



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ELIZANNYE CAMILLA FREIRE LEAL BATISTA

**UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO NA
CONSULTA PUERPERAL: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE**

Brasília – DF, 2016

Elizannye Camilla Freire Leal Batista

**UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO NA
CONSULTA PUERPERAL: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem do Curso de Enfermagem da Universidade de Brasília – Campus Darcy Ribeiro.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Rejane Antonello Griboski.

Brasília – DF, 2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desse trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Batista, Elizannye Camilla Freire Leal.

Utilização da Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo na consulta puerperal: Importância do Diagnóstico precoce/Elizannye Camilla Freire Leal Batista. Brasília: [s.n], 2016.

50 f.

Monografia (graduação) – Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Curso de Enfermagem, 2016.

Incluem anexos e apêndices.

Orientadora: Profa. Dra. Rejane Antonello Griboski.

1. Depressão pós-parto; 2.Saúde da mulher; 3. Enfermagem; 4. Equipe de Assistência ao Paciente.
- I. Batista, Elizannye Camilla Freire Leal. II. Utilização da Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo na consulta puerperal: Importância do Diagnóstico precoce

BATISTA, Elizanny Camilla Freire Leal

Utilização da Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo na consulta puerperal:
Importância do Diagnóstico precoce

Trabalho de Conclusão do Curso de
Enfermagem apresentado como requisito
para obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Rejane Antonello Griboski

Instituição: Universidade de Brasília (UnB)

Presidente

Prof^a. Dr^a. Laiane Medeiros Ribeiro

Instituição: Universidade de Brasília (UnB)

Membro Efetivo

Prof^a. Dr^a. Simone Roque Mazoni

Instituição: Universidade de Brasília (UnB)

Membro Efetivo

Prof^a. Dr^a. Aline Oliveira Silveira

Instituição: Universidade de Brasília (UnB)

Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela força e coragem que me proporcionou em todos os momentos da construção deste trabalho, pois nunca tive dúvidas de que Sua mão me sustentou durante toda esta longa caminhada.

Aos meus pais Ana Maria e Jairo Nilson, e a minha filha Luiza Bianca, que são o pilar da minha vida, pelo apoio ínfimo em cada momento e por sempre acreditarem em meu potencial para que eu concluísse mais essa etapa da minha vida.

À Universidade de Brasília, aos meus mestres que me acompanharam durante a trajetória da graduação, pelo repasse de conhecimentos que foram essenciais para minha formação como Enfermeira. Em especial, agradeço a minha orientadora Prof^a. Dr^a. Rejane Antonello Griboski por me ajudar a tornar realidade este sonho, agradeço pela atenção, dedicação, confiança, paciência, compreensão e ensinamentos transmitidos ao longo destes um ano e meio que estivemos juntas na elaboração deste estudo. Agradeço imensamente à Prof^a. Dr^a. Laiane Medeiros Ribeiro pelo incentivo e apoio incondicional durante a fase final de elaboração deste trabalho.

A todos os meus amigos que acompanharam a minha luta durante a elaboração deste trabalho e que de alguma forma colaboraram para que ele se concluísse, meus sinceros agradecimentos.

Às mulheres participantes deste estudo, que através de seus reais sofrimentos me proporcionaram crescimento e me fizeram ver a vida de uma maneira diferente.

Mãe

“Renovadora e reveladora do mundo
A humanidade se renova no teu ventre.

(...)

Que pretendes, mulher?

Independência, igualdade de condições...

Empregos fora do lar?

És superior àqueles
que procuras imitar.

Tens o dom divino
de ser mãe

Em ti está presente a humanidade”.

Cora Coralina

BATISTA, E.C.F.L. Utilização da Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo na consulta puerperal: Importância do Diagnóstico precoce. 50 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde. Campus Darcy Ribeiro, Brasília, dezembro, 2016.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A prevenção e o diagnóstico precoce da Depressão pós-parto (DPP) desde as consultas de pré-natal até o puerpério, e ainda na utilização de escalas de rastreamento, por profissionais capacitados e qualificados, podem garantir à mulher a possibilidade de exercer a maternidade com segurança e bem-estar. **OBJETIVOS:** Verificar segundo a Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS) a presença de fatores para o risco de DPP em puérperas, analisando sua utilização pela equipe de profissionais da saúde; identificar os dados sociodemográficos das puérperas entrevistadas; e propor um produto de intervenção para orientação dos profissionais do serviço acerca do diagnóstico precoce da Depressão pós-parto. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa, realizado com puérperas e com a equipe de profissionais de saúde responsáveis pelos atendimentos. No qual foram utilizados 2 instrumentos semi-estruturados e a EPDS. Para análise descritiva dos dados foi utilizado o software SPSS. Os dados qualitativos foram organizados segundo a análise de conteúdo de Bardin. **RESULTADOS:** Identificou-se uma prevalência de 46,7% de puérperas com risco para a Depressão pós-parto no estudo. Nenhuma profissional da saúde referiu utilizar a escala como instrumento de rastreamento precoce da DPP no puerpério, entretanto todas relataram critérios utilizados na identificação do transtorno. **DISCUSSÃO:** A alta prevalência de DPP encontrada no estudo reforça sua importância como um problema de saúde pública, as profissionais de saúde demonstraram que o amplo espectro de desordens psiquiátricas do pós-parto ainda são pobremente compreendidas, e em consequência subdiagnosticadas e subtratadas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo trouxe contribuições importantes em relação a possibilitar reflexões acerca da necessidade da adequação dos protocolos assistenciais na atenção obstétrica, assim como a sensibilização de profissionais para mudanças em suas atitudes e práticas.

Palavras chave: Depressão pós-parto; Saúde da mulher; Enfermagem; Equipe de Assistência ao Paciente

BATISTA, E.C.F.L. Use of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in the puerperal consultation: Importance of Early Diagnosis. 50 pages. Course Completion Work (Nursing Course) - University of Brasília, Faculty of Health Sciences. Campus Darcy Ribeiro, Brasília, December, 2016.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Prevention and early diagnosis of Postpartum Depression (PPD) from prenatal to puerperal consultations and also in the use of screening scales by trained and qualified professionals can ensure women the possibility of exercising maternity with safety and well-being. **OBJECTIVES:** To verify the presence of factors for the risk of PPD in puerperal women, analyzing its use by the team of health professionals; to identify the sociodemographic data of the postpartum women interviewed; and to propose an intervention product to guide the health care professionals about the early diagnosis of Postpartum Depression. **METHODS:** This is a descriptive study with a quantitative and qualitative approach, and it was performed with women who have recently given birth and with the team of health professionals responsible for the care. In this research, two semi-structured instruments and the Edinburgh Postnatal Depression Scale were used. For descriptive analysis of the data, it was used the software SPSS. Qualitative data were organized according to the Bardin content analysis. **RESULTS:** In this study, it was identified the prevalence of 46.7% of puerperal women at risk for Postpartum Depression. None of the health professional reported using the scale as an instrument for the early detection of PPD in the puerperium, however all professionals reported criteria used to identify the disorder. **DISCUSSION:** The high prevalence of PPD found in the study reinforces its importance as a public health problem, health professionals have demonstrated that the broad spectrum of postpartum psychiatric disorders are still poorly understood, and therefore, they are underdiagnosed and under-treated. **FINAL CONSIDERATIONS:** The study brought important contributions with respect to the possibility of reflections about the need to adapt care protocols in obstetric care, as well as raising the awareness of professionals to change their attitudes and practices.

Keywords: Postpartum depression; Women's health; Nursing; Patient Care Team

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELA 1 Caracterização da amostra de puérperas segundo faixa etária, procedência, estado civil, nível de escolaridade e ocupação. Brasília-DF, 2016

GRÁFICO 1 Distribuição de frequência das puérperas em relação ao risco de Depressão pós-parto segundo a Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo. Brasília-DF, 2016.

GRÁFICO 2 Distribuição de frequência das categorias profissionais em relação ao conhecimento sobre a escala de Depressão pós-parto de Edimburgo. Brasília-DF, 2016.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
EPDS	Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo
DF	Distrito Federal
DPP	Depressão pós-parto
HUB	Hospital Universitário de Brasília
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1. INTRODUÇÃO.....	14
2. JUSTIFICATIVA.....	17
3. OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo geral.....	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4. METODOLOGIA.....	18
4.1 Tipo de estudo.....	18
4.2 Local do estudo.....	18
4.3 Instrumento de coleta de dados.....	18
4.4 População.....	19
4.5 Critérios de inclusão.....	19
4.6 Coleta de dados.....	19
4.7 Análise de dados.....	20
4.8 Aspectos éticos.....	20
5. RESULTADOS.....	20
5.1 Caracterização da amostra de puérperas.....	21
5.2 Avaliação da Depressão pós-parto segundo a Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo.....	22
5.3 Categorização de dados qualitativos referentes ao período gravídico-puerperal.....	22
5.4 Caracterização da equipe de Profissionais de saúde e Utilização da Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo na consulta puerperal.....	25
5.5 Categorização de dados qualitativos referentes à equipe de Profissionais de saúde.....	26
6 DISCUSSÃO.....	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
9 ANEXOS.....	37
10 APÊNDICES.....	40

APRESENTAÇÃO

Minha aproximação do tema “Depressão pós-parto” se deu quando cursei as disciplinas Cuidado da mulher, criança e adolescente e Vivências Integradoras 6 no 7º semestre. A escolha desse tema surgiu devido ao interesse na área de saúde da mulher e por perceber a necessidade por parte dos profissionais de saúde em assistir a mulher de forma a compreender a maternidade além de seu aspecto biológico. Sobretudo reforcei esta inquietação ao acompanhar puérperas que buscavam atendimentos para seus bebês e negligenciavam suas queixas ao evitar buscar ajuda para suas necessidades emocionais. Da mesma forma, não tendo estas necessidades assistidas pelos profissionais de saúde, que nestes momentos, tendo somente as crianças como foco, as tratavam apenas como mães nutrizas.

1. INTRODUÇÃO

A gestação e o puerpério caracterizam-se como períodos da vida da mulher que necessitam de especial enfoque devido às inúmeras alterações físicas, hormonais e psicossociais pelas quais a mulher passa na sua vivência única e singular, e que podem repercutir de forma direta em sua saúde mental (COSTA, 2013; PEREIRA, 2013).

Períodos como estes podem ser idealizados pela mulher, por meio de expectativas, perspectivas, esperanças, mas também preocupações, medos, ansiedades e angústias, visto que estes se tornam momentos imprevisíveis e desconhecidos em suas condições existenciais. A mulher se torna cada vez mais vulnerável devido às ricas e intensas vivências emocionais causadas pelas transformações no corpo, alterações hormonais e as inúmeras adaptações à maternidade, como as exigências socioculturais, familiares e pessoais em relação a sua nova posição de “ser mãe”, em conflito com a falta de cuidados e atenção à própria mãe nesse período de adaptação (GOMES et al., 2010; PEREIRA, 2013; DE FELIPE, 2014).

Toda a sobrecarga a que está imposta a mulher, poderá ocasionar mais ansiedade e, por consequência estresse psicológico. Esta situação poderá afetar cada vez mais a relação do binômio mãe-filho e o desgaste progressivo do relacionamento com os familiares, principalmente, na vida afetiva com o parceiro, repercutindo de forma negativa em sua vida social e econômica. Segundo Kendell, Chalmers e Platz (1987 apud, CANTILINO et al, 2012, p. 288), dentre todas as fases da vida da mulher, o pós-parto é o período de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, devido às suas defesas tanto físicas quanto psicossociais estarem essencialmente direcionadas à proteção e vulnerabilidade do filho (GOMES et al., 2010; SOUZA, 2014; SOUZA; COUTINHO, 2009).

Por consequência, este elevado desequilíbrio pode manifestar-se como um quadro de Depressão pós-parto (DPP), que representa uma alteração do humor ou do afeto, acompanhada por alteração global de atividades, de forma moderada a severa com início insidioso. Este tipo de transtorno pode acarretar consequências ruins para o bem-estar da mulher, sua saúde física e emocional, assim como seu relacionamento conjugal, familiar e social, seu desempenho na função de mãe, e consideravelmente sua essencialidade como mulher, além de contribuir para o desenvolvimento social, emocional e cognitivo da criança. (ARRAIS, 2005; SOUZA, 2014; SOUZA; COUTINHO, 2009).

Correa e Serralha (2015), Cantilino et al, (2010) e Moraes e Crepaldi (2011), destacam que dentre os sintomas manifestados pela mulher com DPP constam desânimo profundo, debilidade do interesse para o mundo externo, perda da capacidade de amar, diminuição dos sentimentos de auto-estima, humor deprimido, irritabilidade, choro frequente, falta de energia, agitação ou retardo psicomotor, capacidade diminuída para pensar e concentrar-se, transtornos alimentares e do sono, sentimentos de desamparo e desesperança, sentimentos de impotência nos cuidados com a criança, , pensamentos recorrentes de morte, assim como manifestações psicossomáticas como cefaleia, hemorragias, infecções, dificuldades na lactação, entre outros.

De etiologia multifatorial, a DPP tem como fatores de risco o estado emocional da mulher no período gestacional e puerperal, que dependerá de uma série de condições, desde aquelas intrínsecas a sua pessoa e à gestação, como problemas na situação conjugal ou socioeconômica, além de gravidez não planejada ou não desejada, complicações na gestação e eventos adversos da vida neste período. Até aquelas situações diretamente relacionadas à experiência de eventos estressantes, como por exemplo a experiência do parto no serviço de saúde (CANTILINO et al., 2012; GOMES et al., 2010; SOUZA, 2014).

A Depressão pós-parto atinge um número significativo de mulheres, e frequentemente se representa como insuficientemente diagnosticada e tratada. Uma Revisão sistemática da literatura realizada por Lobato, Morais e Reichenheim (2011) em periódicos nacionais e internacionais, publicados até o ano de 2010, encontrou estimativas de prevalência de DPP variando entre 7,2% e 39,4%. Os achados desta revisão sugerem que a prevalência de sintomas depressivos no pós-parto no Brasil encontra-se acima da média mundial, e próxima àquela encontrada em países de nível socioeconômico similar (GOMES et al., 2010; SOUZA, 2014).

Conforme enfatizam Barbosa e Angelo (2016) no período pós-parto, a postura da puérpera, de sua família, do seu círculo social e dos profissionais que a assistem em relação às exigências no desempenho de suas tarefas como mãe, geralmente se relacionam a percepção externa aos sentimentos manifestados, que são idealizados como felicidade e contentamento pela chegada do novo ser. No entanto, a maioria dos conflitos e sentimentos negativos a estas experiências se passam de forma inconsciente e podem ser praticamente imperceptíveis. Arelado a esta perspectiva, o mito do amor materno supõe que a maternidade, apresentada

como natural e instintiva, é inerente à mulher, em que somente ela está apta a cuidar do filho (PEREIRA, 2013).

Estas atitudes, segundo salienta Pereira (2013), revelam fortes indícios para a falta de atenção e negligência no diagnóstico precoce da DPP. Uma vez que a compreensão dos principais fenômenos do puerpério possibilita o diagnóstico de sua expressão patológica em forma de Depressão pós-parto. Por vezes, isto acontece de forma isolada e sem um acompanhamento especializado de qualidade que pode gerar cronificação do quadro depressivo e alterações dramáticas na homeostase psicossocial e familiar (ARRAIS, 2005; MORAES; CREPALDI, 2011).

Conforme ressalta Souza (2014), os resultados de sua pesquisa apontam que os agravos à saúde mental materna devem receber atenção prioritária no âmbito da saúde pública. Entretanto, observa-se que as ações de promoção à saúde destinadas a DPP são pouco enfatizadas. Deste modo pode-se destacar um verdadeiro despreparo em relação à equipe multiprofissional na assistência para prevenir ou até mesmo diagnosticar precocemente este tipo de transtorno.

Considera-se essencial uma avaliação integral da mulher desde a gestação, nas consultas de pré-natal, que priorize seu aspecto singular, envolvendo espaços de acolhimento das demandas maternas, através da escuta ativa e facilitação da expressão de seus sentimentos e ansiedades, abordando aspectos biológicos e sociais, e dando especial enfoque ao período da maternidade como um fenômeno psíquico (GOMES et al., 2010; SOUZA, 2014).

A atenção adequada à mulher no período da gestação e puerpério lhe garante uma possibilidade de exercer a maternidade com segurança e bem-estar. A assistência à saúde na atenção obstétrica deve se realizar de forma que possa garantir à mulher a segurança das evidências científicas, preservando sua autonomia e integridade biopsicossocial (GOMES et al., 2010; SOUZA, 2014).

Neste contexto, considera-se que a Enfermeira se faz mediadora importante deste desafio na equipe multiprofissional, pois assume o ônus da mudança, ao ser reconhecida como o agente que possui vínculo mais estreito com a mulher, estabelecendo por meio de sua postura uma relação de confiança. Gerando repercussões não só na qualidade dos sentimentos manifestados pela puérpera, mas também culminando no enfrentamento em relação ao seu

papel na sociedade como mãe, mulher e ser social (CAUS et al., 2012; GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

2. JUSTIFICATIVA

A Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale) é o instrumento mais utilizado para triagem no diagnóstico precoce e tratamento dos quadros de Depressão pós-parto. Desde sua elaboração por Cox, Holden e Sagovski (1987), esta escala foi adaptada e validada em diversos países, inclusive no Brasil. Sendo a primeira adaptação e validação desenvolvida por Santos, Martins e Pasquali em 1999. É uma escala que pode ser usada por profissionais da área de saúde que atuam com esta temática, pois mensura a presença e intensidade de sintomas depressivos, investigando como a puérpera tem se sentido nos últimos sete dias. (FIGUEIRA et al., 2009; SANTOS et al., 2007).

Justifica-se este estudo para que a EPDS possa fazer parte da avaliação puerperal no Hospital Universitário de Brasília, devido a sua importância e para proporcionar melhor atuação da Enfermeira e dos demais profissionais de saúde para prestar uma assistência humanizada e de qualidade à mulher na gestação e puerpério, ofertando ações de promoção à saúde na DPP, para prevenir ou até mesmo diagnosticar precocemente este tipo de transtorno (CAUS et al., 2012; GOMES et al., 2010; SOUZA, 2014).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral: Verificar a presença de risco para a Depressão pós-parto por meio da Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo em puérperas atendidas no Ambulatório I do Hospital Universitário de Brasília e a utilização pela equipe de profissionais da saúde.

3.2 Objetivos específicos: Identificar dados sociodemográficos e dados referentes ao período gravídico-puerperal das puérperas atendidas nas consultas de pós-parto do Hospital Universitário de Brasília; Propor um produto de intervenção para orientação dos profissionais do serviço, acerca do diagnóstico precoce da DPP.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de levantamento de dados, com abordagem mista (quantitativa e qualitativa).

Originária do pensamento positivista lógico, a pesquisa quantitativa enfatiza em sua hipótese os parâmetros da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana, atuando desta forma em níveis de realidade, tendo como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ao trabalhar com dados estatísticos. A pesquisa qualitativa, por sua vez, responde a questionamentos particulares, e neste sentido resulta em significados, aspirações, valores e atitudes. O conjunto de dados de abordagem quantitativa e qualitativa não se opõem, pelo contrário, se complementam, pois o processo que envolve as abordagens se faz de forma dinâmica, excluindo qualquer dicotomia (MINAYO, 2006).

4.2 Local do estudo

Ambulatório I do Hospital Universitário de Brasília (HUB), especificamente, nos corredores verde e vermelho, sala da Saúde da Mulher, onde são realizadas consultas de pré-natal e puerpério por enfermeiras e médicas obstetras nos dois turnos. O ambulatório é um anexo ao HUB. Esse hospital é caracterizado como um hospital-escola e é considerado referência em várias especialidades no Distrito Federal (DF). Tem como missão institucional incluir o desenvolvimento de ações de ensino e pesquisa em conformidade com a função social da universidade, articuladas à assistência de média e alta complexidade, em um contexto humanizado e interdisciplinar, e integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um hospital de excelência, no sentido de prover ao seu público atendimento de qualidade de acordo com os princípios éticos e humanísticos.

4.3 Instrumento de coleta de dados

Foram utilizados 3 formulários como instrumentos para coleta de dados. O primeiro instrumento (APÊNDICE B) direcionado às puérperas, que de forma semi-estruturada, buscou identificar fatores sociodemográficos, econômicos, da história de vida e da gestação/parto. O instrumento utilizado para rastreamento precoce de fatores de risco para a Depressão pós-parto (ANEXO B) foi a Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo, validada para a população brasileira por Santos, Martins e Pasquali (1999). E para avaliação das profissionais da equipe acerca da utilização da EPDS, lhes foi aplicado outro questionário semi-estruturado (APÊNDICE C).

A EPDS é uma escala de aplicação rápida e simples, que consta de dez itens capazes de mensurar a presença e intensidade de sintomas depressivos no mínimo nos últimos sete dias após o parto. Visando a adaptação transcultural, objetiva-se basear em pesquisas mais recentes que indiquem pontos de corte que possam identificar a Depressão pós-parto. Dessa forma, este estudo irá se basear nas recomendações de Guedes et al. (2011), que identificou em uma amostra de puérperas brasileiras, o ponto de corte maior ou igual a 10 pontos como critério para identificar potencial risco para a DPP, apresentando sensibilidade de 72,2 % e especificidade de 95,5 %, valor preditivo positivo de 85% e valor preditivo negativo de 90% (CAMPOS, 2016; SANTOS et al., 2007).

4.4 População

As participantes da pesquisa foram as puérperas atendidas nas consultas de pós-parto do serviço de saúde e a equipe de profissionais da saúde responsáveis pelos atendimentos estiveram na consulta puerperal no momento da pesquisa, descartando, desta forma, qualquer viés de tendência. A amostra deste estudo foi por conveniência composta por 15 puérperas. Ainda nesta amostra foram incluídas as 4 profissionais da saúde responsáveis pelos atendimentos nas consultas puerperais no serviço de saúde: 2 Enfermeiras e 2 Médicas.

4.5 Critérios de inclusão

Puérperas que estiverem realizando sua consulta puerperal no ambulatório I do Hospital Universitário de Brasília e equipe de Profissionais de saúde responsável pelos atendimentos; Puérperas com idade superior a 18 anos, de parto normal ou cesárea; Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela puérpera e pela equipe de Profissionais de saúde (APÊNDICES A1 e A2).

4.6 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada nos meses de setembro a outubro de 2016 e a seleção da amostra foi aleatória. O momento de abordagem da pesquisa se deu após as consultas puerperais. Foram explicados os objetivos e instrumentos da pesquisa, o tempo médio para resposta dos questionários e a importância do estudo para o diagnóstico precoce da DPP e para mudanças em saberes e práticas no serviço de saúde. As puérperas e profissionais que demonstraram interesse em participar da pesquisa assinaram o TCLE e foram entrevistadas em local apropriado, respeitando seu conforto e privacidade no momento.

4.7 Análise de dados

Os dados quantitativos foram analisados mediante o Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) – versão 20, utilizando-se a estatística descritiva com frequência e porcentagem. Os testes de correlação de Pearson foram usados para verificar se havia associação entre a Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo e outras variáveis.

Os dados qualitativos foram necessários para se justificar os resultados estatísticos do estudo e foram organizados por meio da análise de conteúdo, segundo modelo de Bardin (2000). As puérperas foram identificadas como P (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14 e P15) e a equipe de profissionais de saúde foram identificadas como E1, E2, M1 e M2, em relação à Enfermeiras e Médicas, respectivamente

4.8 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o protocolo de nº 58214316.2.0000.0030 (ANEXO A), em atendimento às exigências da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12/12/12, que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

5. RESULTADOS

Os resultados estão organizados em duas seções. Na primeira, apresenta-se a Caracterização das puérperas da amostra trazendo dados relacionados à idade, estado civil, procedência, ocupação e grau de escolaridade das puérperas. Além da abordagem sobre a Prevalência da Depressão pós-parto no estudo. Assim como a categorização dos dados qualitativos relativos ao período da gestação, parto e puerpério vivenciados pelas puérperas. Na segunda seção apresentam-se os dados relativos à Caracterização da amostra de Profissionais de saúde, assim como a Utilização da EPDS na consulta puerperal. Além de resultados referentes à categorização de dados qualitativos apresentados pela equipe entrevistada. Para uma melhor compreensão da dinâmica estrutural desse estudo a discussão encontra-se separada.

5.1 Caracterização da amostra de puérperas

As puérperas que participaram da pesquisa se apresentaram com variação de 7 a 43 dias de pós-parto. A tabela 1 apresenta seus dados sociodemográficos:

Tabela 1: Caracterização da amostra de puérperas segundo faixa etária, procedência, estado civil, nível de escolaridade e ocupação. Brasília-DF, 2016.

Variáveis		F	%
Faixa etária	Abaixo de 25 anos	8	53,5
	Acima de 30 anos	7	46,5
Procedência	São Sebastião	7	46,7
	Itapoã	2	13,3
	Santa Maria	1	6,7
	Águas Claras	1	6,7
	Recanto das Emas	2	13,3
	Região de Entorno do DF	2	13,3
Estado civil	Solteira	1	6,7
	Casada	8	53,3
	União estável	5	33,3
	Viúva	1	6,7
Nível de escolaridade	Ensino fundamental completo	2	13,3
	Ensino médio incompleto	2	13,3
	Ensino médio completo	7	46,7
	Ensino superior incompleto	4	26,7
Ocupação	Empregada	7	46,7
	Desempregada	8	53,3

No que diz respeito aos dados apresentados na tabela, verificou-se que, em relação à idade das puérperas do estudo 8 (53,5%) estão abaixo dos 25 anos de idade e 7 (46,5%) delas têm acima de 30 anos, não ultrapassando os 40 anos de idade. Sobre o estado civil 8 (53,5%) são casadas, 5 (33,3%) têm união estável, 1 (6,7%) viúva e 1 (6,7%) solteira.

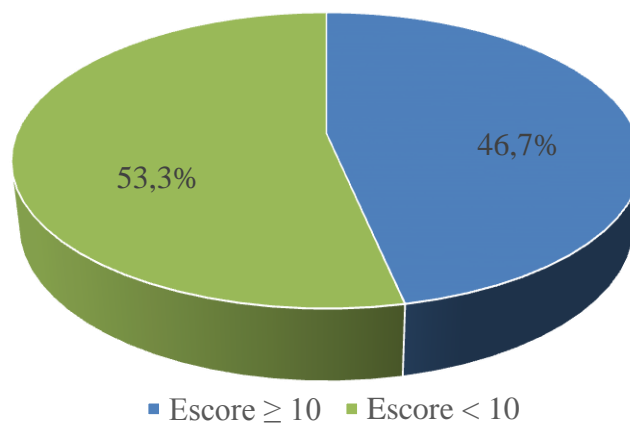
Das 15 entrevistadas, 7 (46,7%) moram em São Sebastião, 2 (13,7%) em Itapoã, 2 (13,3%) em Recanto das Emas, 2 (13,3%) em Região de entorno do DF e 2 (13,3%) em Santa Maria e Águas Claras. Em relação a ocupação 8 (53,5%) estão desempregadas e 7 (46,7%) empregadas. A renda familiar predominante é de 2 a 4 salários mínimos (60%). A maioria das puérperas relataram Ensino Médio completo (46,7%).

5.2 Avaliação da Depressão pós-parto segundo a Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo

A aplicação da Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo neste estudo registrou escores de 1 a 21 pontos e como ponto de corte entre o risco de DPP ou não, foi adotado o escore maior ou igual a 10 pontos, capaz de indicar a presença de um episódio depressivo.

A prevalência de Depressão pós-parto no estudo foi de 46,7%, o equivalente a 7 puérperas. Conforme o gráfico 1 abaixo:

Gráfico 1- Distribuição de frequência das puérperas em relação ao risco de Depressão pós-parto segundo a Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo. Brasília-DF, 2016.



Dentre as 10 perguntas da EPDS, as que mais contribuíram para elevar as pontuações das colaboradoras e a prevalência do estudo, foram: “Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas”; “Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada, sem uma boa razão”; e “Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia”. Em relação às puérperas com história anterior de depressão, 13 (86,7%) relataram não ter histórias e 2 (13,3%) que sim.

5.3 Categorização de dados qualitativos referentes ao período gravídico-puerperal

Além de dados sociodemográficos, foram investigadas informações referentes ao período da gestação, parto e puerpério vivenciados pelas mulheres. Deste modo, em relação à gestação, 12 (80%) puérperas, referiram que vivenciaram alguma situação de estresse neste período.

As situações que obtiveram maior destaque, em 66,6 % da amostra, foram relacionadas ao estresse causado pela dificuldade nas relações, em conflito com a falta de apoio da família e/ou dos parceiros das puérperas.

Verificou-se ao realizar a categorização conforme Bardin a presença de duas categorias. A primeira categoria: Situações de estresse nas relações familiares, emergiu três subcategorias: falta de apoio da família e/ou do parceiro; dificuldades nas relações afetivas; vivências do luto no período gravídico-puerperal. A segunda categoria refere-se à assistência prestada: Estresse causado pela inadequação na assistência obstétrica. A terceira categoria refere-se aos Critérios utilizados na consulta puerperal para identificação da Depressão pós-parto.

5.3.1 Situações de Estresse nas relações familiares

5.3.1.1 Falta de apoio da família e/ou do parceiro:

“Tive uma gravidez de risco porque fiquei com a pressão muito alta e minha família não me apoiou” (P14).

“Meu marido e a família dele não me ajudavam em nada” (P15).

5.3.1.2 Dificuldades nas relações afetivas:

“Morei com minha sogra e cunhados e não me dava bem com nenhum deles” (P6).

“Tive problemas com meu marido que é quase um alcoólatra” (P13).

A sub-categoria que demonstrou evidência por 2 (16,6) puérperas, foi relacionada aos sentimentos de estresse causados pela morte do neonato e do parceiro. Como observa-se nos relatos abaixo:

5.3.1.3 Vivências do luto no período gravídico-puerperal:

“Minha gravidez foi de risco, meu bebê nasceu com problemas e morreu faz 3 semanas” (P12).

“A morte do meu esposo” (P4).

Ainda em se tratando das situações de estresse, 40 % das puérperas entrevistadas, relataram gestações não planejadas. Em relação ao indicativo de situações de violência física ou psicológica praticadas no último ano pelo parceiro ou por pessoas mais próximas às puérperas, 7 (46,7%) confirmaram o questionamento.

Devido à proximidade de que 7 (46,7%) puérperas relataram indicativo de violência, correlacionou-se a partir do coeficiente de correlação de Pearson, a presente variável com a DPP ($r = 0,464$, $p = 0,081$), e apesar de encontrar uma correlação positiva, esta não foi significativa.

Da mesma forma, correlacionou-se a partir do coeficiente de correlação de Pearson, as 12 (80%) puérperas que relataram ter vivido alguma situação de estresse na gestação com o risco de DPP encontrado ($r = 0,468$, $p = 0,079$), e apesar de encontrar uma correlação positiva, esta não foi significativa.

5.3.2 Estresse causado pela inadequação na assistência obstétrica

Quanto à atenção obstétrica, 7 (46,7%) das puérperas tiveram partos normais, enquanto 8 (53,3%) tiveram Cesarianas. Da amostra de puérperas, 9 (60%) relataram ter escolhido seu tipo de parto. Em relação à qualidade do atendimento recebido pelas puérperas no período de internação na maternidade do serviço de saúde, 13 (86,7%) confirmaram o questionamento sobre a abordagem humanizada e respeitosa do atendimento pela equipe multiprofissional. Entretanto, 2 puérperas (13,3%) discordaram das demais, a seguir observam-se seus relatos:

“O médico não respeitou a minha vontade, o toque foi dolorido, com quatro dedos e várias vezes” (P1).

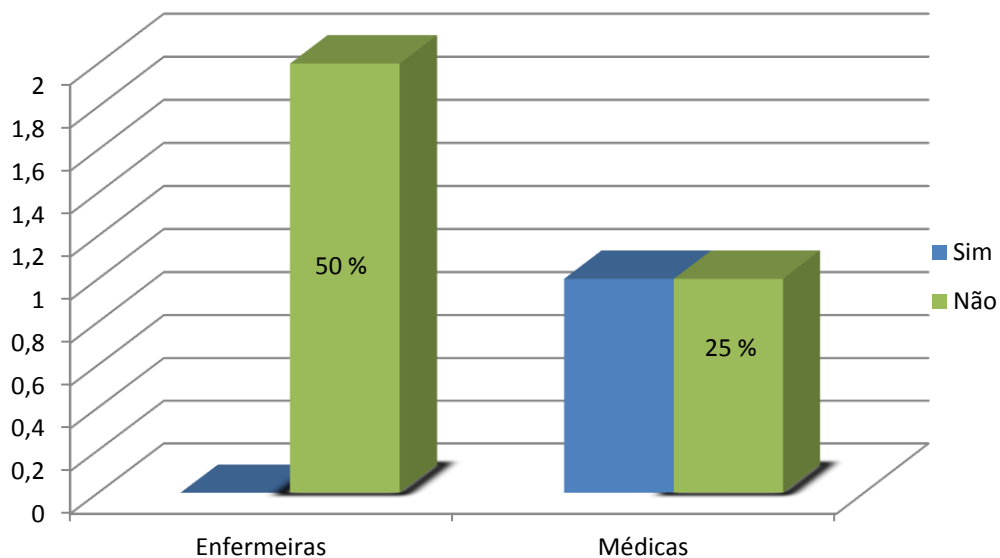
“A minha vontade de tentar um parto normal desagradou o obstetra de plantão. Ele quase não prestou atendimento mesmo estando a minha frente” (P3).

5.4 Caracterização da equipe de Profissionais de saúde e Utilização da Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo na consulta puerperal

Foram entrevistadas 4 profissionais responsáveis pelos atendimentos nas consultas puerperais, que incluíram 2 Enfermeiras e 2 Médicas.

O gráfico 2 mostra a categoria do profissional que atendeu a puérpera em relação ao conhecimento da escala.

Gráfico 2- Distribuição de frequência das categorias profissionais em relação ao conhecimento sobre a escala de Depressão pós-parto de Edimburgo. Brasília-DF, 2016.



Em relação ao gráfico 2, das 4 profissionais entrevistadas, 2 (50%) são Enfermeiras e 2 (50%) são Médicas. Em relação ao conhecimento da escala 3 (75%) não conhecem a Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo, incluindo-se as 2 Enfermeiras, 1 Médica, e nenhuma (100%) faz uso da escala como um instrumento de triagem em conjunto com a entrevista clínica na avaliação do risco para a Depressão pós-parto na consulta puerperal.

5.5 Categorização de dados qualitativos referentes à equipe de Profissionais de saúde

Ainda, em referência a análise de conteúdo percebeu-se que as profissionais de saúde quando questionadas se utilizam algum critério na identificação do risco para Depressão pós-parto na consulta puerperal, confirmaram (100%) a utilização de algum critério. A seguir apresentam-se seus relatos que elencou-se como terceira categoria descrita a seguir.

5.5.1 Critérios utilizados na consulta puerperal para identificação da Depressão pós-parto:

“Quadro clínico atual da paciente; antecedentes de problemas durante a gestação; pacientes que fizeram uso de antidepressivos durante a gestação; pacientes com antecedentes de depressão em gestações anteriores” (M1).

“Queixas da paciente; situação do aleitamento materno; situação de autocuidado; sentimentos em relação ao bebê” (E1)

“História anterior de Depressão; uso de antidepressivos; episódios de estresse na gestação, parto ou puerpério” (M2).

“Conversação” (E2).

6 DISCUSSÃO

Os achados deste estudo revelaram uma prevalência de 46,7 % de puérperas com o risco para o desenvolvimento da DPP, segundo a EPDS. Esta amostra de puérperas foi constituída, em sua maioria por mulheres de nível médio de escolaridade e casadas. Uma parcela significativa de mulheres se encontrou desempregada e relatou a experiência de situações estressantes e de indicativos de violência no período gestacional e puerperal. As correlações com a DPP apontaram relações positivas com as situações de estresse vivenciadas e os indicativos de violência, contudo não houveram dados significativos. A equipe de profissionais da saúde que atendem as puérperas, em sua maioria, referiu não conhecer a

EPDS, entretanto 100% demonstraram utilizar critérios na identificação da DPP na consulta puerperal.

Compreendeu-se o puerpério como um período de transição à função materna, podendo ser considerado um período crítico de desenvolvimento que exige adaptação ao novo ser e conciliação da figura do bebê formado na gestação com a figura do bebê após o nascimento. Assim, verificou-se a presença de sentimentos ambivalentes no período investigado, até mesmo em famílias que não foram diagnosticadas com o risco para o desenvolvimento da DPP. Entretanto, esses sentimentos foram compreendidos como transitórios e reflexos do período de adaptação que a nova condição de mãe trouxe consigo, confirmando os estudos de Arrais (2005), Gomes et al. (2010), Pereira (2013) e De Felipe (2014).

Em comum com a literatura, os resultados deste estudo mostraram, através da EPDS, que as principais alterações emocionais e comportamentais das pesquisadas foram a ansiedade, o nervosismo, o choro fácil, e a sensação de fracasso e impotência com as atribuições da maternidade (SILVA et al., 2010).

Em relação à prevalência encontrada de 46,7 % de puérperas com risco para Depressão pós-parto, considera-se válido ressaltar que a amostra obtida neste estudo foi por conveniência, sendo uma limitação para a pesquisa. Desta forma, os dados obtidos, a técnica de amostragem e o tamanho da amostra devem ser analisados com ressalva. Além disso, a tamanha variabilidade na frequência de DPP pode advir da heterogeneidade dos métodos empregados na coleta dos dados, pois podem ser responsáveis pelas variações encontradas nos diferentes estudos. Dessa forma, não há dados que remetam a uma amostragem probabilística como nos estudos sobre a média global realizado por Silva (2013), com uma prevalência de 16,63% e conforme um estudo recente, realizado em 2016, sobre a prevalência da DPP na cidade de São Paulo, com uma média de 20,6 % de puérperas com esse indicativo (CAMPOS, 2016).

No presente estudo, observou-se correlação positiva entre a Depressão pós-parto e os índices de estresse vivenciados na gestação, entretanto não houveram dados significativos. O resultado de correlação confirma dados de Rodrigues e Chiavo (2011), que identificaram associação positiva entre a DPP e as manifestações significativas de estresse na gestação e no puerpério, em uma amostra de 98 primigestas, onde observou-se que quanto mais avançada a fase de estresse em que a gestante ou a puérpera se encontrar, maior a probabilidade de esta apresentar a DPP.

A situação mais observada de estresse através dos relatos das colaboradoras foi a falta de apoio social seja da família ou do parceiro, nesta perspectiva, Alvarenga, Palma, Silva e Dazzani (2013), Manente e Rodrigues (2016) e Pilkington, Milne, Caims e Whelan (2016) demonstraram em suas pesquisas que o apoio social durante a gestação pode funcionar como um fator de proteção para os sintomas depressivos no puerpério.

Da mesma forma, em relação ao risco de DPP identificado e às puérperas que relataram indicativos de violência, verificou-se correlação positiva, porém não se evidenciaram dados significativos. Em um estudo nacional, o único relacionado a violência não institucional como indicador de risco para a DPP, em uma maternidade de São Paulo, Mattar et al. (2007) encontraram associação significativa entre a violência praticada na gestação e o risco de Depressão pós-parto.

Durante as investigações, foi enfatizado para as puérperas sobre necessidade do rastreamento precoce da DPP e sua gravidade, em contraste com as dificuldades no reconhecimento, até mesmo de si próprias, sobre sua condição patológica. Atribui-se a este fator, a resistência e negação de 5 puérperas em participar da pesquisa. Por outro lado, Ferreira e Tourinho (2013), afirmam que pessoas deprimidas tendem a ter mais comportamentos de fuga e esquivas contingentes a situações que exigem variabilidade comportamental.

Além disso, Figueira et al. (2011) apontam que o papel da cultura e de todas as crenças que envolvem o período da maternidade podem exercer forte influência no comportamento da mulher em evitar buscar ajuda ou falar sobre sentimentos negativos. Sendo assim, verificou-se uma limitação no estudo, pois, além disso, as entrevistas e a investigação da DPP necessitaram de tempo para melhor abordagem e acompanhamento, o que foi colocado como um empecilho para as entrevistas.

Arrais (2005), Campos (2016) e Coutinho e Saraiva (2008) afirmam que a mãe deve ser colocada como o foco da atenção obstétrica, sem, contudo, suprimir o aspecto essencial do relacionamento mãe-filho, pois há a necessidade de uma urgente atenção e intervenção dos profissionais da saúde na direção de maior visibilidade para as dificuldades maternas, de forma que possam compreender a maternidade além da perspectiva biológica, integrando neste sentido, a mãe que não busca atendimento para si própria, mas exclusivamente para seu bebê.

Dessa forma, a fim de prevenir complicações e construir um prognóstico satisfatório, é necessário se considerar a importância da identificação dos sintomas iniciais que desencadeiam o quadro patológico no puerpério para que seja oferecida uma melhor assistência à puérpera. No entanto, para isto, é essencial a preparação dos profissionais para abordar essas mulheres e identificar precocemente os riscos, de forma que estas possam ser encaminhadas para aconselhamento ou tratamento, evitando assim, o desenvolvimento ou cronificação do transtorno mental (GOMES et al., 2010).

Além disso, considera-se importante a estimulação da mulher e sua família para a compreensão das configurações subjetivas do puerpério, de forma que estes possam expor e compreender as emoções e sentimentos provenientes desta fase, garantindo-lhes estratégias de enfrentamento e adaptação ao período da maternidade (MEIRA et al., 2015).

Inclui-se nesta abordagem, também a assistência humanizada a mulher no momento do parto, visto que este é um período idealizado pela parturiente, por meio de expectativas e esperanças, mas também preocupações e ansiedades, assim como o puerpério. Em se tratando desta temática, o parto traumático foi um evento pouco observado nos relatos das colaboradoras, mas mencionado com ênfase. Alvaro-Esquivel et al. (2010), Arrais (2005) e Souza (2014) encontraram em suas pesquisas uma associação positiva entre eventos relacionados ao parto e a DPP. Souza (2014) encontrou que algumas experiências como aquelas relacionadas ao inadequado controle da dor, sentimento de desamparo e de frustração pela submissão a uma cesariana, quando o desejo da mulher era o de um parto normal, estavam associadas à instalação de um quadro de DPP.

Campos (2016), Carvalho e Lima (2014) e Schardosim e Heldt (2011) apontam que, no Brasil, ainda não há instrumentalização adequada dos profissionais da saúde a respeito do transtorno e de como identificar a Depressão no período pós-parto. Os resultados do presente estudo apontam que a equipe de atendimento às puérperas presencia situações assistenciais nas quais mulheres estão potencialmente com DPP.

Dessa experiência, todas as participantes do estudo elencaram possíveis critérios utilizados nas consultas puerperais no rastreamento da DPP. Os resultados demonstraram que as profissionais compreendem os potenciais fatores de risco a DPP. Entretanto, em sua maioria, mostraram-se de forma generalista, ao apresentar critérios de diagnóstico padronizados, com ênfase na doença, sem a devida valorização da subjetividade, com a complexidade e singularidade de cada mulher, confirmando que o amplo espectro de

desordens psiquiátricas do pós-parto ainda são pobremente compreendidas pelos profissionais de saúde, e em consequência subdiagnosticadas e subtratadas (ARRAIS, 2005; CORREA, SERRALHA, 2015).

Mattar et al. (2007), Schardosim e Heldt (2011), Vera, Natale, Merlo e Valbuena (2014) enfatizam a existência de vários fatores que podem gerar estresse e ansiedade para a mulher, todavia o limite entre o que é fisiológico e o que é considerado patológico pode ser difícil de avaliar. O que demonstra a importância de ações de rastreamento da DPP, como a aplicação de escalas por profissionais que acompanham a mulher na gestação e puerpério, levando-se em consideração que o diagnóstico precoce da DPP e seu tratamento se sobrepõem ao tempo dispensado no preenchimento de escalas que variam de tamanho e forma de abordagem.

A EPDS é um instrumento validado em muitos países, e no Brasil tem sido amplamente utilizada. E devido a sua linguagem acessível, rapidez de aplicação, baixo custo e possibilidade de aplicação por qualquer profissional de saúde, pode ser uma alternativa de instrumento utilizado em conjunto com a avaliação clínica para triagem dos riscos de DPP. A deficiência na utilização e conhecimento da EPDS no presente estudo confirma os dados de estudiosos sobre a grande utilização da escala em pesquisas, em contraste com a pouca utilização na prática propriamente dita (SCHARDOSIM, HELDT, 2011).

Devido às disparidades de tempo de prática na consulta puerperal e a sua grande rotatividade, os(as) Acadêmicos(as) de Enfermagem não foram inseridos neste estudo. Entretanto, considera-se válido ressaltar a importância da inclusão de componentes curriculares relacionados à saúde mental no puerpério, como instrumento de qualificação da equipe de assistência à mulher para lidar com a DPP. Incluindo a atualização técnico-científica em relação à utilização de escalas de rastreamento precoce do transtorno, como a Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo, desde a graduação. Considerando-se que a equipe de enfermagem integra o contingente de profissionais que permanecem a maior parte do tempo em contato direto com a paciente, representando também a porta de entrada dos serviços, viabilizando a criação de vínculos e a facilidade no rastreamento e prevenção da DPP (DAANDELS, ARBOIT, VAN DER SAND, 2013; MEIRA et al., 2015; SOBREIRA, PESSÔA, 2012).

Todas as puérperas que foram identificadas com potencial risco para o desenvolvimento de DPP neste estudo, receberam um relatório em relação a sua saúde emocional no momento da entrevista e foram encaminhadas para algum serviço de referência, de acordo com seu

estado de saúde no momento, entre os quais se incluíram: o setor de psicologia do serviço; Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II) de acordo com a região de moradia das puérperas; e serviços de atendimento psicológico individual gratuitos ou a baixo custo nas localidades do Distrito Federal (DF).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alta prevalência do risco para a Depressão pós-parto encontrada, 46,7%, se relaciona com os achados de pesquisas recentes e reforça o seu significado como um problema de saúde pública. Apesar de suas limitações o estudo trouxe contribuições importantes em relação ao cenário da DPP no referido serviço de saúde, possibilitando reflexões acerca da necessidade da adequação dos protocolos assistenciais na atenção obstétrica, assim como a sensibilização de profissionais para mudanças em suas atitudes e práticas.

Ao longo da coleta de dados e acompanhamento da equipe de saúde responsável pelas consultas puerperais, foi lhes dado todo o seguimento das condutas que deveriam ser tomadas no atendimento de puérperas que apresentassem sinais de risco para a DPP. Àquelas profissionais que não conheciam a EPDS, foi lhes apresentada a escala e para todas foi entregue uma cópia impressa da EPDS, com todas as orientações de uso, além de contatos telefônicos e endereços de serviços de referência no DF e entorno para os encaminhamentos dessas mulheres.

Para que a implementação da Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo fosse institucionalizada no serviço de saúde, foi dado seguimento a um dos objetivos traçados no estudo em relação a elaboração de um produto para a equipe multiprofissional (APÊNDICE D) responsável pelos atendimentos, acerca do diagnóstico precoce da Depressão pós-parto. O produto elaborado para a unidade foi um Procedimento Operacional Padrão (POP) em relação à aplicação da Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo, de forma a orientar esta conduta pelos profissionais das consultas ambulatoriais.

A aceitação do produto e da proposta de dar seguimento às condutas em relação ao rastreamento precoce da DPP, foi muito significativa pelos profissionais do serviço, tanto por aqueles atuantes na assistência à saúde, quanto pelos representantes do gerenciamento do serviço de saúde. O comprometimento e embasamento científico na oferta de uma assistência

de qualidade às puérperas também foi significativa por parte dos(as) Acadêmicos(as) de Enfermagem.

Acredita-se que a prevenção e o diagnóstico precoce da DPP desde as consultas de pré-natal até o puerpério, e ainda na utilização de escalas de rastreamento, por profissionais capacitados e qualificados, possam garantir à mulher a possibilidade de exercer a maternidade com segurança e bem-estar. A assistência à saúde na atenção obstétrica deve se realizar de forma que possa garantir à mulher a segurança das evidências científicas, preservando sua autonomia e integridade biopsicossocial.

Destaca-se que a pesquisa, em razão do número restrito de participantes e conveniência da amostra impede a generalização dos dados apresentados. Observa-se que há muitas pesquisas que tem foco voltado, essencialmente, para a detecção precoce da DPP. Deste modo, sugere-se que nos próximos estudos, as investigações possam partir das percepções das puérperas em relação à vivência da maternidade, na identificação dos fatores subjetivos que envolvem o transtorno, para além da padronização patologizante. Viabilizando uma melhor compreensão dos fenômenos que envolvem este período de transição, mantendo foco na prevenção da Depressão pós-parto, aspecto pouco explorado pelos pesquisadores até o momento.

O estudo será apresentado para a equipe multiprofissional da maternidade do Hospital Universitário de Brasília, a fim de que o serviço de saúde providencie mudanças estruturais e atitudinais da equipe para proporcionar melhor atuação diante da realidade encontrada.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVARENGA, P., PALMA, E.M.S., SILVA, L.M.A., DAZZANI, M.V. Relações Entre Apoio Social e Depressão Pós-Parto em Puérperas. **Interação em Psicologia**, [S.l.], v. 17, n. 1, nov. 2013.
- ARRAIS, A.R. 2005. Depressão pós-parto: Além do patológico. 2005. 158 f. Tese (Doutorado em psicologia clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.
- BARBOSA, M.A.R.S., ANGELO, M. Experiences and meanings of post-partum depression in women in the family context. **Enferm. glob.**, Murcia , v. 15, n. 42, p. 232-255, abr. 2016.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa. Ed. 70, 2000.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.**
- CAMPOS, B.C. Variáveis sociodemográficas, Depressão pós-parto e a Interação entre Mães e Bebês de quatro a seis meses de idade. 2016. 72 f. Dissertação de mestrado (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Bauru, 2016.
- CANTILINO, A.; ZAMBALDI, C.F.; SOUGEY, E.B.; JUNIOR, J.R. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010.
- CARVALHO, F. A., LIMA, S.M. Relação entre Depressão Pós-Parto e Apoio Social: Revisão Sistemática da Literatura. **Psico**, v. 45, n. 4, p. 463-474, 2014.
- CAUS, E.C.M.; SANTOS, E.K.A.; NASSIF, A.A. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 34-40, Mar. 2012.
- CORREA, F.P., SERRALHA, C.A. Postpartum Depression: A retrospective and contextual analysis .**Act.Colom.Psicol.**, Bogotá , v. 18, n. 1, p. 113-123, Jan. 2015 .
- COSTA. L.M. Depressão pós-parto. 2013. 29 f. Monografia (Especialização em saúde coletiva e da família) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade de Campinas. Campinas. 2013.

- COX, L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **British Journal of Psychiatry**, n. 6 v. 150, p. 782-786, 1987.
- DAANDELS, N., ARBOIT, E.L., VAN DER SAND, I.C.P. Produção de Enfermagem sobre Depressão pós-parto. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 18, n. 4, dez. 2013.
- DE FELIPE, R.P. Characterization of the relationship among postpartum depression, cultural models, maternal ethnotheories and practices in a sample attended by the public health system of São Paulo city, São Paulo; s.n, p. 209 – 215, 2014.
- FIGUEIRA, P., CORREA, H., MALLOY-DINIZ, L., ROMANO, M.A. Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 79-84, Aug. 2009.
- GUEDES, A.C.E., KAMI, C.T., CAVALLI, L.K.V., NICOLAOU, S.K., HESS, V.B., MALUF, E.M.C.P. Postpartum depression: incidence and risk factors associate. **Rev Med**. São Paulo, v. 90, n. 3, p. 149-54, Set. 2011.
- GOMES, L.A.; TORQUATO, V.S.; FEITOSA, A.R.; SOUZA, A.R.; SILVA, M.A.M.; PONTES, R.J.S. Identifying the risk factors for postpartum depression: importance of early diagnosis **Rev. RENE**, Fortaleza. v. 11, n. especial, p. 117-23, 2010.
- GRIBOSKI, R.A.; GUILHEM, D. Women and health care professionals: the role of cultural imagination in the humanization of delivery and childbirth. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 15, n. 1, p. 107-114, Mar. 2006.
- LOBATO, G.; MORAES, C.L.; REICHENHEIM, M.E. The extent of post-partum depression in Brazil: a systematic review. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife , v. 11, n. 4, p. 369-379, Dec. 2011.
- MANENTE, M. V., RODRIGUES, O.M.P.R. Maternidade e Trabalho: Associação entre Depressão Pós-parto, Apoio Social e Satisfação Conjugal. **Pensando fam.**, Porto Alegre , v. 20, n. 1, p. 99-111, jul. 2016 .
- MATTAR, R. et al . A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 9, p. 470-477, Sept. 2007.

- MINAYO, M.C.Z. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2006.
- MORAES, M.H.C., CREPALDI, M.A. A clínica da Depressão pós-parto. Mudanças – **Psicologia da saúde**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 61-67. Dec. 2011.
- MORAIS, M. L. S., FONSECA, L. A. M., DAVID, V. F., VIEGAS, L. M., OTTA, E. Psychosocial and sociodemographic factors associated with postpartum depression: a study in private and public hospitals in São Paulo, Brazil. **USP. Estudos de Psicologia**, 20(1), 40-49. Brasil. 2015.
- MUNDSTOCK, E., FACHEL, J.M.G., CAMEY, S.A., AGRANONIK, M. **Introdução à Análise Estatística utilizando o SPSS.** Caderno de matemática e estatística. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. v. 2, n. 20. Porto Alegre. 2006.
- PEREIRA, T.B. Depressão pós-parto: A importância do diagnóstico precoce. Monografia. 2013, 20 f. (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade do estado do Mato Grosso, Cáceres, 2013.
- PILKINGTON, P., MILNE, L., CAIMS, K., WHELAN, T. Enhancing reciprocal partner support to prevent perinatal depression and anxiety: a Delphi consensus study. **BMC Psychiatry**, v. 16, p. 23. 2016.
- RODRIGUES, O.M.P.R., CHIAVO, R.A. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 252-257, Sept. 2011.
- SANTOS, I.S.; MATIJASEVICH, A.; TAVARES, B.F.; BARROS, A.J.D.; BOTELHO, I.P.; LAPOLLI, C.; MAGALÃES, P.V.S.; BARBOSA, A.P.P.N.; BARROS, F.C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, Nov. 2007.
- SANTOS, M. F. S., MARTINS, F. C; PASQUALI, L. Escalas de autoavaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.26, p.32-40, 1999.-

- SCHARDOSIM, J. M.; HELDT, E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, 2011.
- SILVA, F.C.S., ARAÚJO, T.M., CARVALHO, C.M.L., CAETANO, J.A. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 3, p. 411-416, June 2010 .
- SILVA, G.A. Prevalência de depressão pós-parto em países desenvolvidos e em desenvolvimento: contribuições metodológicas de uma metanálise. 2013. 223 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.
- SOBREIRA, N.A.S., PESSÔA, C.G.O. A Assistência de Enfermagem na detecção da Depressão pós-parto. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG - V.5 - N.1 - Jul./Ago. 2012.**
- SOUZA, A.C.; COUTINHO, G.M. Depressão pós-parto: Aspectos e fatores de risco a partir de um recorte bibliográfico. 2009. 77 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de educação Biguaçu. Universidade do Vale do Itajaí, Biguaçu, 2009.
- SOUZA, K.J. Violência institucional na atenção obstétrica: Proposta de Modelo preditivo para depressão pós-parto. 2014. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
- VERA, J.K.F., NATALE, A.T.I., MERLO, J.T., VALBUENA, R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. **Rev Obstet Ginecol Venez**, Caracas , v. 74, n. 4, p. 229-243, dic. 2014 .

9 ANEXOS

ANEXO A: Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS).

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS - Adaptado de Edinburgh Postnatal Depression Scale. Original de Santos, Martins e Pasquali (1999)

Nome:

Data:

Idade do bebê:

Pontuação:

Você teve há pouco tempo um bebê e eu gostaria de saber como você está se sentindo. Por favor, marque a resposta que mais aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias, não apenas como você está se sentindo hoje. Obrigada.

Nos últimos 7 dias:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.

- () Como eu sempre fiz.
- () Não tanto quanto antes.
- () Sem dúvida menos do que antes.
- () De jeito nenhum.

2. Eu sinto prazer quando penso no que está a acontecer no meu dia-a-dia.

- () Como sempre me senti.
- () Talvez, menos do que antes.
- () Com certeza menos.
- () De jeito nenhum.

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.

- () Sim, na maioria das vezes.
- () Sim, algumas vezes.
- () Não muitas vezes.
- () Não, nenhuma vez.

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada, sem uma boa razão.

- () Não, de maneira alguma.
- () Pouquíssimas vezes.
- () Sim, algumas vezes.
- () Sim, muitas vezes.

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico, sem um bom motivo.

- Sim, muitas vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, nenhuma vez.

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.

- Sim, na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
- Sim, algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
- Não, na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
- Não, eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade para dormir.

- Sim, na maioria das vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, nenhuma vez.

8. Tenho me sentido triste ou muito infeliz.

- Sim, quase sempre.
- Sim, muitas vezes.
- Raramente.
- Não, nunca.

9. Tenho me sentido tão infeliz que choro.

- Sim, quase sempre.
- Sim, muitas vezes.
- De vez em quando.
- Não, nunca.

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.

- Sim, muitas vezes, ultimamente.
- Algumas vezes no últimos dias.
- Pouquíssimas vezes, ultimamente.
- Nenhuma vez.

ANEXO B: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Diagnóstico precoce da Depressão pós-parto: Contribuições da avaliação multiprofissional na consulta puerperal

Pesquisador: Rejane Antonello Griboski

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58214316.2.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.683.825

Apresentação do Projeto:

Local de realização do projeto: Hospital Universitário de Brasília.

Introdução:

A gestação e o puerpério caracterizam-se como períodos da vida da mulher que necessitam de especial enfoque devido às inúmeras alterações físicas, hormonais e psicossociais pelas quais a mulher passa na sua vivência única e singular, e que podem repercutir de forma direta em sua saúde mental. Períodos como estes podem ser idealizados pela mulher, por meio de expectativas, perspectivas, esperanças, mas também preocupações, medos, ansiedades e angústias, visto que estes se tornam momentos imprevisíveis e desconhecidos em suas condições existenciais. A mulher se torna cada vez mais vulnerável devido às ricas e intensas vivências emocionais causadas pelas transformações no corpo, alterações hormonais e as inúmeras adaptações à maternidade, como as exigências socioculturais, familiares e pessoais em relação a sua nova posição de "ser mãe", em conflito com a falta de cuidados e atenção à própria mãe nesse período de adaptação. Toda a sobrecarga a que está imposta a mulher, poderá ocasionar mais ansiedade e, por consequência estresse psicológico. Esta situação poderá afetar cada vez mais a relação do binômio mãe-filho e o desgaste progressivo do relacionamento com os familiares, principalmente, na vida

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

10 APÊNDICES

APÊNDICE A1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Puérperas



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos a Senhora a participar do projeto de pesquisa: O diagnóstico precoce da Depressão pós-parto: Contribuições da avaliação multiprofissional na consulta puerperal, sob a responsabilidade do pesquisador Elizanny Camilla Freire Leal Batista.

O objetivo geral da pesquisa é: Verificar segundo a Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo a presença de fatores para o risco de Depressão pós-parto em puérperas atendidas no Ambulatório I do Hospital Universitário de Brasília, analisando sua utilização pela equipe multiprofissional.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação será voluntária e se dará por meio de uma entrevista que constará dados sociodemográficos e de história de vida, como idade, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar, presença de vínculos empregatícios, quantidade de pessoas que compõem o núcleo familiar.

Dados relativos a sua história de vida (história anterior de depressão, dependência de substâncias psicoativas, violência doméstica) e dados sobre a gestação, parto e pós-parto (planejamento da gravidez, tipo de parto, presença de acompanhante durante o parto e pós-parto, aproximação da mãe com o bebê e avaliação da puérpera em relação ao atendimento recebido) e o preenchimento de um instrumento utilizado para rastreamento precoce de fatores de risco para a Depressão pós-parto, conhecido como Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo. A pesquisa será realizada após a sua consulta de pós-parto, com um tempo estimado de 10 minutos para sua realização.

O risco decorrente de sua participação na pesquisa é o de se sentir incomodado(a) de responder às perguntas solicitadas, por estar sendo avaliada. Neste sentido será garantida a sua liberdade de se negar a responder qualquer uma das perguntas, respeitando o seu tempo de reflexão e de resposta. Caso seja detectado algum fator de risco para Depressão pós-parto nas entrevistas, assegura-se que, na sua concordância, você será encaminhada para avaliação e acompanhamento psicossocial na própria unidade hospitalar.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para proporcionar melhor atuação da equipe multiprofissional envolvida neste processo para prestar uma assistência humanizada e de qualidade à mulher no período puerperal, ofertando ações de promoção à saúde na

Depressão pós-parto, para prevenir ou até mesmo diagnosticar precocemente este tipo de transtorno.

A Senhora pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não haverá pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Elizanny Camilla Freire Leal Batista, no telefone 61 3027 4354 ou 61 8326 1811, que estarão a disposição para ligação a cobrar.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com a Senhora.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Elizanny Camilla Freire Leal Batista

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE A2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Profissionais da saúde.



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa: O diagnóstico precoce da Depressão pós-parto: Contribuições da avaliação multiprofissional na consulta puerperal, sob a responsabilidade do pesquisador Elizanny Camilla Freire Leal Batista.

O objetivo geral da pesquisa é: Verificar segundo a Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo a presença de fatores para o risco de Depressão pós-parto em puérperas atendidas no Ambulatório I do Hospital Universitário de Brasília, analisando sua utilização pela equipe multiprofissional.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação será voluntária e se dará por meio de uma entrevista que constará dados como idade, cargo na instituição e conhecimentos acerca da Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo e o diagnóstico precoce da Depressão pós-parto. A pesquisa será realizada após a sua consulta de pós-parto, com um tempo estimado de 5 minutos para sua realização.

O risco decorrente de sua participação na pesquisa é o de se sentir incomodado(a) de responder às perguntas solicitadas, por estar sendo avaliado(a). Neste sentido será garantida a sua liberdade de se negar a responder qualquer uma das perguntas, respeitando o seu tempo de reflexão e de resposta.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para proporcionar melhor atuação da equipe multiprofissional envolvida neste processo para prestar uma assistência humanizada e de qualidade à mulher no período puerperal, ofertando ações de promoção à saúde na Depressão pós-parto, para prevenir ou até mesmo diagnosticar precocemente este tipo de transtorno.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não haverá pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa serão cobertas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Elizannye Camilla Freire Leal Batista, no telefone 61 3027 4354 ou 61 83261811, os telefones estarão a disposição para ligação a cobrar.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Elizannye Camilla Freire Leal Batista

Brasília, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE B: Instrumento de coleta de dados Sociodemográficos, da História de Vida e da Gestação/Parto.



Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem

Questionário
n° ____

1. Dados sociodemográficos
Idade: _____
Procedência (região em que mora): _____
Estado civil: () Solteira () Casada () União estável () Separada () Divorciada () Viúva () outra situação: _____
Grau de escolaridade: () Nenhum Ensino Fundamental: () Completo () Incompleto Ensino Médio: () Completo () Incompleto Ensino Superior: () Completo () Incompleto
Renda familiar: _____
Ocupação: () Empregada () Desempregada () do lar
Quantidade de membros que compõem o núcleo familiar: _____
2. Dados sobre a história de vida:
História anterior de Depressão: () Sim () Não
Relacionada a gestação/parto/puerperio () Sim () Não
Faz ou fez uso de psicotrópicos () Sim () Não Qual? _____
Neste último ano foi alguma vez maltratada emocionalmente, verbalmente ou fisicamente pelo seu/sua parceiro(a) ou por alguém próximo a você? () Sim () Não

3. Dados sobre a gestação/parto:
Gravidez planejada: () Sim () Não
Durante a gestação teve alguma situação de estresse () Sim () Não Qual: _____
Teve a presença de acompanhante no momento do parto: () Sim () Não
Qual o tipo de parto? () Normal () Induzido () Cesarea Foi de sua escolha? () Sim () Não
Seu bebê ficou com você após o parto: () Sim () Não Teve acompanhante durante a permanência na maternidade após o parto () Sim () Não
Desde a admissão até a alta hospitalar você considera que teve um bom atendimento, de forma humanizada e respeitosa () Sim () Não Se sua resposta for não, o que desagradou: _____ _____ _____ _____

APÊNDICE C: Instrumento de coleta de dados da equipe multiprofissional.



Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem

Questionário
nº ____

<p>Tipo de profissional de saúde: <input type="checkbox"/> Enfermeiro (a) <input type="checkbox"/> Médico (a) <input type="checkbox"/> Psicólogo (a) <input type="checkbox"/> residente ou estagiário(a) ou discente Curso _____</p>
<p>Idade: _____</p>
<p>Voce conhece a Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>Na sua instituição o Profissional de saúde faz uso da Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo como instrumento para o rastreamento de fatores de risco para a Depressão pós-parto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>Você utiliza algum critério para identificar depressão pós parto na sua consulta puerperal? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim Qual ou quais? _____</p>

APÊNDICE D: Procedimento Operacional Padrão: Realização da escala de Depressão pós-parto de Edimburgo na consulta puerperal

REALIZAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO NA CONSULTA PUERPERAL	CÓDIGO POP.AMB. I N°
REVISÃO	DATA NOV/2016
ELABORADO POR: AC. DE ENFERMAGEM UNB ELIZANNYE CAMILLA FREIRE LEAL	AVALIADO POR: PROF. DRA. REJANE ANTONELLO GRIBOSKI; ENFERMEIRA GABRIELA LISBOA
PÁGINA 1/4	
HOMOLOGADO POR:	

1. OBJETIVO

Descrever os procedimentos para implementação da Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo pela equipe multiprofissional na consulta puerperal, no ambulatório I do Hospital Universitário de Brasília.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

Corredor verde (ambulatório I)

3. DEFINIÇÃO/SIGLAS

DPP (Depressão pós-parto)

EPDS (Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo)

4. RESPONSABILIDADES

Área de aplicação: Saúde da mulher

5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

Conceito: A Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo é uma escala que avalia de forma precoce o risco para a Depressão pós-parto, pois mensura a presença e intensidade de sintomas depressivos, investigando como a puérpera tem se sentido nos últimos sete dias.



A EPDS é uma escala de aplicação rápida e simples, que consta de dez itens capazes de mensurar a presença e intensidade de sintomas depressivos no mínimo nos últimos sete dias após o parto. Para cada pergunta há 4 opções de resposta, que são cotadas de 0, 1, 2 ou 3 pontos, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas, entretanto, as questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0). Sendo assim, cada item é somado aos restantes para se obter a pontuação total.

A pontuação para a identificação do risco para Depressão pós-parto irá se basear nas recomendações Guedes de et al. (2011), com o ponto de corte maior ou igual a 10 pontos como critério para identificar potencial risco para a Depressão pós-parto.

Responsáveis pela aplicação:

Qualquer profissional da área de saúde que atue com esta temática.

Unidades de saúde para encaminhamento das puérperas em risco de Depressão pós-parto, segundo a EPDS:

Centros de Atenção Psicossocial na área de abrangência da região de moradia das puérperas.

Locais que oferecem atendimento psicológico individual gratuito e por baixo custo em Brasília.

Observações: A EPDS é uma escala de auto avaliação, sendo assim, para que seja oferecido à puérpera maior compreensão, segurança e privacidade no momento da realização desta avaliação, recomenda-se que a própria paciente leia e responda a escala. Entretanto em situações de dificuldade de leitura, incapacitação, puérpera com criança no colo, entre outros, indica-se que o profissional de saúde realize os questionamentos à entrevistada.

Material:

- A EPDS encontra-se anexada neste POP e no INTRANET.

Descrição da aplicação da EPDS:

1. Deve-se entregar o questionário para a puérpera após a elaboração de uma avaliação clínica bem detalhada que investigue fatores de risco para a DPP, como a gestação não planejada, pouca idade materna, baixo nível socioeconômico, grande número de filhos, relacionamento conjugal prejudicado, ajuda insatisfatória nos cuidados com a criança, desemprego, gestação de alto risco, baixo peso ao nascer, dificuldades no aleitamento materno, doenças psiquiátricas anteriores ou durante a gestação, entre outros;
2. Esta avaliação criteriosa irá nortear o profissional de saúde na aplicação ou não da EPDS para a paciente, caso esta apresente fatores de risco significativos para a DPP;
3. Ao se entregar a escala para a paciente, deve-se orientá-la a escolher as respostas que melhor descrevem o modo como tem se sentido na última semana;
4. Após ser respondido o questionário, deve-se realizar o cálculo da pontuação de acordo com a cotação para cada pergunta;
5. Ao se obter a pontuação, verifica-se a relação da pontuação da escala da puérpera com o ponto de corte de pesquisas recentes, que indicam o risco em pontuações maiores ou iguais a 10 pontos;
6. A puérpera que apresentar o risco para DPP deve ser encaminhada para o serviço de saúde mais adequado para a sua demanda e região de moradia.

6. FLUXOGRAMA

Não se aplica

7. ANEXOS

Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo

8. FORMULÁRIOS UTILIZADOS

Não se aplica

9. REFERÊNCIAS

- BATISTA, E.C.F.L. Utilização da Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo na consulta puerperal: Importância do Diagnóstico precoce. 50 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde. Campus Darcy Ribeiro, Brasília, Dez, 2016.

- FIGUEIRA, P., CORREA, H., MALLOY-DINIZ, L., ROMANO, M.A. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 79-84, Aug. 2009.

- GUEDES, A.C.E., KAMI, C.T., CAVALLI, L.K.V., NICOLAOU, S.K., HESS, V.B., MALUF, E.M.C.P. Postpartum depression: incidence and risk factors associate. **Rev Med**. São Paulo, v. 90, n. 3, p. 149-54, Set. 2011.

- SANTOS, I.S.; MATIJASEVICH, A.; TAVARES, B.F.; BARROS, A.J.D.; BOTELHO, I.P.; LAPOLLI, C.; MAGALÃES, P.V.S.; BARBOSA, A.P.P.N.; BARROS, F.C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, Nov. 2007.

10. DISTRIBUIÇÃO

ÁREA	No. DE CÓPIAS
Ambulatório I	3
Chefia de enfermagem	1

11. HISTÓRICO DAS REVISÕES

No. DA REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO	RESP. PELA ALTERAÇÃO	JUSTIFICATIVA

12. ANEXO

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo