

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PUÉRPERA COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO AMBIENTE HOSPITALAR

NURSING CARE FOR PUERPERAL WOMEN WITH POSTPARTUM DEPRESSION IN A HOSPITAL ENVIRONMENT

*Luan Guimarães Pessoa¹
Luzimere Pires do Nascimento²*

RESUMO

A Depressão Pós-Parto (DPP) é um transtorno mental de alta prevalência, que provoca alterações biopsicossociais, iniciando insidiosamente, levando até semanas após o parto. O objetivo desta pesquisa é identificar como a enfermagem atua frente à Depressão Pós-Parto no ambiente hospitalar, os sinais e sintomas e assistência de enfermagem adequada. A presente pesquisa é exploratória de abordagem qualitativa. Após a submissão à Plataforma Brasil e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa - CEP, a pesquisa foi realizada através de entrevistas à 30 puérperas chegando a uma amostragem por saturação de 20 puérperas na faixa etária de 18 a 30 anos, admitidas nos alojamentos conjuntos do Hospital Regional Jofre de Matos Cohen, localizado na cidade de Parintins – Amazonas, no período de julho de 2017. Os resultados apontam que 100% das puérperas entrevistadas não sabiam sobre a DPP, 60% tinham algum dos sintomas, porém, apenas 15% tiveram maior atenção da equipe de enfermagem.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem; Puérperas; Depressão.

ABSTRACT

Postpartum Depression (PPD) is a high prevalence mental disorder, which causes biopsychosocial changes, starting insidiously, leading up to weeks after delivery. The objective of this research is to identify how nursing works in the postpartum depression in the hospital environment, the signs and symptoms and adequate nursing care. This research is exploratory with a qualitative approach. After submission to the Brazil Platform and approval of the Ethics and Research Committee (ERC), the research was carried out through interviews with 30 puerperae arriving at a saturation sampling of 20 puerperae in the age range of 18 to 30 years, Regional Hospital Jofre de Matos Cohen, located in the city of Parintins - Amazonas, in July 2017. The results indicate that 100% of the women interviewed did not know about PPD, 60% had any of the symptoms, but only 15% attention of the nursing team.

Keywords: Nursing care; Puérpera; Depression.

¹Bacharel em Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas - CESP/UEA. E-mail: luangpessoa25@gmail.com
Contato (92) 9 9189-1500.

²Orientadora do Artigo - Docente MSc. do Curso de Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas – CESP/UEA. E-mail: mere.pires@hotmail.com Contato: (92) 9 9132-6200.

Endereço para Correspondência: Rua Armando Prado, Nº. 2613, Centro. CEP: 69151-010. Parintins, Amazonas.

RESUMEN

La depresión postparto (DPP) es un trastorno mental de alta prevalencia, que provoca alteraciones biopsicosociales, iniciando insidiosamente, llevando hasta semanas después del parto. El objetivo de esta investigación es identificar cómo la enfermería actúa frente a la Depresión Post-Parto en el ambiente hospitalario, los signos y síntomas y asistencia de enfermería adecuada. La presente investigación es exploratoria de enfoque cualitativo. Después de la sumisión a la Plataforma Brasil y aprobación del Comité de Ética e Investigación - CEP, la encuesta fue realizada a través de entrevistas a 30 puérperas llegando a un muestreo por saturación de 20 puérperas en el grupo de edad de 18 a 30 años, admitidas en los alojamientos conjuntos del mismo, En el período de julio de 2017. Los resultados apuntan que el 100% de las puérperas entrevistadas no sabían sobre la DPP, el 60% tenían algunos de los síntomas, pero sólo el 15% mayor atención del equipo de enfermería.

Palabras clave: Asistencia de enfermería; Puérpera; Depresión.

1. INTRODUÇÃO

A Depressão Pós-Parto (DPP) é considerada um transtorno mental de alta prevalência, que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Inicia-se de maneira insidiosa, levando até semanas após o parto. É uma patologia derivada da combinação de fatores biopsicossociais, dificilmente controláveis, que atuam de forma implacável no seu surgimento⁽¹⁾.

Além do ritmo acelerado das mudanças fisiológicas na fase puerperal (elevações dos níveis de corticosteroide e queda abrupta dos níveis hormonais), surgem exigências culturais, sociais, familiares e pessoais em relação à puérpera, no que corresponde ao desempenho das funções maternas adequadamente. Assim, mesmo vivenciando um período de fragilidade, cabem ainda à mulher a satisfação e o reconhecimento holístico das necessidades e demandas do bebê⁽¹⁾.

A DPP ocorre em todo o mundo, sua incidência varia de 10% a 20%, na proporção de um caso para 1.000 mães. No Brasil, a última publicação, de base populacional sobre o tema, realizada em Pelotas-RS, com 410 mulheres, divulgada em 2006, destacou uma prevalência de 19,1%. Outra publicação anterior, desenvolvida em São Paulo-SP, em 2005, identificou uma prevalência de 37,1% em uma amostra de 70 puérperas⁽²⁾.

Na fase pós-parto, o enfermeiro pode prestar decisiva colaboração, pois ao conhecer a situação vivenciada, este profissional auxilia a puérpera a superá-la e a se readaptar melhor às suas dificuldades, contribuindo para um exercício saudável da maternidade com impactos, tanto no binômio mãe e filho como na família⁽²⁾.

¹Bacharel em Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas - CESP/UEA. E-mail: luangpessoa25@gmail.com Contato (92) 9 9189-1500.

²Orientadora do Artigo - Docente MSc. do Curso de Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas - CESP/UEA. E-mail: mere.pires@hotmail.com Contato: (92) 9 9132-6200.

Endereço para Correspondência: Rua Armando Prado, Nº. 2613, Centro. CEP: 69151-010. Parintins, Amazonas.

A puérpera deprimida, ao contrário da hiperativa, pode apresentar-se com um profundo retraimento, necessidade de isolamento. Além de que, a prostração e a decepção com sentimentos de fracasso e desilusão têm também aspectos regressivos que se somam aos já produzidos pelo parto, com a reatualização do trauma do próprio nascimento, fazendo com que a puérpera se sinta mais carente e dependente de proteção, como que competindo com o bebê às atenções do meio que a cerca⁽³⁾.

De modo geral, o transtorno depressivo puerperal acrescido de particularidades relativas à maternidade em si afeta o desempenho do papel de mãe. Sentimentos negativos, desinteresse pelo bebê e culpabilidade por não conseguir cuidar dele são frequentes e pode resultar em um desenvolvimento insatisfatório da interação mãe bebê⁽³⁾.

A DPP tem se configurado como sério problema de saúde materna, pois provoca diversas alterações emocionais e comportamentais na mãe depressiva, e pode atingir de 10 a 15% de mulheres, após o nascimento do filho, exigindo tratamento adequado, uma vez que a gestação e, principalmente, o nascimento de um bebê, podem ser considerados um evento propício ao surgimento de questionamentos e problemas emocionais para os pais, pois são marcados por profundas mudanças e existência de sentimentos ambivalente⁽⁴⁾.

O objetivo deste estudo é apresentar a assistência do profissional de enfermagem à Puérpera com DPP no Ambiente Hospitalar e tornar adequada uma assistência de enfermagem que seja capaz de contribuir para um cuidado de qualidade que atenda todas as necessidades dessas puérperas.

Este estudo visa contribuir para promoção de uma assistência de qualidade para a saúde materna no pós-parto, uma vez que busca detectar como a assistência está sendo prestada, com a finalidade de estabelecer medidas de segurança para mãe e filho, de forma humanizada e holística atendendo todas as necessidades frente aos agravos ocasionados por essa patologia.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A Depressão pós-parto tem se configurado como sério problema de saúde materna, pois leva a diversas alterações emocionais e comportamentais na mãe depressiva, e pode atingir cerca de 10 a 15% de mulheres, após o nascimento do bebê, exigindo tratamento adequado⁽⁴⁾.

O conceito de depressão pós-parto pode ser compreendido de várias formas:

¹Bacharel em Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas - CESP/UEA. E-mail: luangessoa25@gmail.com Contato (92) 9 9189-1500.

²Orientadora do Artigo - Docente MSc. do Curso de Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas – CESP/UEA. E-mail: mere.pires@hotmail.com Contato: (92) 9 9132-6200.

Endereço para Correspondência: Rua Armando Prado, Nº. 2613, Centro. CEP: 69151-010. Parintins, Amazonas.

Para a psiquiatria a depressão é uma doença do organismo como um todo, que compromete o físico, o humor e, em consequência, o pensamento. É uma doença afetiva ou do humor, não é sinal de fraqueza, de falta de pensamentos positivos ou uma condição que possa ser superada apenas pela força de vontade ou com esforço. A Medicina define a depressão como mau funcionamento cerebral, distinguindo-a da má vontade psíquica ou cegueira mental para as coisas boas que a vida pode oferecer. A depressão pode se manifestar de várias formas, constatando-se em todos os tipos, comprometimento do ânimo, inclusive para as atividades que geram prazer⁽¹⁾.

A depressão pós-parto é um transtorno mental de alta prevalência, que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Inicia-se de maneira insidiosa, levando até semanas após o parto⁽¹⁾.

A DPP vai além das primeiras três semanas após o nascimento. Esta patologia manifesta-se com um quadro clínico específico e traz grandes prejuízos ao bebê, à mãe, à família e ao vínculo entre eles⁽³⁾.

Inicia-se geralmente em primíparas que internalizam o sentimento de incapacidade de cuidar do filho, especialmente aquelas que não estão inseridas em um núcleo familiar estável ou que tiveram uma gravidez complicada. Pode ocorrer com frequência após um aborto ou em casos de natimortos principalmente⁽³⁾.

A gestação e, principalmente, o nascimento de um bebê, são considerados eventos propícios ao surgimento de problemas emocionais para a mãe, pois, são marcados por profundas mudanças e existência de sentimentos ambivalentes⁽⁴⁾.

Na fase do puerpério, a mulher se encontra mais exposta ao aparecimento de alterações mentais, em relação a outras fases de sua vida, tendo em vista que as suas defesas tanto psicossociais quanto físicas estão direcionadas à proteção e vulnerabilidade do bebê⁽⁴⁾.

2.1.1 Causas da Depressão Pós-parto

A etiologia da DPP parece ser pouco esclarecida, apresentando-se de forma multideterminada, por meio de uma combinação de fatores de caráter psicológico, psicossocial, obstétrico, hormonal e hereditário⁽⁵⁾.

Os fatores obstétricos envolvidos no aparecimento da DPP são notáveis durante toda a gestação. A mulher pode passar por situações que oferecem risco da DPP, tais como prematuridade, intercorrências neonatais e má-formação congênita do bebê. Complicações gravídicas que resultam em partos de risco também contemplam estes fatores. As condições do puerpério podem predispor a mulher à depressão puerperal e mulheres que passaram por puerpérios com alguma complicação

¹Bacharel em Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas - CESP/UEA. E-mail: luangpessoa25@gmail.com Contato (92) 9 9189-1500.

²Orientadora do Artigo - Docente MSc. do Curso de Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas – CESP/UEA. E-mail: mere.pires@hotmail.com Contato: (92) 9 9132-6200.

Endereço para Correspondência: Rua Armando Prado, Nº. 2613, Centro. CEP: 69151-010. Parintins, Amazonas.

clínica podem manifestar um quadro desta patologia. Alguns autores afirmam ainda que tanto a gravidez quanto o parto podem ser fatores estressantes para a mulher, atuando muitas vezes como fatores desencadeantes da DPP⁽⁵⁾.

Após o parto, ocorre uma acentuada queda nos hormônios estradiol e progesterona, além da redução do cortisol sérico, relacionada a uma diminuição das atividades secretoras da glândula pituitária. Este fato pode estar envolvido nas alterações do humor que ocorrem durante esta fase⁽⁵⁾.

A rápida queda dos níveis de hormônio reprodutivo feminino após o nascimento do bebê pode desregular a integração entre neurotransmissores, hormônios estressores e hormônios reprodutivos, levando a um novo episódio de transtorno psiquiátrico ou à exacerbação de uma desordem de humor pré-existente⁽⁵⁾.

A hereditariedade da depressão também é um fator etiológico importante. Foi possível verificar que em adolescentes com parentesco de primeiro grau com mulheres com história pregressa de DPP a prevalência de 16% e 44%, quase duas vezes mais elevadas do que em gestantes adultas sem nenhum histórico, indicando um possível componente genético ou familiar relacionado a estes acometimentos⁽⁵⁾.

Os riscos de DPP advêm da inter-relação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos. Estudos confirmaram uma associação entre a ocorrência de DPP e a fragilidade do suporte oferecido pelo parceiro, ou por pessoas com as quais a mãe se relaciona, o não planejamento da gestação, a dificuldade de amamentar, a dificuldade do parto e o nascimento prematuro⁽⁴⁾.

2.1.2 Sintomatologia

Os sintomas da depressão pós-parto têm o início típico nas seis primeiras semanas do puerpério, podendo incidir até seis meses após o parto, devendo o humor depressivo e a perda de interesse nas atividades estar presentes por no mínimo duas semanas. Outros sintomas são: alterações do sono, adinamia, sentimento de culpa ou desânimo, perda de concentração ou pensamentos suicidas⁽⁶⁾.

A mulher com DPP fica susceptível a desenvolver um sentimento de culpa, com uma grande probabilidade de desenvolver a depressão pós-parto, principalmente se este momento não for acolhido de forma humana e harmônica pelos familiares, marido e equipe de saúde, podendo interferir na saúde mental materna⁽⁷⁾.

Outros autores salientam que as principais manifestações da DPP são:

¹Bacharel em Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas - CESP/UEA. E-mail: luangpessoa25@gmail.com Contato (92) 9 9189-1500.

²Orientadora do Artigo - Docente MSc. do Curso de Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas – CESP/UEA. E-mail: mere.pires@hotmail.com Contato: (92) 9 9132-6200.

Endereço para Correspondência: Rua Armando Prado, Nº. 2613, Centro. CEP: 69151-010. Parintins, Amazonas.

A ocorrência de tristeza, perda do prazer, choro fácil, abatimento, alterações do apetite, distúrbio do sono, fadiga irritabilidade, hipocondria, dificuldade de concentração e memorização, redução do interesse sexual e ideação suicida, podendo ocorrer também em casos de gravidez na adolescência, o que nos dias de hoje vem aumentando⁽⁸⁾.

Depressão leve a moderada são caracterizados pelos sintomas acima, sendo que, seja qual for a intensidade do quadro, o bebê é o principal afetado pela desordem emocional materna. Pode-se afirmar também que as crianças de mães deprimidas apresentam maior risco para terem desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais⁽³⁾.

2.1.3 Diagnóstico da Depressão Pós-parto

A DPP tem sintomas específicos que incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, a sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas⁽⁴⁾.

Um instrumento amplamente utilizado e validado para o rastreio da DPP é o Escala de Edimburgo, no qual uma pontuação maior ou igual a 12 indica depressão pós-parto, devendo o diagnóstico ser confirmado por profissional qualificado para tal. O período ideal para o rastreio é entre duas semanas e seis meses após o parto. É um instrumento desenvolvido na Grã-Bretanha, que tem recebido respaldo de diversos estudos epidemiológicos, de encaminhamento diagnóstico e em testes de hipóteses relacionadas à DPP. Esta escala possui tradução em onze idiomas, dentre eles o português e foi submetida a estudos de validade em vários países⁽⁶⁻⁵⁾.

Os itens cobrem sintomas psíquicos como humor depressivo (sensação de tristeza, auto desvalorização e sentimentos de culpa, ideias de morte ou suicídio), perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, insônia ou hipersônia além de alterações do comportamento como crises de choro. A somatória dos pontos perfaz escore de 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 12, como definido na validação da escala em uma amostra brasileira⁽⁹⁾.

No Brasil a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), foi validada em 2003 e de grande uso nos estudos nacionais. Além de ser um instrumento específico para identificar a depressão pós-parto, é, também, de grande acessibilidade e simplicidade na sua incorporação à rotina clínica, podendo ser aplicada por profissionais na Atenção Primária em saúde, inclusive pelo enfermeiro⁽¹⁰⁾.

¹Bacharel em Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas - CESP/UEA. E-mail: luangpessoa25@gmail.com Contato (92) 9 9189-1500.

²Orientadora do Artigo - Docente MSc. do Curso de Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas – CESP/UEA. E-mail: mere.pires@hotmail.com Contato: (92) 9 9132-6200.

Endereço para Correspondência: Rua Armando Prado, Nº. 2613, Centro. CEP: 69151-010. Parintins, Amazonas.

Em estudos realizados mostraram que em um total de 261 mães que responderam a EDPE, 73 apresentaram pontuação maior ou igual a 12, ou seja, 28% das gestantes tiveram escores indicativos de depressão pós-parto. Na sub amostra de 138 mães que participaram da análise de interação mãe-bebê aos quatro meses, 39 (29,7%) tiveram pontuação maior que 12 na EDPE, compondo o grupo de estudo (deprimidas), enquanto 92 tiveram pontuação menor que o ponto de corte, fazendo parte do grupo-controle (não deprimidas)⁽¹¹⁾.

Desta forma, através destes trabalhos, a partir da amostra, foi encontrado uma prevalência de sintomatologia depressiva bastante superior à média mundial (10% a 15%) e próxima às taxas mais altas referidas para o Brasil (entre 32,9% e 37,1%)⁽¹¹⁾.

2.1.4 Ações de Enfermagem no Cuidado à Puérpera com Depressão Pós-parto

O principal objetivo assistencial do profissional de enfermagem neste contexto está na educação e orientação à saúde para que as mulheres adquiram segurança e tranquilidade ao assumir seu papel de mãe⁽¹²⁾.

O enfermeiro é o profissional mais próximo da mulher durante o ciclo gravídico/puerperal, e tem importante papel nos programas de educação em saúde, evitando dúvidas e possíveis complicações no pós-parto. Como descrevem os autores:

Enquanto profissional de saúde, o mesmo deve voltar seus conhecimentos a uma demanda diversificada, principalmente tratando-se de questões psicológicas, capazes de se camuflarem em intercorrências clínicas que podem dificultar o diagnóstico e o tratamento adequado. Toda a equipe de enfermagem deve procurar estabelecer com a paciente um relacionamento, com o objetivo de: desenvolver confiança; observar e anotar o comportamento; prestar cuidados específicos, caso ela esteja deprimida; estimular e oferecer atividades construtivas; observar e ouvir atentamente indícios de ideia suicida e estimular os cuidados pessoais como higiene, vestuário, alimentação⁽¹³⁾.

Para prevenir a depressão pós-parto o enfermeiro deve providenciar cuidados individualizados e flexíveis, no pós-parto baseados na identificação dos sintomas depressivos e na preferência materna⁽¹⁴⁾.

O interesse, por parte do profissional, pelo bem-estar da cliente resulta em uma interação efetiva. A contra ponto, o fato de não serem atendidas gera uma percepção de desprezo, humilhação e descaso, mas isto só será efetivo se houver recursos humanos em termos qualitativos e quantitativos adequados à assistência⁽¹²⁾.

¹Bacharel em Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas - CESP/UEA. E-mail: luangpessoa25@gmail.com Contato (92) 9 9189-1500.

²Orientadora do Artigo - Docente MSc. do Curso de Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas – CESP/UEA. E-mail: mere.pires@hotmail.com Contato: (92) 9 9132-6200.

Endereço para Correspondência: Rua Armando Prado, Nº. 2613, Centro. CEP: 69151-010. Parintins, Amazonas.

Cabe aos serviços de saúde a aquisição de instrumentos para identificar precocemente, tratar e/ou encaminhar essas gestantes e puérperas com alguma predisposição depressiva, sempre considerando a gravidade do caso⁽⁷⁾.

Diagnosticar uma puérpera com depressão pós-parto não é tão simples pois os sintomas da depressão pós-parto são similares com os da depressão que ocorre em período não puerperal, tendo início típico nas seis primeiras semanas do puerpério, podendo atingir até seis meses após o parto. Outros sintomas que podem estar presentes são os sentimentos de culpa ou desânimo, a perda de concentração e os pensamentos suicidas⁽⁶⁾.

A importância da gestante expressar seus temores, queixas e ansiedades, podendo o enfermeiro dar assistência e orientação durante o acompanhamento do pré-natal, pois o atendimento precoce representa prevenção, ao qual traz grandes repercussões futuras⁽¹³⁾.

Os enfermeiros devem estar atentos, e quando necessário, deverão informar à família que algo não está bem com a cliente. Ressaltam ainda que, a união dos profissionais de saúde pode transformar esse momento em uma fase em que a cliente se sentirá mais confiante e firme para expressar seus sentimentos, sentindo-se ajudada e acolhida⁽¹³⁾.

3. MÉTODO

A pesquisa espera que em relação à categoria de profissionais enfermeiros a necessidade de conhecer esta realidade e ter um olhar vigilante sobre esses casos se faz necessário, visto que o profissional desta área é que acompanha a mãe e o filho no puerpério na maioria das consultas de puericultura.

A presente pesquisa é exploratória, onde foi realizado primeiramente o levantamento bibliográfico, depois, entrevista com pessoas que tiveram experiência prática com o problema pesquisado, neste caso, com as puérperas internadas, onde os dados obtidos serão, analisados, classificados e interpretados, sem interferência do pesquisador⁽¹⁵⁾. A pesquisa é de caráter qualitativo, não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc⁽¹⁶⁾, realizado nos alojamentos conjuntos do Hospital Regional Jofre de Matos Cohen.

A pesquisa teórica se deu com a pesquisa de periódicos escritos e eletrônicos, que discutam assuntos referentes à temática abordada de assistência de enfermagem à puérpera com depressão pós-parto.

¹Bacharel em Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas - CESP/UEA. E-mail: luangpessoa25@gmail.com Contato (92) 9 9189-1500.

²Orientadora do Artigo - Docente MSc. do Curso de Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas – CESP/UEA. E-mail: mere.pires@hotmail.com Contato: (92) 9 9132-6200.

Endereço para Correspondência: Rua Armando Prado, Nº. 2613, Centro. CEP: 69151-010. Parintins, Amazonas.

Foi utilizado roteiro de entrevista, elaborado com perguntas abertas e fechadas, abordando sobre a temática do estudo: assistência de enfermagem à puérpera com depressão pós-parto, onde as primeiras perguntas eram relativas a seus sentimentos em relação à gravidez, à sua família, para saber se a participante teria alguns dos sintomas de DPP, já as últimas perguntas estavam relacionadas à assistência de enfermagem recebida pela participante, frente à esses sintomas apresentados.

Os critérios de inclusão foram: puérperas que estejam na unidade hospitalar; com idades acima de 18 anos e abaixo de 30 anos; que aceitaram participar da pesquisa; residentes na cidade de Parintins. Foram excluídas da Pesquisa: as mulheres abaixo de 18 anos e acima de 30 anos; mulheres que residem fora do município de Parintins; as que não aceitarem participar da pesquisa; que não estejam no puerpério. Foi solicitada às entrevistadas a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contemplando a Resolução n. 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos, submetida ao comitê de ética em pesquisa – CEP por meio da Plataforma Brasil, onde se obteve o parecer de aprovado.

De acordo com a Resolução CNS 466/12 do item II. 22, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, sendo estes de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente.

No que se refere a essa pesquisa, os riscos de participação desse estudo restringiram-se ao de incômodo dos sujeitos, que disponibilizaram parte do seu tempo para a realização da entrevista e também, pelo recebimento do pesquisador no local de sua internação, local este, tipicamente feminino. Outro risco seria, que na entrevista poderia ter perguntas que seriam consideradas como possíveis causadores de danos psíquicos, intelectual e cultural, causando desconfortos e constrangimentos ao participante, e ainda perguntas que levariam a mulher a ter que comentar a respeito da sua gravidez e como foi assistida pela família durante esse processo e também como foi assistida pelos profissionais de enfermagem.

Para minimizar esses riscos decorrentes na pesquisa, foi garantido à participante a confidencialidade da entrevista, a participante recebeu todos os esclarecimentos antes da pesquisa; a participante poderia interromper a entrevista em qualquer momento; foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE; assistência psicológica; privacidade para responder a entrevista; participação voluntária e consideração de situação de vulnerabilidade.

Os benefícios são inúmeros como: melhor esclarecimento sobre o tema para as mulheres que se encontram na gestação, puerpério e para aquelas que desejam ser mãe, contribuir para um

¹Bacharel em Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas - CESP/UEA. E-mail: luangpessoa25@gmail.com Contato (92) 9 9189-1500.

²Orientadora do Artigo - Docente MSc. do Curso de Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas – CESP/UEA. E-mail: mere.pires@hotmail.com Contato: (92) 9 9132-6200.

Endereço para Correspondência: Rua Armando Prado, Nº. 2613, Centro. CEP: 69151-010. Parintins, Amazonas.

cuidado de qualidade que atenda todas as necessidades das puérperas com depressão pós-parto, para a comunidade acadêmica por se tratar de um tema pouco, ou ainda não abordado no município e contribuir para com os profissionais da enfermagem sobre a relevância de uma assistência holística e humanizada a essas mulheres.

A entrevista foi realizada pelo pesquisador às puérperas internadas nos alojamentos conjuntos da referida instituição, de acordo com a disponibilidade e aceitação das puérperas. No momento da abordagem o pesquisador apresentou e leu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, após a autorização assinada do TCLE, sendo-lhes garantidas o sigilo de suas identidades. Para tanto, os nomes das participantes foram substituídos por pseudônimos de nomes de flores escolhidos em uma lista disponibilizada pelo pesquisador ao início de cada entrevista.

Os relatos das participantes foram registradas através de anotações manuais no roteiro de entrevista e também através de gravação de voz com auxílio de um aparelho celular.

A população pesquisada foram mulheres que se encontram no ciclo gravídico puerperal, atendidas no setor de obstetrícia do H.J.C. A população foi composta por 30 mulheres na faixa etária de 18 a 30 anos que estejam no estágio do puerpério no período do mês de julho de 2017, chegando a uma amostragem por saturação de 20 puérperas,

O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados⁽¹⁷⁾.

Para análise de dados, procedeu à leitura flutuante das respostas do roteiro de entrevista e também a escuta dos áudios de cada entrevista, sendo transcritas partes importantes na íntegra de cada entrevista, buscando unidade de significado comum entre todos os dados, de acordo com os critérios de organização de uma análise de conteúdo contendo: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, esta última é necessário retomar à referenciais teóricos, para embasar a análise dando sentido à interpretação⁽¹⁸⁾.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa teve participação de uma população de 30 mulheres, chegando a um número de amostragem por saturação de 20 mulheres, sendo que as mesmas se encontravam no período do puerpério imediato, incluídas nas faixas etárias entre 18 a 30 anos, que se encontravam admitidas no alojamento conjunto do Hospital Regional Jofre de Matos Cohen, no período do mês de Julho de 2017.

¹Bacharel em Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas - CESP/UEA. E-mail: luangpessoa25@gmail.com Contato (92) 9 9189-1500.

²Orientadora do Artigo - Docente MSc. do Curso de Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas – CESP/UEA. E-mail: mere.pires@hotmail.com Contato: (92) 9 9132-6200.

Endereço para Correspondência: Rua Armando Prado, Nº. 2613, Centro. CEP: 69151-010. Parintins, Amazonas.

4.1 SE A GRAVIDEZ FOI DESEJADA:

Quando indagadas sobre se a gravidez foi desejada, 8 (40%) mulheres responderam que sim que desejaram a gravidez e 12 (60%) mulheres disseram que a gravidez não foi desejada. Conforme relatadas nas falas a seguir:

Eu queria que fosse um menino... porque o pai queria um menino...-Acácia

Poxa foi o sexto né, eu já tinha cinco, fiquei desesperada e quando eu falei 'pro' pai e o pai não quis- Violeta.

Desde o que aconteceu... tipo aconteceu numa fase que eu tinha perdido um de 12, aí eu descobri que estava grávida 'dele', aí como eu tinha perdido um, não queria mais ele, eu não aceitava- Gardênia.

Alguns fatores podem colaborar para o quadro de DPP, como: grande frustração das expectativas relacionadas com a maternidade, conflitos com o cônjuge, baixas condições socioeconômicas e a falta de suporte social e da família. Variáveis do próprio bebê também foram identificadas por este autor como fator de risco para depressão pós-parto, a prematuridade da criança, a irritabilidade do recém-nascido, são preditores de depressão materna. Estes preditores podem orientar o profissional da saúde quanto a um possível diagnóstico⁽³⁾.

4.2 ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ PELA FAMÍLIA:

Quando questionadas sobre a aceitação da gravidez pela família, 17 (85%) das mulheres responderam que foram bem aceitas pela família quando comunicaram que estavam grávidas, porém apenas 3 (15%) mulheres responderam que a família ou alguns membros da família como o marido e filhos não aceitaram a gravidez, e não tiveram o apoio familiar. Como relatado nas falas a seguir:

Ele (marido) desejava ter um filho homem ai como veio uma mulher ele não quis... me sentia mal dele rejeitar a própria filha... nem eu que era a mulher dele não conheci ele... - Acácia.

Minha família não aceitou não. - Dente de Leão.

É mais o pai que é chato, a mãe já aceitou. - Beladona.

A família ou o cônjuge têm papel importante em apoiar essa mulher que se encontra em situação de vulnerabilidade. A mulher com DPP fica susceptível a desenvolver um sentimento de culpa, com uma grande probabilidade de desenvolver a depressão pós-parto, principalmente se este

¹Bacharel em Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas - CESP/UEA. E-mail: luangessoa25@gmail.com Contato (92) 9 9189-1500.

²Orientadora do Artigo - Docente MSc. do Curso de Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas – CESP/UEA. E-mail: mere.pires@hotmail.com Contato: (92) 9 9132-6200.

Endereço para Correspondência: Rua Armando Prado, Nº. 2613, Centro. CEP: 69151-010. Parintins, Amazonas.

momento não for acolhido de forma humana e harmônica pelos familiares, marido e equipe de saúde, podendo interferir na saúde mental materna⁽⁷⁾.

4.3 CONHECIMENTO SOBRE A TEMÁTICA: DEPRESSÃO PÓS-PARTO:

Todas as mulheres entrevistadas (100%) informaram que não sabiam o que era de fato a depressão pós-parto. Portanto se fez necessário a realização de uma educação em saúde sobre a depressão pós-parto, para esclarecer e tirar as dúvidas que foram levantadas pelas mulheres.

A Depressão Pós-Parto (DPP) é considerada um transtorno mental de alta prevalência, que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Inicia-se de maneira insidiosa, levando até semanas após o parto. É uma patologia derivada da combinação de fatores biopsicossociais, dificilmente controláveis, que atuam de forma implacável no seu surgimento⁽¹⁾.

A escala de Edimburg é um instrumento amplamente utilizado e validado para o rastreamento da DPP, no qual uma pontuação maior ou igual a 12 indica depressão pós-parto, devendo o diagnóstico ser confirmado por profissional qualificado para tal⁽⁶⁾.

No Brasil a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburg (EPDS), foi validada em 2003 e de grande uso nos estudos nacionais. Além de ser um instrumento específico para identificar a depressão pós-parto, é, também, de grande acessibilidade e simplicidade na sua incorporação à rotina clínica, podendo ser aplicada por profissionais na Atenção Primária em saúde, inclusive pelo enfermeiro⁽⁹⁾.

3.4 SE APRESENTAVAM ALGUNS DOS SINTOMAS DA DPP: MEDO, TRISTEZA, CULPA ANSIEDADE:

Quando perguntado as mulheres, se elas apresentaram alguns dos sintomas de DPP, 12 (60%) mulheres relataram que tiveram ansiedade, 6 (30%) mulheres relataram que tiveram preocupação por algum motivo, 5 (25%) mulheres responderam que não apresentaram nenhum desses sintomas, apenas 3 (15%) das mulheres informaram ter sentido medo, principalmente sobre a saúde do recém-nascido e de não conseguir amamentar.

As mulheres estavam ansiosas para receberem alta hospitalar, pois referiram vontade de voltarem para casa, e assim poder cuidar integralmente do filho.

¹Bacharel em Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas - CESP/UEA. E-mail: luangpessoa25@gmail.com Contato (92) 9 9189-1500.

²Orientadora do Artigo - Docente MSc. do Curso de Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas – CESP/UEA. E-mail: mere.pires@hotmail.com Contato: (92) 9 9132-6200.

Endereço para Correspondência: Rua Armando Prado, Nº. 2613, Centro. CEP: 69151-010. Parintins, Amazonas.

Dentre as principais preocupações apresentadas pelas mulheres, seriam pelo fato de terem deixado os seus filhos em casa, entre outros problemas familiares. Como relatados nas falas a seguir:

Só preocupada que ‘ta’ acontecendo algumas coisas com a minha família. - Acácia.

Eu estava preocupada assim de noite que ela chorou muito de noite porque eu não tinha leite”- Camomila.

Eu só ‘to’ preocupada com os meus outros filhos que estão longe de mim. - Alecrim.

Ansiosa só que eu queria ‘ta’ eu mesma cuidado dela e eu não posso. - Gérbera.

Tenho medo de tudo, de perder, de acontecer algo. – Orquídea.

Normalmente ocorre na DPP tristeza, fadiga irritabilidade, hipocondria, dificuldade de concentração e memorização, perda do prazer, choro fácil, abatimento, alterações do apetite, distúrbio do sono, redução do interesse sexual e ideação suicida, podendo ocorrer também em casos de gravidez na adolescência, o que nos dias de hoje vem aumentando⁽⁸⁾.

3.5 INTERESSE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PELOS SENTIMENTOS APRESENTADOS PELAS MULHERES NO PUERPÉRIO:

Quando questionadas a respeito do interesse da equipe de enfermagem se mostrarem preocupadas sobre os sentimentos apresentados pelas mulheres no puerpério, 17 (85%) mulheres disseram que a equipe de enfermagem não demonstrava interesse pelos seus sentimentos, apenas 3 (15%) mulheres disseram que a equipe de enfermagem se mostrou bastante preocupada a respeito dos sentimentos referidos por elas.

Cabe a equipe de enfermagem, atentar sobre essas mudanças de sentimentos que ocorrem nesse período de puerpério, para que seja diagnosticado previamente uma possível DPP, para que essa mulher não vá com este problema para casa, ou sem saber o que está acontecendo com ela mesma.

Acredita-se que os enfermeiros devem estar atentos, e quando necessário, deverão informar à família que algo não está bem com a cliente. Ressaltam ainda que, a união dos profissionais de saúde pode transformar esse momento em uma fase em que a cliente se sentirá mais confiante e firme para expressar seus sentimentos, sentindo-se ajudada e acolhida⁽¹³⁾.

¹Bacharel em Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas - CESP/UEA. E-mail: luangpessoa25@gmail.com Contato (92) 9 9189-1500.

²Orientadora do Artigo - Docente MSc. do Curso de Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas – CESP/UEA. E-mail: mere.pires@hotmail.com Contato: (92) 9 9132-6200.

Endereço para Correspondência: Rua Armando Prado, Nº. 2613, Centro. CEP: 69151-010. Parintins, Amazonas.

É importante que a gestante expressar seus temores, queixas e ansiedades, podendo o enfermeiro dar assistência e orientação durante o acompanhamento do pré-natal, pois o atendimento precoce representa prevenção, ao qual traz grandes repercussões futuras⁽¹³⁾.

3.6 SENTIMENTO EM RELAÇÃO AO CUIDADO DO FILHO:

Quando questionadas, 17 (85%) mulheres entrevistadas responderam que estavam felizes por prestarem os primeiros cuidados ao filho, apenas 3 (15%) mulheres disseram que se sentiam mal por não poder cuidar sozinhas do filho, pelo motivo de seu filho ainda estarem na incubadora.

Feliz, era uma menina que eu queria– Jacobina

Eu queria que fosse um menino... comprei tudo de menino..., mas estou bem com ela”. – Copo-de-leite

Me sinto mal, porque eu não cuido quase dele, vou ver ele na incubadora...se eu pudesse tirar ele dali, é difícil– Dália

Os fatores obstétricos envolvidos no aparecimento da DPP são notáveis durante toda a gestação. A mulher pode passar por situações que oferecem risco da DPP, tais como prematuridade, intercorrências neonatais e má-formação congênita do bebê. Complicações gravídicas que resultam em partos de risco também contemplam estes fatores. As condições do puerpério podem predispor a mulher à depressão puerperal e mulheres que passaram por puerpérios com alguma complicação clínica podem manifestar um quadro desta patologia. Alguns autores afirmam ainda que tanto a gravidez quanto o parto podem ser fatores estressantes para a mulher, atuando muitas vezes como fatores desencadeantes da DPP⁽⁵⁾.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível descrever que a Depressão pós-parto é uma patologia de alta prevalência e que vem se configurando como um grande problema de saúde materna, que envolve aspectos psicológicos, fisiológicos e sociais, podendo interferir na interação entre mãe e filho⁽⁴⁾.

Foi possível identificar como a enfermagem atua frente a depressão pós-parto no ambiente hospitalar através da visão das próprias puérperas. Portanto foi possível vermos que mesmo com alguns dos sintomas da DPP, não foi oferecido o suporte necessário em relação a seus sentimentos.

Cabe o enfermeiro identificar e realizar cuidados individuais às mulheres com suspeita de DPP, criando um vínculo de confiança, passando a ouvi-las mais e orientá-las quanto as suas

¹Bacharel em Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas - CESP/UEA. E-mail: luangpessoa25@gmail.com Contato (92) 9 9189-1500.

²Orientadora do Artigo - Docente MSc. do Curso de Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas – CESP/UEA. E-mail: mere.pires@hotmail.com Contato: (92) 9 9132-6200.

Endereço para Correspondência: Rua Armando Prado, Nº. 2613, Centro. CEP: 69151-010. Parintins, Amazonas.

dúvidas e só então informar a seus familiares sobre os fatores de risco os principais sintomas. Pois se faz necessário a importância do apoio familiar e profissional neste momento, para que a puérpera possa ter segurança no seu papel de ser mãe.

Observou-se também, que não é utilizado um instrumento de rastreamento como a Escala de Edimburgo, desenvolvida na Grã Betânia, que serve para identificar de forma segura e precoce a DPP, esta escala tem tradução em 11 idiomas e é validada no Brasil desde o ano de 2003 e desde então vem sendo vastamente utilizada para estudos epidemiológicos, e que também se configura como um instrumento de fácil aquisição e uso na rotina clínica, deste modo, auxiliaria na identificação precoce, tratamento ou encaminhamento dependendo da gravidade da patologia⁽⁹⁾.

Identificamos a importância tanto da puérpera quanto de seus familiares de serem informados sobre os riscos de adquirirem DPP no puerpério, para que estejam sempre atentos aos sintomas que podem aparecer em até o sexto mês após o parto, oferecendo assim, o suporte devido a essa mulher que se encontra em situação de vulnerabilidade.

A união dos profissionais de saúde no ambiente hospitalar pode transformar esse momento em uma fase em que a puérpera se sentirá mais confiante e firme para expressar seus sentimentos, sentindo-se ajudada e acolhida. Agindo assim, de forma positiva na diminuição de casos de DPP através de medidas simples como detecção precoce e orientação, melhorando assim, a saúde da mulher em nosso país.

REFERÊNCIAS

1. GOMES; L. A; TORQUATO, V. S; FEITOZA, A. R; SOUZA, A. R; SILVA, M. A. M; PONTES, R. J. S. **Identificação dos Fatores de Risco para Depressão Pós-Parto: Importância do Diagnóstico Precoce.** *Rev. Rene*, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 117-123.
2. SILVA, F. C. S; ARAÚJO, T. M; ARAÚJO, M. F. M; CARVALHO, C. M. L; CAETANO, J. A. **Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família.** *Acta Paul Enferm* 2010; 23(3): 411-6.
3. FÉLIX, T. A; NOGUEIRA, A. G. F; SIQUEIRA, D. A; NASCIMENTO, K. V; XIMENES, N. F. R. G; QUITERIA, L. M. M. Atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto nas consultas de puericultura. *Revista eletrônica trimestral de Enfermagem*, Janeiro, 2013.
4. FERNANDES, F. C; COTRIN, J. T. D. Depressão Pós-Parto e suas Implicações no Desenvolvimento Infantil. *Revista Panorâmica On-Line*. Barra do Garças– MT, vol 14, p. 15–34, jul. 2013.
5. SANTOS, C. M. T; ALMEIDA, G. O; SOUZA, T. S. **Depressão Pós-Parto: Revisão da Literatura.** *Psicologia em foco*, Aracaju, Faculdade Pio Décimo, v. 3, n. 2, jul./dez. 2009.
6. IBIAPINA, FLP, ALVES, J. A. G; BUSGAIB, R. P. S; COSTA, F. S. **Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências.** *FEMINA* | Março 2010 | vol 38 | nº 3
7. BERETTA, M. I. R; ZANETI, D. J; FABBRO, M. R. C; FREITAS, M. A.; RUGGIERO, E. M. E; DUPAS, G. Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. *Rev.eletr. enf*, Goiânia, v.10, n. 4, p.966-78, dez., 2008.

¹Bacharel em Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas - CESP/UEA. E-mail: luangpessoa25@gmail.com Contato (92) 9 9189-1500.

²Orientadora do Artigo - Docente MSc. do Curso de Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas – CESP/UEA. E-mail: mere.pires@hotmail.com Contato: (92) 9 9132-6200.

Endereço para Correspondência: Rua Armando Prado, Nº. 2613, Centro. CEP: 69151-010. Parintins, Amazonas.

8. RIBEIRO, W. G; ANDRADE, M. **O Papel do Enfermeiro na Prevenção da Depressão Pós-Parto (DPP)**. Informe-se em promoção da saúde, v.5, n.1.p.07-09, 2009.
9. RUSCHI, G. E. C; SUN, S. Y; MATTAR, R CHAMBÔ FILHO, A; ZANDONADE, E; LIMA, V. J. **Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira**. Ver Psiquiatra Rio Gd Sul 2007; p. 274-80.
10. SANTOS JUNIOR, H. P. O; SILVEIRA, M. F. A; GUALDA, D. M. R. Depressão Pós-Parto: um problema latente. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2009 set; 30(3): 516-24.
11. FONSECA, V. R. J. R. M; SILVA, G. A. S; OTTA, E. **Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(4): 738-746, abr, 2010.
12. MARQUES, D. K. A; MACHADO, S. R. M; CRUZ, D. S. M; SOUSA, I. V. B; VIRGÍNIO, N. A; SANTIAGO, M. S. F. Percepções de Puérperas Frente à Assistência de Enfermagem no Alojamento Conjunto. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança** – Jun. 2014;12(1):45-57.
13. SOBREIRA, N. A. S; PESSOA, C. G. O. Assistência de Enfermagem na Detecção da Depressão Pós-parto. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste-MG - V.5 - N.1 - Jul./Ago. 2012.
14. GUERRA, MARIA; BRAGA, MARIA; QUELHAS, ISABEL; SILVA, ROSA. **Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL 1 (ABR.,2014) | pag. 121. GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
15. GERHARDT, T. E. E SILVEIRA D.T; **Métodos de Pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
16. GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
17. FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J; TURATO, R.T. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008. p.1.
18. BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

¹Bacharel em Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas - CESP/UEA. E-mail: luangpessoa25@gmail.com Contato (92) 9 9189-1500.

²Orientadora do Artigo - Docente MSc. do Curso de Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas – CESP/UEA. E-mail: merepires@hotmail.com Contato: (92) 9 9132-6200.

Endereço para Correspondência: Rua Armando Prado, Nº. 2613, Centro. CEP: 69151-010. Parintins, Amazonas.