

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

FABIANE DE FREITAS SOARES

DEPRESSÃO NO PUERPÉRIO

**PATOS DE MINAS
2009**

FABIANE DE FREITAS SOARES

DEPRESSÃO NO PUERPÉRIO

Monografia apresentada à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Vânia Cristina Alves Cunha

PATOS DE MINAS
2009

FABIANE DE FREITAS SOARES

DEPRESSÃO NO PUERPÉRIO

Monografia aprovada em de de 2009 pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador:

Prof^a. Especialista Vânia Cristina Alves Cunha.
Faculdade Patos de Minas

Examinador:

Prof. Especialista Paulo Roberto Silva.
Faculdade Patos de Minas

Examinador:

Prof^a. Dra. Juliana Junqueira.
Faculdade Patos de Minas

Dedico esse estudo à minha família pelo apoio, pela paciência e pela cooperação em relação às minhas ausências durante a confecção desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a meu DEUS pela dádiva da vida e pela saúde, pois sem estes, esse trabalho não seria realizado.

Aos meus familiares, especialmente aos meus filhos Guilherme e Henrique, meu marido Roberto, meus pais Eurípedes e Aricina pelo apoio, incentivo e estímulo e não poderia deixar de agradecer a Sueli pelo suporte nestes dias corridos.

À orientadora, Ms. Vânia Cristina Alves Cunha pelo cuidado em relação ao tema proposto. Obrigada, Vaninha!

À professora de TCC, Ms. Luciana de Araujo Mendes Silva pelo empenho, disponibilidade, paciência durante todo o período de elaboração deste trabalho. Obrigada, Luciana!

À minha amiga Fátima pelo empenho, cuidado, pelas experiências de vida e disponibilidade em momentos difíceis. Obrigada, Fafá.

Às demais pessoas que contribuíram de forma direta ou indireta, na busca de material científico e apoio.

Aos componentes da banca, pelas sugestões que certamente enriquecerão este trabalho.

*“E conhecereis a verdade, e a verdade
vos libertará. João 8:32.”*

Jesus Cristo

RESUMO

Cientificamente comprovada, a depressão é considerada como um transtorno afetivo moderno, ocupando o segundo lugar no mundo em incidência e incapacitação. Este estudo apresenta algumas considerações teóricas acerca da depressão puerperal, juntamente com os fatores biopsicosociais que cercam a mulher no período gestacional e no pós-parto. Abrange as fases do período reprodutivo feminino, a gestação, o parto e o puerpério. Em formato descritivo qualitativo, estruturado em forma de revisão bibliográfica, reitera a importância da adesão da gestante ao pré-natal e a importância do enfermeiro neste contexto, principalmente na atenção básica de saúde. Enfatiza como objetivo principal o diagnóstico precoce e os cuidados de enfermagem à mulher puérpera como paciente. A partir do estudo realizado, pode-se perceber que a patologia envolve grande carga de sofrimento para a puérpera e seus familiares. Permite reconhecer que o enfermeiro como profissional capacitado, tem condições de avaliar ou reconhecer o mais precocemente a sintomatologia da patologia, devendo atuar diretamente proporcionando cuidados à paciente. Ressalta as formas de adesão consciente ao tratamento médico. Salienta o farmacológico associado ao psicoterápico concomitantemente com suas contra-indicações e faz citação à eletroconvulsoterapia como forma alternativa, quando o tratamento convencional não conseguir seu objetivo principal.

Palavras-chave: Depressão. Depressão no puerpério. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Scientifically proven, depression is considered a modern affective disorder, ranking second place worldwide in terms of incidence and disability. This paper presents some theoretical considerations on puerperal depression, as well as the biopsychosocial factors which affect women from pregnancy to postpartum. The female reproductive period encompasses pregnancy, delivery and puerperium. This descriptive and qualitative bibliographical study reiterates the importance of pregnant women's adherence to prenatal care as well as the value of nurses in this context, mainly to primary health care. Its primary goal is to highlight early diagnosis and nursing care delivered to puerperal women. From this study, it can be observed that the pathology involves a considerable burden of suffering for puerperal women and their family. It allows recognizing that nurses, as qualified professionals, can evaluate or recognize, as earliest as possible, the pathology symptomatology and directly provide care to the patients. It also emphasizes forms of conscientious treatment adherence. Finally, it points out pharmacological treatment associated with psychotherapeutic treatment taking into consideration their side-effects and refers to electroconvulsive therapy as an alternative when conventional treatment does not reach its primary goal.

Keywords: Depression. Puerperal depression. Nursing care.

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

BCF	- Batimento Córdio-Fetal
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CID	- Classificação e Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DATASUS	- Departamento de Informática do SUS
DST	- Doença Sexualmente Transmissível
DPP	- Data Provável do Parto
DUM	- Data da Última Menstruação
ECT	- Eletroconvulsoterapia
EPDS	- Edimburg Postnatal Depression Scale- Escala de Edimburgo
FDA	- Food and Drug Administration
HBsAG	- Antígeno de Superfície da Hepatite B
HIV	- Human Immunodeficiency Virus- Vírus da AIDS
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	- Idade Gestacional
IMAOs	- Inibidor de Monoaminoxidase
IMC	- Índice de Massa Corporal
INSS	- Instituto Nacional de Seguro Social
IRSS	- Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PA	- Pressão Arterial
PSF	- Programa Saúde da Família

SISPRENATAI	- Sistema de Informação em Pré-Natal do Ministério da Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TAG	- Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCC	- Terapia Cognitiva Comportamental
TSH	- Hormônio Tireotrófico
T3	- Tri-Iodotironina
T4	- Tiroxina
UBS	- Unidade Básica de Saúde
VDRL	- Venereal Diseases Research Laboratory- Sífilis

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	11
1	DEPRESSÃO E FATORES PSICOSSOCIAIS RELATIVOS A MULHER NA GESTAÇÃO.....	13
1.1	Gestação.....	17
1.2	Parto.....	18
1.3	Puerpério.....	19
1.4	Baby Blues.....	19
2	DEPRESSÃO PUERPERAL- F 53.0.....	21
2.1	Psicose puerperal.....	24
3	CONTEXTOS DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO.....	26
4	MODALIDADES DE TRATAMENTO PARA A DEPRESSÃO PUERPERAL..	36
	CONCLUSÃO.....	40
	REFERÊNCIAS.....	42
	ANEXOS.....	48

INTRODUÇÃO

De acordo com Moraes et al. (2006), a depressão no puerpério é um transtorno mental comportamental multifatorial importante que geralmente promove um desgaste progressivo nas relações familiares, repercute na interação mãe-filho de forma negativa e causa um sofrimento emocional muito grande em toda a família. Essa patologia gera um transtorno para os órgãos públicos ligados a saúde, já que interfere na saúde da mãe e no desenvolvimento da criança recém-nascida. O sofrimento acarretado pela depressão tem sido entendido como um estado de desconforto associado à ameaça, à integridade do indivíduo, uma vez que envolve a construção de significados pessoais.

Para Zanotti et al. (2003), apud, Silva e Botti (2005), a manifestação desse quadro acontece, na maioria dos casos, a partir das primeiras semanas após o parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses. Conforme as autoras supracitadas, a depressão “é um transtorno mental de alta prevalência e que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Inicia-se de maneira insidiosa, levando até semanas após o parto” (p.234).

Diante da temática proposta, alguns pontos devem ser evidenciados neste estudo: existe algum fator intrínseco ou extrínseco ou alguma situação específica que colabora para o acometimento do transtorno depressivo no pós-parto? Como o enfermeiro de uma Unidade Básica de Saúde - UBS pode identificar a fisiopatologia durante o período pré e pós-natal? Há prevenção para a depressão puerperal? Como o enfermeiro pode auxiliar no tratamento desta patologia? Pretende-se a partir desse estudo verificar se existem fatores que corroboram com o surgimento do transtorno depressivo pós-parto. Sabe-se que a etiologia dos transtornos mentais e comportamentais do pós-parto envolve fatores orgânicos ou hormonais, sociais, bem como a predisposição feminina e fatores psico-culturais estabelecidos pela sociedade neste novo papel adquirido pela mulher; ser mãe. Além disso, o nascimento de um bebê tem sido associado a situações de conflito em algumas famílias, pois envolve mudanças definitivas que, por vezes, salientam os agentes

estressores ambientais resultantes destas mudanças, fazendo surgir sentimentos de angústia e medo. Outro aspecto já comprovado é que a depressão pós-parto tem repercussões negativas na qualidade de vida da mulher, na dinâmica familiar, na relação mãe-filho e no desenvolvimento cognitivo e afetivo da criança. Nesse sentido, a identificação e o reconhecimento de transtornos depressivos gestacionais e pós-parto são extremamente significativos para o planejamento e implementação de ações multiprofissionais preventivas que proporcionem apoio incondicional à mulher neste momento de adaptação.

Assim, o presente estudo enfatiza a participação do enfermeiro na prevenção e/ou no diagnóstico precoce da depressão gestacional e no restabelecimento da parturiente. Pretende também contribuir em nível de conhecimento e reconhecimento da depressão pós-parto o mais cedo possível. Nesse contexto, este trabalho objetiva caracterizar a patologia e suas variantes psiquiátricas puerperais em seus aspectos conceitual, epidemiológico, etiológico, clínico, terapêutico visando inserir o enfermeiro nos cuidados que envolvem a prevenção, a detecção da patologia e o tratamento que acomete todo o processo.

A presente proposta apresenta um estudo descritivo qualitativo em forma de revisão bibliográfica. Para consecução de tal objetivo, fez-se o uso de livros, periódicos médicos e de enfermagem, artigos científicos, internet, dentre outros. A partir da leitura do material escolhido, empreendeu-se o estudo investigativo das concepções dos estudiosos da Depressão Puerperal, com a finalidade de capacitar a autora do proposto trabalho para refletir, redigir e emitir comentários e considerações sobre o assunto a que se propôs objeto dessa pesquisa.

Este estudo apresenta-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro descreve-se a depressão e fatores psicossociais relativos à mulher na gestação. O segundo capítulo conceitua e contextualiza a depressão puerperal, com ênfase nos fatores biopsicossociais envolvidos na patologia, bem como a gravidez na adolescência e a psicose puerperal, que é a forma mais severa de depressão. Já o terceiro capítulo, ressalta a importância do enfermeiro nos cuidados dispensados à mulher no pré e no pós-parto. Além disso, esse profissional da enfermagem é responsável pela conscientização da família da parturiente, no que se refere aos fatores inerentes à depressão. O quarto capítulo aborda as modalidades de tratamento da depressão puerperal. E por fim, serão apresentadas as conclusões deste estudo.

1 DEPRESSÃO E FATORES PSICOSSOCIAIS RELATIVOS À MULHER NA GESTAÇÃO

Em conformidade com a Liga Acadêmica da Depressão (1999), há registros de casos de depressão desde a antiguidade. A Bíblia, no Antigo Testamento já descreve uma síndrome depressiva que acometeu o Rei Saul; também o livro A Ilíada, de Homero relata a história do suicídio de Ajax. Ainda há registros de que a cerca de 400 a.C., Hipócrates usou os termos "mania" e "melancolia" para perturbações mentais. Novamente, o termo melancolia foi descrito, por volta do ano 30 a.C., por Aulus Cornelius Celsus, em seu trabalho intitulado *De re medicina*, como uma depressão causada pela "bile negra". Esse termo continuou sendo usado por outros autores, dentre eles: Arateus (120-180 EC), Galeno (129-199 EC) e Alexandre de Tralles, no século VI. Para Moses Maimonides, médico judeu no século XII, a melancolia era considerada uma entidade patológica distinta. Bobet em 1686 descreveu uma doença mental que chamou de *maniaco-melancholicus*.

Para Michelon, Cordeiro Vallada (2008), a depressão afeta a população em geral, sendo altamente incapacitante e interferindo de modo decisivo e intenso na vida pessoal, profissional, social e econômica dos portadores. Esse transtorno quando não tratado devidamente pode levar a uma incapacidade de gerenciar a própria vida e à perda da responsabilidade em relação aos outros. É uma patologia de etiologia multifatorial, podendo-se destacar aspectos genéticos, neuro-humorais, psíquicos e ambientais.

Segundo Aros (2008), há quatro conjuntos de sintomas que geralmente se encontram presentes no paciente com transtorno depressivo: são os sintomas emocionais, os cognitivos, os motivacionais e os físicos. Os sintomas mais comuns do nível emocional mostram tristeza e abatimento; prevalece a perda de interesse nas atividades anteriormente prazerosas. Já os sintomas de ordem cognitiva envolvem sentimentos de culpa, pensamentos pessimistas e diminuição da capacidade de resolução de problemas. Nos sintomas motivacionais, a pessoa apresenta comportamento passivo, com baixa energia e pouca iniciativa para execução de ações necessárias. No que tange aos sintomas físicos, é comum o

distúrbio de sono, de apetite e a perda de interesse para execução de qualquer atividade.

De acordo com o levantamento da Organização Mundial de Saúde (WHO/OMS, 2002) a depressão é potencialmente letal, pois em casos graves, existe o risco contínuo de suicídio, com número de mortes em torno de 877.000 pessoas por ano, atingindo 154 milhões de pessoas ao redor do mundo. Essa doença também está entre as principais causas que contribuem para incapacitar um indivíduo. Há previsões que até o ano de 2020, a depressão passe a ser a segunda maior causa de incapacidade e perda de qualidade de vida. Estima-se que no Brasil cerca de 17 milhões de brasileiros tenham o transtorno depressivo e existem estudos do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) que identificaram 74.418 trabalhadores afastados de suas atividades em 2007, em decorrência desta patologia. Sabe-se também que pouco mais de 25% das pessoas afetadas pela doença recebem o tratamento adequado.

Conforme estudos realizados por Fleck et al. (2003), a depressão é um transtorno recorrente na grande maioria das vezes. Segundo o autor, aproximadamente 80% dos indivíduos que receberam tratamento para um episódio depressivo terão um segundo episódio depressivo ao longo de suas vidas. Em relação aos resultados farmacológicos, 70% dos depressivos respondem bem ao tratamento e 30% têm resposta parcial ou não apresentam qualquer sinal de melhora.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, na Classificação e Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão, (CID-10, 1998, p.198), temos o Capítulo V classificado como o dos Transtornos Mentais e Comportamentais, codificado pela letra "F" e acompanhado de números F00 a F99, que identificam os tipos patológicos e os relacionam ao diagnóstico central. Dentro deste capítulo estão os Transtornos no Humor [afetivos] caracterizados e codificados de F30 a F39. Descrevendo então os sinais e sintomas dos Episódios Depressivos - F32 em sua íntegra, temos:

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos "somáticos", por exemplo, anedonia, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, anorexia, emagrecimento e perda da libido (CID 10, 2008).

Para Michelon, Cordeiro e Vallada (2008), os transtornos depressivos podem ocorrer em qualquer sexo, idade, cultura e em qualquer nível socioeconômico. Esses autores ressaltam também que o diagnóstico é eminentemente clínico, não havendo nenhum marcador biológico ou qualquer exame que apresente diagnóstico da doença. Porém, sabe-se que universalmente as mulheres são mais acometidas desta patologia, pois desde a infância são educadas e cobradas pelas suas progenitoras para liderarem a casa, os afazeres domésticos, serem excelentes mães e ainda amantes.

Segundo Arrais (2005) como a prevalência deste transtorno é no sexo feminino, evidencia-se como grande diferencial biológico entre homens e mulheres, a genética, o ciclo reprodutivo feminino com as diferentes fases da vida reprodutiva dele decorrente e os fatores ambientais e psicológicos. Já para Zinga, Phillips e Born (2005), as oscilações mensais dos hormônios sexuais regulados pelo eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, proporcionam a mulher intensas alterações de seu perfil hormonal na puberdade, na gravidez, no puerpério e climatério. Cada um destes aspectos em algum momento ou em alguma fase da vida pode vir a se tornar desencadeador de algum tipo de transtorno do humor.

Conforme Veras e Nardi (2008) quanto maior a exposição das mulheres aos estressores ambientais, maior é a sensibilidade que estas encontram para aquisição de doenças psicossociais. Elas significativamente se queixam mais de problemas domésticos, perdas de amigos íntimos, problemas de relacionamento e doenças. Entre outros fatores, geralmente os conflitos nos relacionamentos interpessoais são considerados como fatores mais predisponentes.

Reiterando esse pensamento, de acordo com Soares, Born e Steiner (2005), em estudos realizados nestes últimos 30 anos, as mulheres estão mais predispostas

a sofrer de alguns tipos de transtornos durante períodos distintos de sua vida. Os depressivos podem surgir a partir da idade da menarca, bem como após a menopausa. Os transtornos de humor, a disforia pré-menstrual, a depressão perinatal e perimenopáusicas, bem como os transtornos de ansiedade associados à infertilidade e a gestações abortadas são muitas vezes percebidas em altos índices percentuais. Inclui também o fato de sofrerem mais de transtornos alimentares, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno de estresse pós-traumático, bem como de doenças auto-imunes. Comparando-as aos homens, são menos tolerantes ao uso de álcool, metabolizam as drogas de forma diferente e possuem uma maior prevalência de transtornos de dor. Além desses aspectos, as mulheres ainda são influenciadas em maior grau pela sazonalidade, sofrem mais de problemas advindos da mudança de fuso horário nas viagens e do trabalho em turnos rotativos.

Segundo a Política Nacional de atenção integrada à saúde da mulher (2007), está registrado pelos indicadores sociais, que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres ainda se faz presente nos dias atuais. Ressaltando este fato, o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens; e as mesmas trabalham mais horas que eles, e que pelo menos metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas. Isso diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde, trazendo impacto negativo nas condições de saúde destas últimas.

Os critérios diagnósticos para os Transtornos Depressivos dependem da intensidade, duração do tempo, da recorrência e qualidade de sintomas, os quais caracterizam os subtipos clínicos patológicos. Relacionado às especificações dos transtornos depressivos da mulher com a maternidade, a CID-10 (1998) descreve F-53.0 como sendo Transtornos Mentais e Comportamentais 'leves' associados ao puerpério não classificados em outra parte; abrangendo a depressão pós-parto ou puerperal. Na especificação diagnóstica para F-53.1, temos os Transtornos Mentais e Comportamentais 'graves' associados ao puerpério não classificados em outra parte; sendo considerada como psicose puerperal.

Para Ribeiro (2002), "a mulher, como ser biológico, carrega consigo a responsabilidade e a probabilidade de, eventualmente, tornar-se o ambiente propício para o desenvolvimento de um novo ser humano". Nesta perspectiva, ser mãe no sentido de gerar é uma possibilidade exclusiva do sexo feminino, podendo ser uma

oportunidade ímpar e fascinante, uma promessa de esperança, um potencial de luz, continuidade e amor tornando-se momento marcante para a mulher. É um período de grandes transformações no seu organismo, em seu psiquismo e em todo o seu papel sócio-familiar.

“A maternidade é um fenômeno ao qual se acrescenta uma dimensão psicossocial ligada ao cotidiano feminino, o qual se compõe da gestação, parto, puerpério e criação” (POZZA, 2002, apud BORSA; FEIL; PANIÁGUA, 2007, p. 2).

1.1 Gestação

Segundo Gonzales (1994), na fisiologia a gestação é o intervalo de tempo compreendido entre a fecundação do óvulo e o parto. É uma fase marcada por adaptações progressivas do organismo materno (aumento de volume do útero, alterações circulatórias, endócrinas, excretoras) mediado por hormônios, que permitem ao organismo reconhecer e manter a presença do feto.

De acordo com Borsa, Feil e Paniágua (2007), a gestação remete a toda a vida anterior, em que as experiências infantis da filha com os pais, as brincadeiras de boneca, os sentimentos epídicos e as forças de adaptação são re-vivenciadas até o momento de separação dos pais. Psicologicamente é o fato de deixar o papel de filha e exercer o papel de mãe.

A mudança física do corpo da mulher, a insegurança e às vezes a diminuição da auto-estima são fatores sintomáticos sugestivos de alterações psicossociais que desencadeiam transtornos de ansiedade, personalidade e inclusive a depressão.

Novamente Borsa, Feil e Paniágua (2007), reiteram que o ser mãe inicia-se no pré-natal, quando expectativas são lançadas sobre o bebê e irão se estabelecer e perdurar durante toda a gestação. As dúvidas sobre o sexo, qual será o nome, a identificação da maneira de como se movimenta no útero e algumas características psicológicas a ele atribuídas, predispõe o reconhecimento do comportamento e do temperamento do mesmo, configurando uma relação materna fetal dúbia com muitos sentimentos e muitas dúvidas envolvidas. A insegurança e o medo proporcionam grandes alterações na vida da mulher, sejam elas pessoais, emocionais, profissionais e sociais. É um processo que tem início, mas não tem fim.

1.2 Parto

Para Silva e Botti (2005) o parto quebra a imagem idealizada do bebê, sendo o fim de uma etapa, e o gênesis de outra, onde a mãe irá vivenciar a experiência da maternidade. Ressurgem sentimentos de ansiedade e medo. Novas expectativas e projeções, dentre outros sentimentos, são experimentados neste processo. É uma fase de instabilidade emocional, vulnerabilidade feminina e grande fragilidade tanto emocional como física.

Alt e Beneti (2008) destacam que o parto representa o rompimento de uma relação simbiótica entre a mãe e o bebê, sendo necessário a partir deste momento o desenvolvimento de vínculos afetivos que permitirá à mãe, uma maior identificação com seu filho. A partir do momento em que nasce, quebra-se a dependência corporal fisiológica, tendo então a mãe que se ajustar a nova situação. Anteriormente, a mãe supria automaticamente todas as necessidades do bebê: alimentação, respiração, proteção e outras. Agora haverá uma questão de readaptação, demandando tempo e cuidados até então não evidenciados.

Esses autores citados anteriormente consideram o parto como agente estressor psicossocial e relacionam a depressão pós-parto às dificuldades no estabelecimento deste vínculo mãe - bebê. Logo após o parto, a mãe tem um trabalho psíquico a realizar, pois requer ao mesmo tempo a colocação em jogo de uma dose de libido narcísica (a ela mesma) e de libido de objeto (ao bebê). De um lado, ela está com seu corpo dolorido, com sangramento, cansada, às vezes nauseosa e por outro lado se sente chamada a doar seus cuidados ao bebê, que está com fome, deve ser limpo, acolhido e aconchegado.

Nessa perspectiva, Gonzales (1994) relata e descreve algumas considerações sobre o parto. Em algumas situações, a expulsão do feto pelo parto natural, pode ser traumática, decorrente das várias alterações que podem ocorrer como lacerações de fundo de saco vaginal, pouca dilatação do colo uterino, o despreparo e inexperiência das primíparas o que acarreta traumas, angústia e doença. Quanto ao parto cesáreo, a gestante pode manifestar ansiedade pela incisão na pele e nas camadas internas da barriga, ou medo da anestesia e do ritual

da antissepsia bem como manifestar maior ansiedade pelo fato de não conseguir se locomover.

1.3 Puerpério

“É o período caracterizado pelos três primeiros meses após o parto. É um período propenso a crises devido às mudanças físicas e psicológicas que o acompanham” (BORSA; FEIL; PANIÁGUA, 2007, p. 3). Durante esta fase o organismo da mulher sofre uma série de mudanças com o objetivo de retornar ao processo pré-gestacional. Os órgãos e os sistemas anteriormente envolvidos na gestação passam por uma fase agora regenerativa, havendo uma enorme adaptação fisiológica frente à nova realidade. Na fase do puerpério imediato, o organismo da mulher passa por um turbilhão hormonal, cada qual com característica e finalidade específica à nova readaptação corporal. Psicologicamente a mulher é confrontada com uma nova realidade; a chegada do bebê altera toda a dinâmica familiar que anteriormente fora estruturada. São necessários agora cuidados específicos ao bebê recém-nascido.

Nettina (2007) enfatiza novos tipos de cuidados a partir deste momento. O estímulo à amamentação e os cuidados relacionados às mamas para o aleitamento materno exclusivo são de extrema importância neste momento. A importância da sucção do colostro como anticorpo natural, os cuidados pertinentes com o coto umbilical, bem como orientações sobre o calendário vacinal do bebê se materializam como realidade. A importância do teste do pezinho e a cobertura patológica abrangidas pelo mesmo se tornam elementos principais nestes primeiros dias pós-parto. Já em relação à puerpérea, os cuidados indicados e relacionados à mãe nesta fase, são o repouso adequado e os cuidados básicos com a incisão do parto.

1.4 Baby blues

Para Silva e Botti (2005), dentro do contexto emocional pós-parto, encontra-se presente um transtorno mental comportamental leve; à melancolia da maternidade ou também chamada de disforia da maternidade. É mundialmente conhecida por 'baby blues', e se caracteriza por um estado de fragilidade e hiperemotividade que geralmente acomete a mulher em torno dos três a cinco primeiros dias pós-parto. Normalmente, com remissão espontânea após este período, não causa nenhum comprometimento para a mulher nem para o bebê. A incidência deste acontecimento pode atingir de 50 a 80% das mulheres no período pós-parto.

Schermann e Alfaya (2000) consideram que a labilidade emocional é o padrão mais característico desta primeira semana pós-parto. O choro, e em algumas situações, a dificuldade de concentração são os sinais mais perceptíveis nesta fase. Essa sensação de desconforto físico que acomete a parturiente, nas primeiras vinte e quatro horas após o parto, é entremeada pela excitação do nascimento do filho, por sentimentos de plenitude, euforia e felicidade que se associam à angústia, ansiedade e tristeza. Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) afirmam que a mulher-mãe pode sentir-se cheia de energia, eufórica e falante ou em contrapartida, manifestar transtornos do sono, fadiga, alterações do apetite bem como outros sintomas comumente relatados.

Segundo Schmidt, Piccoloto e Muller (2005), a explicação deste fato são as bruscas alterações hormonais que procedem ao nascimento, sendo marcadas pela queda acentuada dos hormônios progesterona e estrogênio, bem como a ação da prolactina e as alterações do cortisol. Concomitantemente, há significativa diminuição das atividades secretoras da glândula pituitária e oscilações dos hormônios tireoidianos: tireotrófico (TSH), tri-iodotironina (T3), tiroxina (T4). Esses fatores associados e evidenciados, em questão de horas, contribuem para o baby blues. Esse transtorno tem a característica de cessar espontaneamente até um período de 12 dias, sem interferência clínica, só com suporte familiar (VERAS; NARDI, 2008). Dessa forma, é fundamental que a ansiedade e carência materna nesta fase sejam preenchidas por um maior suporte emocional familiar que, nesse caso, apresenta-se como efeito protetor. Entretanto, sabe-se que em algumas mulheres a melancolia da maternidade persiste, chegando a evoluir para um quadro patológico denominado depressão puerperal.

2 DEPRESSÃO PUERPERAL- F53. 0

Conforme Arrais (2005, p. 19) o primeiro registro sobre essa depressão puerperal foi relatado por Rodrigues de Castro em 1617 e se encontra documentado no livro *Motherhood and Mental Health*, de Ian Brockington:

A formosa esposa de Carcinator, que trabalha junto da praça, sempre havia gozado de ótima saúde, mas depois do parto foi logo atacada de melancolia e durante um mês ficou louca. Com a aplicação de remédios adjuvante voltou à primitiva saúde. A causa desta doença parece ser o humor melancólico, excitado no tempo de parturição.

De acordo com Ribeiro (2002), no primeiro mês após o parto, o número de internações psiquiátricas é sete vezes maior do que a média de internações durante toda a gestação. No caso de mulheres primíparas, esta fase pode estender-se, visto que a inexperiência associada a sentimentos de ansiedade, medo, desesperança, dentre outros, somatizam-se e produzem um quadro de instabilidade psicoemocional ainda maior que o natural.

Existe uma classificação especial na CID-10, capítulo V (OMS, 2008) para os transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte- F53:

Classificar aqui unicamente os transtornos mentais associados ao puerpério que apareçam durante as seis primeiras semanas após o parto e que não satisfazem os critérios diagnósticos de outro transtorno classificado em outra parte neste capítulo. Seja porque as informações disponíveis são insuficientes, ou porque elas apresentam características clínicas suplementares especiais que não permitem a sua classificação em outra parte de modo apropriado.

Heub et al. (2007) afirmam que os sintomas mais comuns da depressão puerperal são: desânimo com perda da atividade psicomotora e apatia, tristeza, choro fácil, insônia inicial e desalento, abatimento, labilidade, anorexia ou excesso de apetite, náuseas, alterações do sono com pesadelos, perda do interesse sexual, astenia, sentimentos de inutilidade e culpa, temor de machucar o filho, diminuição do

nível de funcionamento mental e presença de idéias obsessivas, supervalorizadas e de morte.

De etiologia multifatorial, esta patologia de acordo com os anos de estudos e observações, foi adquirindo suportes literários de diagnósticos, e neste presente estudo, a título de esclarecimento e melhor entendimento, foram citadas através do aparecimento cronológico das referências utilizadas na confecção do referido trabalho. As causas dos transtornos mentais comportamentais pós-parto envolvem fatores de ordem: hormonal, biológica, psicossocial e fatores culturais estabelecidos pela sociedade contemporânea.

Ribeiro (2002) enfatiza e relaciona os seguintes fatos: a gravidez indesejada, a desarmonia no relacionamento afetivo ou o fato do casamento ser forçado pela situação da gravidez. A perda do progenitor ou de outro bebê anteriormente, bem como as anormalidades, as intercorrências durante a gravidez e as distócias do parto como agentes potencializados da depressão pós-parto.

Schwengber e Piccinini (2003) acrescentam a esses fatores anteriores as mães adolescentes e as que vivenciaram o nascimento prematuro do bebê como fatores extremamente importantes para o desenvolvimento da patologia.

Para Silva e Botti (2005), o estresse das transformações puerperais, a infertilidade, a primiparidade e a história familiar e pessoal como fatores potencializadores de risco de depressão pós-parto. Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005), mencionam como outros estudiosos já citados, que a história pessoal e familiar, a falta de suporte social, a ansiedade, a depressão na gravidez e os conflitos conjugais como fatores de risco.

Moraes et al. (2006), preferem dar ênfase às condições socioeconômicas da puérpera, salientam que a pobreza, o baixo suporte social, o histórico de doença psiquiátrica, a gravidez quando indesejada, bem como o estresse, influenciam significativamente o aparecimento da depressão pós-parto.

Já Costa, Pacheco e Figueiredo (2007) e Borsa, Feil e Paniágua (2007) ressaltam que o grande número de experiências negativas vividas durante a gestação, a menoridade, ser solteira e sentir-se emocionalmente desamparada e sozinha, bem como o baixo nível socioeconômico e educacional como fatores que também contribuem para a depressão pós-parto. Hueb et al. (2007) interligam a etiologia dos transtornos depressivos à relacionamentos conjugais conflituosos. Ressaltam as dificuldades financeiras vividas durante o período gestacional e

associam-nas com as primigestas muito jovens e com mulheres de histórico depressivo.

Stefanelli; Fukuda e Arantes (2008) complementam e destacam que, dentre os fatores psicológicos, é relevante ressaltar que a personalidade predisponente da mulher, bem como a condição genética favorável, a falta ou o pouco apoio familiar e/ou do parceiro e a depressão anteriormente não tratada são fatores predisponentes dessa patologia. Além do já exposto, Alt e Benetti (2008), salientam a importância dos fatores sócio-culturais envolvidos, como a mudança estrutural de papéis (de esposa para mãe, de marido para pai e de filha que se torna mãe), que contribuem para a composição desse transtorno. O relacionamento do casal também adquire outro sentido com a chegada de um bebê: são muitas expectativas envolvidas e novas responsabilidades que surgem. Zambaldi, Cantilino e Sougey (2008), complementam o raciocínio e acrescentam que além das causas acima citadas, as oscilações hormonais, e o aumento das responsabilidades são fatores predisponentes da depressão pós-parto.

Evidenciando a gravidez na adolescência, perceberemos a seguir, particularidades distintas relacionadas a pouca maturidade emocional nesta fase de vida com dados quantitativos em relação a este fato tão presente nos dias atuais.

De acordo com Política Nacional de atenção integrada à saúde da mulher (BRASIL, 2007), o censo de 2000 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registrou que a fecundidade das brasileiras de 15 a 19 anos de idade aumentou. Dados coletados em 1990 afirmam que em cada grupo de 1.000 adolescentes, 80 delas já tinham um filho. Dados coletados no ano de 2007 afirmam que já são 90 os filhos em cada grupo de 1.000 adolescentes. O grupo etário de 10 a 14 anos de idade não dispõe de uma cobertura de dados nacionais sobre fecundidade. No entanto, a série histórica de 1996 a 2000 evidencia que houve um acréscimo de 1,8% no percentual de partos na faixa etária de 10 a 14 anos, passando de 31.911 partos em 1996, para 32.489 em 2000.

Segundo Veras e Nardi (2008), no período da adolescência a depressão se torna duas vezes mais freqüente no sexo feminino quando comparado ao masculino. A prevalência de depressão entre adolescentes e adultos jovens está entre as idades de 15 a 24 anos. Nesta fase, fisiologicamente ocorre uma modulação pontual do sistema neuronal serotoninérgico implicado na fisiopatologia dos transtornos do humor. Este fato sofre maior influência significativa dos hormônios sexuais,

especialmente o estrogênio na mulher, alterando a transcrição gênica dos receptores de serotonina. Por conseqüência, se torna uma fase de maior vulnerabilidade aos estressores psicossociais. O desenvolvimento neuroendócrino pode ser afetado, gerando uma maior predisposição para a ocorrência de transtornos depressivos.

Segundo Freitas (2007), esse período é marcado por conflitos e contradições, com alterações corporais, instabilidade humoral, projeções de grupo e uma gama enorme de variações sentimentais. O amor e o ódio vivem juntos e se apresentam em algumas situações dividindo o mesmo momento.

Barbosa et al. (2006), em seus estudos e pesquisas a respeito do fato anteriormente citado, relatam que a gravidez na adolescência geralmente ocorre sem planejamento prévio, pois é uma época em que meninos e meninas encontram-se na fase de aprendizagem, de conhecimento do próprio corpo, do despertar da sexualidade, mantendo relacionamentos afetivos quase sempre instáveis.

A gravidez na adolescência é considerada como um problema de caráter social, e que há algumas características comuns entre as adolescentes grávidas, como baixa escolaridade, repetências nos primeiros quatro anos escolares e evasão escolar¹, baixa condição sócio-econômica², associada a uma maior fecundidade (FREITAS, 2007, p. 1).

Freitas (2007) ainda ressalta que há uma associação da gravidez na adolescência com grande incidência de depressão e casos de suicídio. Se além desses fatores descritos anteriormente, juntamente com uma mãe adolescente houver um pai também adolescente, com pouco suporte emocional a oferecer e em um relacionamento instável, provavelmente desta associação surgirá uma mãe insegura e intranqüila neste período. Isso pode acarretar uma predisposição à depressão pós-parto.

Acompanhados desses transtornos nesta fase pós-parto, ainda pode surgir, com incidência muito menor que os transtornos referidos acima, a Psicose Puerperal.

¹ Domingues, 1999, apud, Freitas, 2007.

² Almeida e Barros, 2004, apud, Freitas, 2007.

2.1 Psicose puerperal

Zanotti et al. (2003), apud, Silva e Botti (2005), destacam e classificam a psicose puerperal como um distúrbio de humor severo, pouco comum, que acomete mulheres na estimativa de 0,1 a 0,2%. Esses autores e estudiosos do assunto caracterizam-na por apresentar situações psicóticas, perturbações mentais graves, com presença de alucinações visuais e/ou auditivas, delírios, juntamente com episódios maníacos. Com sinais e sintomas de confusão mental, a mulher apresenta ânimo exaltado ou irritável, hiperatividade com fala rápida, agitação psicomotora e são comuns os sentimentos de menos valia e culpa.

Para Schermann e Alfaya (2000) estas manifestações apresentadas no período pós-parto confundem-se, em algumas situações, com os sintomas da esquizofrenia, mas se diferencia neste caso, por não ser uma patologia crônica. O tratamento abrange farmacologia específica, associada à psicoterapia e em situações mais graves é comum a internação.

Complementando, Alt e Benetti (2008) mencionam que em algumas situações mais extremas e não precocemente diagnosticadas, podem ocorrer fantasias homicidas em relação à criança, podendo ocorrer inclusive o infanticídio. Também pode ocorrer o inverso, a mãe se sentir tão culpada ao ponto de cometer o auto-extermínio.

3. CONTEXTOS DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Vários estudiosos já anteriormente citados, dentre os quais; Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005); Schmidt, Piccoloto e Muller (2005), Moraes et al. (2006), Hueb et al. (2007) relatam em seus estudos científicos que há um questionário formulado a partir de perguntas e respostas simples, amplamente utilizado como ferramenta de pesquisa diagnóstica da depressão pós-parto. É referendado em nível internacional e usado em diversos países do mundo: a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) – Escala de Edimburgo. Esta escala já foi traduzida para 24 idiomas, e com estudos de validação na maioria desses países. Esses autores supracitados relatam que este questionário é auto-avaliativo, sendo instrumento de fácil aplicação e interpretação. De grande aceitabilidade e simplicidade, pode ser incorporado à rotina médica e pode ser aplicado pelos enfermeiros nas áreas básicas de saúde pública, como veremos a seguir.

Hueb et al. (2007) descrevem a elaboração da EPDS da seguinte forma: é um instrumento de auto-registro composto de 10 enunciados, cujas opções são pontuadas de 0 a 3 pontos, de acordo com a presença e/ou a intensidade dos sintomas apresentados pela puerpéra. Seus itens abrangem os sintomas psíquicos como: humor depressivo, sensação de tristeza, de auto-desvalorização com sentimentos de culpa e idéias de morte ou suicídio. A sensação de perda do prazer em situações anteriormente consideradas agradáveis (anedonia) é também considerada e questionada. A fadiga física com a diminuição da cognição, da capacidade de pensar e de concentrar ou de tomar decisões são também objetos de estudo. Os sinais e sintomas fisiológicos como insônia e/ou hipersonia associados à presença de alterações de comportamento, com as crises de choro, são evidenciados e inquiridos. A somatória dos pontos perfaz escore de 30 pontos, sendo considerado de sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 12 pontos. A escala de Edimburgo se encontra no anexo A do presente trabalho, como complementação documental e como componente de diagnóstico.

De acordo com Brasil (2007), os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), na Atenção Básica, têm o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia prioritária em âmbito nacional. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem a principal porta de entrada dos cidadãos na busca da atenção primária de saúde. É função das equipes de saúde atuar com ações na promoção tanto no âmbito individual e coletivo, na prevenção, na recuperação, na reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes e na manutenção da saúde na comunidade.

Para Silva (2001), as UBS são responsáveis pela inserção do usuário no sistema público de saúde e pelo atendimento de menor complexidade, com resolução de intercorrências e encaminhamento, quando necessário, para as unidades de referência. Atuam no acompanhamento, planejamento, prevenção, promoção e monitorização de patologias através da vigilância epidemiológica e sanitária.

Em relação a este mesmo contexto, Moura e Rodrigues (2003) afirmam que a equipe que atua no PSF, sendo constituída de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, deve estar consciente da responsabilidade individual adquirida. É dever da equipe, esclarecer os usuários acerca de questões que lhes dizem respeito e de criar condições para o estabelecimento de uma cultura institucional de informação e de comunicação que leve em conta a condição sócio-cultural da cada comunidade atendida.

Como descrito na Lei n.º 7.498 de 25 de julho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem, cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde: realizar consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem, bem como prescrição de medicamentos estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; oferecer assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puerpéra e realizar atividades de educação em saúde.

Art. 11º - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe: II - como integrante da equipe de saúde: [...] assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puerpéra; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução do parto sem distócia; educação visando à melhoria de saúde da população (MINAS GERAIS, 2003).

Segundo Rios e Vieira (2007), o enfermeiro ocupa posição singular nos serviços de saúde, pois, usualmente, ele é o primeiro profissional que tem contato

com o usuário que busca esse serviço. Além disso, o paciente geralmente sente-se menos intimidado pelo profissional de enfermagem e mais a vontade no diálogo.

Sabe-se que o SUS- Sistema Único de Saúde atualmente preconiza as unidades básicas como referencial ao primeiro atendimento de baixa complexidade [...]. O enfermeiro é o profissional, conforme revela o cotidiano dos serviços de saúde, que mantém o primeiro contato com o cliente. Por isso seja na rede básica, hospitalar, ou ambulatorial, o enfermeiro deve estar preparado para lidar e direcionar uma demanda diversificada, principalmente quando se tratar de questões de ordem psicológica capazes de se camuflarem em intercorrências clínicas e dificultando assim o diagnóstico e tratamento adequado (SILVA; BOTTI, 2005, p. 237).

Dentro do Programa Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher – PAISM - preconizada pelo Ministério da Saúde, Brasil (2007), está estabelecido às seguintes ações a serem realizadas pela equipe multiprofissional no nível primário de saúde em relação à mulher: ações educativas, preventivas, de diagnóstico, de tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no período pré-natal, no parto e puerpério, no climatério, no planejamento familiar, nas doenças sexualmente transmissíveis - DST, no câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

A assistência de enfermagem à mulher preconizada pela Secretaria do Estado de Minas Gerais (2006) está centrada e sustentada nos cuidados, na proteção da vida da mesma, tanto quanto de seu filho. Eis a importância dos programas preventivos da saúde pública, voltados não só para a gestante, mas para a mulher em geral, identificando assim fatores predisponentes de diversas patologias, dentre elas a depressão no puerpério.

Beretta et al. (2008) reafirmam o que anteriormente fora citado, e reitera que são fundamentais as ações preventivas na rede pública de saúde, voltadas não só à saúde da gestante, mas que, além disso, estimule a adesão da mulher e de seu companheiro no acompanhamento das diversas fases do puerpério. Ressaltam que essa atitude de companheirismo estimula a expressão das emoções e dos sentimentos provenientes deste período.

Segundo Minas Gerais (2006) é função do enfermeiro, planejar, programar e executar ações preventivas que proporcionem uma gestação e um puerpério emocionalmente sadio. Atuar no acompanhamento do pré-natal de acordo com o

preconizado; perceber as necessidades básicas de saúde naquele momento; orientar nos cuidados das crianças; envolver o pai e/ou outros membros da família nestas situações, são os objetivos principais durante o pré-natal.

Segundo Rios (2007), toda a equipe multiprofissional do PSF tem como prioridade a promoção da saúde e a prevenção das doenças, cujo pilar de sustentação é exatamente a educação continuada em saúde. Estes profissionais compreendem que seu universo de atuação é o usuário do sistema e que a busca de informações se reflete nos cuidados. O vínculo entre a equipe e, nesse caso específico as gestantes, proporciona uma preparação adequada para o parto.

O Ministério da Saúde em Brasil (2005) recomenda, no mínimo, seis consultas pré-natais para uma gestação a termo, em gestantes sem fatores de riscos detectados, com início o mais precocemente possível, preferencialmente até o quarto mês de gestação. A captação para o pré-natal deve ocorrer pelo agente comunitário de saúde ou através da procura direta da mulher com suspeita de gravidez, acessando diretamente a equipe de saúde. As consultas devem acontecer preferencialmente, uma no primeiro trimestre de gravidez, duas no segundo trimestre e três consultas no terceiro trimestre. O intervalo entre duas consultas não deve ultrapassar oito semanas.

Neste período do pré-natal, o enfermeiro deve ficar atento para interpretar a percepção que a gestante tem com relação à experiência da maternidade no contexto mais amplo. Minas Gerais (2006) ressalta a importância do atendimento personalizado e individual, com o objetivo de fornecer informações precisas dentro da realidade sócio-educacional da gestante. O enfermeiro deve explanar suas informações de acordo com o entendimento intelectual da grávida, com vocabulário simples e de fácil entendimento.

De acordo com Brasil (2005), para se fazer o monitoramento da atenção no pré-natal e no período puerperal, de forma organizada e estruturada, foi disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS e implementado pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, um sistema informatizado nominado de Sistema de Informação em Pré-Natal do Ministério da Saúde – SISPRENATAL de uso obrigatório nas Unidades Básicas de Saúde que possibilita a avaliação da atenção gestacional a partir de seu acompanhamento individual. Minas Gerais (2006) enfatiza que a gestante deve ser vinculada à maternidade de referência já no início do pré-natal, sendo orientada a procurar este

serviço quando apresentar qualquer intercorrência clínica ou quando estiver em trabalho de parto. O profissional responsável pela vinculação deve registrar o nome da maternidade no Cartão da Gestante e realizar o agendamento da visita à maternidade de referência, por volta do sexto mês de gestação.

Em Brasil (2005); Minas Gerais (2006); Alvin; Bassoto e Marques (2007) estão descritos detalhadamente a sequência da primeira consulta de pré-natal, que é realizada pelo enfermeiro da UBS. Nesta consulta, diversas informações são coletadas em uma anamnese completa, com informações de identificação pessoal da gestante, dados diversos, entre eles os sócio-econômicos, o grau de instrução, profissão, moradia, tipo de união afetiva, aspectos epidemiológicos, antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. Depois dessas informações, segue o exame físico completo. São avaliados a cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros, inspeção de pele e mucosas, seguidas por exame ginecológico e obstétrico. O enfermeiro questiona também sobre a alimentação da gestante com avaliação do índice de massa corporal (IMC), que reflete a necessidade de uma formação de melhores hábitos alimentares e/ou indicação de perda de peso se necessário. Questiona-se sobre o tabagismo e o alcoolismo. Os hábitos intestinais e urinários, os cuidados odontológicos, a execução de exercícios físicos de baixo impacto, bem como a ausculta dos batimentos cardíaco fetal – BCF, quando audíveis, vacinação antitetânica e agendamento das consultas subseqüentes. As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade quanto no cartão da gestante. No anexo B, encontra-se o roteiro completo sobre a primeira consulta de pré-natal estipulada pelo Ministério da Saúde e no anexo B.2- o roteiro para a 1ª consulta pré-natal preconizada pelo Estado de Minas Gerais, sendo que ambos se complementam.

Cabe também à enfermagem solicitar os exames de rotina estabelecidos pelo Ministério da Saúde, tais como: Grupo Sanguíneo e Fator RH; Hemograma, Glicemia Jejum; HBsAg - o antígeno de superfície da Hepatite B; VDRL - Venereal Diseases Research Laboratory (sífilis), Toxoplasmose, Urina rotina; Colpocitologia Oncótica; Teste anti HIV - Human Immunodeficiency Virus – AIDS.

Segundo Rios (2007) dependendo do período gestacional do acolhimento da gestante, o enfermeiro já prescreve os medicamentos protocolados pelo Ministério da Saúde: sulfato ferroso, elemento fundamental para a formação do sangue e o

ácido fólico, que deve ser mantido até o terceiro mês de gestação, na prevenção de defeitos do tubo neural como a mielomeningocele e a espinha bífida.

Segundo Brasil (2005) e Minas Gerais (2006) a gestante recebe neste momento o cartão da gestante, um documento que deve constar todos os dados de identificação da mesma, bem como seu número do cadastro no SISPRENATAL. Deve conter também, a data provável do parto, a idade gestacional estimada por meio da data da última menstruação- DUM, e das aferições do peso, altura e pressão arterial, bem como espaços para as próximas consultas, que já ficam agendadas a partir daquele momento.

As orientações fornecidas às gestantes são relacionadas com o trimestre de gravidez em que estas se encontram no momento da consulta; porém, as questões relativas ao aleitamento materno e ao ganho ou perda de peso sempre são abordadas independente da idade gestacional.

Minas Gerais (2006) ainda enfatiza que as informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde nos grupos gestacionais de educação continuada formados pela equipe do PSF. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo da gestação.

Sobre a conscientização da importância do pré-natal, Alvin; Bassoto e Marques (2007) ressaltam a importância da adesão da mulher no período do pré-natal. A presença da gestante nas diversas consultas agendadas e nos grupos de educação continuada fortalece o vínculo de apoio e de conhecimento, onde informações específicas serão ministradas de acordo com o momento gestacional em que se encontra no momento. É função do enfermeiro, no período pré-parto, preparar a gestante para o pós-parto. De acordo com Nettina (2007), estes são alguns cuidados físicos de enfermagem no pré-natal:

A alimentação deve ser o mais saudável possível, respeitando a realidade financeira familiar. Os cuidados com as mamas, bem como apoio psicológico para o aleitamento materno devem ser evidenciados. Orientações sobre o sexo nesta fase, desmistificando tabus e informando até mesmo sobre as posições mais indicadas, bem como a execução de exercícios de fortalecimento da musculatura perineal devem ser ensinados para as gestantes. Orientar sobre o combate ao tabagismo, o consumo do álcool e de drogas ilícitas, e o uso adequado de medicamentos quando

prescritos pelo médico. As mães são preparadas para os cuidados futuros com o bebê enfocando principalmente a amamentação materna exclusiva e a vacinação. Os sinais de alerta em relação à gestação, devem ser informados e ressaltados como preocupantes, salientando o sangramento vaginal, a dor de cabeça, os transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço. Os sinais e sintomas do parto, direitos da licença maternidade, planejamento familiar são ações de responsabilidade do enfermeiro da UBS.

De acordo com o período gestacional vivenciado surgem às queixas comuns da gravidez e o enfermeiro deve cuidar para que cuidados específicos sejam ministrados naquele momento, com o objetivo de que esses eventos ocorram de forma mais natural e menos traumática para a gestante. Com o transcorrer dos dias, a gestante pode em algum momento, passar por situações descritas neste estudo e vivenciar situações de conflito, estresse, angústia, dentre outras que vêm sendo citadas no decorrer do mesmo.

Segundo Nettina (2007), o enfermeiro pode atuar nas medidas preventivas dos transtornos mentais e comportamentais identificando sinais e sintomas de depressão. A escala de Edimburgo pode ser utilizada nesse momento. A vigilância em relação a situações de sofrimento e conflitos deve ser acolhida e o apoio deve ser enfatizado principalmente nesse momento. De acordo com o transcorrer dos eventos, a gestante pode ser encaminhada para suporte psicoterápico profissional e/ou se necessário tratamento farmacológico, segundo indicação médica.

Este autor ainda evidencia a importância da sistematização da assistência de enfermagem e afirma que situações de conflito psicológico promovem o diagnóstico de enfermagem, e daí, surgem os cuidados que podemos citar:

- O reconhecimento do estado normal de ambivalência frente à gravidez e as sensações de ansiedade e medo que afloram na gestante devem ser compreendidos e principalmente respeitados, sem nenhum pré-julgamento pelo enfermeiro.
- Acolher as dúvidas da gestante quanto à sua capacidade de gerar um bebê saudável, de vir a ser mãe e desempenhar esse novo papel de forma adequada deve ser motivo de empenho por toda a equipe multiprofissional.
- Identificar o medo do abortar ou o desejo de fazê-lo é função da equipe de enfermagem. Perceber as condições emocionais da gestante é fundamental. Informações sobre a presença de um companheiro emocional, a

presença de outros filhos, se conta com o apoio da família, se teve perdas gestacionais, o quanto desejou engravidar e se planejou a gravidez, devem ser buscadas pela equipe de saúde, na tentativa de orientação e cuidados. Enfim, o contexto em que essa gravidez ocorreu e as repercussões no período gestacional são cuidados perceptíveis pelo enfermeiro no pré-natal.

- Compreender o estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante para acolhê-la, sem banalizar suas queixas é um cuidado de enfermagem.
- Perceber que a gestante pode estar buscando no enfermeiro uma figura de apoio, promovendo assim, uma busca constante do mesmo para que resolva suas dúvidas e seus medos, como um elemento de projeção e de referência. Esse evento merece acompanhamento psicológico, ou na UBS ou no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS.
- Estabelecer relação de confiança e respeito mútuos. Proporcionar espaço na consulta para a participação do parceiro, para que ele possa, também, se envolver no processo gravídico-puerperal ativamente, favorecendo equilíbrio adequado nas novas relações estabelecidas com a chegada de um novo membro à família.
- Perceber introspecção, passividade e sentimentos depressivos durante a consulta de enfermagem. Se houver necessidade solicitar a presença de algum familiar à UBS para esclarecimento de prováveis motivos destes sentimentos e quando necessário encaminhar a paciente para acompanhamento psicológico.
- No período do pré-parto a ansiedade se intensifica principalmente nas primíparas e nas adolescentes. Os temores do parto, o medo da dor e também, em alguns casos, o medo da morte afloram-se nesse momento. Cabe ao enfermeiro a tentativa de tranquilizar a futura mãe. Os cuidados e as informações transmitidas no período do pré-natal trazem apoio psicológico nessa hora.

Para Stefanelli, Fukuda e Arantes (2008), alguns cuidados mais específicos devem ser tomados pelos membros da equipe de saúde no período puerperal quando o diagnóstico for a Psicose Puerperal. O agente comunitário de saúde deve estar constantemente em contato com a família da paciente e comunicando qualquer tipo de ocorrência ao enfermeiro para que atitudes mais enérgicas sejam tomadas

em proteção à vida da mesma. Atitudes de cuidado devem ser evidenciadas à família cuidadora da puerpéra. Instruções de cuidados com objetos potencialmente perigosos, mas que fazem parte da rotina diária como lâminas de barbear, tesoura, facas, louças e talheres não podem passar despercebidos ao cuidador, pois a patologia se associa a tentativas de auto-extermínio.

Quanto à atenção em saúde mental, Minas Gerais (2006), enfatiza o fato de que o enfermeiro deve orientar a família a manter sempre alguém designado a cuidar da paciente. Oferecer companhia e reiterar a premissa de que o cuidador não cobra nenhum comportamento do paciente e sim oferece apoio, atenção e carinho para que o mesmo se sinta acima de tudo confiante. Outra característica a ser ensinada para a família é que a vigilância deve ser contínua, mas que devem ser incentivadas as iniciativas de independência assim que a paciente se sentir um pouco melhor. Deve-se estimular a autonomia em se gerenciar o auto-cuidado, a alimentação e a retomada gradativa de sua rotina.

Para Stefanelli, Fukuda e Arantes (2008), quando a puerpéra estiver fazendo o uso de medicamentos, o enfermeiro deve ensinar a família a manter os mesmos em lugar desconhecido, fora do alcance da paciente e ensinar atenção no momento da ingestão dos mesmos, para que não exista a possibilidade de armazenamento com intenção de suicídio, ingerindo-os de uma única vez.

Segundo Minas Gerais, na Atenção em Saúde Mental (2006) é preciso encorajar tanto a família quanto a puerpéra a incentivar a verbalização de idéias e sentimentos neste período. A intenção é o apoio, a redução do medo e o fortalecimento da independência. A paciente pode estar em tratamento em algum serviço de saúde mental como o CAPS e a família por vezes precisa também de apoio, frente a todo o sofrimento por que está passando.

Stefanelli, Fukuda e Arantes (2008) abordam outra importante consideração que é a adesão ao tratamento medicamentoso. É comum em algumas situações de remissão de sintomas o abandono dos fármacos. As recaídas são muito prejudiciais ao paciente e a família deve ser informada pelo enfermeiro, que o tratamento é longo, sendo necessário em algumas situações, anos de tratamento medicamentoso associados por vezes à terapia cognitiva comportamental.

O controle do pré-natal segundo recomendações de organismos oficiais de saúde deve ter início precoce, com cobertura universal, ser realizado de forma periódica e estar integrado com as demais ações preventivas e curativas, sendo

observado o número mínimo de consultas. Para Coimbra et al. (2003) o sucesso depende, em grande parte, do momento em que ele se inicia e do número de consultas realizadas. Pelo índice proposto, a inadequação do mesmo está associada à baixa escolaridade materna, à baixa renda familiar, à ausência de companheiro, na qualidade de atendimento nos serviços públicos de saúde, na alta paridade e idade materna acima de 35 anos. O fato de a mãe apresentar algum episódio mórbido, ter menos de 18 anos de idade e apenas um filho, são fatores de proteção à conscientização da assistência pré-natal.

Para Brasil (2007), a cobertura da assistência do pré-natal no Brasil ainda é baixa, apesar de vir aumentando nas últimas décadas. As desigualdades no uso desta assistência ainda persistem. O percentual de mulheres residindo na zona rural que não realizam o pré-natal é alto. Há também grande diferença na cobertura segundo as regiões geográficas. Na região Nordeste, o Maranhão é um dos estados onde o percentual de mulheres que não realiza pré-natal é mais elevado.

4 MODALIDADES DE TRATAMENTO PARA A DEPRESSÃO PUERPERAL

Já que a depressão no puerpério é um transtorno mental comportamental multifatorial, o tratamento desta patologia engloba por consequência uma equipe multiprofissional.

Para Camacho et al. (2006), algumas técnicas de tratamento englobam o uso de medicação psicofarmacológica, juntamente com acolhimento psicossocial e psicoterápico. Os tratamentos hormonais em algumas situações são indicados para as depressões leves, e para casos mais graves ou refratários, a Eletroconvulsoterapia (ECT) tem sido empregada com bons resultados. As intervenções psicossociais e hormonais têm se mostrado pouco eficientes. Entretanto, as intervenções farmacológicas associadas à psicoterapia interpessoal têm apresentado resultados satisfatórios.

Magalhães et al. (2006) em seus estudos, afirmam que a decisão do tratamento farmacológico durante a gestação é um processo decisório complexo e que deve envolver uma aliança de confiança entre o médico e a paciente. Esta decisão deve levar em conta em primeiro lugar a relação custo-benefício da exposição às drogas envolvidas no tratamento. Os riscos são grandes, envolvendo toxicidade fetal, malformações físicas, prejuízos de crescimento, teratogenicidade comportamental, toxicidade neonatal e morte intra-uteriana. A Food and Drug Administration – FDA, órgão norte-americano que controla alimentos e fármacos, estabeleceu uma classificação de risco para cada psicofármaco.

Risco A: estudos adequados e bem controlados em gestantes não têm demonstrado ou evidenciado nenhum risco ao feto. Risco B: sem evidência de risco em humanos, quando os achados em animais demonstram risco os achados em humanos não, ou se estudos adequados em humanos não têm sido realizados, achados em animais são negativos. Risco C: risco não pode ser excluído. Faltam estudos em humanos, e os estudos em animais são positivos para o risco fetal ou estão ausentes também. Contudo, potenciais benefícios podem justificar o risco potencial. Risco D: evidência positiva de risco. Dados de investigação ou relatados, posteriormente, mostram risco ao feto. Ainda assim, potenciais benefícios podem ter mais valor que o risco em potencial. Risco X: contra-indicação absoluta em gravidez. Estudos em animais ou humanos de investigação, ou relatados posteriormente, mostram um risco fetal que claramente suplanta qualquer possível benefício à paciente (CAMACHO et al., 2006, p. 98).

O conhecimento das principais medicações antidepressivas e seus efeitos adversos para o tratamento da depressão no puerpério, ainda são pouco conhecidos pelo profissional enfermeiro. É importante realizar citações das principais drogas farmacológicas (genéricas) usadas para este tratamento e seus principais riscos, como segue abaixo.

Para Camacho et al. (2006), os antidepressivos tricíclicos estão há muito tempo em uso e, portanto, a sua segurança tem sido estabelecida ao longo dos anos, particularmente a Amitriptilina (risco B). O efeito hipotensivo sobre a mãe indicaria a preferência pela Desipramina (risco C), já que a Nortriptilina apresenta risco D.

Nesta mesma lógica farmacológica, Fleck et al. (2003), relatam que os Inibidores Seletivos da Recaptura da Serotonina (IRSS), em geral, também têm tido sua segurança bem estabelecida ao longo do tempo, porém apresentam-se há menos tempo no mercado quando comparados aos tricíclicos. A Fluoxetina, a Sertralina e o Citalopram são largamente usados e apresentam risco B. O seu uso se restringe por conta de sua meia-vida bastante longa. O Escitalopram apresenta risco C.

Já para os Inibidores da Monoaminoxidase (IMAOs), para Camacho et al. (2006) e Fleck et al. (2003), apresentam em sua grande maioria, risco B. Também apresentam efeitos hipotensores, em particular a Tranilcipromina, e em relação à questão dietética tornam restritivos. A Venlafaxina, Mirtazapina e Reboxetina têm classificação C, e seu uso no período gestacional vem sendo aumentado. A opção antidepressiva de risco A seria o uso do Triptofano.

Camacho et al. (2006), salientam que os fármacos estabilizadores de humor e anticonvulsivantes que atuam também como moderadores do humor, podem

controlar os sintomas depressivos associados à euforia, como por exemplo, o Carbonato de Lítio (risco D), mas está associado a malformações, e por isso, o seu uso é proibido no primeiro trimestre de gravidez. Podem ser utilizados nos segundos e terceiros trimestres, quando o médico identificar como esgotadas outras possibilidades. Carbamazepina e Oxcarbazepina têm risco C associado, mas parecem ser a melhor opção, particularmente para o primeiro trimestre, já que o Valproato/Divalproato, com risco D- atravessa facilmente a placenta e tem sido ligado a algumas malformações, em particular a espinha bífida.

Segue no anexo C- uma tabela com os riscos que os antidepressivos e benzodiazepínicos produzem na gravidez e lactação. Já no anexo C.2- a tabela apresenta os níveis de segurança para uso de antidepressivos e benzodiazepínicos na gravidez e amamentação.

É importante ressaltar que as medicações antidepressivas só podem ser prescritas por médicos. Na gravidez, o obstetra ou o psiquiatra podem prescrevê-los, mas cabe ao enfermeiro a prescrição da assistência de enfermagem. É preciso analisar o conhecimento cultural da puerpéra, seus costumes, seus valores e principalmente seu interesse em realizar o tratamento medicamentoso.

Magalhães et al. (2006) relataram que em um estudo relacionando as drogas e sua excreção no leite materno por meio da síntese de 57 artigos publicados, no total de 238 lactentes expostos a 15 antidepressivos diferentes, resultados diversos foram identificados. Relacionando a Fluoxetina e Citalopram, foram encontrados níveis significativos de fármacos no leite materno. Já para a Nortriptilina, Sertralina ou Paroxetina, houve uma menor probabilidade de crianças expostas. Entretanto, todos os antidepressivos foram detectados no leite materno. Assim, a prioridade deve estar relacionada ao tratamento das mulheres com depressão pós-parto, já que é provável que a patologia tenha maior impacto sobre o desenvolvimento da criança do que a exposição a antidepressivos através do leite materno.

A medicação é um excelente coadjuvante no tratamento da depressão, seja pós-parto, puerperal ou nas diversas crises que o ser humano enfrenta, mas é preciso que haja comprometimento do paciente em aceitar o tratamento bem como, a psicoterapia associada. Além das opções descritas acima, ainda temos outro tratamento mais específico; a eletroconvulsoterapia- ECT.

Para Silva e Botti (2005), a ECT é indicada em casos extremos, onde outra forma de tratamento medicamentoso não surtiu os resultados esperados. Em

gestantes ou puerpéras severamente deprimidas, com idéias suicidas, que apresentem quadros de mania, catatonia ou psicose, podendo inclusive necessitar de internação, com freqüência, o tratamento médico de escolha nesses casos é a ECT.

Camacho et al. (2006), relatam que pesquisas recentes sugerem risco mínimo deste tratamento durante a gravidez, tanto em relação ao procedimento em si quanto aos medicamentos utilizados durante a ECT, fazendo deste procedimento um recurso útil no tratamento de transtornos psiquiátricos em gestantes. Mulheres que não podem ser expostas a determinados tipos de medicações durante a gravidez, ou àquelas que não respondem ao tratamento farmacológico, tem a ECT como alternativa à farmacoterapia convencional.

Magalhães et al. (2006) ressaltam que o tratamento farmacológico deve ser complementado pelo tratamento psicoterápico. Dois tipos de psicoterapia são amplamente utilizados na redução dos sintomas depressivos. Temos a psicoterapia interpessoal, que foca o trabalho nos sintomas depressivos da paciente e no seu relacionamento com o mundo, e a terapia cognitiva comportamental- TCC, que tem como objetivo ajudar o paciente a solucionar seus comportamentos disfuncionais por meio da aprendizagem e da reestruturação de seu eu.

Rocha e Almeida (2000) apud Tavares (2005) registram que o acolhimento e a escuta terapêutica pelo profissional enfermeiro ou demais membros da equipe de saúde pode aliviar angústias, eliminar arestas e facilitar o convívio do paciente no seu ambiente familiar. As atribuições do profissional enfermeiro segundo Minas Gerais (2006) para com a puerpéa podem incluir a consulta de enfermagem em visita domiciliar, envolvendo inclusive os métodos anticonceptivos indicados no pós-parto.

A enfermagem se responsabiliza pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes. Nessa prática, o cuidado e a assistência de enfermagem, apresentam-se histórica e contextualmente interligados, em relações que se estabelecem o processo de proteção, tornando esta profissão bastante complexa. Nesse sentido, faz-se necessário uma busca constante de informações e de conhecimentos para que esses objetivos sejam alcançados. A responsabilidade pelo cuidado com a vida é extremamente importante e nunca deve ser esquecida pelo profissional enfermeiro.

CONCLUSÃO

A depressão puerperal apresenta números importantes de incidência e produz grande carga de sofrimento e angústia à parturiente juntamente com toda a família envolvida.

Essa patologia surge insidiosamente e tem vários fatores etiológicos, dentre os quais podemos destacar a predisposição genética, presença de conflitos conjugais e familiares, experiências negativas relacionadas á gestações anteriores, gravidez indesejada, gravidez na adolescência, estresse, desamparo, solidão, baixo apoio familiar dentre tantos outros.

Evidencia-se a importância do profissional de enfermagem na prevenção e no tratamento da patologia em estudo. Faz-se a citação da Escala de Edimburgo, mundialmente utilizada para diagnóstico da patologia no período puerperal e que pode, e já está sendo utilizada pelo enfermeiro nas consultas de enfermagem no período gestacional. Fica claro que este profissional é capaz de perceber sinais depressivos no dia a dia da mulher, através do contato próximo, do acolhimento, do interesse pela causa e da formação do vínculo de segurança, para que a futura mãe se sinta mais capacitada para o exercício da maternidade.

Diante do exposto, espera-se que estas considerações possam de alguma forma contribuir para a reflexão de profissionais da saúde e, especificamente os enfermeiros. Em conjunto com o médico, podem programar ações que beneficiem de alguma forma a sociedade, e principalmente à gestante/parturiente, no que tange à sua segurança, tanto em termos orgânicos como psicológicos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n.1, p. 22-23, mar. 2004.

ALT, M. S.; BENETTI, S. P. C. Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 389-394, abr./jun. 2008.

ALVIN, D. A. B.; BASSOTO, T. R. P.; MARQUES, G. M. Sistematização da assistência de enfermagem à gestante de baixo risco. **Revista Meio Ambiente e Saúde**, Manhuaçu, v. 2, n. 1, p. 258-272, maio/jul. 2007.

AROS, M. S. **Produção científica sobre a depressão: análise de resumos (2004-2007)**. 2008. 78 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 2008.

ARRAIS, A. R. **As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante**. 2005.158 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília. 2005.

BARBOSA, E. M. S. et al. Depressão pós-parto na adolescência: um problema relevante? **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 935-937, out. 2006.

BERETTA, M. I. R. et al. Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 4, p. 966-978, dez. 2008.

BORSA, J. C.; FEIL, C. F.; PANIÁGUA, R. M. A relação mãe-bebê em casos de depressão pós-parto. **Psicologia.com.br - O portal dos Psicólogos**. Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em:<<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0384.pdf>>. Acesso: 23 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção integrada à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília, DF, 2007.

CAMACHO et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista Psiquiátrica Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde. 10 ed. São Paulo, 2008. <Disponível: www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acesso: 15 de out 2009.

COIMBRA, L. C et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 456-462, ago. 2003.

COSTA, R.; PACHECO, A.; FIGUEIREDO, B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. **Revista Psiquiátrica Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 157-165, 2007.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 27, n. 4, p.181-188, abr. 2005.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2007/2008. Porto Alegre. Editora Artmed, 2007.00

DOMINGUES JR, J. S. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento** - Secretária de Políticas de Saúde, Brasília, v. I, p. 223-229, 1999.

FLECK, M. P. A. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Revista Brasileira Psiquiátrica**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 114-122, jun. 2003.

FREITAS, G. V. S. **Comportamento suicida em adolescentes grávidas: um estudo de caso controle.** 2007. 214 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP. 2007.

GONZALES, H. **Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia.** São Paulo: Editora Senac, 1994, p. 91-93. (Série Apontamentos).

HUEB; T. O. et al. Identificação da depressão pós-parto em puérperas na cidade de Sorocaba. **Revista Brasileira Médica**, São Paulo, v. 64, n. 7, p. 314-317, jul. 2007.

LIGA Acadêmica da Depressão: Universidade Federal do Paraná. [s.n: s.l.], [s.d.]. Disponível em: <www.geocities.com/ligadepressao/depressao.html>. Acesso: 03 set 2009.

MAGALHÃES, P. V. S. et al. Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 245-248. 2006.

MICHELON, L.; CORDEIRO, Q.; VALLADA, H. Depressão. **Revista Brasileira Médica**, São Paulo, v. 65, p. 15-25, dez. 2008.

MINAS GERAIS. Conselho Regional de Enfermagem, 2003. Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – Lei número 7.498 de 25 de julho de 1986.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida.** 2 ed. Belo Horizonte, MG, 2006.

_____. Secretária de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental.** Belo Horizonte, 2006.

MORAES, I. G. S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, Rio Grande do Sul, v. 40, n. 1, p. 65-70, jan./fev. 2006.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em Saúde no pré-natal. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação.** Botucatu, v. 7, n. 13, p. 109-118, ago. 2003.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem.** [revisão técnica Shannon Lynne Myers; Tradução de Antonio Francisco Dieb Paulo, Patrícia Lydie Voeux, Roxane Gomes dos Santos Jacobson]-Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 3, 2007, p. 1168.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde**. 3 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.

POZZA, M. C. **Conflitos da mulher na tentativa de conciliação da maternidade com o trabalho profissional**. 1992. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Faculdade de Psicologia, PUCRS. Porto Alegre. 2002.

RIBEIRO, C. S. Depressão Pós-parto e relação mãe-filho. **Psiquweb**. 2002. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/colab/carmen.html>>. Acesso em: 29 maio 2009.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477- 486, mar./abr. 2007.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000.

SCHERMANN, L. B.; ALFAYA, C. A. S. Depressão pós-parto: tendências atuais. **Revista de Medicina PUCRS**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 130-136, abr./jun. 2000.

SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO N. M.; MULLER M. C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**. Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudo de Psicologia**. Natal, v. 8, n. 3, p. 403-411, set./dez. 2003.

SILVA, M. C. F. **Depressão: Pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde**. 2001. 94p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, 2001.

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. Depressão Puerperal: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 7, n. 2, p. 231-238, 2005.

SOARES, C. N.; BORN, L.; STEINER, M. Saúde Mental da mulher: questões e controvérsias atuais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 2, 2005, p. 40.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri: Manole, 2008, p. 451-462, (Série Enfermagem).

TAVARES, C. M. M. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto Contexto-Enfermagem**. Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 403-410, jul./set. 2005.

VERAS, A. B.; NARDI, A. E. Depressão na mulher. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 6, p. 154-163, jun. 2008.

WHO- RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa, abril de 2002. 1.^a edição. Disponível: <www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/> Acesso: 05 de setembro de 2009.

ZAMBALDI, C. F.; CANTILINO, A.; SOUGEY, E. B. Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto: relatos de casos. **Revista Psiquiátrica RS**, Rio Grande do Sul, v. 30, n. 2, p. 155-158, maio/ago. 2008.

ZANOTTI, D. V.; SAITO, K. C.; RODRIGUES, M. D.; OTANI, M. A. P. Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno associado ao puerpério: a colaboração do enfermeiro psiquiatra. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 61, n. 6, p. 36-42, 2003.

ZINGA, D.; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, suplemento 2, p. 56-64, out. 2005.

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A	ESCALA DE EDIMBURGO.....	49
Anexo B	ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA PRE-NATAL.....	51
Anexo B.1	ROTEIRO PARA A 1ª CONSULTA PRÉ-NATAL.....	62
Anexo C	RISCOS DOS ANTIDEPRESSIVOS E BENZODIAZEPÍNICOS NA GRAVIDEZ E LACTAÇÃO - TABELA 1.....	69
Anexo C.1	NÍVEIS DE SEGURANÇA PARA USO DE ANTIDEPRESSIVOS E BENZODIAZEPÍNICOS NA GRAVIDEZ E NA AMAMENTAÇÃO - TABELA 2.....	70

ANEXO A - ESCALA DE EDIMBURGO (HUEB et al., 2005)

Como você está se sentindo? Por favor, marque com um "X" a resposta que mais se assemelha ao que você tem sentido nestes últimos 7 dias, não apenas ao que você está sentindo hoje. Nos últimos 7 dias:

- 1) Eu me sinto apta para rir e ver o lado engraçado das coisas:
 - a) Da mesma maneira que sempre consegui 0
 - b) Menos do que antes 1
 - c) Muito menos do que antes 2
 - d) Nunca 3

- 2) Eu tenho procurado ver o lado divertido das coisas e o futuro com entusiasmo:
 - a) Como eu sempre fiz 0
 - b) Menos do que eu costumava fazer 1
 - c) Muito menos do que o usual 2
 - d) Dificilmente 3

- 3) Eu tenho me culpado desnecessariamente quando as coisas não dão certo:
 - a) Nunca 0
 - b) Não muito frequentemente 1
 - c) Sim, às vezes 2
 - d) Sim, frequentemente 3

- 4) Eu tenho me sentido preocupada e ansiosa sem nenhuma razão justificável:
 - a) Nunca 0
 - b) Dificilmente 1
 - c) Sim, às vezes 2
 - d) Sim, com muita freqüência 3

- 5) Eu tenho sentido medo ou pânico sem nenhuma razão justificável:
 - a) Nunca 0
 - b) Não, não muito 1

- | | |
|--|---|
| c) Sim, às vezes | 2 |
| d) Sim, frequentemente | 3 |
| 6) Tenho dificuldades em lidar com as coisas: | |
| a) Não, eu costumo enfrenta-as como de costume | 0 |
| b) Não, na maior parte do tempo eu consigo enfrentá-las | 1 |
| c) Sim, às vezes eu não consigo enfrentá-las | 2 |
| d) Sim, na maior parte do tempo eu não consigo enfrentá-las | 3 |
| 7) Eu me sinto tão infeliz que tenho dificuldades para dormir: | |
| a) Nunca | 0 |
| b) Raramente | 1 |
| c) Sim, às vezes | 2 |
| d) Sim, na maior parte do tempo | 3 |
| 8) Eu me sinto triste ou infeliz: | |
| a) Nunca | 0 |
| b) Raramente | 1 |
| c) Sim, às vezes | 2 |
| d) Sim, na maior parte do tempo | 3 |
| 9) Eu tenho me sentido tão infeliz que começo a chorar: | |
| a) Nunca | 0 |
| b) Apenas ocasionalmente | 1 |
| c) Sim, às vezes | 2 |
| d) Sim, na maior parte do tempo | 3 |
| 10) O pensamento de causar dano a mim mesmo ocorreu: | |
| a) Nunca | 0 |
| b) Raramente | 1 |
| c) Sim, às vezes | 2 |
| d) Sim, na maior parte do tempo | 3 |

ANEXO B- ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA PRÉ-NATAL (BRASIL, 2007).

I. História clínica (observar cartão da gestante)

- Identificação:
 - nome;
 - número do SISPRENATAL;
 - idade;
 - cor;
 - naturalidade;
 - procedência;
 - endereço atual;
 - unidade de referência.
 - Dados socioeconômicos;
 - Grau de instrução;
 - Profissão/ocupação;
 - Estado civil/união;
 - Número e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico);
 - Renda familiar;
 - Pessoas da família com renda;
 - Condições de moradia (tipo, nº de cômodos);
 - Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);
 - Distância da residência até a unidade de saúde;
 - Antecedentes familiares:
 - hipertensão arterial;
 - diabetes mellitus;
 - doenças congênitas;
 - gemelaridade;
 - câncer de mama e/ou do colo uterino;
 - hanseníase;
 - tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco);

- doença de Chagas;
- parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.
 - Antecedentes pessoais:
 - hipertensão arterial crônica;
 - cardiopatias, inclusive doença de Chagas;
 - diabetes mellitus;
 - doenças renais crônicas;
 - anemias;
 - distúrbios nutricionais (desnutrição, sobrepeso, obesidade);
 - epilepsia;
 - doenças da tireóide e outras endocrinopatias;
 - malária;
 - viroses (rubéola, hepatite);
 - alergias;
 - hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas;
 - portadora de infecção pelo HIV (em uso de retrovirais? quais?);
 - infecção do trato urinário;
 - doenças neurológicas e psiquiátricas;
 - cirurgia (tipo e data);
 - transfusões de sangue.
 - Antecedentes ginecológicos:
 - ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
 - uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
 - infertilidade e esterilidade (tratamento);
 - doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);
 - doença inflamatória pélvica;
 - cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
 - mamas (alteração e tratamento);
 - última colpocitologia oncótica (papanicolau ou “preventivo”, data e resultado).
 - Sexualidade:
 - início da atividade sexual (idade da primeira relação);
 - dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);

- prática sexual nesta gestação ou em gestações anteriores;
- número de parceiros da gestante e de seu parceiro, em época recente ou pregressa;
- uso de preservativo masculino ou feminino (uso correto? uso habitual?).
 - Antecedentes obstétricos:
 - número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
 - número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas – indicações);
 - número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento);
 - número de filhos vivos;
 - idade na primeira gestação;
 - intervalo entre as gestações (em meses);
 - isoimunização Rh;
 - número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
 - número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g;
 - mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos);
 - mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);
 - natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu);
 - recém-nascido com icterícia, transfusão, hipoglicemia, exsangüineotransfusões;
 - intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar);
 - complicações nos puerpérios (descrever);
 - história de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame).
 - Gestação atual:
 - data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar certeza ou dúvida);
 - peso prévio e altura;
 - sinais e sintomas na gestação em curso;
 - hábitos alimentares;
 - medicamentos usados na gestação;

- internação durante esta gestação;
- hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
- ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);
- aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente.

II. Exame físico

- **Geral:**

- determinação do peso e da altura;
- medida da pressão arterial (técnica no item 8.3);
- inspeção da pele e das mucosas;
- palpação da tireóide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
- ausculta cardiopulmonar;
- determinação da frequência cardíaca;
- exame do abdômen;
- exame dos membros inferiores;
- pesquisa de edema (face, tronco, membros).

- **Específico (gineco-obstétrico):**

- exame de mamas (realizar orientações para o aleitamento materno em diferentes momentos educativos, principalmente se for adolescente. Nos casos em que a amamentação estiver contra-indicada – portadoras de HIV/HTLV –, orientar a mulher quanto à inibição da lactação (mecânica e/ou química) e para a aquisição da fórmula infantil);
- palpação obstétrica e identificação da situação e apresentação fetal;
- medida da altura uterina;
- ausculta dos batimentos cardíacos fetais;
- inspeção dos genitais externos;
- exame especular:
 - a) inspeção das paredes vaginais;
 - b) inspeção do conteúdo vaginal;
 - c) inspeção do colo uterino;

d) coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer), quando houver indicação, e para a pesquisa de infecção por clamídia e gonococo, se houver sinais de inflamação e corrimento cervical mucopurulento;

– toque vaginal;

– o exame físico das adolescentes deverá seguir as orientações do *Manual de Organização de Serviços para a Saúde dos Adolescentes*.

III. Exames complementares

Na primeira consulta solicitar:

– dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht);

– grupo sanguíneo e fator Rh;

– sorologia para sífilis (VDRL): repetir próximo à 30^a semana;

--glicemia em jejum: repetir próximo à 30^a semana;

– exame sumário de urina (Tipo I): repetir próxima à 30^a semana;

– sorologia anti-HIV, com o consentimento da mulher após o “aconselhamento pré-teste” (ver item IV);

– sorologia para hepatite B (HBsAg, de preferência próximo à 30^a semana de gestação);

– sorologia para toxoplasmose (IgM para todas as gestantes e IgG, quando houver disponibilidade para realização).

Outros exames podem ser acrescentados a esta rotina mínima em algumas situações especiais:

– **protoparasitológico**: solicitado na primeira consulta, sobretudo para mulheres de baixa renda;

– **colpocitologia oncótica** (papanicolau), se a mulher não a tiver realizado nos últimos três anos ou se houver indicação;

– **bacterioscopia da secreção vaginal**: em torno da 30^a semana de gestação, particularmente nas mulheres com antecedente de prematuridade;

– **sorologia** para rubéola;

– **urocultura** para o diagnóstico de **bacteriúria assintomática**, em que exista disponibilidade para esse exame;

– **ultra-sonografia obstétrica** realizada precocemente durante a gestação nas unidades já estruturadas para isso, com o exame disponível.

ROTEIRO DAS CONSULTAS SUBSEQÜENTES

- Revisão da ficha pré-natal;
- Anamnese atual sucinta;
- Verificação do calendário de vacinação.

I. Controles maternos:

- cálculo e anotação da idade gestacional;
- determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal (IMC).
Anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional;
- medida da pressão arterial (observar a aferição da PA com técnica adequada);
- palpação obstétrica e medida da altura uterina. Anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal;
- pesquisa de edema;
- verificação dos resultados dos testes para sífilis (VDRL e confirmatório, sempre que possível) e, no caso de resultado positivo, o esquema terapêutico utilizado (na gestante e em seu parceiro), além do resultado dos exames (VDRL) realizados mensalmente para o controle de cura;
- avaliação dos outros resultados de exames laboratoriais.

II. Controles fetais:

- ausculta dos batimentos cardíacos;
- avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico.

III. Condutas:

- interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais com solicitação de outros, se necessários;
- tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamento, se necessário;

- prescrição de suplementação de sulfato ferroso (60mg de ferro elementar/ dia) e ácido fólico (5mg/dia);
- orientação alimentar;
- acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados (a mulher referenciada ao serviço especializado deverá continuar sendo acompanhada pela equipe da atenção básica);
- realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos (os grupos educativos para adolescentes devem ser exclusivos dessa faixa etária, abordando temas de interesse do grupo. Recomenda-se dividir os grupos em faixas de 10-14 anos e de 15-19 anos, para obtenção de melhores resultados);
- agendamento de consultas subseqüentes.

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DO GANHO DE PESO GESTACIONAL

Objetivo: avaliar e acompanhar o estado nutricional da gestante e o ganho de peso durante a gestação para:

- Identificar, a partir de diagnóstico oportuno, as gestantes em risco nutricional (baixo peso, sobrepeso ou obesidade), no início da gestação;
- Detectar as gestantes com ganho de peso baixo ou excessivo para a idade gestacional;
- Realizar orientação adequada para cada caso, visando à promoção do estado
- Nutricional materno, as condições para o parto e o peso do recém-nascido.

Atividade: Medida do peso e da estatura da gestante.

Avaliação do estado nutricional durante a gestação.

PUERPÉRIO

A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, depois do parto, deve ser incentivado desde o pré-natal e na maternidade.

Objetivos:

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;
- Avaliar o retorno às condições pré-gravídicas;
- Avaliar e apoiar o aleitamento materno;
- Orientar o planejamento familiar;
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- Avaliar interação da mãe com o recém-nascido;
- Complementar ou realizar ações não executadas no pré-natal.

Uma vez que boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal acontece na primeira semana após o parto, o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde deve acontecer logo nesse período. Os profissionais e os serviços devem estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a mulher e o recém-nascido na primeira semana após o parto, para instituir todo o cuidado previsto para a “Primeira Semana de Saúde Integral”.

“Primeira Semana de Saúde Integral” – ações a serem desenvolvidas

Acolhimento da mulher e do RN por profissional de saúde habilitado:

- Receber a mulher com respeito e gentileza e apresentar-se;
- Escutar o que ela tem a dizer, incluindo possíveis queixas e estimulando-a fazer perguntas;
- Informar sobre os passos da consulta e esclarecer dúvidas.

Consulta Puerperal Imediato

Anamnese

Verificar o cartão da gestante ou perguntar à mulher sobre:

- Condições da gestação;
- Condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
- Dados do parto (data; tipo de parto; se cesárea, qual a indicação);
- Se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh);
- Aconselhamento e realizou testagem para sífilis ou HIV durante a gestação e/ou parto;
- Uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, vitamina A, outros).

Perguntar como se sente e indagar sobre:

- Aleitamento (frequência das mamadas – dia e noite –, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas);
- Alimentação, sono, atividades;
- Dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre;
- Planejamento familiar (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência);
- Condições psicoemocionais (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros);
- Condições sociais (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para atendimento de necessidades básicas).

Avaliação clínico-ginecológica:

- Verificar dados vitais;
- Avaliar o estado psíquico da mulher;
- Observar estado geral: pele, mucosas, presença de edema, cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesárea) e membros inferiores;

Examinar mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;

- Examinar abdômen, verificando a condição do útero e se há dor à palpação;
- Examinar períneo e genitais externos (verificar sinais de infecção, presença e características de lóquios);
- Verificar possíveis intercorrências: alterações emocionais, hipertensão, febre, dor embaixo ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos. No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicitar avaliação médica imediata, caso o atendimento esteja sendo feito por outro profissional da equipe;
- Observar formação do vínculo mãe-filho;
- Observar e avaliar a mamada para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola. O posicionamento errado do bebê, além de dificultar a sucção, comprometendo a quantidade de leite ingerido, é uma das causas mais frequentes de problemas nos mamilos. Em caso de ingurgitamento

mamário, mais comum entre o terceiro e o quinto dia pós-parto, orientar quanto à ordenha manual, armazenamento e doação do leite excedente a um Banco de Leite Humano (caso haja na região);

- Identificar problemas/necessidades da mulher e do recém-nascido, com base na avaliação realizada.

Condutas

- Orientar sobre:
 - higiene, alimentação, atividades físicas;
 - atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/Aids;
 - cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);
 - cuidados com o recém-nascido;
 - direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas).
- Orientar sobre planejamento familiar e ativação de método contraceptivo, se for o caso:
 - informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
 - explicação de como funciona o método da LAM (amenorréia da lactação);
 - se a mulher não deseja, ou não pode usar a LAM, ajudar na escolha de outro método;
 - disponibilização do método escolhido pela mulher com instruções para o uso, o que deve ser feito se esse apresentar efeitos adversos e instruções para o seguimento.

CONSULTA PUERPERAL TARDIO (ENTRE 30 E 42 DIAS)

Atividades

Caso a mulher e o recém-nascido já tenham comparecido para as ações da primeira semana de saúde integral, realizar avaliação das condições de saúde da mulher e do recém-nascido; registro das alterações; investigação e registro sobre amamentação, retorno da menstruação e atividade sexual; realização das ações educativas e condução das possíveis intercorrências.

Passos para a consulta:

- Escutar a mulher, verificando como se sente, suas possíveis queixas, e esclarecendo dúvidas,
- Realizar avaliação clínico-ginecológica, incluindo exame das mamas;
- Avaliar o aleitamento;
- Orientar sobre:
 - higiene, alimentação, atividades físicas;
 - atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/Aids;
 - cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);
 - cuidados com o recém-nascido;
 - direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas).
 - Orientar sobre planejamento familiar e ativação de método contraceptivo se for o caso:
 - informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
 - explicação de como funciona o método da LAM (amenorréia da lactação);
 - se a mulher não deseja, ou não pode usar a LAM, ajudar na escolha de outro método; disponibilização do método escolhido pela mulher com instruções para uso, o que deve ser feito se este apresentar efeitos adversos e instruções para o seguimento.
 - Tratar de possíveis intercorrências.

Caso a mulher não tenha comparecido para consulta na primeira semana após o parto, realizar as ações previstas para a “Primeira Semana de Saúde Integral” (BRASIL, 2005).

ANEXO B.1 - ROTEIRO PARA A 1ª CONSULTA PRÉ-NATAL (MINAS GERAIS, 2006).

I- História Clínica

Identificação: idade, cor, naturalidade, procedência e endereço atual;

Gestação Atual:

- Data da última menstruação – DUM: dia, mês e ano (certeza ou dúvida);
- Data provável do parto – DPP;
- Sinais e sintomas da gestação em curso;
- Hábitos atuais – fumo, álcool e drogas ilícitas;
- Medicamentos usados durante a gestação;
- Ocupação habitual – esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos à gestação, estresse.

Antecedentes Obstétricos:

- Nº de gestações – identificar e registrar se houve problemas anteriores, como aborto, gravidez ectópica e mola hidatiforme;
- Nº de partos – domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas e indicações;
- Nº de abortamentos – espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento;
- Nº de filhos vivos;

Idade da 1ª gestação;

- Intervalo entre as gestações;
- Nº de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana) ou pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
- Nº de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500 g) e com mais de 4.000 g;
- Mortes neonatais precoces – até 7 dias de vida (nº e motivos de óbitos);
- Mortes neonatais tardias – entre 7 e 28 dias de vida (nº e motivos de óbitos);
- Natimortos – morte intra-útero e idade gestacional em que ocorreu;
- Identificar e especificar se houve intercorrências ou complicações em gestações anteriores;

- Identificar e descrever se houve complicações nos puerpérios anteriores;
- Registrar o intervalo entre o final da última e o início da gestação atual.

Antecedentes Ginecológicos:

- Métodos anticoncepcionais – quais? Quanto tempo? Motivo do abandono?;
- Pesquisar se houve tratamento para infertilidade e esterilidade;
- Pesquisar doenças sexualmente transmissíveis (DST), teste realizados, inclusive puerpério;
- Identificar se realizou cirurgias ginecológicas – idade e motivo;
- Identificar patologias mamárias – quais e tratamento;
- Pesquisar a última citologia oncótica (Papanicolaou) – data e resultado.

História Pregressa Pessoal:

- Pesquisar doenças crônicas e agudas passadas.

Antecedentes Familiares:

- Pesquisar doenças como hipertensão arterial, diabetes e outras.

II- Exame Físico

Geral:

- Peso e estado nutricional;
- Estatura;
- Frequência cardíaca materna;
- Temperatura axilar;
- Pressão arterial – PA;
- Inspeção da pele e mucosas;
- Palpação da tireóide;
- Ausculta cardiopulmonar;
- Exame do abdome;
- Palpação dos gânglios inguinais;
- Exame dos membros inferiores;
- Pesquisa de edema – face, tronco e membros.

Gineco-Obstétrico:

- Exame das mamas;

- Medida da altura uterina;
 - Ausculta dos batimentos cardíacos fetais – BCF;
 - Inspeção dos genitais externos;
 - Exame especular;
- Inspeção das paredes vaginais;
- Inspeção do conteúdo vaginal;
- Inspeção do colo uterino;
- Coleta de material para citologia oncológica, caso a última tenha sido há mais de 1 ano;
- Teste de Schiller;
- Toque vaginal;
- Outros exames necessários.

III-Exames Laboratoriais

- Grupo sanguíneo e fator RH;
- Coombs indireto, se necessário;
- Hemograma;
- Glicemia jejum;
- VDRL;
- Toxoplasmose;
- Urina rotina;
- Urocultura;
- Colpocitologia oncológica;
- Teste anti HIV, após aconselhamento e consentimento da paciente;
- HBsAg.

Ações Complementares:

- Referência para atendimento odontológico;
- Referência para vacinação antitetânica, quando a gestante não estiver imunizada;
- Registro dos dados da consulta no Cartão da Gestante e no prontuário;
- Registro da consulta na Ficha de Atendimento Diário do SISPRENATAL;
- Agendamento de consultas subsequentes.

Roteiro para Consultas Subseqüentes

Revisão da ficha perinatal e anamnese atual;

Cálculo e anotação da idade gestacional;

Controle do calendário de vacinação;

Exame físico geral e gineco-obstétrico:

- Determinação do peso;
- Calcular o ganho de peso – anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional;
- Medida da pressão arterial;
- Inspeção da pele e das mucosas;
- Inspeção das mamas;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina – anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal;
- Ausculta dos batimentos cardíacos;
- Pesquisa de edemas;
- Toque vaginal, exame especular e outros, se necessário.

Interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros se necessários;

Solicitar glicemia de jejum, VDRL e urina rotina na 30ª semana;

Acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados;

Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos;

Registro dos dados da consulta no Cartão da Gestante e no prontuário;

Todas as consultas deverão ser registradas na Ficha de Atendimento Diário do SISPRENATAL;

Agendamento de consultas subseqüentes.

Avaliação Nutricional da Gestante

Deve-se aferir o peso em todas as consultas de pré-natal, com a gestante usando roupa leve e descalça;

Na primeira consulta a estatura também deve ser medida. A gestante deve estar em pé descalça, com os calcanhares juntos, o mais próximo possível da haste vertical da balança, erguida, com os ombros para trás e olhando para frente;

O ganho de peso da gestante será avaliado tomando como referência o Gráfico de Peso/Idade Gestacional que apresenta os limites máximo – P 90 – e mínimo – P 25 – para cada idade gestacional;

Para avaliação, recomenda-se:

- Confirmar a idade gestacional;
- Diminuir do peso atual da gestante o peso pré-gravídico, obtendo-se o aumento de peso para essa idade gestacional;
- Registrar esse valor no Gráfico de Peso/Idade Gestacional;
- Nas consultas subseqüentes, interligar os pontos marcados, obtendo-se um traçado cuja inclinação pode auxiliar na avaliação nutricional da gestante;

O Acompanhamento do Crescimento Fetal

- Em todas as consultas de pré-natal, o profissional deve verificar a altura uterina, procedimento que permite o acompanhamento do crescimento fetal, a detecção de desvios e a orientação de condutas apropriadas;
- Quando os dados da amenorréia são confiáveis e se descarta a possibilidade de feto morto e oligoâmnio, a medida da altura uterina permite diagnosticar o crescimento intra-uterino retardado com uma sensibilidade de 56% e uma especificidade de 91%. Permite ainda o diagnóstico de macrosomia fetal, quando excluídas a gravidez gemelar, o polidrâmnio e miomatose uterina;
- A medida é feita usando uma fita métrica flexível e não extensível, com a grávida em decúbito dorsal. A extremidade da fita métrica é fixada na margem superior da sínfise púbica com uma mão, deslizando a fita entre os dedos indicador e médio da outra mão pela linha mediana do abdome até alcançar o fundo do útero com a margem cubital dessa mão. Fazer a leitura em centímetros e anotar a medida no cartão e no gráfico;
- Os valores de referência podem ser encontrados na Curva da Altura Uterina/Idade Gestacional que apresenta como limite de normalidade os percentis 10 e 90;

- A cada consulta, o valor encontrado deve ser anotado no gráfico e, nas consultas subseqüentes, unido à marca precedente, formando o traçado do aumento do tamanho do útero.

As Consultas Puerperais

Devem ser realizadas nas Unidades Básicas de Saúde: a primeira entre 7 e 10 dias e a segunda entre 30 e 40 dias;

Quando a gestação foi de risco habitual, a consulta pode ser realizada pelo médico ou pela enfermeira da equipe do PSF;

Se a gestação foi de alto risco, a consulta deve ser realizada no serviço de referência;

Na primeira consulta (puerpério precoce) deve-se:

- Realizar exame clínico-ginecológico;
- Avaliar as condições maternas e detectar possíveis complicações puerperais;
- Fazer o controle das patologias manifestadas durante a gestação (síndrome hipertensiva, anemia, etc);
- Averiguar se a amamentação ocorre normalmente e incentivar a sua continuidade, fornecendo orientações;
- Vacinar a puérpera contra Rubéola, se ela for susceptível.

Na consulta puerperal tardia.

- Realizar exame clínico-ginecológico completo;
- Avaliar as condições maternas;
- Averiguar se a amamentação ocorre normalmente;
- Completar as doses de vacina antitetânica, se necessário;
- Prescrever o método de planejamento familiar escolhido pela paciente.

Atribuições dos Profissionais de Saúde--Assistência ao Pré-Natal e Puerpério

- Captação precoce da gestante: toda a equipe de saúde, com ênfase para o agente comunitário de saúde.

- Diagnóstico de gravidez: médico e o enfermeiro.
- Consultas de pré-natal: médico e o enfermeiro.
- Classificação de risco gestacional: médico e enfermeiro.
- Solicitação de exames laboratoriais preconizados no Protocolo: médico, enfermeiro.
- Informação/orientação em saúde: equipe de saúde.
- Solicitações de exames complementares: médico.
- Prescrição de medicamentos somente o médico.
- Indicação de vacinação antitetânica: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem de preferência mediante cartão de vacinação.
- Visita domiciliar: equipe de saúde.
- Registro no Cartão da Gestante e ficha perinatal: equipe de saúde (MINAS GERAIS, 2006).

ANEXO C- OS RISCOS DOS ANTIDEPRESSIVOS E BENZODIAZEPÍNICOS NA GRAVIDEZ E LACTAÇÃO - TABELA 1.

Tabela 1 - Segurança para uso de antidepressivos e benzodiazepínicos durante a gestação e amamentação		
Medicamentos	Categoria de risco na gravidez ^A	Compatibilidade com a amamentação
Antidepressivos		
Sertralina	C	Provavelmente compatível
Fluoxetina	C	Evitar, se possível
Paroxetina	C	Provavelmente compatível
Citalopram	C	Provavelmente compatível
Fluoxetina	C	Provavelmente compatível
Venlafaxina	B2	Provavelmente compatível
Mirtazapina	B3	Dados insuficientes
Nefazodona	B3	Dados insuficientes
Bupropiona	B2	Pode ser admitido. Baixas concentrações
Mianserina	B2	Dados insuficientes
Moclobemida	B3	Compatível
Tranilcipromina	B2	Dados insuficientes
Imipramina	C	Compatível
Amitriptilina	C	Compatível
Clomipramina	C	Compatível
Benzodiazepínicos		
Diazepam	C	Compatível em dose elevada
Lorazepam	C	Compatível em dose elevada
Alprazolam	C	Compatível em dose elevada
Oxazepam	C	Compatível em dose elevada
Clonazepam	C	Compatível em dose elevada
Nitrazepam	C	Compatível em dose elevada
Buspirona	B1	Dados insuficientes

A: Medicamentos utilizados por um grande número de gestantes sem aumento comprovado nas taxas de malformações ou outros efeitos diretos ou indiretos no feto. B1: Medicamentos utilizados por um número limitado de gestantes sem aumento nas taxas de malformações ou efeitos diretos ou indiretos sobre o feto. Estudos com animais negativos para aumento da ocorrência de males fetais. B2: Ausência ou investigações inadequadas com animais. Os dados disponíveis não mostram aumento de dano fetal. B3: Estudos com animais evidenciam aumento de dano fetal, com significância incerta em humanos. C: Drogas que, em decorrência de seus efeitos farmacológicos, causam ou suspeita-se que causem efeitos danosos provavelmente reversíveis, mas sem causar malformação fetal. D: Drogas que causaram, suspeita-se que cause ou pode-se esperar que cause malformações fetais ou danos irreversíveis. X: Drogas que têm alto risco de causar prejuízo irreversível ou malformação e que estão contra-indicadas na gestação ou na suspeita de gestação (Adaptado de Michelon & Vallada (2005)(46)).

ANEXO C.1- NÍVEIS DE SEGURANÇA PARA USO DE ANTIDEPRESSIVOS E BENZODIAZEPÍNICOS NA GRAVIDEZ E AMAMENTAÇÃO. (TABELA 2)

Tabela 9 - Níveis de segurança para o uso de antidepressivos e benzodiazepínicos na gravidez e amamentação

Fármaco	*Categoria de risco na gravidez	Compatibilidade com a amamentação
Antidepressivos		
Sertralina	C	Provavelmente compatível
Fluoxetina	C	Evitar se possível
Paroxetina	C	Provavelmente compatível
Citalopram	C	Provavelmente compatível
Fluvoxamina	C	Provavelmente compatível
Venlafaxina	B2	Provavelmente compatível
Mirtazapina	B3	Dados insuficientes
Nefazodona	B3	Dados insuficientes
Bupropiona	B2	Pode ser admitido. Muito baixas concentrações no leite
Mianserina	B2	Dados insuficientes
Moclobemida	B3	Compatível
Tranilcipromina	B2	Dados insuficientes
Imipramina	C	Compatível
Amitriptilina	C	Compatível
Clomipramina	C	Compatível
Ansiolíticos		
Diazepam	C	Compatível em dose isolada. Cuidado com uso crônico
Lorazepam	C	Compatível em dose isolada. Cuidado com uso crônico
Alprazolam	C	Compatível em dose isolada. Cuidado com uso crônico
Oxazepam	C	Compatível em dose isolada. Cuidado com uso crônico
Clonazepam	C	Compatível em dose isolada. Cuidado com uso crônico
Nitrazepam	C	Compatível em dose isolada. Cuidado com uso crônico
Buspirona	B1	Dados insuficientes
Propranolol	C	Compatível

*A: Drogas tomadas por um grande número de gestantes sem nenhum aumento comprovado da frequência de malformações ou outros efeitos diretos ou indiretos no feto. B1: Drogas tomadas por um número limitado de gestantes sem aumento da frequência de malformações ou efeitos diretos ou indiretos sobre o feto. Estudos com animais negativos para aumento da ocorrência de males fetais. B2: Ausência ou estudos inadequados com animais. Os dados disponíveis não evidenciam aumento de dano fetal. B3: Estudos com animais evidenciam aumento de dano fetal, com significância incerta em humanos. C: Drogas que, em decorrência de seus efeitos farmacológicos, causam ou suspeita-se que causem efeitos danosos provavelmente reversíveis, mas sem causar malformação fetal. D: Drogas que causaram, suspeita-se que cause ou pode-se esperar que cause malformações fetais ou danos irreversíveis. X: Drogas que têm alto risco de causar prejuízo irreversível ou malformação e que estão contra-indicadas na gravidez ou na suspeita de gravidez. Dados da tabela baseados em Dodd et al., 2006.