Não podemos esquecer que negligenciar a DPP pode trazer tristes consequências para mulher e para o desenvolvimento da criança.

A pesquisa partiu-se da hipótese de que o perfil das puérperas que desenvolvem depressão pós parto, sejam mulheres cujo gestação tenha sido de alto risco, onde teria um estresse maior devido ao sentimento de culpa por ter colocado seu bebê em risco, assim aumentando as chances de manifestar uma DPP. Durante o trabalho verificou-se que estas pacientes se enquadravam na maioria dos perfis e dos fatores de risco dos autores pesquisados. Com isso esta hipótese foi refutada pois estas puérperas tem o mesmo perfil das puérperas sem comorbidade.

Após a avaliação da escala de Edinburgh foi verificado que os sintomas mais presentes nestas puérperas foram o sentimento de culpa, diminuição do prazer, ansiedade, não conseguir lidar com as coisas como antes, dificuldade de dormir, choro e tristeza.

Houve limitações neste trabalho pois estamos no meio de uma pandemia e devido a isso a abordagem necessitou do uso da tecnologia. Onde teve dificuldades de se entrar em contato com as puérperas por telefone e quando elas iam responder ao questionário, ao acessar o link dava erro, sendo necessário mexer várias vezes no sistema. Independente de todas as dificuldades foram criados meios para uma coleta de dados com uso da tecnologia.

Mesmo diante das dificuldades no período de pandemia este trabalho nos trouxe informações valiosas no sentido de instigar pesquisas futuras no sentido de entrevistar as puérperas de escore alto em relação a escala de Edinburgh relacionado seus sentimentos e características. Estes resultados serão de extrema importância no cuidado puerperal de qualidade.

REFERÊNCIAS

_____. Transtornos mentais durante a gravidez e pós-parto esbarram em estigma, mostram pesquisadoras. **FIOCRUZ**. 2020. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/informe/site/materia/detalhe/48306>. Acesso em 04 mai. 2020.

ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM. São Paulo. V 29, n 6. Nov/Dec. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-210020160006000664. Acesso em 04 mai. 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2014. Archives Of Clinical Psychiatry. Rev. Psiquiatr. Clín. São Paulo. V 37, n. 6. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000600006. Acesso em 04 mai. 2020.

BERETTA, Maria Isabel Ruiz; ZANETI, Débora Junqueira; FABBRO, Márcia Regina Cangiani; FREITAS, Marildy Aparecida de; RUGGIERO, Eliete Maria Scarfon; DUPAS, Giselle. **Tristeza /Depressão na mulher:** uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. UFG. 2008. Disponível em: projetos.extras.ufg.br/fen_revista/v10/n4/v10n4a09.htm. Acesso em 08 dez. 2020.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher. Brasília [Ministério da Saúde], 2001. Disponível em : https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em 09 mai. 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Depressão pós parto: causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Brasília: [Ministério da Saúde], 2019. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/depressao-posparto>. Acesso em 04 mai. 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. Brasília [Ministério da Saúde], 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao> Acesso em 25 abr. 2020.

BRASIL. **Organização Pan Americano da Saúde**. Depressão: o que você precisa saber. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5372:depressao-o-que-voce-precisa-saber&Itemid=822. Acesso em 25 abr. 2020.

BRASIL. **Organização Pan Americano de Saúde**. Folha informativa – Depressão. Disponível em <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao>. Acesso em 25 abr. 2020.

CAMACHO, Renata Sciorilli. et al. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério:** classificação, diagnóstico e tratamento. Revisão de Literatura. Rev. Psiqu. Clín. 33 (2); 92-102, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a09v33n2.pdf>. Acesso em 09 jun. 2020.

CANTILINO, Amaury; ZAMBALDI, Carla Fonseca; SOUGEY, Everton Botelho; RENNÓ Jr, Joel . **Transtornos psiquiátricos no pós-parto**. Revisão da literatura. 2009. Revista psiquiatria Clínica, v 37, n 6. São Paulo. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n6/a06v37n6>. Acesso em 04 mai. 2020.

COUTINHO, Emília de Carvalho; SILVA, Alcione Leite da; RODRIGUES, Sandra Isabel Marques; NELAS, Paula Alexandra Batista; CHAVES, Cláudia Margarida Balula; CABRAL, Lúcia do Rosário; AMARAL, Maria Odete; PEREIRA, Vitória Barros Castro. **Suporte social durante o ciclo gravídico puerperal:** papel do pai ou pessoa significativa no parto. Portugal, 2014. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/view/548/543>. Acesso em 07 dez. 2020.

FIGUEIRA, Patricia Gomes; DINIZ, Leandro Malloy; SILVA Filho, Humberto Correa da. **Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós parto em uma amostra de Belo Horizonte**. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul vol.33 no.2 Porto Alegre, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082011000200002. Acesso em 05 dez. 2020.

FIGUEIRA, Patrícia; CORREA, Humberto; DINIZ, Leandro Malloy; SILVA, Marcos Aurélio Romano. **Escala de Depressão Pós natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde**. Revista de saúde pública, v. 43, suplemento 1. São Paulo. 2009.

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800012#:~:text=A%20EPDS%20mede%20a%20presen%C3%A7a,%C3%A1rea%20de%20sa%C3%BAde%20n%C3%A3o%20m%C3%A9dicos. Acesso em 08 dez. 2020.

GIARETTA, Davisson Gonçalves; FAGUNDEZ, Fabiana. Aspectos psicológicos do puerpério: uma revisão. Psicologia- portal da psicologia. 2015. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0922.pdf>. Acesso em 09 jun. 2020.

GOMES, Lorena Andrade et al. **Identificação dos fatores de risco para depressão pós parto**: importância do diagnóstico precoce. Revista Rene, V. 11, número especial, 2010. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WdBzTxT_XgcJ:www.periodicos.ufc.br/rene/article/download/4689/3490+&cd=5&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em 09 dez. 2020.

HARTMANN, Juliana Mano; SASSI, Raul Andrés Mendoza; CESAR, Juraci Almeida. **Depressão entre puérperas**: prevalência e fatores associados. Caderno de saúde pública. Out. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n9/e00094016/#:~:text=O%20per%C3%ADodo%20grav%C3%ADico%2Dpuerperal%20%C3%A9,aspects%20of%20women's%20reproductive%20health>. Acesso em 07 dez. 2020.

INTERAÇÃO EM PSICOLOGIA. São Paulo, ed. 9(1), p. 155-163, 2005. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/3295/2639>. Acesso em 05 abr. 2020.

KUNZLER, Ilse Maria. **O Cuidado às Mulheres no Puerpério de Alto Risco**: Aplicando o Modelo de Cuidado de Carraro, fundamentado em Florence Nightingale [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/88763/233575.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 04 mai. 2020.

MENEZES, F. Lopes et al. **Frequência da depressão puerperal na maternidade de um hospital universitário do sul**. Enfermería Global. 2012. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rLR_ntAVVXIJ:scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/pt_enfermeria2.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em 08 dez. 2020.

MESTIERI, Luiz Henrique Mazzonetto; MENEGUETTE, Renata Ipólito; MENEGUETTI, Cícero. **Estado Puerperal**. Revista Faculdade Ciência Médica. Sorocaba, v.7, n.1. p. 5 - 10, 2005. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/%20RFCMS/article/%20viewFile/359/pdf>. Acesso em 11 jun. 2020.

MURTA, Genilda Ferreira. **Dicionário Brasileiro de Saúde**. 3.ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2009.

PAULA, Gabrielle Machado de et al. **Depressão pós parto**: detecção precoce e fatores associados. RESUS – Revista Educação em Saúde, v7, suplemento 1, 2019. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/234552438.pdf>. Acesso em 05 dez. 2020.

PEREIRA, Tatiane Batista. **DEPRESSÃO PÓS - PARTO**: A importância do diagnóstico precoce. Cáceres/ MT. Dez 2013. Disponível em:

http://portal.unemat.br/media/oldfiles/enfermagem/docs/2014/projetos_tcc2013_2/prejeto_tcc_tatiane.pdf . Acesso em 03 dez. 2020.

PITTA, José Cássio do N. Fundamentação teórica: **Depressão no puerpério**. Especialização em saúde da família. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), 20___. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Danrley/Complexo_01_Danrley_Depressao.pdf. Acesso em 09 mai. 2020.

PSICO – USF (impr.). Itatiba, SP. V 10, n. 1. Jun 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712005000100008. Acesso em 04 mai. 2020.

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, v.33, n. 9. Sept. 2011. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032011000900006&script=sci_arttext. Acesso em 03 mai. 2020.

Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, RS. V31, n. 3, Sept. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000300016&script=sci_arttext. Acesso em 03 Mai 2020.

REVISTA PANORÂMICA ON-LINE, Barra do Garças– MT, v. 14, p. 15–34, jul. 2013. Disponível em: [revistas.cua.ufmt.br>index.php>article>download](http://revistas.cua.ufmt.br/index.php?article=download). Acesso em 09 jun. 2020.

RIBEIRO, Christiane Carvaho. A relação entre formas de nascimento, a percepção de trauma durante o parto, a escolha materna e a depressão pós parto. **Dissertação**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de medicina. Belo Horizonte, MG. 2018. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/FRSS-BB3GCS/1/disserta_o_christine_carvalho_ribeiro.pdf. Acesso em 07 dez. 2020.

SOUZA, Valéria Feitosa. A depressão no ciclo gravídico-puerperal de mulheres atendidas em um ambulatório de hospital geral. **Dissertação de mestrado**. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade e São Paulo. Ribeirão Preto. SP. 2008. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-09122008-154716/publico/ValeriaFeitosadeSousa.pdf>. Acesso em 07 dez. 2020.

TELES, Dr. Leandro. **Depressão não é fraqueza**: como reconhecer, prevenir e enfrentar a doença mais incapacitante do cérebro. São Paulo, Alaúde Editorial, 2019.

TENG, Chein Tung; NAKATA, Ana Cristina G.; ROCCA, Cristina C. de Almeida; YANO, Yuristella. **Depressão e Cognição**. São Paulo. Atheneu, 2009.

TEODORO, Wagner Luiz Garcia. **Depressão**: corpo, mente e alma. Uberlândia, M.G, 3ª ed. Uberlândia-M.G: [s.n], 2010. Disponível em: <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/depressaocma.pdf>. Acesso em 12 de Jun de 2020.

XAVIER, Juliana Brun. **Depressão pós-parto**: Atuação da Enfermagem na Prevenção. ARIQUEMES, RO. 2019. Disponível em: http://repositorio.faema.edu.br/bitstream/123456789/2551/1/TCC%20JULIANA%20XAVIER_assinado_assinado_assinado%20PRONTO.pdf. Acesso em 04 Mai 2020.