Rastreamento de Mulheres Com Sintomas de Depressão Pós-Parto Cadastradas em uma UBS do Interior Paulista.

△ MARIANA HEILIG MOTA DE CAMPOS
△ MILENE BASSANELLI DOS SANTOS GONÇALVES

▲ MARA FILOMENA FALAVIGNA

Resumo:

A vida de uma mulher é composta por períodos difíceis, tais como a gestação e o puerpério; esses períodos envolvem inúmeras alterações, são elas: hormonais, psíquicas, físicas e de inserção social, o que diretamente podem se refletir no estado emocional dessas mulheres. A depressão pós-parto (DPP) vem se tornando cada vez mais relevante, sendo um importante problema de saúde pública. Essa pesquisa teve como objetivo identificar os riscos de desenvolvimento da depressão pós-parto em puérperas cadastradas na UBS de um município do interior paulista e traçar o perfil socioeconômico com maior risco de desencadear depressão pós-parto. O presente estudo foi de abordagem quantitativa, do tipo descritivo exploratório. A EPDS foi aplicada em 84 puérperas cadastradas em uma UBS do interior paulista, concluiu-se que o perfil sócioeconômico das puérperas que apresentaram risco de desenvolver DPP foi considerado baixo, houve predominância em mulheres jovens na faixa etária dos 18 aos 24 anos de idade, que não exercem atividade remunerada, tendo como nível de escolaridade dominante o ensino fundamental completo e que possuem relacionamentos estáveis. Cerca de 70% das mulheres que apresentaram risco em desenvolver DPP não contribuem com a renda familiar, 64% residem em conjuntos habitacionais cedidos pelo Governo Federal, 54,83% convivem dentro da mesma residência com mais de 06 pessoas e 61,29% utilizam como meio de locomoção o transporte coletivo.

Palavras-Chave:

Puérperas; Depressão pós parto; Escala de depressão.

△ Bacharelado em Enfermagem – Centro Universitário Teresa D'Ávila (UNIFATEA)

▲ Enfermeira pela Faculdades de Enfermagem e Obstetrícia de Araras especialista em Dependências Químicas pela Universidad Complutense de Madrid, formação pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: enfermagem pela FIOCRUZ, Mestre em Engenharia Biomédica pela Universidade do Vale do Paraíba.

Abstract:
The woman's life is full of difficult periods, such as the pregnancy and the puerperium, those periods involve numerous changes: hormonal, psychological, physical and from social inclusion, which can reflect directly in the emotional state of these women. The Postpartum depression is more relevant every day, becoming a major public health problem. This research aimed to identify the risk of developing postpartum depression in the mothers registered at the UBS of a country town in São Paulo and trace the socioeconomic profile of mothers with greatest risk of postpartum depression. This study's approach was quantitative, exploratory and descriptive. The edinburgh postnatal depression scale (EPDS) was administered in 84 mothers, and was concluded that the socioeconomic profile of mothers who had risk of developing depression was considered low, there was a prevalence in young women aged 18 to 24 years of age, that weren't pursuing gainful activity, most of them were graduated n elementary school and had stable relationships. About 70% of women who had risk of developing postpartum depression do not contribute for the family income, 64% live in housing assigned by the federal government, 54.83% live in the same household with more than 06 people and 61.29% use public transportation for locomotion.

Keywords:
Puerperium; Postpartum Depression; Depression Scale.

INTRODUÇÃO

A vida de uma mulher é composta por períodos difíceis, tais como a gestação e o puerpério; esses períodos envolvem inúmeras alterações, são elas: hormonais, psíquicas, físicas e de inserção social, o que diretamente podem refletir no estado emocional dessas mulheres. A depressão pós-parto (DPP) vem se tornando cada vez mais relevante, sendo um importante problema de saúde pública.1

O pós-parto, principalmente quando proveniente do nascimento do primeiro filho, vem sendo abordado como um evento propício para que os problemas emocionais nos pais comecem a se manifestar, como psicoses pós-partos, depressões, e manifestações psicossomáticas. 2

Diversos distúrbios do humor caracterizam o período pós-parto tais como a tristeza materna (baby blues) e as psicoses puerperais. 3

A tristeza materna tem um decurso determinado e limitado, com início nas duas primeiras semanas pós-parto, com incidência de 50 a 80%, sendo considerada fator de risco para depressão no primeiro ano após o parto. A DPP refere-se a um conjunto de sintomas que iniciam geralmente nas primeiras semanas após o nascimento do bebê, atingindo de 10 a 15% das mulheres. Os sintomas incluem constantes crises de choro, irritabilidade, sentimentos de desamparo e desesperança, fadiga e desmotivação, perda da libido, transtornos alimentares e do sono, dificuldade em lidar com novas situações, assim como manifestações psicossomáticas. Ao contrário, a psicose pós-parto é relativamente rara, com incidência de 0,1 a 0,2%, e ocorre tipicamente dentro das quatro primeiras semanas após o parto, constituindo-se em emergência médica. 2,4

Entre as complicações mais graves, estão o suicídio e o infanticídio decorrentes de transtornos puerperais sem intervenção adequada. 1

A depressão pós-parto raramente é diagnosticada com facilidade, já que o quadro clínico e os sintomas são muitas vezes negligenciados pela própria puérpera, e familiares, que atribuem o cansaço e o acumulo de tarefas aos sintomas apresentados. 5

Fatores de risco são comumente identificados e relacionados com a depressão no puerpério, os principais são: puérperas menores de idade, histórico de transtorno psiquiátrico, conflitos conjugais, eventos estressantes no último ano, não estar se relacionando afetivamente com o pai do bebê, estar desempregada, e apresentar um suporte social deficiente. Também estão relacionados com o comportamento vul-

nerável das mulheres, o pouco suporte emocional, ter gestado um bebê do sexo oposto ao desejado, gestação após abortamento espontâneo ou após recorrentes abortos, menor escolaridade e nível socioeconômico baixo, gravidez não planejada, transtornos disfóricos pré-menstrual. 6,7,8

Uma das atividades da equipe de enfermagem na estratégia de saúde da família (ESF) é a visita puerperal, que deve ser realizada no primeiro momento da assistência a mãe e ao recém-nascido (RN), quando podem ser observados e abordados fatores relacionados com a saúde e bem estar de ambos. [9]

A visita puerperal deve avaliar o estado de saúde da mulher e do RN, assim como a interação entre a mãe e o bebê; orientar e apoiar a família sobre cuidados básicos com o RN, sobre o planejamento familiar e identificar situações de riscos ou possíveis intercorrências para que a intervenção e o planejamento de ações possam ser adequadas. 10,11

O domicílio é um cenário importante para a extensão do cuidado de enfermagem, onde a enfermeira deve considerar sempre o atendimento de forma individualizada e mantendo-se alerta e a disposição para discutir e esclarecer as eventuais dúvidas e preocupações vivenciadas ao longo do puerpério. [12]

Observa-se portanto, que a visita puerperal é uma prática importante e que o enfermeiro da ESF, que possui a facilidade de cuidar da puérpera e do RN, deve estar atento a possíveis alterações psíquicas; nesse sentido, é de extrema relevância que o enfermeiro possua um instrumento capaz de identificar essas possíveis alterações.

Escalas de avaliação da depressão são utilizadas com a finalidade de medir e caracterizar os sintomas da depressão, mesmo não avaliando os parâmetros fisiológicos das manifestações clínicas da doença. Sendo assim, é um método que pode auxiliar o profissional enfermeiro na identificação dos sintomas, para que possa fazer o encaminhamento para outros profissionais de saúde habilitados para tratar a doença de forma eficaz.[13]

Existem inúmeras escalas de autoavaliação, mas a que vem sendo utilizada para o rastreamento dos sintomas depressivos puerperais é a Escala Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), que já foi traduzida para 24 idiomas, com estudos de validação em 22 países. Assim, é um instrumento de fácil aplicação e interpretação, podendo ser aplicada por profissionais da área básica de saúde. [14]

A EPDS é um instrumento em que a própria pessoa avaliada preenche o registro, é composto de 10 enunciados, que podem ser pontuados (0 a 3) de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma. Os enunciados são sobre sintomas psíquicos como perda

do prazer em atividades que considerava agradáveis, humor depressivo, fadiga, diminuição da capacidade de concentração, sintomas fisiológicos (insônia ou hipersônia) e alterações de comportamento. A somatória dos pontos possui um escore máximo de 30, sendo considerada depressão valor igual ou maior que 12.[15]

INTERESSE PELO TEMA

Ao estudarmos o tema, verificamos que existe um alto índice de puérperas que apresentou sinais de depressão pós-parto já nas primeiras duas semanas após o nascimento do bebê, tornando-se um problema de saúde pública. A escolha deu-se por interesse das autoras sobre o tema, pela sua incidência constante nos últimos anos, apontando a necessidade de novos estudos sobre o assunto.

JUSTIFICATIVA

A DPP consiste no sofrimento e na dor humana, aumentando o número de casos novos a cada ano em todo mundo. Suas manifestações biopsicossociais podem ser associadas a eventos estressantes, seus sintomas são variados e sua investigação é dada como um tipo de depressão. É um transtorno psicoafetivo sendo considerado como uma forma não patológica de sofrimento psíquico por se tratar de uma reação aos estímulos externos de cada pessoa. 16

Considerando-se o aumento de depressão puerperal, quanto antes ocorrer a identificação dos sinais e sintomas depressivos e houver um encaminhamento a um profissional qualificado, o agravo desse quadro poderá ser evitado, prevenindo assim o isolamento social da puérpera, complicações e repercussões negativas no vínculo com o bebê e seus familiares.17

Com os resultados obtidos nesse estudo, acreditamos que será possível contribuir com uma melhoria na qualidade do atendimento prestado as puérperas, por meio da identificação do perfil sócioeconômico da população estudada, possibilitando a sistematização para cada mulher de forma única e humanizada.

PROBLEMATIZAÇÃO

Na busca de referenciais bibliográficos, fomos instigadas a pensar: Quais os principais fatores de risco que podem contribuir para a depressão puerperal em mulheres no puerpério?

Qual a contribuição do enfermeiro para sua prevenção?

OBJETIVOS

Geral: Identificar os riscos de desenvolvimento da depressão pós-parto em puérperas cadastradas na UBS de um

município do interior paulista.

Específico: Caracterizar o perfil socioeconômico das puérperas cadastradas na UBS de um município do interior paulista com maior risco de desencadear depressão pós-parto.

MARCO CONCEITUAL

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E FATORES DE RISCO

A DPP evidencia-se por sentimento de tristeza, perda de prazer e interesse nas atividades rotineiras, alteração de apetite e do sono, redução da libido, perda de peso, sentimento de culpa até ideias suicidas, podendo afetar as mulheres entre as primeiras duas semanas e um ano de pós-parto.18 Estes sintomas interferem no vinculo mãe-bebê, sendo necessária a investigação dos fatores de risco para que a intervenção de enfermagem minimize os danos nessa relação mãe-bebê, cuidando da saúde mental de ambos.19

Diversos fatores contribuem para o desenvolvimento da DPP, podendo ter moderada ou forte associação com a mesma, o episódio depressivo ou ansioso durante a fase gestacional, a disforia puerperal, história pregressa de depressão, cotidiano estressante, relação conjugal em conflito.20

A violência doméstica, os conflitos das expectativas em relação à maternidade, assim como a gravidez indesejada e/ou não planejada também podem aumentar a vulnerabilidade da mulher à DPP.21,22

Entretanto podemos citar os fatores de risco mais comuns: idade inferior a 16 anos, estado civil de solteira ou divorciada, história de transtorno psiquiátrico prévio, desemprego (puérpera ou seu cônjuge), ausência ou pouco suporte social, incluindo personalidade desorganizada, espera de um bebê do sexo oposto ao desejado, relações afetivas insatisfatórias, suporte emocional deficiente e abortamentos espontâneos ou repetidos. 1

Quanto mais precocemente os sintomas forem identificados, mais rapidamente poderá haver uma remissão do episódio depressivo, sendo possível evitar danos na relação mãe-pai-bebê.23 No entanto o diagnóstico muitas vezes é dificultado pela própria puérpera e seus familiares, por acreditarem que se trata de apenas um cansaço e desgaste resultantes do puerpério, atribuídos ao acúmulo de tarefas diárias e cuidados com o próprio bebê. 34

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) NO RASTREAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Ao se qualificar para a identificação de características sócioeconômicas e culturais da população, o profissional enfermeiro que presta assistência

obstétrica exerce influência no desenvolvimento e cuidados na fase gestacional, no parto e pós-parto. 24

Através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, a saúde da família é considerada como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial individual e integralizado, cujo objetivo das equipes é o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, acompanhando e promovendo a saúde na unidade. Com a ESF houve um grande avanço, transformando o modelo de saúde, proporcionando um atendimento humanizado e facilitando as ações de saúde, pois favorece a relação entre os profissionais e os usuários. 25

Os profissionais enfermeiros encontram-se em uma situação favorável na identificação e intervenção precoce da DPP, evitando assim o seu agravamento, uma vez que a ESF tem como base o trabalho em equipe interdisciplinar e na abordagem a família. 21

Portanto, é extremamente importante a visita puerperal realizada pelo enfermeiro da ESF, favorecendo assim a qualidade da assistência prestada pelos profissionais; para que essa visita se torne mais eficaz é de suma importância a utilização de um instrumento que possibilite a identificação dos possíveis sinais depressivos.

ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO COMO INSTRUMENTO NO RASTREAMENTO DA DPP

As escalas de rastreamento de sintomas depressivos fazem parte da estratégia de busca ativa, são mais utilizadas em pesquisas do que na prática, pela falta de familiaridade com o instrumento, pelo tamanho e pelo tempo utilizado no seu preenchimento. 26

A EPDS é a mais utilizada, é uma escala de autopreenchimento, sua finalidade é a identificação e mensuração da intensidade dos sintomas depressivos no pós-parto. É um instrumento composto de dez itens, sua pontuação é de zero a três, de acordo com a intensidade relatada do sintoma depressivo. A pontuação total varia de zero a trinta, considerando deprimida a entrevistada cuja pontuação for igual ou superior a doze na escala. Seus itens investigam os sintomas mais frequentes de depressão, humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda de apetite, perda de prazer, pensamento suicida, diminuição de desempenho e culpa. 34

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Esta parte do trabalho engloba os aspectos relacionados com o cenário do estudo, caracterização do local de estudo, delineamento do estudo, participan-

tes, natureza de amostra e amostragem, instrumento de coleta de dados, estratégias de análise de dados, assim como os preceitos éticos da pesquisa.

cenário de estudo

Foi selecionada para este estudo uma cidade do interior paulista devido à facilidade de acesso em entrevistar as puérperas que se encaixaram ao perfil proposto pela pesquisa, pois as pesquisadoras residem no mesmo município.

Localizada na região Sudeste do Estado de São Paulo, pertence à região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte, no eixo Rio de Janeiro-São Paulo, está a 176 km da capital paulista sendo que a principal via de acesso é a Rodovia Presidente Dutra, no Km 67. 27 Tem uma população estimada de 118.378 habitantes e uma extensão territorial de 752,636 km2, segundo o Censo de 2014 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 28

Seu nome é de origem Tupi-Guarani guará=garça, tinga=branca, eta=muito, que significa "Muitas Garças Brancas". Em 1628, conforme consta do primeiro Livro-Tombo da Catedral de Santo Antônio, dava-se a conhecer o povoamento destas terras por Jacques Félix e filhos. Dia 13 de junho de 1630, data dedicada ao Santo Padroeiro, marca a sua fundação, pela construção da capela "erguida em palha e parede de mão". Destaca-se como uma das principais vilas da Capitania no Vale do Paraíba, no século XVIII, que reserva à cidade, além dos períodos do ouro e do açúcar, fatos de especial significância religiosa. Em 7 de julho de 1848, nasce Francisco de Paula Rodrigues Alves, futuro Conselheiro e Presidente da República (eleito duas vezes). 29

caracterização do local de estudo

A UBS dispõe de três cirurgiões dentistas, uma enfermeira, dois médicos pediatras, um médico clínico, dois médicos ginecologistas obstetras e um auxiliar em saúde bucal. 29 Localizada em um bairro fundado em 29 de Janeiro 1980, atualmente com aproximadamente 1100 moradores, com cerca de 430 casas de Conjunto Habitacional CDHU, além dos 40 estabelecimentos de comércios e serviços, o bairro conta com praça pública, 2 quadras poliesportivas e um playground. 30

DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo foi de abordagem quantitativa, do tipo descritivo exploratório.

Uma pesquisa quantitativa compreende tudo aquilo que pode ser quantificável, ou seja, permite transmitir em números opiniões e informações possibilitando sua análise e classificação. Necessita de recursos e técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão etc). 31

A descrição das características da população estudada, de algum fenômeno ou até mesmo o estabelecimento de relações entre variáveis, é feita através da pesquisa descritiva, pois requer o emprego de técnicas padronizadas de coleta de dados como um questionário e uma observação sistemática, enfim, uma pesquisa descritiva assume a forma de levantamento. Já a pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema, com o objetivo de torná-lo explícito construindo hipóteses, engloba levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que vivenciaram experiências com o problema abordado, análise de exemplos que facilitam sua compreensão. 32

Participantes, natureza de amostra e amostragem

As participantes do estudo foram puérperas cadastradas em uma UBS de um bairro rural de uma cidade do Vale do Paraíba. Entende-se amostra como um subgrupo da população em que são coletados os dados da pesquisa, deve ser definido previamente, pois essa amostra representa a população. 33 O tamanho dessa amostra foi 84 correspondente ao número de puérperas cadastradas na UBS, em questão que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos pelas pesquisadoras.

A seleção de uma porção da população para representar toda a população é chamada de amostragem, nesse estudo a amostragem foi probabilística, pois todos os elementos da população tiveram a mesma possibilidade de serem escolhidos e foram obtidos pela definição das características da população e do tamanho da amostra. 33

Os critérios de inclusão do estudo foram:

- Puérperas cadastradas na UBS de um bairro rural de uma cidade do Vale do Paraíba
- Puérperas maiores de 18 anos de idade
- Puérperas que aceitaram participar da pesquisa
- Puérperas que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de exclusão do estudo foram:

- Puérperas não cadastradas na UBS de um bairro rural de uma cidade do Vale do Paraíba
- Mulheres ainda no período gestacional
- Puérperas cadastradas na UBS, porém, menores de 18 anos de idade
- Puérperas que se recusaram participar da pesquisa

COLETA DE DADOS

Neste subtópico estão descritos os procedimentos e os instrumentos utilizados para a coleta de dados.

Para a coleta de dados foram utilizadas as seguintes estratégias:

- A coleta de dados foi realizada pelas pesquisadoras, após a autorização da carta de autorização para coleta de dados assinada pela secretária municipal de saúde (ANEXO 1) e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas Teresa D` Ávila (FATEA), sob o parecer número 1.281.074.
- A coleta de dados foi realizada em data e horário agendados previamente com cada participante da pesquisa.
- Antes da coleta de dados as participantes foram orientadas quanto aos objetivos da pesquisa.
- Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2) para as puérperas que aceitaram participar da pesquisa.
- Os dados foram anotados no instrumento próprio (APÊNDICE) e (ANEXO 3) de forma manual pelos participantes da pesquisa.

O estudo ofereceu risco mínimo em detrimento do preenchimento dos instrumentos.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Foi aplicado um questionário elaborado pelas próprias autoras, investigando seu perfil sócioeconômico como idade, estado civil, escolaridade, número de filhos, se exerce atividade remunerada, renda familiar mensal, tipo de moradia, principal meio de transporte e dados psicossociais como aceitação do pai da criança. Foi aplicada também a escala EPDS para rastreamento de sintomas depressivos.

ESTRATÉGIAS PARA ANÁLISE DE DADOS ESTATÍSTICOS

Os dados coletados foram inseridos, eletronicamente, em um banco de dados construído pelas próprias pesquisadoras, no programa software Excel 2010. Como maior análise de dados, foi utilizada a estatística descritiva, para as variáveis categóricas por meio de frequência absoluta e relativa. Assim como média, mediana, desvio padrão, moda, amplitude máxima e mínima para as variáveis numéricas. Tais dados foram apresentados em tabelas e na forma descritiva, sendo, em seguida, também discutidos com base na literatura selecionada.

ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O presente estudo seguiu os preceitos estabelecidos pela Resolução nº 466/12, de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Os aspectos éticos da pesquisa foram resguardados em todos os momentos do estudo, ressaltando-se, como exposto anteriormente, que a coleta de dados só foi iniciada após o consentimento da secretária municipal de saúde de um município do interior paulista e a aprovação, deste projeto, pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Teresa D'Ávila Lorena - SP.

análise dos resultados

Neste capítulo iremos apresentar os resultados da pesquisa realizada com as puérperas cadastradas na UBS, mostrando os dados obtidos na EPDS, adotando-se o ponto de corte 12, escores acima ou superiores caracterizam a presença de sintomas depressivos, escores inferiores não foram considerados sintomas depressivos, evidenciados na tabela 1, prosseguindo com os dados das características socioeconômicas, evidenciados nas tabelas 2 e 3, como idade, estado civil, número de filhos, se exerce atividade remunerada, nível de escolaridade, renda familiar mensal, se possui casa própria, alugada ou cedida, quantas pessoas residem na mesma moradia, principal meio de transporte.

Tabela 1:Dados obtidos na EPDS (n=84)

Puérperas com Escores	n=84	%
Iguais ou Superiores a 12	31	36,9%
Inferiores	53	63,09%

Fonte: Instrumento de Pesquisa

Foram entrevistadas 84 puérperas cadastradas em uma UBS do interior paulista no período de janeiro a março de 2016, sendo que 31 (36,9%) das mulheres apresentaram escores iguais ou superiores a 12 na EDPS, evidenciando sintomas depressivos, 53 (63,09%) das mulheres apresentaram escores inferiores a 12, correspondendo à ausência de sintomas.

Tabela 2:Características sócioeconômicas das puérperas que evidenciaram sintomas depressivos: faixas etárias (n=31)

Idade	18 a 24 anos	25 a 35 anos	Acima de 36 anos	Todas as idades
Média	20	29	0	24
Mediana	21	29	0	23
Moda	18	26	0	18
Frequência Absoluta	19	12	0	N=31
Frequência Relativa	61,29%	38,71%	0	100%
Mínima	18	25	0	18
Máxima	24	35	0	35
Desvio Padrão	2,2	2,8	0	4,6

Fonte: Instrumento de Pesquisa

A média de idade foi de 24 anos, sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 35 anos. Tendo sido dividido ainda por faixas etárias, a dominância de idade foi entre os 18 e 24 anos, tendo 19 puérperas nessa faixa etária, correspondendo a 61,29% das puérperas, a mediana entre as idades foi de 21 anos e a moda 18, a mínima foi de 18 anos e a máxima de 24 anos de idade.

Ainda, há 12 puérperas na faixa etária dos 25 aos 35 anos de idade, correspondendo a 38,71% das puérperas, com média de 29 anos de idade, a mediana entre as idades foi 29 anos e a moda foi de 26 anos de idade.

Tabela 3: Características socioeconômicas: estado civil, número de filhos, atividade remunerada, nível de escolaridade, renda familiar mensal, se possui casa própria, alugada ou cedida, se mora sozinha, quantas pessoas residem na mesma moradia, principal meio de transporte. (n=31)

Estado civil	**n=31**	**%**
Solteiras	12	38,7%
Casadas/ União estável	9	29,0%
Separadas/divorciadas	10	32,2%
Apoio do Parceiro durante a Gestação		
Sim	14	45,16%
Não	17	54,83%
Número de Filhos		
0-1	13	41,93%
2-3	11	35,48%
Acima de 3	07	22,58%
Atividade Remunerada		
Sim	09	29,03%
Não	22	70,96%
Nível de Escolaridade		
Fundamental incompleto	03	9,67%
Fundamental completo	12	38,70%
Médio incompleto	10	32,25%
Médio Completo	06	19,35%
Superior incompleto	0	0%
Superior completo	0	0%
Renda Familiar Mensal		
Até 01 salário mínimo	12	38,70%
De 02 a 03 salários mínimos	16	51,61%
Acima de 03 salários mínimos	03	9,67%
Moradia		
Casa própria	20	64%
Casa alugada	11	35,48%
Casa cedida	0	0%
Quantas Pessoas residem na mesma moradia		
De 01 a 03 pessoas	06	19,35%
De 04 a 06 pessoas	08	25,80%
Acima de 06 pessoas	17	54,83%
Principal Meio de Transporte		
Transporte próprio	07	22.58%
Transporte coletivo	19	61,29%
Bicicleta	05	16,12%

Fonte: Instrumento de Pesquisa

Ao que se refere ao apoio do parceiro durante a gestação, 17 puérperas negaram o apoio, correspondendo a 54,83%; 14 puérperas relataram terem sido apoiadas pelo parceiro durante a gestação, correspondendo a 45,16%.

Dessas puérperas que apresentaram sintomas depressivos, 12 são solteiras, correspondendo a 38,7%; 10 são

separadas/divorciadas, correspondendo a 32,2%; 9 são casadas, correspondendo a 29,0% das puérperas.

Em relação ao número de filhos, houve dominância em 0 e 1 filho, sendo 13 puérperas, correspondendo a 41,93%; 11 puérperas relataram ter entre 2 e 3 filhos, correspondendo a 35,48%; 7 puérperas relataram ter mais de 3 filhos, correspondendo a 22,58%;

Ao que se refere à atividade remunerada, 9 relataram exercê-la, isso corresponde a 29,03% e 22 puérperas não exercem atividade remunerada, correspondendo a 70,96%. Em relação à renda familiar mensal, houve dominância entre 2 e 3 salários mínimos, sendo 16 puérperas, correspondendo a 51,61%; 12 puérperas relataram renda familiar de até 1 salário mínimo, correspondendo a 38,70%; 3 relataram ter renda familiar mensal acima de 3 salários mínimos, correspondendo a 9,67%.

Em relação ao nível de escolaridade, houve dominância em mulheres com ensino fundamental completo, sendo 12 puérperas, o que corresponde a 38,70%; 10 mulheres relataram ter o ensino médio incompleto, correspondendo a 32,25%; 6 mulheres com ensino médio completo, correspondendo a 19,35%; 3 puérperas relataram ter o ensino fundamental incompleto, que corresponde a 9,67%. Não há puérperas com ensino superior incompleto ou completo.

Quanto ao tipo de moradia, 20 puérperas informaram possuir casa própria, correspondendo a 64% e 11 puérperas moram em casas alugadas, correspondendo a 35,48%.

Ao que se refere ao número de moradores na mesma residência, 17 mulheres informaram residir acima de 6 pessoas na mesma residência, correspondendo a 54,83%; 8 puérperas relataram morar de 4 a 6 pessoas na mesma residência, correspondendo a 25,80%; 6 puérperas informaram residir de 1 a 3 pessoas na mesma residência, correspondendo a 19,35%.

Quanto ao principal meio de transporte, houve dominância na utilização do transporte coletivo, sendo 19 puérperas, o que corresponde a 61,29%; 7 puérperas relataram utilizar transporte próprio, correspondendo a 22,58%; 5 mulheres relataram fazer uso de bicicleta, correspondendo a 16,12% das puérperas.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao analisar os dados do presente estudo, encontrou-se na amostra de 84 puérperas, segundo a EPDS, 36,9% de prevalência de depressão pós-parto, esse dado é compatível com algumas pesquisas nacionais semelhantes como a de Cruz,34 Ruschi,35 Fonseca

36 e Zandonade.37 Essa elevada prevalência de depressão pós-parto com que se deparou indica um importante problema de saúde pública, que exige medidas de prevenção e tratamento, além de estratégias e capacitação dos profissionais da área da saúde, como os enfermeiros das UBS, para identificar e planejar uma assistência adequada às puérperas, visando a uma diminuição dos sintomas e das consequências que essa doença pode trazer tanto no âmbito pessoal como familiar. O acompanhamento de mães em especial as de baixa renda, que utilizam o sistema único de saúde, deve envolver ações integradas de promoção de saúde, prevenindo graves problemas decorrentes da DPP. Estudos brasileiros minuciosos sobre a DPP apontam que cerca de 30 a 40% das mulheres atendidas em unidades de atenção básica e que apresentam condições sócioeconômicas baixas apresentaram sintomas depressivos. 39

Em relação ao perfil socioeconômico é predominantemente formado por jovens com médias de idade de 24 anos, que não exercem atividade remunerada, tendo como nível de escolaridade dominante o ensino fundamental completo e que possuem relacionamentos estáveis. Das puérperas que apresentaram sintomas de DPP, 41,93% estavam na primeira gestação. O nível socioeconômico da população estudada foi considerado baixo, resultados semelhantes foram apontados em alguns estudos 34,35,36,38 e pode ser explicado pelo fato de 70,96% das mulheres que apresentaram DPP não contribuírem com a renda familiar, 64% residirem em conjuntos habitacionais cedidos pelo governo federal, 54,83% conviverem dentro da mesma residência com mais de 06 pessoas e 61,29% utilizarem como meio de locomoção o transporte coletivo. A renda familiar baixa também está relacionada com o fato da população estudada ser absoluta de mulheres usuárias do sistema único de saúde e terem realizados seus pré-natais na UBS utilizada como local de estudo.

Com base nesses achados podemos confirmar que os problemas financeiros são determinantes entre os fatores de risco para o desenvolvimento da DPP, sendo assim, um planejamento familiar efetivo contribui para redução ou minimização dos sintomas depressivos, visto que um maior número de filhos gera mais gastos financeiros, e como as famílias das puérperas estudadas possuem recursos limitados, este seria um fator que geraria desgaste emocional, propiciando o aparecimento de sintomas depressivos.

É imprescindível a ação do

enfermeiro no que se refere ao incentivo do planejamento familiar, a presença da puérpera na unidade de saúde é um momento estratégico para realizar ações educativas em que estejam relacionadas a repercussão de uma nova gestação dentro no âmbito familiar, o cuidado com o RN e outras questões que envolvam a saúde.

O apoio do parceiro durante a gestação contribui como fator protetor para o desenvolvimento da DPP, das puérperas que apresentaram os sintomas, 54,83% não receberam o suporte do parceiro, em que foi possível observar uma associação do suporte oferecido com o surgimento ou não dos sintomas depressivos, um trabalho realizado do mesmo seguimento apontou a mesma associação. 34

Foi utilizado como instrumento para rastreamento da DPP a EPDS; a sua escolha como método se deve ao fato de ser uma escala de autoavaliação especifica para o pós-parto, por ser simples e de fácil entendimento, além de não exigir muito tempo para o seu preenchimento, o que a torna ideal para ser aplicada por enfermeiros em uma consulta pós-parto, outros estudos que procuraram fazer esse rastreamento, também utilizaram como instrumento de coleta de dados a EPDS.34,35,36,37,38 Apontou-se como sendo de uso primordial durante a assistência prestada pós-parto o uso da EPDS para identificação de DPP, tal ação de enfermagem pode contribuir para redução deste transtorno, tendo em vista que as puérperas serão avaliadas precocemente e podem ser encaminhadas para outros profissionais de saúde, para que seja realizado o tratamento adequado. Desta maneira o enfermeiro estará contribuindo para prevenção de doenças e para o estabelecimento do bem-estar geral tanto da puérpera quanto da família.

CONCLUSÃO

A EPDS foi aplicada em 84 puérperas cadastradas em uma UBS do interior paulista, sendo que 31 (36,9%) mulheres apresentaram escores iguais ou superiores a 12 na EDPS, evidenciando sintomas depressivos, 53 (63,09%) mulheres apresentaram escores inferiores a 12, correspondendo à ausência de sintomas.

Após minuciosa análise dos dados obtidos, concluiu-se que o perfil socioeconômico das puérperas que apresentaram risco de desenvolver DPP foi considerado baixo, houve predominância em mulheres jovens na faixa etária dos 18 aos 24 anos de idade, que não exercem atividade remunerada, tendo como nível de escolaridade dominante o ensino fundamental completo e que possuem relacionamentos

estáveis. Cerca de 70% das mulheres que apresentaram risco em desenvolver DPP não contribuem com a renda familiar, 64% residem em conjuntos habitacionais cedidos pelo Governo Federal, 54,83% convivem dentro da mesma residência com mais de 06 pessoas e 61,29% utilizam como meio de locomoção o transporte coletivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos neste rastreamento de DPP sugerem a necessidade de utilização da EPDS como instrumento intervencionista de investigação do transtorno mental por enfermeiros atuantes na atenção básica de saúde, o reconhecimento do estado depressivo da mãe é fundamental, para que puérperas que apresentem o indicio ou a manifestação da doença possam ser diagnosticadas e tratadas precocemente sendo redimensionada para profissionais específicos interligados a equipe. O enfermeiro deve considerar a visita domiciliaria um momento privilegiado de conhecimento da situação da família, não a tratando como meramente assistencial, mas sim como um veículo de acessibilidade e interação com a usuária. A contribuição do enfermeiro na identificação dos sintomas é de suma importância para a01 saúde psíquica e física da puérpera e do RN, assim como toda a estrutura de uma família que pode estar vulnerável pela situação de risco em que se encontra, auxiliando o bom convívio entre o casal e o desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

1. Camacho, R.S.; Cantinelli, F.S.; Ribeiro, C.S.; Cantilino, A.; Gonsales, B.K.; Braguittoni, E.; Rennó Jr. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnostico e tratamento. Psiq. Clín. 2006,33 (2); 92-102.

2. Klaus, M. H., Kennel, J. H., & Klaus, P. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas. 2000.

3- Horimoto FC, Domingues JAG, Monteiro GCPL. Antidepressivos em situações especiais: gestação e lactação. In: Horimoto FC, Ayache DCG, Souza JA. Depressão: diagnóstico e tratamento clínico. São Paulo: Roca; 2005. p. 191-202.

4. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. Am J Obstet Gynecol. 1995;173(2):639-45.

5. Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG,

Andreoli SB, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). ABP-APAL. 1992;14(3):93-104.

6. Bloch, M. et al. - Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. J Affect Disord 88 (1): 9-18, 2005.

7. Botega, N.J. et al. - Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, p. 341-354, 2006.

8. Boyce, P.; Hickey, A. - Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 40 (8): 605-612, 2005. [Acesso em 25 ag.2016] Disponível em: www. springerlink.com.

9. Mello, D. F.; Andrade, R. D. Atuação do enfermeiro junto à população materno-infantil em uma unidade de saúde da família, no município de Passos-MG. Min Enferm., Belo Horizonte, v. 10, n. 32, p. 88-93, 2006.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico de pré-natal e puerpério. Brasília, 2006.

11. Guimarães, F. S.; Prates, C. S. Consulta de enfermagem ao binômio mãe-bebê. Logos, Canoas, v. 17, n. 1, p, 103-12, 2006.

12. Rodrigues, D. P. et al. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. Texto & Contexto Enferm., Florianoplis, v. 15, n. 2, p. 277-86, 2006.

13. Moreno AR, Moreno DH. Escalas de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS). Psiquiatr Clin. 1998 set--out [Acesso em 21 abr.2015];25(5):71-87. Disponível em: http:// www.hcnet.usp.br/ipq/revista/.

14. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edimburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry. 1987;150:782-6.

15. O O'Hara MW, Zekoski EM. Postpartum depression: a comprehensive review. In: Kumar R, Brockington IF, editors. Motherhood and mental illness. London: Oxford; 1988. p. 17-63.

16. Saraiva ERA, Coutinho MPL. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. Psico-USF. 2007;12(2):319-26.

17. Santos Junior HPO, Silveira MFA, Gualda DMR. Depressão pós--parto: um problema latente. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):516-24.

18. Heron J, O`Connor T, Evans J, Glover V,Team AS. The course of

anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. J Affect Disord. 2004; 80(1):65-73.

19. Cavalcanti BMC, Cibelle DRM, Guimarães FJ, Mangueira SO, Frazão IS, Perrelli JGA. Diagnóstico de enfermagem "Desempenho de papel alterado" em mulheres no pós-parto: um estudo descritivo. Rev Bras Enferm. online v13, n2 ,2014.

20. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiatry. 2004; 26(4):289-95.

21. Figueiredo B,Bifulco A, Pacheco A, Costa R, Margarinho R. Teenege pregnancy, attachment style, and depression: a comparasion of teenege and adult pregnant women in a Portuguese series. Attsch Hum Dev. 2006;8(2):123-38.

22. Bech CT.State of the Science on postpartum depression: what nurse researchers have contributed-part 1. MCN Am J Matern Child Nurs.2008a;33(2):121-6.

23. Glavin K, Ellefsen B, Erdal B. Norwegian public healt nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression. Public Health Nurs.2010;27 (3):255-62.

24. Spindola T, Penna LHG, Progianti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. Esc Enferm USP. 2006; 40(3):381-8.

25. Ogata MN, Machado MLT, Catoia EA. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários.Rev Eletr Enf. [Online] 2009; 11(4):820-9. [Acesso em 20 de abr. 2010]. Disponível em:http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm.

26. Machado SCEP. Desempenho de uma nova escala de depressão em um hospital geral brasileiro. Porto Alegre;2003. [Tese] Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

27. Portal vale [Acesso em 02 de maio 2015]. Disponível em http://www.portalvale.com.br/cidades/guaratingueta/como-chegar-em-guaratingueta.php.

28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.[Acesso em 02 de maio 2015]. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/

29. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde [Acesso em 02 de maio 2015]. Disponível em http://Cnes.datasus.gov.br

30. Prefeitura Estância Turística

Guaratinguetá [Acesso em 02 de maio 2015]. Disponível em http://www.guartingueta.sp.gov.br

31. Silva ED, Menezes EM. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 4 ed. Florianópolis 2005.

32. GIL, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1991.

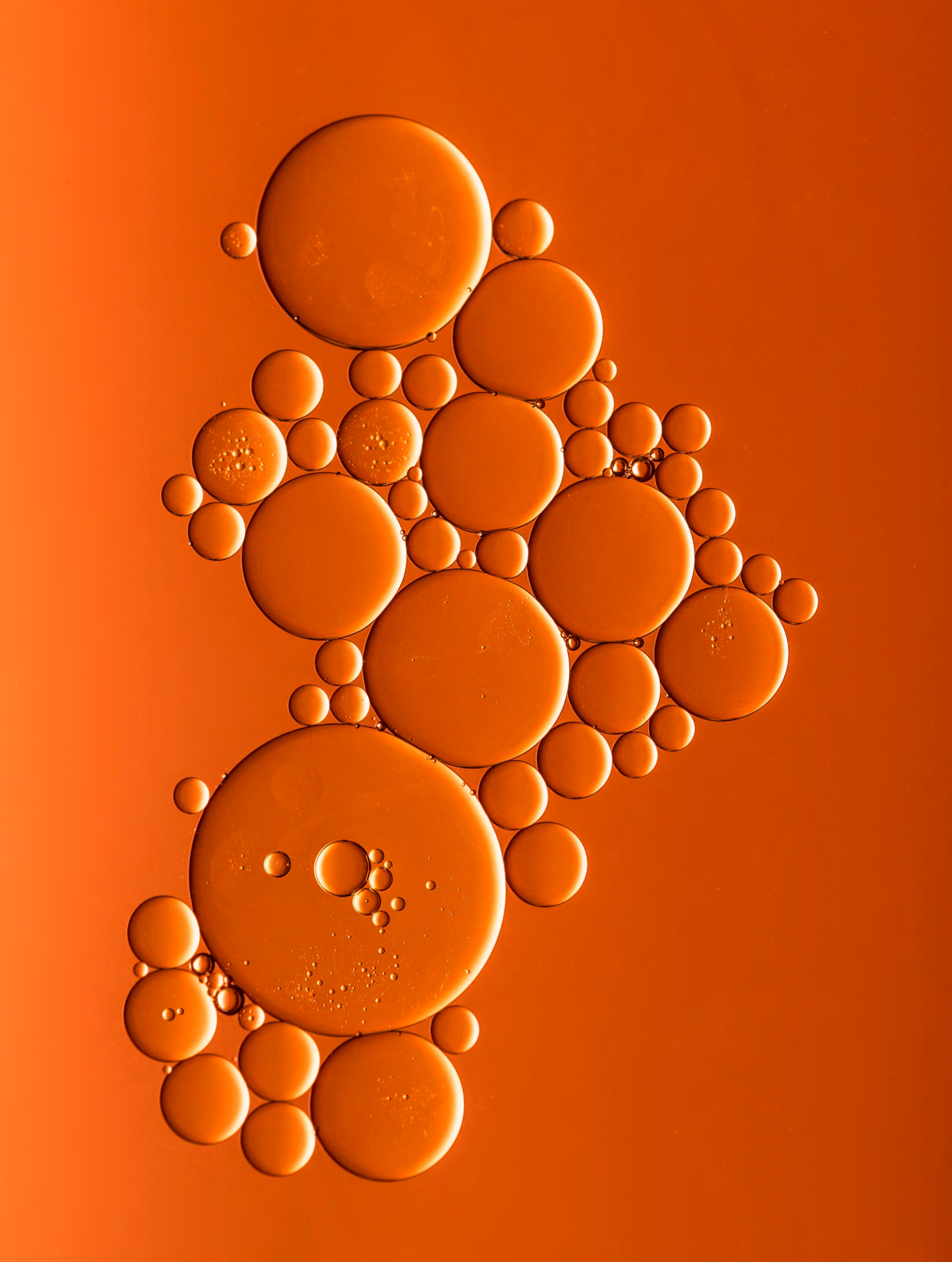
33. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodología de la investigacion. 4 ed. México 2006.

34. Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. Bras Ginecol Obstet.2005;27(4):181-8.

35. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Filho AC, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. Psiquiatr RS. 2007;29(3):274-280.

36. Fonseca VRJRM, Silva GA, O E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. Cad. Saúde Pública vol.26 n.4 Rio de Janeiro Apr.2010.

37. Zandonade E, Sun SY, Mattar R, Filho AC, Ruschi GEC, Lima VJ. Alteração tireoidiana: um fator de risco associado à depressão pós-parto? Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 9 (2): 207-213, abr. / jun., 2009.

38. Fonseca MO, Tavares DMS, Rodrigues LR. Investigação dos Fatores Indicativos de depressão pós-parto em dois grupos de puérperas. Cienc Cuid Saude 2009 Jul/Set; 8(3):321-328.

39. Lobato G et al.. Bras. Saúde Matern. Infant, Recife,11 (4): 369-379 out./dez.,2011.