




**ENFERMAGEM**

# Depressão Pós-Parto

- Prof. Dra. Talita Ponce
- [talitadp@usp.br](mailto:talitadp@usp.br)

# Principais transtornos Psiquiátricos no Pós Parto

- Disforia puerperal;
- Depressão pós parto; 
- Psicose pós-parto;
- Transtornos ansiosos;

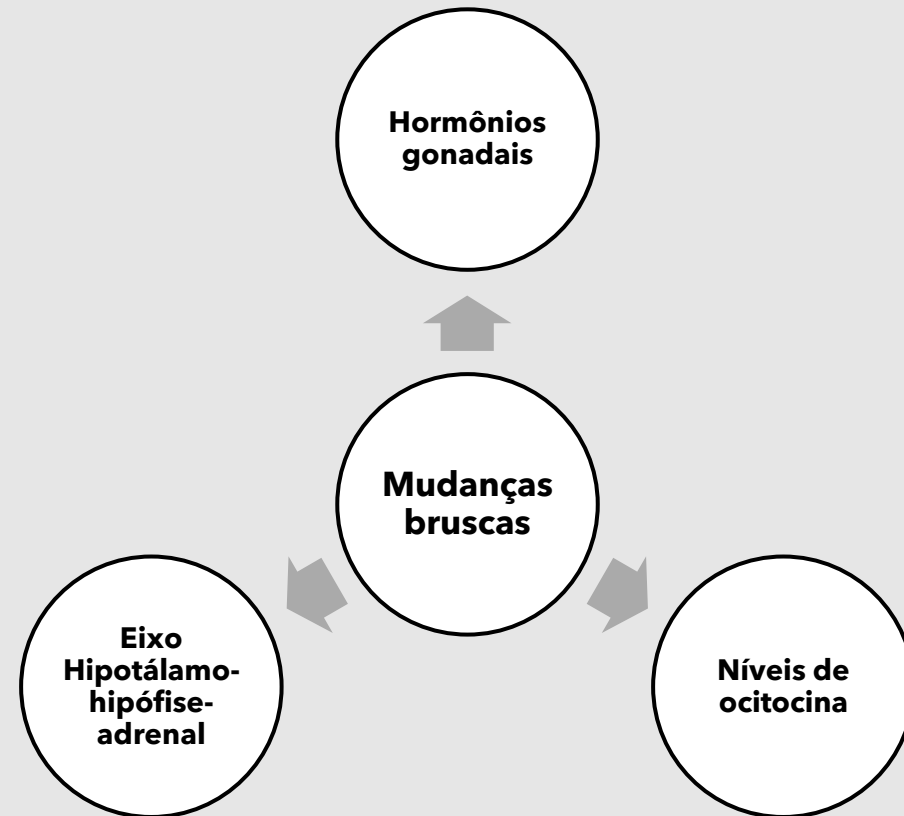


## Pós-parto

- Período de alterações biológicas, psicológicas e sociais.
- Época mais vulnerável para a ocorrência de transtornos psiquiátricos.

Andrews-Fike, 1999

# Alterações biológicas



Cantilino, 2010



# Alterações psicológicas e sociais

- Reorganização social
- Adaptação a um novo papel
- Alteração da dinâmica familiar
- Súbito aumento de responsabilidade
- Referência de uma pessoa indefesa
- Ambivalência

Cantilino, 2010



## Alterações psicológicas e sociais

- Privação do sono
- Isolamento social
- Restruturação da sexualidade
- Da imagem corporal
- Da identidade feminina

Cantilino, 2010





**EXPECTATIVA**



**REALIDADE**

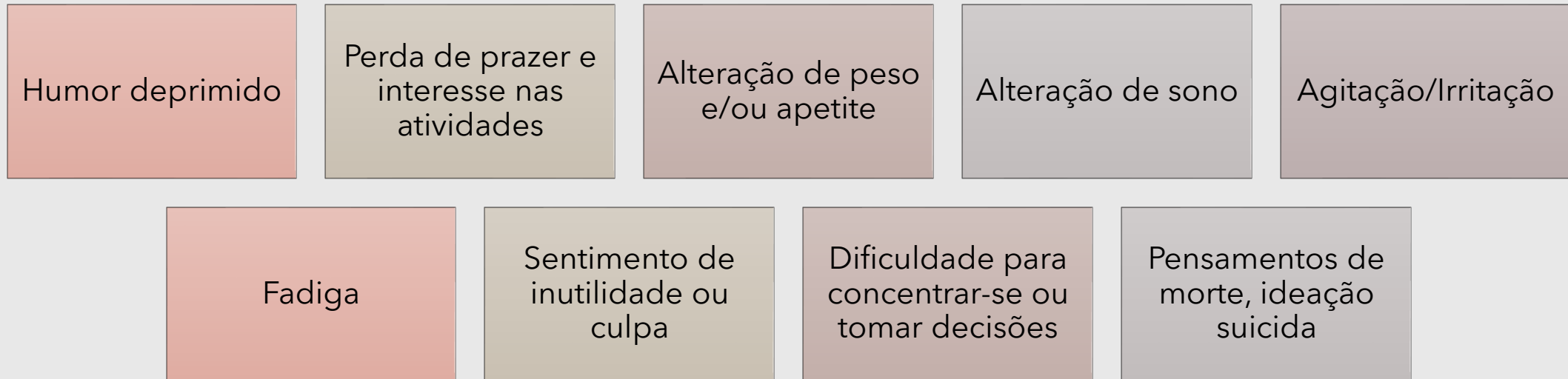
# Depressão pós-parto - DPP

- Episódios depressivos que ocorra nos meses que seguem o nascimento do bebê.





# Depressão pós-parto - DPP



# Fatores de risco

- Episódio depressivo prévio
- Altos níveis de fatores estressores
- Histórico familiar de depressão
- Mães sem companheiros ou companheiras
- Mãe que não estavam felizes com a gravidez
- Mães que optaram por não amamentar

# Pós????

- 50% dos episódios depressivos maiores no “pós-parto” começam antes do parto.
- Episódios peripartos.
- As mulheres com episódios depressivos maiores no periparto com frequência têm ansiedade grave e até mesmo ataques de pânico.



# GÊNERO



PERÍODO PRÉ-NATAL

- O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolver a educação como dimensão do processo de cuidar

- Ao se abordar a depressão no ciclo gravídico- -puerperal é imprescindível identificar as mulheres com possíveis sinais e sintomas, por meio do acompanhamento durante o pré-natal, sendo-lhes dada a oportunidade de uma relação profissional de saúde/paciente.



- Abordagem psicológica da mulher;
- Anamnese, exame psíquico;
- Observar dinâmica familiar;
- Investigar uso de substâncias psicoativas;

- Incentivo à participação do parceiro nas consultas.
- Fortalecer os laços de apoio.

- Visitas domiciliarias

- Grupo de gestante:

- Espaço de troca, com fortalecimento da confiança e afeto
- Educação em saúde

# Consequências

- Desenvolvimento do bebê prejudicado
- Relação mãe-bebê prejudicada
- Abusos



# INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

**Edinburgh Postnatal Depression Scale  
Translation – Portuguese**

**Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo**

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Se estiver grávida: De quantas semanas está grávida? \_\_\_\_\_

Se estiver em período pós-parto: Há quantas semanas se encontra em período pós-parto? \_\_\_\_\_

Se estiver para ter bebé (ou se teve um bebé recentemente), gostaríamos de saber como se sente.

Agradecemos que assinale a resposta que melhor indique o modo como se tem sentido nestes últimos 7 dias e não apenas como se sente hoje. No exemplo abaixo, o "X" significa, "Senti-me feliz quase sempre durante a semana passada".

EXEMPLO: Senti-me feliz  
 Sim, sempre  
 Sim, quase sempre  
 Não, poucas vezes  
 Nunca



Queira responder às perguntas abaixo do mesmo modo.

**Nos últimos 7 dias:**

1. Tenho sido capaz de me rir e de ver o lado divertido das coisas  
 Tanto como antes  
 Não tanto como antes  
 Definitivamente muito menos do que antes  
 Nunca
  
2. Tenho vindo a aguardar pelo futuro com optimismo  
 Tanto como sempre  
 Bastante menos do que costumava  
 Definitivamente muito menos do que costumava  
 Quase nunca
  
3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal  
 Sim, a maioria das vezes  
 Sim, algumas vezes  
 Raramente  
 Nunca
  
4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo  
 Não, nunca  
 Quase nunca  
 Sim, por vezes  
 Sim, muitas vezes
  
5. Tenho-me sentido com medo ou apavorada sem grande motivo  
 Sim, muitas vezes  
 Sim, por vezes  
 Raramente  
 Nunca

6. Tenho-me sentido oprimida sem poder resolver as coisas do dia-a-dia  
 Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las  
 Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como normalmente  
 Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente  
 Não, resolvo-as tão bem como antes
7. Tenho-me sentido tão infeliz que tenho dificuldade em dormir  
 Sim, a maioria das vezes  
 Sim, por vezes  
 Raramente  
 Nunca
8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz  
 Sim, a maioria das vezes  
 Sim, frequentemente  
 Raramente  
 Nunca
9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro  
 Sim, a maioria das vezes  
 Sim, frequentemente  
 Apenas ocasionalmente  
 Nunca
10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma  
 Sim, muitas vezes  
 Por vezes  
 Muito raramente  
 Nunca

## Edinburgh Perinatal/Postnatal Depression Scale (EPDS)

### SCORING GUIDE

- I have been able to laugh and see the funny side of things
  - As much as I always could
  - Not quite so much now
  - Definitely not so much now
  - Not at all
- I have looked forward with enjoyment to things
  - As much as I ever did
  - Rather less than I used to
  - Definitely less than I used to
  - Hardly at all
- I have blamed myself unnecessarily when things went wrong
  - Yes, most of the time
  - Yes, some of the time
  - Not very often
  - No, never
- I have been anxious or worried for no good reason
  - No, not at all
  - Hardly ever
  - Yes, sometimes
  - Yes, very often
- I have felt scared or panicky for no very good reason
  - Yes, quite a lot
  - Yes, sometimes
  - No, not much
  - No, not at all
- Things have been getting on top of me
  - Yes, most of the time I haven't been able to cope
  - Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual
  - No, most of the time I have coped quite well
  - No, I have been coping as well as ever
- I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping
  - Yes, most of the time
  - Yes, sometimes
  - Not very often
  - No, not at all
- I have felt sad or miserable
  - Yes, most of the time
  - Yes, quite often
  - Not very often
  - No, not at all
- I have been so unhappy that I have been crying
  - Yes, most of the time
  - Yes, quite often
  - Only occasionally
  - No, never
- The thought of harming myself has occurred to me
  - Yes, quite often
  - Sometimes
  - Hardly ever
  - Never

EPDS Score	Interpretation	Action
Less than 8	Depression not likely	Continue support
9–11	Depression possible	Support, re-screen in 2–4 weeks. Consider referral to primary care provider (PCP).
12–13	Fairly high possibility of depression	Monitor, support and offer education. Refer to PCP.
14 and higher (positive screen)	Probable depression	Diagnostic assessment and treatment by PCP and/or specialist.
Positive score (1, 2 or 3) on question 10 (suicidality risk)		Immediate discussion required. Refer to PCP ± mental health specialist or emergency resource for further assessment and intervention as appropriate. Urgency of referral will depend on several factors including: whether the suicidal ideation is accompanied by a plan, whether there has been a history of suicide attempts, whether symptoms of a psychotic disorder are present and/or there is concern about harm to the baby.

**References:**

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1987; 150(6):782-786.

BC Reproductive Mental Health Program and Perinatal Services BC. (2014), *Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period*. Available at: <http://tiny.cc/MHGuidelines>

Revised March 2015



# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A DPP

Stefanelli

# Assistência de enfermagem a DPP

- **Conversar sobre:**

- Desenvolvimento da gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Atividade sexual;
- Para isso: **comunicação terapêutica**





- Postura empática e acolhedora
- Evitar postura de julgamento moral - especialmente sobre o relacionamento com o bebê.
- Evitar frases como: “Vamos lá, força que essa tristeza passa” ou “olha como ele (o bebê) é lindo! Você deveria estar feliz”.



- Orientar e acompanhar o uso de medicamentos.
- Valorizar e estimular o seguimento do tratamento.
- Envolver a família neste processo.



- Exercício físico
- Massagem

Brown, 2019

- Estimular atividades que ofereça prazer para a mulher;
- Valorizar pequenos progressos;
- Valorizar características positivas da mulher, assim como nos seus cuidados com o bebê.
- Estimular a amamentação exclusiva quando indicada.



- Explicar a importância da relação mãe-bebê.



- Determinar a presença e o potencial do risco suicida



- Fornecer informação e apoio em casos de violência doméstica e sexual.





- A mulher precisa entender que ela não está sozinha;
- O cuidado de um bebê é de responsabilidade de toda a sociedade;





# ESTUDO DE CASO

- Gabriela, casada, natural de Brasília, formada em pedagogia é professora do ensino primário. Mora com o marido e dois filhos (um de 3 meses e um de 7 anos). Vivem atualmente na cidade de São Paulo, seu marido é funcionário público e a renda familiar é de aproximadamente R\$ 5000,00 mensais. Estabilidade financeira
- Queixa principal: Gabriela refere ter depressão pós parto e essa afirmação vem espontaneamente da própria paciente. Refere que apresentou DPP durante a sua primeira gestação. Fator de risco

## Sintomas característicos

- Sintomatologia: sintomas depressivos há 3 meses, logo após o nascimento do filho mais novo. Sentia-se indisposta, chorando com facilidade, desanimada e triste. Nos momentos de maior desespero se sentia muito mal e fora de controle, pois era “tomada” por pensamentos negativos, relacionados inclusive a ideias suicidas. Durante a consulta de enfermagem, Gabriela relata que não tem medo da morte, porque nada pode ser pior do que a depressão.
- Seu sofrimento era tanto que chega a afirmar “acho que Deus me abandonou”, mesmo sendo muito religiosa.

Pensamentos suicidas

## Dinâmica familiar

- História da gravidez: o início da gestação foi bastante conturbado, especialmente por conflitos conjugais. Depois, passou a ser “protegida” pela gravidez, com mimos de todas que a conheciam, inclusive do marido.
- O parto foi difícil, vaginal, bastante doloroso e demorado. Gabriela conta que sentiu que perdeu sua “proteção” quando o bebê saiu de sua barriga, sentindo-se sozinha e abandonada.
- Amamentação: Gabriela tem clareza e conhecimento sobre a importância da amamentação, e por isso, até o momento mantém a amamentação exclusiva, porém sente muito desconforto e cansaço e não tem auxílio nenhum do marido.

## Rede de apoio

- Gravidez = proteção
- Nascimento do filho = Perde a sua “proteção” e passa para uma vivência provida de cobranças, desqualificações e desprazer.
- A enfermeira aplicou a escala de depressão pós-natal de Edimburgo e Gabriela pontuou 11.



CONDUTAS

- Cantilino, Amaury, Zambaldi, Carla Fonseca, Sougey, Everton Botelho, & Rennó Jr., Joel. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37(6), 288-294. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>
- Andrews-Fike C. (1999). A Review of Postpartum Depression. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 1(1), 9–14. <https://doi.org/10.4088/pcc.v01n0103>
- Susanne Brummelte, Liisa A.M.Galea: Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. Hormones and Behavior. Volume 77, January 2016, Pages 153-166
- Brown, Maggie and VanArsdale, Corie MSN, "Postpartum Depression Interventions" (2019). Nursing Undergraduate Work. 8. [https://digitalshowcase.oru.edu/nurs\\_undergrad\\_work/8](https://digitalshowcase.oru.edu/nurs_undergrad_work/8)
- Brummelte, S., & Galea, L. A. M. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77, 153–166. doi:10.1016/j.yhbeh.2015.08.008
- Stefanelli, Maguida Costa, Carvalho, Emilia Campos de. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem - 2ª edição. Editora Manole, 2012.
- Stefanelli M, et al. Org. Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. Ed. Manole. Barueri – SP. 2008.
- Azevedo, Kátia Rosa, & Arrais, Alessandra da Rocha. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 269-276. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000200013>

- [http://www.ee.usp.br/cartilhas/cartilha\\_puerperio.pdf](http://www.ee.usp.br/cartilhas/cartilha_puerperio.pdf)