



---

JANINE FERREIRA COSTA

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO:  
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IDENTIFICAÇÃO  
PRECOCE DA DOENÇA**

---

Itabuna  
2017

JANINE FERREIRA COSTA

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO:**  
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IDENTIFICAÇÃO  
PRECOCE DA DOENÇA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à União Metropolitana de Educação e Cultura, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Enfermagem.

Orientador: Danielle Zoratto Burkle

Itabuna  
2017

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO:  
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA IDENTIFICAÇÃO  
PRECOCE DA DOENÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à União Metropolitana de Educação e Cultura, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>(a)</sup>. Me. Marcos Ramos Abreu

---

Prof<sup>(a)</sup>. Esp. Marcia Almeida Britto Peixoto

Itabuna, 08 de dezembro de 2017.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, minha força e por ter me dado durante essa caminhada sabedoria.

À minha mãe por sua capacidade de acreditar em mim e investir tudo para me ver bem. Mãe, seu cuidado e dedicação foi o que me deram, em todos os momentos, a esperança para seguir, sou grata a Deus por sua vida.

Agradeço também ao meu esposo, Jadismar Vieira, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades. Também aos meus filhos, Yuri e Eduardo, que embora não tivessem conhecimento disto, iluminaram de maneira especial os meus pensamentos me levando a buscar essa conquista.

Ao meu padrasto José custódio (*in memoriam*), pois tenho certeza que sempre acreditou na minha capacidade e me incentivou em vida a crescer profissionalmente e hoje cuida de mim no céu. A minha família de modo geral, vocês são tudo de mais precioso em minha vida.

Por último, não menos importante, minha professora, Luciana Brito, a senhora foi parte indispensável, instrumento usado por Deus para me trazer a resposta que esse era o caminho e a profissão certa a seguir, eu posso dizer que a minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma sem a sua pessoa, te levo como exemplo para a vida, de caráter, profissionalismo e humildade. Aos meus amigos e a todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena, meu muito Obrigada.

COSTA, Janine Ferreira. **Depressão pós-parto**: a atuação do enfermeiro na identificação precoce da doença. 2017. 33 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – União Metropolitana de Educação e Cultura, Itabuna, 2017.

## RESUMO

A depressão pós-parto é tema de importante relevância no contexto atual, ao considerarmos sua epidemiologia. Nesse contexto, destaca-se o papel da enfermagem na assistência às mulheres acometidas por essa patologia, pois esses profissionais as acompanham de forma íntima, desde a primeira consulta pré-natal até o puerpério. O objetivo geral dessa pesquisa foi compreender de que forma a enfermagem pode contribuir na assistência à depressão pós-parto e na prevenção dessa doença. Foi utilizada como metodologia a revisão bibliográfica transversal, de análise qualitativa, caráter explicativa. As referências bibliográficas foram pesquisadas nas bases de dados SCIELO e LILACS. Concluiu-se que como critério de prevenção da depressão pós-parto, o pré-natal é uma ferramenta essencial, pois, por meio dela o enfermeiro consegue detectar os fatores sócias, físicos e psicológicos enfrentados por essa mulher, podendo, dessa forma, apoiar a gestante de forma que a DPP passe a não ser mais um fator de risco para ela. Destacou-se também a importância da educação em saúde como estratégia para que a gestante conheça a doença e saiba lidar melhor com ela, caso se torne vítima. Quanto aos cuidados na depressão pós-parto, evidenciou-se que o acompanhamento multiprofissional pode contribuir na recuperação completa das vítimas de DPP e que a enfermagem, por estar mais próximas dessas gestantes, pode dá todo o suporte durante o tratamento, trazendo mais segurança para as pacientes.

**Palavras-chave:** Depressão pós-parto; Fatores biológicos; Fatores Sociais; Assistência de Enfermagem.

COSTA, Janine Ferreira. Depressão pós-parto: a atuação do enfermeiro na identificação precoce da doença. 2017. 33 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – União Metropolitana de Educação e Cultura, Itabuna, 2017

## **ABSTRACT**

Postpartum depression is an important issue in the current context when we consider its epidemiology. In this context, the role of nursing in the care of women affected by this pathology is highlighted, since these professionals follow them in an intimate way, from the first prenatal visit to the puerperium. The general objective of this research was to understand how nursing can contribute to postpartum depression care and prevention of this disease. The bibliographical review, qualitative analysis, explanatory character and deductive approach was used as methodology. The bibliographic references were searched in the databases SCIELO and LILACS. It was concluded that as a criterion for the prevention of postpartum depression, prenatal care is an essential tool because, through it, the nurse can detect the social, physical and psychological factors faced by this woman, and, in this way, the pregnant woman so that the DPP is no longer a risk factor for her. It was also highlighted the importance of health education as a strategy for the pregnant woman to know the disease and to deal better with it if it becomes a victim. Regarding care in postpartum depression, it was evidenced that multiprofessional follow-up may contribute to the complete recovery of the victims of PPD and that nursing, being closer to these pregnant women, can give all the support during the treatment, bringing more security to the patients.

**Key-words:** Baby blues; Biological factors; Social Factors; Nursing Assistance.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DPP	Depressão Pós-Parto
UBS	Unidade Básica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1 ALTERAÇÕES NA MULHER DURANTE A GESTAÇÃO E O PARTO .....</b>	<b>11</b>
1.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA GESTAÇÃO E DO PARTO.....	11
1.2 FISIOLOGIA DO TRABALHO DE PARTO .....	13
1.3 A INFLUÊNCIA DA GESTAÇÃO E DO PARTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA DPP .....	14
1.4 ESCALAS DE RASTREAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO .....	18
<b>2 A ENFERMAGEM E O PRÉ-NATAL COMO RECURSO PARA PREVENÇÃO DA DPP .....</b>	<b>20</b>
<b>3 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....</b>	<b>25</b>
3.1 A IMPORTÂNCIA DA CAPTAÇÃO PRECOCE DAS GESTANTES.....	296
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>30</b>



## INTRODUÇÃO

Um dos transtornos prevalentes entre mulheres após o parto, é o transtorno depressivo pós-parto. Depressão significa ato ou efeito de deprimir-se. Nas gestantes desde o período gestatório até o puerperal, a mulher passa por mudanças bruscas em seu organismo, capazes de promover instabilidade emocional, das quais, se persistirem após o parto acabam desenvolvendo um quadro Depressão Pós-Parto (DPP). Essa patologia afeta a saúde materna e a relação mãe e filho.

Desde o período gestatório a mulher passa por mudanças física, biológica e psicológica. Ao nascimento de um filho, uma mãe também nasce, e com ela sentimentos de grandes expectativas, medos, ansiedade, dúvidas e sentimentos de incertezas que se tornam fatores que predispõe essas mulheres a transtornos psicológicos. A DPP é uma doença que afeta gravemente a puérpera, sendo capaz de prejudicar relação mãe e filho, tornando-se um problema sério de saúde por muito tempo se não diagnosticada e tratada precocemente.

A depressão pós-parto apresenta diversos fatores de causas, sendo aqui abordado os fatores biológicos, relacionados a mudanças hormonais, e os sociais relacionados a idade, convívio social, meio cultural e econômico, esses fatores participante no desencadeamento dos primeiros sinais e sintomas da doença, e influenciam na mudança de humor, uma característica inicial da doença.

A participação do enfermeiro como fator de contribuição no reconhecimento dos fatores de riscos, é de grande importância, já que, durante todo o pré-natal, o enfermeiro acompanha a gestante em consultas, sendo capaz de identificar fatores de riscos, e perceber os primeiros sinais e sintomas. A Estratégia de Saúde da Família, usando o princípio da integralidade, é capaz de oferecer as mulheres que demandam assistência por acometimento da DPP, apoio físico e humano já nas consultas do pré-natal na UBS.

Sendo assim, o enfermeiro tem um papel fundamental na participação da identificação das causas que predispõe essa gestante a desenvolver o quadro, e seus sinais e sintomas, podendo prestar a assistência necessária, auxiliar as gestantes com suas particularidades e dificuldades nesse período tão importante, e ao mesmo tempo complexo em todo o seu contexto.

O problema de pesquisa baseou-se no questionamento de quais as atribuições do enfermeiro no diagnóstico precoce da depressão pós-parto? O

objetivo geral foi compreender de que forma o enfermeiro pode contribuir na assistência à depressão pós-parto e nos objetivos específicos buscou-se descrever as características do parto e as alterações que ocorrem na gestante nesse período, conhecer a depressão pós-parto e destacar o papel do enfermeiro nesse contexto.

Os objetivos específicos se basearam em conhecer as alterações na mulher durante a gestação e o parto, descrever a importância do pré-natal para a prevenção da Depressão Pós-parto, bem como evidenciar o papel da educação em saúde como recurso para tornar a doença conhecida pelas gestantes.

Essa pesquisa tratou-se de uma revisão bibliográfica sistemática transversal, de caráter explicativa, abordagem qualitativa, sobre o tema Depressão pós-parto: A atuação do enfermeiro na identificação precoce da doença.

As referências bibliográficas foram pesquisadas nas bases de dados, SCIELO, LILACS e LIVROS, utilizando as palavras chaves: “Depressão pós-parto”, fatores biológicos, fatores sociais, assistência de enfermagem, no período compreendido entre de 1990 a 2017. Dos artigos e livros encontrados que abordavam o tema, foram lidos e catalogados por nacionalidade, excluindo aqueles materiais em outras línguas distintas do português, que apresentavam o termo Depressão no contexto envolvendo grávidas e puérperas. Foram considerados os artigos publicados na língua portuguesa, brasileiros e gratuitos. No total, foram encontrados 52 artigos e dois livros. Após considerar os critérios de inclusão e exclusão, restaram 29 artigos e 2 livros para comporem o trabalho.

No primeiro capítulo foram abordadas as alterações sociais, psicológicas e hormonais que ocorrem com a mulher durante a gestação e parto, destacando as características gerais da gestação e do parto e a influência desses para o desenvolvimento da depressão pós-parto.

No segundo capítulo foi abordada o papel da enfermagem e do pré-natal como estratégia para a prevenção da DPP, destacando os fatores que influenciam nesse processo e no capítulo três foi evidenciado o papel da educação como potencial recurso para informação das gestantes a respeito da depressão pós-parto.

## 1 ALTERAÇÕES NA MULHER DURANTE A GESTAÇÃO E O PARTO

A gravidez e o parto representam um processo de mudança, a mulher passará a assumir o papel de mãe na sociedade e isso exige novas adaptações familiares, econômicas, sociais. Também ocorrem mudanças corporais que geram baixa autoestima, muitas vezes ligadas ao ganho de peso. Algumas gestantes podem levar essas mudanças de forma positiva. Além disso, existem as mudanças hormonais, que em conjunto com os fatores anteriormente citados, podem causar a depressão pós-parto, necessitando de um acompanhamento específico.

### 1.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA GESTAÇÃO E DO PARTO

O período gestacional é um momento único, não apenas para a mãe que espera seu filho ansiosamente, mas para a sua família que também encontram-se envolvida nesse período tão importante e sublime. Os Cuidados direcionados a mulher neste período, tem por objetivo, impedir agravos para mãe e o feto, que está em desenvolvimento, prevenindo o surgimento de agravos a saúde de ambos (SODRÉ; LACERDA, 2007).

Muitas são as alterações do organismo para preparar a gestante para manter e desenvolver seu feto e para suprir a demanda adequada para seu próprio metabolismo. Os diversos hormônios do organismo, principalmente os produzidos pela placenta materna sofrem grandes aumentos para preparar todos os sistemas do corpo para gestar (RICCI, 2015).

Ainda segundo o mesmo autor, todos os órgãos serão de alguma forma modificados para que o feto cresça e se adapte no corpo da mulher. Os sistemas genital, Gastrointestinal, cardiovascular, respiratório, renal, musculoesquelético, endócrino e imunológico sofrem modificações e aumentam sua demanda durante os três trimestres da gestação.

Nesse período, mudanças psicológicas e físicas passam a ocorrer, tornando-se parte da vida da gestante até o parto. As alterações são rápidas, por esse motivo são pouco aceitas pela mãe e seu organismo inicialmente, mas ao passar dos dias, o organismo materno começa adaptar-se com as alterações, que tem por principal objetivo preparar a mãe para a gestação e a parturição. O parto é capaz de provocar

medos, dúvidas e expectativas diante do momento pouco conhecido, no entanto, essa ocasião também é capaz de gerar na mulher sentimentos de capacidade e poder (LOPES et al., 2005).

Através da atenção básica, caracterizada como a porta da entrada para o ingresso aos serviços de saúde, é que a gestante após descobrir sua gravidez, tem acesso aos serviços prestados exclusivamente ao momento da gestação com o programa de pré-natal. O profissional enfermeiro acompanha as gestantes durante todo seu período gestacional através das consultas de pré-natal, oferecendo os cuidados necessários para a promoção de uma gravidez saudável (LARGURA, 2000).

O pré-natal tem como parte essencial a oferta da consulta de enfermagem, realizada privativamente por enfermeiros com finalidade ofertar às gestantes uma atenção integral durante todo o seu período gravídico. É um programa oferecido pelo o Ministério da Saúde, que garante os cuidados a gestação de baixo risco, bem como permite ao enfermeiro participar da equipe multidisciplinar para tratar os casos de gestação de alto risco, sendo responsável por encaminhar esses casos para os setores de referência (BRASIL, 2013).

É preconizado pelo programa o mínimo de seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. Nessa atenção, a equipe de enfermagem acompanha e orienta as gestantes durante o seu período gravídico, ofertando exames e orientações acerca dos cuidados necessários para que a gestação ocorra livre de complicações (BRASIL, 2013).

O pré-natal visa reduzir a morbimortalidade materno-fetal. Os exames ofertados nas consultas como parte essencial do pré-natal, permitem identificar situação de risco e realizar as condutas necessárias, agindo precocemente, afastando riscos à saúde do feto e da mãe. Após três trimestre concluídos da gestação, é chegado o momento do parto que representa para a mãe uma ocasião importante e muito esperada, pois ela irá conhecer seu filho.

Os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar e que participam do parto tem por responsabilidade ofertar seus serviços para um momento livre de danos para a mãe e o feto, que agora passa por uma transição da vida intrauterina, para extrauterina. A assistência de enfermagem nesse período é muito importante pois as orientações a gestante ofertados pelo o enfermeiro durante as consultas tem papel fundamental no sucesso do parto (BRASIL, 2006).

## 1.2 FISILOGIAS DO TRABALHO DE PARTO

Hall (2011) enfatiza que ao final da gravidez, o útero passa por estímulos que acarretam mudanças nas células miométriais, capazes de contrair o músculo liso uterino de forma rítmicas, aumentando gradativamente sua amplitude, tornando-se forte o suficiente para expelir o feto da cavidade uterina.

O mesmo autor relata que durante grande parte da gravidez, o útero sofre eventos periódicos de contrações rítmicas fracas e lentas denominadas contrações de Braxton Hicks, a progesterona tem papel importante no controle dessas contrações para evitar partos prematuros. Em contra partida o hormônio estrogênio é capaz de intensificar as contrações, sendo capazes de distender o colo uterino e em seguida provocar a passagem do bebê através do canal de parto, ocasionando seu nascimento. Esse processo é denominado trabalho de parto e as contrações fortes que resultam na parturição final é denominada contrações do trabalho de parto. Não se sabe o que realmente provoca o aumento das contrações uterinas, mas ao que se sabe, as mudanças hormonais e mecânicas são parte desencadeantes desse processo.

Uma teoria sugere que o parto inicia-se após uma desproporção do estrogênio e progesterona, o trabalho de parto ocorre através de contrações regulares e rítmicas da musculatura uterina que iniciam do topo uterino e se espalham para o corpo uterino seguindo para o colo. No momento em que a gravidez chega ao final, entre 37<sup>a</sup> e 42<sup>a</sup> semana, é chegada o momento do parto, esse período, apesar de curto é muito significativo, assim como todo o período gestacional (RICCI, 2015).

Os níveis das prostaglandinas aumentam tardiamente durante a gestação em consequência do aumento dos níveis de estrogênio, as prostaglandinas estimulam a contração da musculatura lisa do útero e a redução da resistência do colo uterino, subsequentemente, a cérvix amolece, adelgaça e dilata para que ocorra o parto (RICCI, 2015).

A ocitocina é o hormônio secretado pela neuro-hipófise que especificamente causa contrações uterinas, é um hormônio importante para que aconteça o parto. A musculatura uterina aumenta seus receptores de ocitocina, assim acaba aumentando sua sensibilidade a determinada dose de ocitocina durante os últimos meses de gravidez. A secreção de ocitocina pela neuro-hipófise torna-se maior no

momento do parto, provocando inicialmente contrações em intervalos de 30 minutos que surge posteriormente com mais frequências em intervalos de 1 contração em cada 1 a 3 minutos (HALL, 2011).

O primeiro estágio do trabalho de parto é o período de dilatação cervical progressiva e longa, que promoverá uma abertura suficiente para a cabeça do feto ser capaz de ultrapassar. Quando o colo está totalmente dilatado, as membranas fetais geralmente se rompem e o líquido amniótico vaza pela vagina. No segundo estágio do trabalho de parto a cabeça do feto se move rapidamente para o canal do parto e continua a forçar o caminho através do canal até a expulsão fetal (HALL, 2011).

O terceiro estágio é o momento da expulsão da placenta, que ocorre após o nascimento do feto e termina com a separação e expulsão da placenta. O quarto estágio é período que dura entre 1 e 4 h após o nascimento, é durante esse período de transição que deve ser ofertado um acompanhamento rigoroso do binômio mãe e filho a fim de evitar agravos (RICCI, 2015).

### 1.3 A INFLUÊNCIA DA GESTAÇÃO E DO PARTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA DPP

Durante uma gestação a mulher torna-se frágil perante as inúmeras mudanças do seu organismo envolvendo seu físico e psicológico. Depressão pós-parto (DPP) é uma patologia que acomete puérperas nos primeiros dias após o parto, ou até, o primeiro ano que se segue após o nascimento da criança. Trata-se de uma doença psicológica de alta reincidência e chama atenção para seus riscos em repetir outros quadros no decorrer da vida.

A intensidade dos sintomas é uma importante avaliação a ser feita, podem apresentar-se de intensidade baixa, com sentimentos de melancolia (*baby Blues*), quadros mais graves de psicoses puerperais, e por último com o maior nível de gravidade dos sintomas apresentados é que se caracteriza a depressão pós-parto (COUTINHO; SARAIVA, 2008).

A DPP não é um transtorno temporário, suas manifestações afetam além das quatro semanas após o parto e compromete os cuidados da mãe para com o bebê. Apresenta-se características idênticas aos da Depressão em outros períodos, a

diferença está nos sintomas que passam a existir apenas após o parto no momento de amplas mudanças para a parturiente e neonato.

A doença pode surgir por estímulos desencadeadores que advêm do meio social, cultural e de seus costumes, adaptações biológicas do seu organismo durante o período gravídico, e os desafios frente a nova fase de tornar-se a maior responsável pelos cuidados e a vida do seu filho.

A mulher sofre por medo de não conseguir suprir as novas atividades, sentem medo de não cuidar da forma correta do seu filho, e não receber apoio, seja da família, sociedade ou pai da criança (SILVA et al., 2010).

Muitos são os motivos dos quais uma mulher desenvolve DPP, tais como: Predisposição genética, quadros anteriores de distúrbios de humor ou distúrbios psicológicos, antecedentes familiares, motivos de ordem emocional, como grandes perdas, um exemplo é o caso da morte de alguém importante na vida da mulher durante o período gestacional, negação da gravidez, baixa condições sócio econômicas, conflitos conjugais, ser solteira e ter a responsabilidade de cuidar da criança e trabalhar sozinha para suprir as necessidades de toda a família, entre outros motivos, podem iniciar os primeiros sintomas da doença (GUEDES et al., 2011).

Segundo Gomes et al., (2010), outros fatores também podem estar relacionados ao desenvolvimento DPP, apresentando como fator desencadeantes, gestantes com idades inferiores a 16 anos, conflitos matrimoniais, a descoberta da espera de uma criança do sexo oposto ao que a mulher desejava, falta de suporte afetivo e emocional, seja familiar ou conjugal, incluindo a ocorrência de abortamentos espontâneos e de repetição, caso de mulheres que por alguma dificuldade ficam impossibilitadas de levar a gestação até o momento oportuno para o nascimento do mesmo, são também esses fatores são capazes de dar início ao quadro de DPP.

Para evitar um quadro de DPP é muito importante conhecer os fatores de risco, e os fatores desencadeantes que já existem ou surgem após o parto (SCHARDOSIM; HELDT, 2011). Esse conhecimento permite aos profissionais distinguir os riscos em suas clientes e prestar os cuidados adequados para evitar que a mesma desenvolva, ou se instaladas não agravem.

Durante a gestação ocorrem mudanças hormonais e corporais para o desenvolvimento e adaptação da vida intrauterina do feto adequadamente (GREINERT; MILANI, 2015).

Para que o feto seja capaz de crescer e os novos órgãos se desenvolvam adequadamente é necessária uma maior demanda do corpo materno, aumento na produção hormonal e nutricional. O corpo passa a trabalhar em processo maior para suprir as necessidades vitais da mãe e do feto. Essas mudanças são rápidas e mexem com o psicológico da gestante.

Os hormônios envolvidos na gestação, progesterona e estrogênio, logo após o parto sofrem queda brusca, desencadeando os sentimentos vistos como característicos nos sintomas da doença (CANTILINO et al., 2010). Esses sintomas podem agravar-se e acabam por acarretar moléstias, entre elas, a depressão pós-parto. Esses fatores biológico, sociais e culturais são suficientes para fragilizar a mulher neste período e como consequência, ocorrem riscos ao adoecimento psíquico.

Todavia, não apenas a mãe sofre com as repercussões que a doença trás, a criança é afetada de forma direta com os males da doença, pois depende totalmente dos cuidados exclusivos prestados por sua genitora, mas que em consequência da doença fica impossibilitada de manter uma boa relação afetiva e de cuidados com seu filho (CANTILINO et al., 2010).

Cabe ao enfermeiro o conhecimento acerca da DPP, uma vez que constitui no serviço de saúde ao qual encontra-se inserido uma porta de entrada para o acolhimento e direcionamento no que corresponde a terapêutica e prevenção deste transtorno mental (SILVA; BOTTI, 2005).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada para o atendimento e inclusão do cliente no Sistema Único de Saúde (SUS). O enfermeiro na estratégia saúde da família (ESF), deve apresenta capacidade para o conhecimento dos sinais e sintomas e os fatores de desenvolvimento e agravamento da doença, distinguir através do contato com a gestante durante o pré-natal, após o parto na consulta puerperal, ou na rede hospital, sendo capaz de encaminhar a gestante aos profissionais de competência adequada ao atendimento e o tratamento secundário.

A depressão pós-parto – DPP é um tema muito importante para ser discutido porque existe um preconceito em torno do diagnóstico da depressão, sobretudo quando se trata da depressão associada à maternidade, porque é contrário à ideia



de que a maternagem é um contexto perfeito, de completude, de extrema felicidade, sendo que o que se ouve de algumas mães são experiências negativas em relação a esse processo, sentimentos de dúvidas, de medo (GREINERT; MILANI, 2015).

Estudos realizados em outros países demonstram prevalência de DP de 10 a 20%. Recente estudo com quase 300 mulheres de 8 países confirma que existem diferenças significativas nas cifras entre as diferentes culturas, e afirma que a prevalência média ao redor do sexto mês do puerpério é de 12,3%<sup>14</sup> (CRUZ; SIMÕES; FAISAL CURY, 2005, p3).

A DDP é um problema de saúde sério que envolve o ciclo gravídico-puerperal, ou seja, o período de gravidez e de pós-parto, acomete de 10 a 20% das mulheres no período de até seis meses após o parto, podendo se estender até um ano. O diagnóstico não é fácil de ser realizado porque muitas mulheres depois do parto apresentam algumas alterações fisiológicas como perda do interesse sexual, cansaço, alteração do apetite, uma certa sensibilidade emocional (SILVA; BOTTI, 2005).

No entanto, esses sintomas, por si somente, não justificam o diagnóstico de depressão pós-parto, são alterações esperadas em muitas mulheres. O diagnóstico de depressão para ser realizado, é preciso a presença de alguns sintomas como a perda de interesse por atividades que normalmente a mulher se interessaria ou a presença de humor depressivo, sentimento de tristeza ou sentimento de vazio (COUTINHO; SARAIVA, 2008).

E quando há um sentimento de tristeza, ele pode ser acompanhado pela presença de um choro frequente, além disso, outros sintomas podem acompanhar esses apresentados anteriormente, como as alterações de apetite, que pode ser menos ou mais apetite, produzindo alterações no peso da mulher. Também podem surgir, em conjunto com sintomas citados, a alteração do sono, onde a vítima passa a dormir mais ou ela não consegue conciliar o sono (GUEDES et al., 2011).

Sabe-se que a maternidade vai alterar o sono da mulher porque ela vai amamentar a criança, trocar a fralda, mas é importante salientar que a alteração do sono em caso de depressão pós-parto, ocorre sem a necessidade de a vítima realizar essas atividades maternas. Ocorre o contrário, a puérpera tem dificuldade em assumir esses cuidados por conta da não conciliação com o sono.

A agitação psicomotora é outro sintoma que também pode se apresentar na depressão ou lentificação psicomotora, ou seja, a mulher fica extremamente agitada

ou claramente os seus movimentos ficam lentificados, realizando as atividades de forma muito vagarosa. Também pode aparecer fadiga, cansaço extremo, uma perda de energia. A culpa excessiva ou o sentimento de inutilidade também podem surgir (COUTINHO; SARAIVA, 2008).

Podem surgir também dificuldades para racionar, para tomar decisões, pensamentos de morte ou ideação suicida, pensamentos de que morrer seria o melhor ou até mesmo o planejamento de morte, o que seria algo mais grave, que denotaria uma depressão profunda (COUTINHO; SARAIVA, 2008).

É importante diferenciar a depressão pós-parto de uma outra condição que também pode ocorrer no pós-parto, trata-se da tristeza materna, que é também conhecida como Baby Blues, que ocorre no período de até duas semanas após o parto, não mais do que isso, enquanto que na depressão pós-parto os sintomas aparecem depois de duas semanas e vão aumentando gradativamente. Trata-se de uma alteração do humor que atinge de 50 a 80% das mulheres, mas é considerada normal (GUEDES et al., 2011; COUTINHO; SARAIVA, 2008).

A patologia não afeta apenas a mãe, ela é capaz de prejudicar a saúde paterna, o vínculo mãe e filho, atingindo significativamente a saúde da criança que pode ser considerada também com depressão e irá apresentar sintomas como: Falta de brilho no olhar, dificuldade para sorrir, diminuição no apetite, diarreia e falta de interesse pelo o que se passa a seu redor (SILVA; SOUZA; MOREIRA, 2003).

A DPP em sua maioria das vezes é tratada de forma inadequada ou deixa de ser diagnosticada por falta de conhecimento dos profissionais envolvidos acerca de seus sinais e sintomas e da intensidade dos mesmos. Frequentemente é uma doença subnotificada e isso gera sérios danos à saúde materna e da criança, elevando os níveis de morbidades relacionados a patologia (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

#### 1.4 ESCALAS DE RASTREAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (Edinburg Postpartiu Depression Scale) configura-se como uma lista com dez perguntas onde serão avaliados os sintomas que normalmente estão relacionados a depressão pós-parto. Ela foi pensada com o objetivo de detectar as mulheres que apresentaram

depressão pós-parto. São avaliados sintomas como sentimento de culpa, distúrbios do sono, baixa energia e ideação suicida (COUTINHO; SARAIVA, 2008).

Os mesmos autores informam que a avaliação geral é feita pela soma dos pontos de cada pergunta. Ela é determinada pela adição das pontuações para cada um dos 10 itens. Índices mais altos indicam sintomas mais depressivos. A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo pode ser utilizada dentro de 8 semanas pós-parto. Também pode ser aplicada para triagem de depressão durante a gravidez, porém o mais indicado é que ela seja usada após o período de oito semanas.

Após responder a escala, é feita uma avaliação geral, somando-se os pontos dados a cada uma das dez perguntas. Valores mais altos que 10 indicam sintomas depressivos. (COUTINHO; SARAIVA, 2008).

Já a Escala de depressão pós-parto, a PDSS (Postpartum Depression Screening Scale) é um recurso muito utilizado, pois ela permite perceber o grau de conformidade do pesquisado a respeito de qualquer questão, ao invés de simplesmente dizer sim ou não. É útil para que o pesquisado expresse seus sentimentos e apresente detalhes dele. Dessa forma, percebe-se a intensidade dos sentimentos (COUTINHO; SARAIVA, 2008).

Os mesmos autores destacam que pode-se detectar também o nível de importância que o entrevistador dar a determinado sentimento ou atividade realizada. Essa escala possui 35 itens que avaliam dimensões como: Distúrbios do sono, perda do eu, culpa, vergonha, apetite, prejuízos cognitivos, o desejo de machucar a si mesma, entre outros sintomas que descrevam os sentimentos apresentados após o parto para identificação da patologia.

Em nosso país não existe uma rotina na emprego dessas escala, um dos principais motivos é a falta de conhecimento dos profissionais para sua utilização. Os enfermeiro, possuem vínculo com essas mulheres na atenção básica e nas consultas de puerpério, portanto, são os profissionais mais adequados para aplicar esse rastreamento. As escalas apesar de uma importante ferramenta para identificação precoce da doença, são mais utilizadas em pesquisas, deixando de ser parte da consulta e da prática propriamente dita (SCHARDOSIM; HELDT, 2011).

## **2 A ENFERMAGEM E O PRÉ-NATAL COMO RECURSO PARA PREVENÇÃO DA DPP**

De acordo com o ministério da saúde, o pré-natal detecta precocemente os problemas apresentados pela gestante, e promove a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Uma gestante acompanhada pelo pré-natal possui menores chances de apresentar problemas durante a gestação.

O pré-natal implica em avaliar de forma ágil as situações de risco em qualquer momento do processo de gestação. Por isso a ausência deste controle pode ocasionar riscos tanto para a mãe quanto para o recém-nascido (BRASIL, 2005).

Foi através da lei do exercício profissional de enfermagem de decreto nº 944006/87 que ficou permitido ao enfermeiro acompanhar o pré-natal de baixo risco e caso de pré-natal de alto risco haver a presença do enfermeiro junto de outros profissionais, constituindo assim, uma equipe multidisciplinar (RICCI, 2015).

As consultas de enfermagem harmonizam a relação entre a gestante e o enfermeiro, viabilizando ao mesmo uma aproximação mais expressiva, isso o leva a vivenciar uma experiência que vai além da função terapêutica, levando em conta valores e sentimentos, tornando o pré-natal mais produtivo.

Dizem que o diálogo e o vínculo possuem uma importância singular, pois reduzem os medos e a ansiedade da gestante. Pode-se ainda proporcionar também um parto mais tranquilo e acima de tudo saudável.

Considerando a saúde da mãe parte importante durante o processo gestacional é dela que resulta o bem-estar do feto. Por isso que se faz necessário a orientação de medidas preventivas a qualquer intercorrência nociva ao crescimento e desenvolvimento do bebê.

A prevenção de riscos envolve não apenas ações que previnam doenças, mas também que impossibilitem o seu progresso e reduzam as complicações. O termo prevenção de doenças está diretamente ligado a promoção da saúde (BRASIL, 2001).

Brasil (2005) enfatiza a profilaxia dos agravos como um conjunto de procedimentos e cuidados desde a primeira consulta, suplementação alimentar, vacinação e avaliação do puerpério como elementos consideráveis no que diz respeito aos cuidados voltados à gestante.

A OMS preconiza que sejam realizadas no mínimo seis consultas durante o pré-natal, sendo mensais até a 28<sup>o</sup> semana, quinzenais entre a 28<sup>o</sup> e 36<sup>o</sup> semana e a partir de então as consultas devem ser semanais. Não existe de acordo com a OMS alta do pré-natal.

Para que a prevenção dos riscos ocorra de forma eficaz, é necessário que haja o desenvolvimento de algumas práticas como a imunização da gestante e o fornecimento de medicações indispensáveis (Sulfato Ferroso e Ácido Fólico).

A realização de testes laboratoriais e testes rápidos também estão inclusos na profilaxia de riscos e agravos, são eles: teste rápido de gravidez; teste rápido de triagem para sífilis e sorologia para HIV I e II; proteinúria (teste rápido) dosagem de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht); grupo sanguíneo e fator RH; teste de Coombs; glicemia em jejum; teste de tolerância com sobrecarga oral de 75g de glicose em duas horas (dextrosol); exame sumário de urina (tipo I); urocultura com antibiograma; exame parasitológico de fezes; colpocitologia oncótica; bacterioscopia do conteúdo vaginal; eletroforese do conteúdo vaginal (BRASIL, 2006).

O prognóstico da gestação está diretamente influenciado pelas orientações ofertadas pelo enfermeiro. A inadequação do estilo de vida materno, possuem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento, pois o período da gestação, por causa de ajustes fisiológicos passam pela necessidade de hábitos de vida saudáveis isso inclui a práticas de exercícios e boa alimentação (BRASIL, 2004).

É pertinente também tratar os aspectos emocionais da gestante, pois, ainda de acordo com Brasil (2006) é durante a gravidez que ocorrem grandes transformações psíquicas, o que exige atenção qualificada por parte do profissional. Há uma mudança no período de vida da mulher, o que caracteriza uma situação de transição, isso pode gerar sentimento de ambivalência. Ocasionalmente uma dificuldade no fortalecimento do vínculo afetivo, e a mulher terá grandes dificuldades de cuidar do recém-nascido.

O profissional deve estar atento para identificar os sinais e sintomas que indicam dificuldades na aceitação da gestação e à maternidade a fim de potencializar a qualidade da assistência no pré-natal e no puerpério.

Os programas de atenção à saúde da mulher devem estar estruturados de forma que possam acolhê-las de acordo com as suas reais necessidades durante todo o período gestacional e puerperal por intermédio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e de recursos tanto físicos quanto humanos,

estando estes disponíveis e adequados para cada caso, assegurando a garantia de humanização da assistência, por conseguinte reduzindo a morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2001).

A assistência pré-natal é primordial na preparação da mulher para a maternidade. O pré-natal deve ser compreendido como um trabalho voltado para a prevenção das intercorrências clínico-obstétricas e emocionais e não como uma simples assistência. Enquanto a visão da maioria das mulheres não mudarem em relação a importância do pré-natal, principalmente no que diz respeito aos benefícios trazidos as mulheres, irá haver sempre a dificuldade de captá-las para o início da assistência no primeiro trimestre da gravidez, onde é o momento da investigação dos problemas preexistentes e que podem trazer problemas para o andamento da gestação (BRASIL, 2005).

Diante deste fato, é que tornam-se propícias as ações de educação em saúde voltadas as gestantes. E é durante todo o período gestacional que esta mulher deve ser orientada para que ela possa encarar o momento do parto de forma otimista, também pelo fato de passar a ter ciência da minimização dos riscos e de complicações no período puerperal, além de garantir mais sucesso no processo de amamentação do bebê (BRASIL, 2006).

É durante o momento das consultas de pré-natal que, segundo Silva et al. (2014) a mulher tem a oportunidade de estabelecer um diálogo aberto com o enfermeiro, a fim de esclarecer as questões pertinentes sobre a gravidez, que são peculiares para cada gestante, mesmo que não sejam primíparas. É o momento que a gestante pode colocar em questão todas as mudanças nela ocorridas, além de questões sobre o desenvolvimento do feto (BRASIL, 2004).

A partir das consultas é que o enfermeiro irá identificar através da anamnese as condições de vida e saúde da gestante, as características sociais e epidemiológicas, além do reconhecimento dos problemas, o que irá oportunizar o tratamento dessa mulher em um contexto geral, favorecendo a análise dos seus aspectos físicos, psíquicos e sociais (BRASIL, 2005).

Durante a assistência pré-natal, a o enfermeiro juntamente com a gestante podem traçar objetivos e metas que devem ser alcançados durante a gestação, visando o bem-estar dessa mulher, podem ser associadas ações de educação em saúde voltados à mulher em período gravídico, estas ações colaboram para um bom

andamento da assistência, no que diz respeito a prevenção de agravos (BRASIL, 2005).

Seguindo ainda o raciocínio de Diniz (2005), a importância do ingresso ao pré-natal, medidas que proporcionem decisões seguras. A futura mãe durante esse momento, ela será também tranquilizada em relação ao momento do parto.

Na Atualidade com o oferecimento da humanização do parto, é importante destacar que os profissionais que fazem o acompanhamento da gestante no pré-natal, em especial os enfermeiros possuem uma grande função, permitindo a ocorrência de mudanças e para isso é importante que haja ações educativas que visem um parto saudável, desagregando mitos (BRASIL, 2001).

Muitas mulheres mostram-se inseguras em relação ao parto, principalmente o parto por via vaginal. Elas temem as consequências em alguns casos advindas deste tipo de parto como incontinência urinária e fecal, distopias genitais, lacerações e tudo isso ainda pode ser intensificado quando a gestante é leiga ou quando há uma ausência de diálogo nas consultas de pré-natal, quando a mulher deixa de esclarecer as suas dúvidas (BRASIL, 2012).

A aproximação enfermeiro paciente é importante para que ocorra uma troca de informações com o intuito de diminuir a ansiedade e a insegurança da gestante no momento do parto e também no puerpério. Para Brasil (2006) os fatores comportamentais e ligados a saúde influenciam diretamente nas condições de nascimento do recém-nascido.

A história clínica apresentada pela paciente ao profissional é muito importante, pois objetiva detecção de problemas de saúde que podem gerar complicações para a gravidez, como diabetes pré-gestacional, hipertensão, cardiopatias, distúrbios da tireoide e todo e qualquer processo infeccioso (BRASIL, 2006).

É durante a consulta de pré-natal que o enfermeiro irá verificar se a mulher faz uso de medicamentos, se possui o hábito de fumar ou ainda, se faz uso de bebidas alcoólicas. Se for constatado o uso, então, o enfermeiro irá orientar a gestante sobre os efeitos adversos associados (BRASIL, 2001).

São avaliadas também a história familiar da paciente e evidencia-se a investigação de doenças hereditárias, pré-eclâmpsia, hipertensão e diabetes. Além de investigar também dados sobre as gestações anteriores, em casos de multigestas. Há também a avaliação pré-concepcional dos parceiros sexuais, onde

esses fazem os testes de sífilis, hepatite B e HIV. A avaliação pré-concepcional é um método muito eficaz (BRASIL, 2005).

Na oportunidade da visita puerperal que deve ocorrer na primeira semana após o parto, o profissional de saúde deve avaliar as condições de saúde da mulher e do recém-nascido. Nesta oportunidade deve ser identificadas as dificuldades da mãe para amamentar, cuidar e conciliar suas novas atividades, apoiando, esclarecendo dúvidas e incentivando a participação da família no cuidado e vínculo com a criança, como forma de apoio. Nesse momento as mulheres encontram-se com sensibilidade exacerbada e precisam de um olhar mais atencioso as suas necessidades, pois é nesta ocasião, que os riscos para desenvolver adoecimentos psíquicos encontram-se ainda mais elevados (BRASIL,2005).



### 3 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde já foi chamada de educação sanitária, no entanto, seu marco era focada em atividades voltadas para a emissão de literatura, catálogos, folhetos e posteriormente distribuídos no comércio. No entanto, esta prática mostrou-se ser ineficiente já que não foi possível alcançar todos os indivíduos da sociedade. Em meados da década de 70 a então educação sanitária passou-se a chamar de educação em saúde. Além da mudança na terminologia começou-se a se trabalhar encima de um novo conceito relacionado a promoção da saúde como meta a introdução de projetos de saúde criados pelo Ministério (LEVY *et al.*, 2003).

A educação em saúde com toda sua magnitude, tem o seu significado demonstrado quando se diz, que nada mais é do que um emaranhado de práticas e conhecimentos que tem como meta principal a promoção da saúde e prevenção de doenças, ou seja, os profissionais de saúde com todo seu conhecimento adquirido em campo colocará em prática na forma de proposta, com o propósito de potencializar na sociedade o senso crítico e assim obter resultados satisfatórios de forma que haja compreensão no fator processo saúde-doença. Assim como também, na forma de criação de ações coletivas com o intuito de resolução de problemas e modificação das situações (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2009; DUARTE; BORGES; ARRUDA, 2011).

Por outro lado, para que as mulheres permitam que elas sejam instrumentos deste processo, a educação em saúde precisa ser aplicada nos limites de cada indivíduo valorizando assim, o íntimo e a história de vida de cada um. Para isso, é necessário a criação de novas possibilidades através de procuras inovadoras com o intuito de culminar totalmente, sem ultrapassar suas escolhas culturais (DELFINO *et al.* 2004; BUDÓ; SAUPE, 2004).

Os enfermeiros têm sido os principais profissionais da área de saúde que utilizam a educação em saúde. Sua aplicação deve ser realizada a todo momento em que o indivíduo tiver contato com o serviço. Embora, com toda essa conscientização para uma adequada aplicação da educação em saúde, ainda assim, os resultados não alcançam grande abrangência de modificações na população de modo que causem reais transformações em suas condições de vida (BUDÓ; SAUPE, 2004; DUARTE; BORGES; ARRUDA, 2011).

Sabe-se que a promoção da saúde é representada principalmente na prática da educação em saúde objetivando assim, o progresso de um pensamento analítico e reflexiva. Com isso, cria-se a possibilidade da construção de um maior entendimento que influenciará os cidadãos a ter maior experiência no cuidado de si mesmo ou até mesmo de seus familiares (SANTOS; PENNA, 2009).

Por tanto, fica evidente que a educação em saúde nada mais é do que a relação dela com o cuidado propriamente dito. Com isso, fica claramente explícito o quanto o profissional de saúde além de desenvolver seu papel de gerência seja ele na Unidade Básica de Saúde ou em Hospitais, eles ainda prestam serviços como preceptores (SANTOS; PENNA, 2009).

Segundo o Brasil (2006), para se colocar em prática a educação em saúde é necessário a criação de espaços, para que neles sejam abordados sobre a importância do pré-natal para que as gestantes tenham o prazer de escutar e dialogar de acordo com suas experiências, assim como também a possibilidade de tirar dúvidas que não tenham sido sanados durante as consultas médicas de enfermagem, sobre a gestação ou quaisquer outros assuntos sejam eles saúde da mulher, saúde da família, saúde da criança.

Ainda segundo Brasil (2010), é aconselhável que sejam evitadas as palestras, pois as mesmas demonstram ser poucos produtivas. Diante disto, a educação em saúde é a maneira igualitária para que se tenha uma edificação sobre uma amplitude de conceitos voltadas para o bem-estar, assim como na promoção do autocuidado.

### 3.1 A IMPORTÂNCIA DA CAPTAÇÃO PRECOCE DAS GESTANTES

Sabe-se que, o pré-natal tem como principal foco, assegurar que todas as gestantes tenham a possibilidade de passar por essa etapa da vida com tranquilidade e segurança, assim como, objetivando a identificação propícia e precoce de quaisquer intercorrências. Sendo assim tendo a possibilidade de tratamento ou encaminhamento se necessário para níveis de assistências superiores (SANTOS; PENNA, 2009).

Para isso, é indispensável que haja ampliação da cobertura do programa, capacitando e estimulando os profissionais de saúde para um trabalho coletivo, possibilitando a garantia da execução dos procedimentos nos atendimentos,

atuando diretamente nas intercorrências que habitualmente cercam a gestação, e por fim, regulamentando o conjunto de auxílio nos seus diversos níveis (BRASIL, 2006).

Segundo MS (2000), foram determinadas circunstâncias para uma efetivação nos serviços de pré-natal, com o propósito de assegurar a continuidade nos serviços prestados em todos os níveis existentes no sistema de saúde, com o intuito de maximizar a identificação precoce das gestantes para o devido acompanhamento gestacional, bem como a instrumentalização do sistema de referência e contra referência (BRASIL, 2006).

A captação precoce das gestantes é notável, em diversos sentidos. Sua principal estratégia é início precoce do acompanhamento no pré-natal, para que assim possam ser realizados todos os exames necessários, diagnosticando ou prevenindo qualquer doença como a depressão pós-parto (BRASIL, 2006).

Ainda assim, é notório a quantidade de gestantes que frequentam o pré-natal, mesmo com todas indicações do MS, o início precoce do pré-natal ainda não é satisfatório, sendo que na maioria das vezes seu início se dá pela 12ª semana de gestação. O ideal seria a criação de pontos de cobertura que as UBS alcançassem para melhor captação das gestantes. Esse processo também prejudica a realização de atividades de educação em saúde para a prevenção da DPP (BRASIL, 2005).

Vale ressaltar que toda mulher tem o privilégio de ter a sua gestação assistida pelo médico e enfermeiro com um serviço de qualidade. O que se necessita, é a conscientização dos profissionais de saúde para que planejem intervenções que abarquem as discussões sobre a depressão pós-parto, e principalmente a aceitação das mulheres quanto a importância de perceber e aceitar o problema e a necessidade de se fazer o acompanhamento, pois, muitas delas mesmo com toda informação negam-se a fazê-lo (BRASIL, 2005).

Toda mulher durante seu período gravídico tem o direito de ser acompanhada tanto pelo o médico, quanto pelo o enfermeiro, sendo essas consultas de grande importância para detectar possíveis danos a mãe e ao feto, como é o caso da DPP, que tanto pode afetar a mãe no contexto psicológico, suas vivências sociais, como também ao feto, que pode ter seu crescimento e desenvolvimento afetado, um exemplo é uma mãe com DPP que nega-se a amamentar seu filho, dificultando o vínculo e o desenvolvimento nutricional da criança.

Se faz necessário que durante o pré-natal seja desfeito mitos em relação a doença e a idealização de uma mãe “perfeita” criada no nosso contexto cultural, conscientizando as gestantes sobre todas as alterações e dificuldades advindas com essa nova etapa em sua vida. Deixando claro para essa paciente as alterações de humor comum nos primeiros dias e o que se torna agravante nesses sintomas para que a mulher se torne ciente quando possivelmente venha a sentir esses agravarem.

Os profissionais precisam reconhecer que a DPP é uma doença que traz grandes prejuízos e ofertar serviços voltados para a prevenção, aumento do vínculo, escuta e humanização durante os encontros das consultas do pré-natal e outras oportunidades com as gestantes como é o caso de atividades programadas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com realização desde trabalho pôde-se concluir-se que, durante o pré-natal, o enfermeiro consegue detectar os aspectos físicos, sociais e psicológicos enfrentados pelas gestantes, podendo identificar fatores de risco para a doença. A detecção precoce é de extrema importância para o sucesso do tratamento, pois podem ser prevenidas outras complicações durante a gestação e na fase puerperal.

A autonomia do enfermeiro é de extrema importância para a detecção da doença e adequada tomada de decisão para o acompanhamento multiprofissional. Além disso, a enfermagem pode ofertar a essas mulheres um cuidado pautado nas suas dificuldades individuais, pois esses profissionais acompanham essas gestantes desde a primeira consulta de pré-natal até o puerpério.

Durante a consulta pré-natal, o enfermeiro pode orientar as gestantes sobre os fatores de risco, dentre outros, auxiliando-a a compreender a patologia e a melhor lidar com a DPP, caso se torne uma vítima. Conhecer a doença e reconhecer que é vítima dela, pode auxiliar a mulher a ter uma recuperação positiva, diminuindo a mortalidade materna e infantil.

A educação em saúde também é uma ferramenta crucial no combate a DPP, pois, por meio de sala de espera por exemplo, o enfermeiro pode orientar as futuras mães a conhecerem a doença, os fatores de risco e os cuidados necessários para a prevenção.

Os grupos de apoio às mulheres com DPP ou com risco para, é uma estratégia rica para cuidar das gestantes que têm probabilidades de desenvolverem a depressão pós-parto. Esse tema precisa cada vez mais ocupar os espaços de produção científica, a fim que novos conhecimentos sejam produzidos para qualificar a assistência.

Esse trabalho contribui para acrescentar conhecimentos sobre a patologia DPP e suas características, mostrar como enfermeiro como profissional responsável pelo o binômio mãe e filho pode atuar na promoção e prevenção da saúde mental das mulheres em período gestacional e puerperal, através das oportunidades nas consultas de pré-natal e visitas puerperais utilizando o conhecimento e ferramentas como a humanização e educação em saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** - manual técnico. Brasília: MS; 2005. P. 1-67.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. P. 45-90. V.4 ed.8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Humanização-documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. V. ed.4 p.56-89.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10-49 anos, com ênfase na mortalidade materna** – Relatório Final. Brasília: MS; 2006. V.3 ed.4 p. 567-890.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério**. Atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): MS; 2006. V.5 ed.7. p. 45-78.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**. Manual técnico. 5ª ed. Brasília(DF):Ministério da Saúde; 2010. V.3 ed.5. p. 1 -90.

BRASIL. Conselho Internacional de Enfermagem. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)** - Versão 1. Genebra, Suíça: 2006.12. v.4 ed.7. p. 45-67.

BRASIL. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Políticas da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001. V2, ed. 4. P. 67-90.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10-49 anos, com ênfase na mortalidade materna** – Relatório Final. Brasília: MS; 2006. V1. Ed, 1. P. 67-89.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**. Manual técnico. Brasília (DF):Ministério da Saúde; 2010.ed.5. p. 1-45.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; SAUPE, Rosita. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília (DF), 2004. mar/abr;57(2):165-9.

CANTILINO, AMA; ZAMBALDI, CAR; SOUGEY, EVE; JUNIOR, JOE. "Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria clínica**, São Paulo, 2010, v.37, n.6, p.288-294. Disponível em:<<http://producao.usp.br/handle/BDPI/12782>> Acesso em: 19 abril 2017. ]

COUTINHO, MPL; SARAIVA, ERA. "Depressão pós-parto: considerações teóricas." **Estudos e pesquisas em psicologia**. 8.3 (2008): p. 761-762. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php0014>> Acesso em: 22 Abril 2017.

CRUZ, Eliane Bezerra da Silva; SIMÕES, Gláucia Lucena; FAISAL CURY, Alexandre. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2005; 27(4): 181-8.

DELFINO Maria Regina Rufino; PATRÍCIO, Zuleica Maria; MARTINS, Andréia Simon; SILVÉRIO, Maria Regina. **O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral e individual-coletiva**. Rio de Janeiro, 2004;9(4):1057-66.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; BORGES, Angélica Pereira; ARRUDA, Giselle Lira de. Ações de enfermagem na educação em saúde no Pré-natal: Relato de experiência de um projeto de extensão da universidade federal do Mato Grosso. **R. Enferm. Cent**. São Paulo, 2011 O. Min. abr/jun; 1(2):277-282.

GREINERT, BRM; MILANI, RG. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Psicologia: teoria e prática**, 2005. v. 17, n. 1, p. 26-36.

GUEDES-SILVA, Damiana et al. Depressão pós-parto: prevenção e conseqüências. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, v. 3, n. 2, p. 439-450, 2003.

GUEDES, ACE; CAMI, CIN; CAVALLI, LAU; NICOLAOU, STE; HESS, Val; MALUF, ELI. Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados. **Revista de Medicina**, São Paulo, 2011, v. 90, n. 3, p. 149-154. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/revistadc/article/view/58907>> Acesso em: 11 abril 2017.

HALL, John E. Tratado de fisiologia médica. **Rev. Bra. Enf.** Rio de Janeiro. 2011. 12.ed. 5. P. 56-90.

LARGURA, M. Assistência ao parto no Brasil: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais. Uma análise crítica. Por um parto mais humano e solidário. 2ª ed. São Paulo (SP): **Sarvier**; 2000.

LOPES, RCS; DONELLI, TS; LIMA, C.M; PICCININI, CA. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicol. Reflex.** 2005.Crit.18(2):247-54.2.

LEVY, S; SILVA, J; CARDOSO, I; WERBERYCH, P; MOREIRA, L; MONTIANI, H, et al. **Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas.** Brasília (DF). 2003.

RICCI, Susan. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da mulher:** Guanabara, 2012. Koogan. p.712.

SODRÉ, T. M; LACERDA, RA. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. **Rev. Esc. Enferm.** USP 2007;41(1):82-9.4.

SILVA, E. T., & BOTTI, N. C. L. Depressão puerperal – uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2005. 7(2), 231-238.

SCHARDOSIM, JM; HELDT, E. "**Postpartum depression screening scales: a systematic review.**" **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, 2011, v. 32 n. 1, p. 159-166, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100021>> Acesso em: 11 abril 2017.

SILVA, FCS; ARAÚJO, TM; ARAÚJO, MFM; CARVALHO, CML; CAETANO, JÀ. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. **Rev. Bras. Enfer.** Quixadá, 2010. V.4. p.1-56.



TENG, Chei Tung; HUMES, E. de C.; DEMETRIO, Frederico Navas. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.