

## Sintomas depressivos no período puerperal: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburgh

*Depressive symptoms in the postpartum period: identification by the Edinburgh postpartum depression scale*

*Síntomas depresivos en el puerperio: la identificación por la escala de depresión posparto de Edinburgh*

Gabriella de Andrade BOSKA<sup>1</sup>, Danielle WISNIEWSKI<sup>2</sup>, Maicon Henrique LENTSCK<sup>3</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** identificar sintomas depressivos e associá-los às características sociodemográficas e clínicas de mulheres no puerpério tardio. **Métodos:** estudo transversal, realizado a partir das Unidades Básicas de Saúde, no município de Guarapuava/PR, entre fevereiro e maio de 2014. A amostra foi composta por 51 mulheres no puerpério tardio. A coleta de dados ocorreu no domicílio da participante, através de questionário de caracterização sociodemográfica e da Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh, com análise descritiva e inferencial dos dados. **Resultados:** foi identificado que 21,6% das puérperas apresentaram sintomas depressivos, sendo estes passíveis de mensuração pela escala aplicada. **Conclusões:** a depressão pós-parto considerada um problema de saúde pública esteve presente entre algumas mulheres, merecendo atenção e importância da equipe multidisciplinar das Unidades Básicas de Saúde.

**Descritores:** Equipe de enfermagem; Depressão pós-parto; Parto.

### ABSTRACT

**Objective:** to identify depressive symptoms and the association of sociodemographic and clinical characteristics of women in the late postpartum period. **Methods:** cross-sectional study performed from Basic Health Units in Guarapuava/PR between February and May 2014. The sample consisted of 51 women in the late postpartum period. The data was collected in the participant's home, through a questionnaire of sociodemographic and Edinburgh Postpartum Depression Scale, with analysis of descriptive and inferential data. **Results:** it was identified that 21.6% of respondents had depressive symptoms, which are subject to measurement by the applied scale. **Conclusions:** postpartum depression, considered a public health problem, was present among some women, deserving attention and importance of the multidisciplinary team of basic health units.

**Descriptors:** Nursing team; Depression, Postpartum; Parturition.

<sup>1</sup> Enfermeira. Graduada. Residente pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: gabriellaboska@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira Obstétrica, Hospital de Clínicas/UFPR. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: daniwisni@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO. Guarapuava, Paraná, Brasil. E-mail: maiconlentsck@yahoo.com.br

## RESUMEN

**Objetivo:** identificar los síntomas depresivos y la asociación de las características sociodemográficas y clínicas de las mujeres en el período post-parto tarde. **Métodos:** investigación transversal realizada a partir de las Unidades Básicas de Salud en Guarapuava/PR entre febrero y mayo de 2014. La muestra estuvo constituida por 51 mujeres en el posparto tardío. Los datos fueron recolectados en el domicilio de la participante, a través de un cuestionario de la Escala de Depresión postparto sociodemográfico y Edimburgo, con el análisis de los datos descriptivos e inferenciales. **Resultados:** se identificó que el 21,6% de los encuestados tenía síntomas depresivos, que están sujetos a la medida por la escala aplicada. **Conclusiones:** la depresión posparto considerarse un problema de salud pública, estuvo presente entre algunas mujeres, que merece atención y la importancia del equipo multidisciplinario de unidades básicas de salud. **Descriptores:** El personal de enfermería; Depresión posparto; Parto.

## INTRODUÇÃO

As experiências vivenciadas na gestação, no parto e no puerpério, influenciam de maneira significativa na saúde mental das mulheres. Sobretudo, no período pós-natal, que é apontado como uma passagem da vida feminina em que os transtornos mentais são particularmente frequentes, pois se somam neste momento, às mudanças impostas pela chegada de um filho ao núcleo familiar, com novas e crescentes responsabilidades, medos e interrogações, além das mudanças físicas e hormonais inevitáveis.<sup>1</sup>

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano 2000, a depressão foi a principal causa de incapacidade, além do quarto fator contribuinte para uma evolução global de doenças. Atualmente, este agravo, principalmente entre a faixa etária de 15 a 44 anos, tornou-se um importante problema de saúde com impacto negativo na qualidade de vida dos sujeitos e de suas famílias, além de elevar a demanda dos serviços de

saúde, muitas vezes, despreparados para receber esta população.<sup>2</sup>

Quanto à Depressão pós-parto (DPP), esta tem sua prevalência variando entre 10% a 30% das puérperas, sendo a segunda manifestação psicótica mais comum no pós-parto.<sup>2</sup>

Nos primeiros dias do pós-parto, a puérpera passa por um período vulnerável às pressões emocionais, e problemas comuns podem ser maximizados. Pesquisa recente que revisou artigos, a fim de identificar a magnitude da DPP no Brasil, apontou que cerca de 30 a 40% das mulheres atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), com baixo perfil socioeconômico apresentaram elevados níveis de sintomas depressivos.<sup>1</sup>

Os transtornos psíquicos no pós-parto dividem-se conforme os sintomas e o tempo de ocorrência, e são classificados em: disforia ou tristeza

puerperal, depressão pós-parto e psicose pós-parto.<sup>3</sup>

Em relação à DPP, os sintomas caracterizam-se pela redução da qualidade de vida, isolamento social, fadiga, instabilidade do humor, sentimentos de tristeza, inconstância emocional, choro, ansiedade, irritabilidade, cansaço, sentimento de culpa e inutilidade, sobretudo, por sentir-se incapaz de cuidar do recém-nascido, da nova situação, medo de machucá-lo e relutância em amamentá-lo, desligamento emocional para com o bebê e com os outros membros da família.<sup>4</sup>

A identificação precoce dos sinais de depressão pode ser um passo importante para o tratamento, nesse sentido, é necessário reconhecer e interpretar o comportamento materno, oferecendo apoio e compreensão, sem julgamentos a respeito do estado patológico da puérpera.<sup>5</sup> Cabe aos profissionais de saúde, a promoção, a manutenção e a qualidade do atendimento na assistência à saúde da mulher, disponibilizando cuidados como: conforto psicológico, afeto e educação em saúde na vivência da DPP.

Logo, destaca-se ante ao exposto, que investigações acerca da DPP são importantes, pois a identificação precoce dos sintomas poderá contribuir com o planejamento de ações e a efetivação de condutas que podem melhorar a qualidade de vida da mulher no período puerperal.

Diante da problemática apresentada, este estudo teve como objetivo identificar sintomas depressivos e a associá-los às

características sociodemográficas e clínicas de mulheres no puerpério tardio.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal, em que se exploraram os sintomas depressivos de puérperas inscritas em oito UBS, correspondente ao território de saúde com a maior incidência de nascimentos do município de Guarapuava, interior do Paraná.

A seleção das mulheres foi organizada por meio de listagem cedida pelos enfermeiros responsáveis por cada UBS, a partir das declarações de nascidos vivos, em que se levou em conta o critério de inclusão: período de coleta dos dados entre fevereiro a maio de 2014, puérperas residentes no território de saúde selecionado, referenciadas pelas UBS, que estivessem entre o 11º e 45º dia do puerpério tardio, período este, caracterizado pelas grandes influências funcionais e hormonais trazidas pela amamentação. Foram consideradas para composição da amostra todas as puérperas do território de saúde, totalizando 60 puérperas. Lembrando que a listagem das mulheres foi cedida uma vez por UBS, no período de coleta dos dados.

A coleta de dados foi realizada no domicílio das puérperas, e no caso de recusa, ausência na residência ou mudança de endereço, a puérpera foi excluída do estudo. Em relação à ausência da residência, foram feitas outras duas abordagens em dias alternados, sendo considerada

excluída, após a terceira visita. As perdas resultantes das exclusões foram de nove mulheres, com amostra final de 51.

Para caracterizar os sujeitos, foi utilizado questionário de caracterização dos dados sociodemográficos e clínicos. Para rastrear os sintomas de DPP, foi aplicada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburg (EDPPE), traduzida e validada para o português.<sup>6</sup>

Este instrumento é composto de dez questões cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença ou intensidade do sintoma. Os itens das questões abordam sintomas da DPP já descritos anteriormente. A somatória dos pontos pode totalizar 30, sendo considerados como sintomas da DPP valores iguais ou superiores a 11, como definido na validação da escala em uma amostra brasileira.<sup>7</sup>

As informações coletadas foram inseridas em planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excel (versão 2007) e analisadas estatisticamente por meio do software do programa SPSS (versão 18.0). Inicialmente foi realizada a análise descritiva dos dados, seguido de análise inferencial buscando encontrar relação entre as variáveis estudadas.

Após a avaliação de normalidade dos dados pelo teste de Curtose, optou-se pelos testes de associação de variáveis: Exato de Fischer e Qui-quadrado, considerando nível de

significância  $p < 0,05$ . A apresentação dos dados ocorreu com a utilização de tabelas, e a discussão foi pautada em estudos atuais sobre a temática.

Esta pesquisa atendeu os preceitos éticos em relação ao inquérito domiciliar, como a apresentação dos objetivos da pesquisa, garantia do sigilo, anonimato, privacidade dos dados e ausência de prejuízos pessoais no caso de desistência da participação no estudo, descritos e lidos os questionários no momento da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O presente estudo está em conformidade com todos os princípios científicos que a justificam, observando-se todas as recomendações da Resolução 466/2012<sup>8</sup> do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual do Centro Oeste-PR (Parecer 487.692/2013).

## RESULTADOS

Das 51 mulheres, participantes da pesquisa, 39,1% encontram-se na faixa etária entre 20 a 24 anos e 45,1% possuem primeiro grau completo. Em relação ao estado civil, 47,1% são casadas e a renda familiar da grande maioria (90,2%) é entre 1 a 3 salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas de puérperas. Guarapuava/PR, Brasil, 2014

Variáveis	n	%
<b>Idade</b>		
15 a 19 anos	10	19,7
20 a 24 anos	20	39,1
25 a 29 anos	13	25,5
30 a 34 anos	8	15,7
<b>Escolaridade</b>		
1º grau incompleto	04	7,9
1º grau completo	23	45,1
2º grau incompleto	04	7,8
2º grau completo	15	29,4
3º grau completo	05	9,8
<b>Estado civil</b>		
Solteira	12	23,5
Casada	24	47,1
União estável	15	29,4
<b>Renda familiar</b>		
Menos de 1 salário	01	2,0
Entre 1 e 3 salários	46	90,2
Mais de 3 salários	04	7,8

Em relação às consultas de pré-natal, apenas 2% das puérperas investigadas não as realizaram durante a gestação, das que consultaram, 72,5% estiveram

presentes em sete ou mais consultas. A relação entre esses dados não se apresentou estatisticamente significativa (Tabela 2).

Tabela 2 - Características das consultas pré-natal das puérperas Guarapuava/PR, Brasil, 2014

Variáveis	N	%	p - valor
<b>Consultas de pré-natal</b>			0,78*
Sim	50	98,0	
Não	01	2,0	
<b>Número de consultas</b>			0,13*
0 a 6	14	27,5	
7 ou mais	37	72,5	

\*Teste exato de Fischer

Outros dados que não apresentaram associação estatística,

foram as características obstétricas. Os dados disponíveis demonstraram que o parto normal teve predominância em

26 (51,0%) das mulheres; 29 (56,9%) delas estavam entre 16º e 30º dia do puerpério tardio no momento da aplicação do questionário. Das que passaram por parto normal, 17 (65,3%) tiveram episiotomia; 33 (64,7%) não passaram por indução do parto com uso de ocitocina e 36 (70,6%) não contaram com a presença de acompanhante (Tabela 3).

Tabela 3 - Características obstétricas de puérperas. Guarapuava/PR, Brasil, 2014

Variáveis	n	%	p - valor
<b>Tipo de parto</b>			0,78**
Cesáreo	25	49,0	
Normal	26	51,0	
<b>Dias de puerpério</b>			0,27**
11 a 15 dias	07	13,9	
16 a 30 dias	29	56,9	
31 a 45 dias	15	29,2	
<b>Episiotomia</b>			0,81**
Sim	17	65,3	
Não	09	34,7	
<b>Uso de Ocitocina</b>			0,13**
Sim	18	35,3	
Não	33	64,7	
<b>Acompanhante</b>			0,41*
Sim	15	29,4	
Não	36	70,6	

\*Teste de Fischer \*\*Teste de Qui-Quadrado

O número de puérperas que, através da aplicação da EDPPE, apresentaram sinais de DPP neste

estudo, foram identificadas 11 mulheres (21,6%) com sintomas depressivos, na cidade de Guarapuava (Tabela 4).

Tabela 4 - Sintomas depressivos no puerpério. Guarapuava/PR, Brasil, 2014

Sintomas da Depressão	n	%
Ausentes	40	78,4
Presentes	11	21,6

## DISCUSSÃO

Neste estudo, verificou-se que a idade das mulheres variou entre 15 a

34 anos, e a faixa etária de maior ocorrência de sintomas depressivos,

entre as puérperas, foi de 20 a 24 anos (39,1%), idade considerada período fértil para as mulheres no geral, levando a maiores chances de gestação.

Um estudo realizado em Fortaleza/CE, que buscou identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de DPP em 95 (28%) puérperas de uma maternidade de referência, verificou que a faixa etária de maior ocorrência dos sintomas foi dos 20 aos 23 anos, em 28%.<sup>9</sup> Dado que corrobora com os achados desta pesquisa.

Quanto à escolaridade, 45,1% das puérperas possuem baixo grau de escolaridade, ou seja, estudaram até 1º grau. As mesmas justificaram o abandono dos estudos, devido ao casamento ou união estável, com necessidade de realização de atividades do lar e conseqüentemente a gravidez, sendo este um dado preocupante que também foi evidenciado em uma revisão de literatura, em que o grau de escolaridade predominante foi secundário e em baixos níveis, variando de 35 a 44% as que não concluíram o ensino médio.<sup>10</sup>

O índice de analfabetismo da população de mulheres com 15 anos ou mais no Brasil caiu para 9,3%, porém, aquelas que possuem apenas o ensino fundamental, que é o caso predominante na amostra do estudo, ainda atingem 50,2% nacionalmente e 47,8% na região Sul.<sup>11</sup>

Quanto ao estado civil, houve a prevalência de 47,1% de mulheres casadas e 29,4% em união estável, demonstrando a presença de

companheiro na maioria dos casos. Ressalta-se a presença do acompanhante enquanto um fator determinante do bem-estar psicológico, considerando o apoio que a mulher necessita no período puerperal, pois a falta do parceiro influencia consideravelmente na etiologia da DPP.<sup>9</sup> Logo, a maioria das mulheres que possuem companheiro, possuem menor risco de aparição dos sintomas depressivos, o que pode estar relacionado com o compartilhamento de suas dificuldades e aflições com o outro.

A renda familiar, nesse estudo, foi dividida por quantidade de salários mínimos, prevalecendo 90,2% das famílias com a renda de um a três salários mínimos. Em um estudo que investigou a experiência de familiares na vivência da DPP, demonstrou que as dificuldades financeiras vivenciadas pelas famílias são consideradas, na maioria dos casos, como fator de risco e de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento da doença.<sup>12</sup> Achado este, que vai ao encontro dos dados deste estudo, visto que a renda de 47 puérperas foi de até três salários mínimos.

De um modo geral, as características sociodemográficas estão relacionadas com a depressão em vários aspectos. A idade, por serem jovens e estarem vivenciando a primeira experiência puerperal, acabam por se sentirem desorientadas durante este processo, e se este fato estiver relacionado à falta de um companheiro para vivenciar essas etapas junto com ela, os riscos para a doença podem se exacerbar.

Com a baixa escolaridade, dificilmente as mulheres relatam que trabalham ou que possuem uma renda fixa, pois tem a responsabilidade precoce de cuidar de seus filhos antes mesmo de concluírem o ensino médio, essas são alvos vulneráveis para a aparição de sintomas de DPP. Portanto, estes fatores, escolaridade e renda, devem ser levados em consideração no momento da avaliação, pois estão entre os principais fatores de risco para DPP.

Em relação aos dados da tabela 2, não houve associação significativa entre a DPP e as variáveis que caracterizaram as consultas pré-natais. Verificou-se que 98% das mulheres realizaram consultas de pré-natal durante a gestação, destas, 72,5% estiveram presentes em sete ou mais consultas, assim como é proposto pelo Ministério da Saúde (MS).<sup>13</sup>

O objetivo do acompanhamento pré-natal de acordo com o MS é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais. Isto ocorre a partir da avaliação da necessidade de cada usuária, no qual o acesso a outras redes assistenciais deve ser garantido, através do rastreamento dos sintomas e de situações de risco. Assim, a oferta de atendimento clínico e psicológico à vítima de violência ou àquela em risco de DPP precisa estar disponível desde a gestação até o puerpério.<sup>13</sup>

Desse modo, a adesão ao pré-natal, é de extrema importância para o desenvolvimento saudável de sua

gestação, tanto nos aspectos fisiológicos como psicológicos, pois esses fatores influenciáveis, tanto no parto como no puerpério, devem ser reconhecidos nas consultas.

Salienta-se que as doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento, como psicoses e depressão grave, são critérios considerados de risco, que se identificados com antecedência, podem ser amenizados ou eliminados do processo gestacional e puerperal.<sup>13</sup>

A população estudada teve boa adesão ao pré-natal, sendo esse um fator importante para a saúde do binômio mãe e filho, comprovando a efetividade e o conhecimento do programa como essencial. Apesar disso, a proporção de puérperas que apresentaram sintomas depressivos foi maior que daquelas que não passaram pelas consultas previstas, o que demonstra que o uso exclusivo deste método pode não ser suficiente para a identificação da DPP.

O cruzamento dos dados da tabela 3, também não evidenciou significância estatística entre a DPP e as variáveis obstétricas. Dessa maneira, verificou-se que 49% das mulheres passaram por parto cesáreo e 51,0% por parto normal, correspondendo a 25 e 26 puérperas respectivamente, ou seja, um número praticamente igual nos dois casos, sendo estes em sua totalidade realizados no Sistema Único de Saúde (SUS).

O MS preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%. Esta

determinação está fundamentada no preceito de que apenas 15% do total de partos apresentam indicação precisa de cesariana.<sup>13</sup> No ano de 2009, teve-se no Brasil 50,1% de partos cesáreos e no Paraná um total de 56,47%, estando a região Sul em segundo lugar de maior realização deste tipo de parto (56%).<sup>14</sup>

Esses valores demonstram que, a relação entre o que está preconizado com o que realmente ocorre em relação à escolha do tipo de parto, diverge em grande proporção.

Em quase todo o mundo, o parto cesáreo é cada vez mais frequente e as principais justificativas encontradas estão ligadas aos fatores sociais, demográficos, culturais e econômicos das gestantes, e associados à solicitação materna pelo tipo de parto e também a influência do modelo assistencial desenvolvido.<sup>15</sup>

A verificação da presença de transtornos de adaptação no pós-parto e sua possível relação com a experiência do parto confirmou que o parto cesáreo pode ser um fator predisponente para o desenvolvimento de transtornos como a tristeza e a DPP, pois aumenta o risco de complicações para a mãe e para o bebê, seja no aspecto físico ou psicossocial.<sup>16</sup>

Cabe lembrar que os dias de puerpério em que essas mulheres se encontravam no momento da pesquisa variaram entre 11 e 45 dias, no qual aquelas que estavam entre 16 e 30 dias pós-parto apareceram em maior proporção com sintomas depressivos, ou seja, 29 mulheres (56,9%).

Geralmente, os sintomas de DPP iniciam na quarta a oitava semana após

o parto e podem persistir até um ano.<sup>12</sup> Estudos recentes realizados em Goiás e Brasília, usando a EDPPE, mostram que a prevalência de depressão teve início entre quatro a oito semanas após o parto.<sup>17</sup> Assim, pode-se afirmar que os dias de puerpério possuem relação com a manifestação de sintomas de DPP, mesmo que não encontrando neste estudo significância estatística.

Quanto à realização de episiotomia, esta aconteceu em 33,3% das puérperas, ou seja, dentre as 26 mulheres que vivenciaram o parto normal, 17 tiveram o corte perineal. Nessa perspectiva, cabe ressaltar que a OMS indica a episiotomia em apenas 10% a 15% dos partos normais, no entanto, ela é realizada em 90% dos partos brasileiros, uma prática que é preocupante, em especial devido às consequências físicas e psicológicas à mulher no pós-parto.<sup>13</sup>

Em pesquisa recente realizada em Goiânia/GO, mostrou que a episiotomia ocorreu em 57,55% dos partos normais, dentre eles, 83,7% dos partos de primíparas.<sup>18</sup> Confirmando assim, o uso rotineiro dessa prática.

Com relação ao uso de ocitocina, como uma alternativa para acelerar o trabalho de parto, algumas puérperas não souberam responder com convicção, pois não tiveram a informação da indicação dos medicamentos que fizeram uso, não tendo certeza desta substância como indutor do parto. Ao contrário, 35,3% tinham conhecimento do uso da ocitocina, destacando-o.

Atualmente, a frequência de indução de parto atinge 15 a 30% dos casos, sendo justificado pelo processo

fisiológico do parto complexo. O uso da ocitocina é o método mais utilizado em todo o mundo para indução do parto, por sua ação rápida, a menor frequência de hiperestimulação uterina e a rápida eliminação após a sua suspensão.<sup>19</sup>

Em contrapartida, em relação à presença do acompanhante durante o parto, os resultados foram insatisfatórios, pois das 51 mulheres, participantes da pesquisa, apenas 15, ou seja, 29,5% delas tiveram a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Este acompanhante pode ser alguém da família, amigo ou a doula, conforme preconiza a Lei do Acompanhante.<sup>20</sup> Esta prática deve ser estimulada, visto que, a pessoa escolhida pela paciente poderá acompanhá-la e tranquilizá-la quando necessário.

De acordo com o MS, a presença do acompanhante garante à paciente mais segurança e confiança durante o trabalho de parto e parto, também possibilitando redução do uso de medicações para alívio da dor, da duração do trabalho de parto e do número de cesáreas.<sup>13</sup>

As características do parto variam de acordo com a opção da mulher, via de realização e as condutas tomadas pelos profissionais já citadas anteriormente. Estes são fatores determinantes para a traumatização desta experiência e conseqüentemente para a aparição de sintomas depressivos. Com isso, considera-se que, quando estes sintomas estão relacionados ao parto especificamente, aparecem após o período gestacional não sendo possível

a identificação no pré-natal, confirmando a importância da atuação da equipe multiprofissional em todas as fases do ciclo gravídico e puerperal.

Das 51 puérperas, 40 (78,4%) delas não apresentaram sintomas depressivos e 11 (21,6%) apresentaram. Corroborando com o exposto, algumas pesquisas realizadas em nosso país (Goiânia/GO e Fortaleza/CE) usando a mesma escala do trabalho aqui discutido, relataram prevalências que variavam de 24,2% até 74,7% de puérperas com sintomas depressivos no pós-parto. As notas de corte adotadas pelos autores variaram de 10 a 12, resultando em um valor ainda acima do esperado em todos os casos.<sup>9-10,12</sup>

Sendo assim, quanto antes os sintomas depressivos forem identificados, mais rapidamente as intervenções poderão ser implementadas. Logo, a participação nas consultas de pré-natal é de extrema importância, como também para a detecção de outras complicações durante a gestação que futuramente podem desencadear uma reação depressiva na mulher.

A DPP pode ser prevenida através do trabalho em conjunto de equipes de saúde e da própria família da mulher, assim como também seu diagnóstico pode ser feito no início da aparição dos sintomas e facilitar o tratamento, fazendo com que a gestação, o parto e o puerpério para a mãe e o bebê ocorram de forma saudável. Para isso, é necessário atribuir à enfermagem, a prestação humanizada na assistência à mulher desde o início de sua gravidez e aprimorar suas práticas voltadas a

esses cuidados, tanto no domicílio das puérperas como no papel de sensibilizador para que a mesma realize os acompanhamentos necessários.<sup>13</sup>

É também de grande importância, a verificação pelas UBS da instalação da DPP nas mulheres após o parto, procedendo com a referência para serviços especializados que possam atuar em conjunto com a atenção básica, reduzindo agravos que esses sintomas podem desencadear.

Ao longo da discussão e dos estudos atuais encontrados, percebe-se que o uso da Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgo é relevante para a identificação dos sintomas depressivos no pós-parto.

Apesar do número pequeno de participantes, devido a uma única busca de puérperas via UBS no período de coleta de dados, a pesquisa revelou importante proporção de sintomas de DPP, compatíveis com a média geral.

Algumas limitações encontradas na realização deste estudo devem ser consideradas, como o caráter multidimensional e dinâmico da DPP, que pode determinar curso flutuante dos sintomas, alterando a expressão em poucos dias ou até várias vezes ao dia. Além disso, é possível que haja uma supervalorização dos resultados da sintomatologia por parte das puérperas. Outra limitação refere-se ao número pequeno da amostra, não podendo ser realizada a associação dos sintomas depressivos com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

## CONCLUSÕES

O presente estudo cumpriu o objetivo proposto, e caracterizou as puérperas quanto à presença ou não da sintomatologia da DPP, relacionando-as com as variáveis sociodemográficas e obstétricas e de consultas de pré-natal. O perfil predominante das puérperas foi de 20 a 24 anos, casadas, com renda de um a três salários mínimos, baixo grau de escolaridade (1º grau completo), com sete ou mais consultas de pré-natal, com episiotomia no parto e uso de ocitocina. A presença de acompanhante foi relatada em poucos casos. Os resultados apresentados foram coerentes se comparados com a maioria dos estudos brasileiros que abordaram esta temática, encontrando relações diretas das informações coletadas com a DPP, que apareceu em 21,6% dos casos desta pesquisa.

A EDPPE é uma alternativa de fácil e rápida aplicação, em que é possível identificar sintomas depressivos nas mulheres e a partir disso, interligar ao diagnóstico clínico e iniciar as ações de prevenção e de promoção da saúde mental para esta população.

A equipe de saúde deve ser capaz de reconhecer os fatores de riscos, os sinais e os sintomas da depressão, planejar e executar ações preventivas, estabelecendo um relacionamento seguro e de empatia com a puérpera e sua família. A atenção integral e humanizada deve estar presente na implantação de ações, utilizando-se para isso, as redes de apoio disponíveis.

Este estudo contribui para o ensino, a pesquisa e a prática de

enfermagem, de modo que pode ser utilizado como direcionador e estimulador de uma visão acadêmica ampla sobre a saúde mental das puérperas, ter continuidade de desenvolvimento e ser aderido por profissionais em suas rotinas assistenciais. Sendo assim, sugere-se a realização de estudos qualitativos com a mesma população, de modo a facilitar a compreensão das alterações psicológicas e clínicas que a DPP pode causar a estas mulheres.

## REFERÊNCIAS

1. Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev bras saúde mater infant*. 2011 out/nov;11(4):369-79.
2. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomasi E, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev psiquiatr clín [Internet]*. 2012 abr/set[acesso em 2014 set 16];39(6):194-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832012000600003>
3. Aguiar DT, Silveira LC, Dourado SMN. A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica? *Esc Anna Nery*. 2011 jul/set;15(3):622-8.
4. Lacerda ALT, Quarantin LC, Miranda-Scippa A, Porto JAD. *Depressão: do neurônio ao funcionamento social*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
5. Silva FCS, Araújo TM, Araújo MFM, Carvalho CML, Caetano JA. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta paul enferm*. 2010 jun/fev;23(3):411-6.
6. Santos MFS, Martins FC, Pasquali L. Escala de Auto-Registro de Depressão Pós-Parto - Estudo no Brasil. In: Gorestein C, Andrade LHS, Zuarde AW. *Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial; 2000.
7. Murata M, Lima MOP, Bonadio IC, Tsunehiro MA. Sintomas depressivos em gestantes abrigadas em uma maternidade social. *REME, rev min enferm*; 2012 abr/jun;16(2):194-200.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.
9. Gomes LA, Torquato VS, Feitoza AR, Souza AR, Silva MAM, Pontes RJS. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Rev RENE*. 2010 jul/dez;11(n.esp.):117-23.
10. Schardozim JM, Heldt E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Rev gaúch enferm*. 2011 mar;32(1):159-66.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro; 2010.
12. Matão MEL, Miranda DB, Campos PHF, Oliveira LN, Martins VR. Experiência de familiares na vivência da depressão pós-parto. *RECOM*. 2011 jul/set;1(3):283-93.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília; 2012.

14. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC). DATASUS. Brasília; 2004.

15. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev saúde publica [internet]. 2011 nov/ago[acesso em 2014 jul 28];45(1):185-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100021>

16. Soares GCF, Andretto DA, Diniz CSG, Narchi NZ. Transtornos de adaptação no pós-parto decorrentes do parto: estudo descritivo exploratório. OBJN [Internet]. 2012 abr/nov[acesso em 2014 set 16];11(3):907-22. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3884/pdf>

17. Zaconeta AM, Queiroz IFB, Amato AA, Motta LDC, Casulari LA. Depression with postpartum onset: a prospective cohort study in women undergoing elective cesarean section in Brasilia, Brazil. Rev bras ginecol obstet [Internet]. 2013 out/dez[acesso em 2014 out 02];35(3):130-5. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032013000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000300007)

18. Salge AKM, Lôbo SF, Siqueira KM, Silva RCR, Guimarães JV. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. Rev eletr enf

[Internet]. 2012 out/dez[acesso em 2014 set 16];14(4):779-85. Disponível em:

[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n4/pdf/v14n4a05.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a05.pdf)

19. Souza GN, Sakita M, Lopes V, Ferreira DQ, Mohamed SHM, Souza E. Métodos de indução do trabalho de parto. Femina. 2013 jan/fev;41(1):47-54.

20. Brasil. Lei nº 11.108, de 07 de abril 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. 8 de abr 2005;Seção 1.

Data da submissão: 2015-08-11

Aceito: 2015-12-12

Publicação: 2016-04-30