



AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA À MULHERES COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO HOSPITAL ESPECIALIZADO AUGUSTO NGANGULA NO III TRIMESTRE DE 2019

Pedro António dos Santos Magalhães, Pedivaldo Cláve Francisco, Geraldo Gaspar, Idalina Pereirinha Amaro, Adelaide Preciosa Livulo Leandro dos Santos Magalhães, Stanislau Palhares Félix, Boace Candido Boaventura, João Vasco Barroso, Mayingue Cortezão.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n11p1400-1442>

Artigo recebido em 8 de Outubro e publicado em 18 de Novembro de 2025

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

A depressão é uma condição médica comum geralmente associada a incapacidade funcional e comprometimento da saúde física e mental da pessoa. Envolve aspectos afectivos, cognitivos e neurovegetativos. Nos dias de hoje a depressão através do número elevado de mulheres com este diagnóstico tem se apresentado como um problema de saúde pública. **Objectivo Geral:** Avaliar a assistência de enfermagem prestada às mulheres com Depressão pós-parto no Hospital Especializado Augusto Ngangula. **Metodologia:** recorreu-se a um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa, aplicada numa amostra de 27 profissionais de enfermagem. Sobre os resultados, os aspectos sociodemográficos apontaram 78% para o género feminino, a maioria dos profissionais de enfermagem (37%), têm 41-50 anos e por fim, 59% são solteiros. De igual forma, os resultados revelaram que 37% afirmam que a perda do bebé durante o parto é a principal causa da depressão pós-parto. Quanto aos procedimentos em situação de depressão pós-parto no campo estudado, a maior parte (37%) acha informar ao médico como a melhor via. **Conclusão:** base aos resultados obtidos, conclui-se que, a assistência de enfermagem prestada às mulheres com Depressão pós-parto no Hospital Especializado Augusto Ngangula, estão dentro dos padrões modernos aceites internacionalmente, porque ao longo de tal processo, observa-se as causas, faz-se o acompanhamento do quadro da depressão, e por fim informa-se ao médico para o devido seguimento.

Palavras-chave: Avaliação; Assistência de Enfermagem; Depressão Pós-parto.



ABSTRACT

Depression is a common medical condition generally associated with functional disability and impairment of a person's physical and mental health. It involves affective, cognitive, and neurovegetative aspects. Nowadays, depression, due to the high number of women diagnosed with it, has become a public health problem. General Objective: To evaluate the nursing care provided to women with postpartum depression at the Augusto Ngangula Specialized Hospital. Methodology: A cross-sectional descriptive study with a qualitative-quantitative approach was used, applied to a sample of 27 nursing professionals. Regarding the results, the sociodemographic aspects showed that 78% were female, the majority of nursing professionals (37%) were 41-50 years old, and finally, 59% were single. Similarly, the results revealed that 37% stated that the loss of the baby during childbirth was the main cause of postpartum depression. Regarding procedures in situations of postpartum depression in the studied setting, the majority (37%) considered informing the doctor to be the best course of action. Conclusion: Based on the results obtained, it is concluded that the nursing care provided to women with postpartum depression at the Augusto Ngangula Specialized Hospital is within internationally accepted modern standards, because throughout this process, the causes are observed, the depression is monitored, and finally, the physician is informed for appropriate follow-up.

Keywords: Evaluation; Nursing Care; Postpartum Depression.

Instituição afiliada – Universidade Jean Piaget de Angola

Autor correspondente: *Pedro António dos Santos Magalhães,*
pedroantoniiodossantosmagalhaes@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

Como sabemos, desde sempre a transição para a maternidade que demarca o período compreendido entre o início da gravidez e os primeiros meses após o nascimento do bebê, é visto por todas as pessoas, com maior realce para as mulheres como um período marcado por grandes mudanças biológicas, psicológicas e interpessoais, e pela aprendizagem de novas competências, associadas ao desempenho dos novos papéis e tarefas (Canavarro, 2009).

Desta forma, ao considerarmos que o nascimento de um bebê é um acontecimento culturalmente celebrado e estar habitualmente associado a sentimentos de alegria e satisfação, surge a maternidade como um stressor psicossocial cujas exigências podem precipitar a ocorrência/recorrência de perturbações de saúde mental, tal como é o caso da depressão pós-parto (O'Hara, 2009).

Vendo de outra perspectiva, podemos observar que, se a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde [OMS] inclui o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença e enfermidade, então podemos perceber que, no período pós-parto, as perturbações de humor com destaque a Depressão Pós-Parto [DPP], são vistas como as desordens mais frequentes (Riecher-Rossler & Hofecker, 2003).

Júnior et al., (2014, p.562), afirmam que *«a depressão é condição médica comum geralmente associada a incapacidade funcional e comprometimento da saúde física e mental da pessoa. Envolve aspectos afectivos, cognitivos e neurovegetativos»*.

De certo modo, para que haja uma avaliação da assistência de enfermagem satisfatória no caso de mulheres com DPP, Silva, Garanhani e Peres (2015, p.60), afirmam que *«a utilização de um instrumento científico garante ao profissional a qualificação do gerenciamento do cuidado e o planeamento de suas actividades, além de servir como guia para suas acções»*.

Ainda para a compreensão do presente trabalho, Teixeira et al. (2015), citados por Ramos, Martins, Pessoa, Machado & Noronha (2018), fazem perceber que:

No pós-parto, a mulher pode apresentar maior risco para problemas de ordem física, mental e social. Atingindo também a família e a criança, sendo manifestados, muitas vezes, por: dores/incómodos; medos/preocupações; percalços sexuais; redução da auto-estima e do cuidado pessoal; dificuldades internacionais com familiares e/ou com o filho; depressão e outros.



Contudo, tal como demostram os autores, entende-se que, depois do parto é possível que a mulher apresente alguns problemas de saúde que afectam o seu aspecto físico, psicológico e socialmente, visto que suas manifestações são diversas, tais como dores, estar preocupada, reduzir o auto-estima, e, entre outras. Para tal, a assistência de enfermagem a estas mulheres torna-se necessária em todos os sentidos.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Segundo Kauark et al., (2010, p. 50), entende que «o problema é a mola propulsora de todo o trabalho de pesquisa. Depois de definido o tema, levanta-se uma questão para ser respondida através de uma hipótese, que será confirmada ou negada através do trabalho de pesquisa».

No seio da nossa sociedade encontramos a falta de humanismo, e esta por sua vez tem se verificado dentro das unidades hospitalares através do relato verbal das pacientes gestantes onde dizem que não foram bem tratadas pelos profissionais, foram gritadas, pois muitas das vezes fica a ideia que as pacientes precisam apenas de fármacos, mas atenção é essencial. Muitas das mulheres também trazem consigo problemas dentro dos seus relacionamentos, trabalho ou ainda seio familiar, pois quando não são bem acolhidas podem desenvolver complicações e uma delas é a depressão pós-parto.

Desta maneira, levantamos nesta pesquisa a seguinte indagação:

Qual é a assistência de enfermagem prestada a mulheres com Depressão pós-parto no Hospital Especializado Augusto Ngangula?

OBJECTIVOS DO ESTUDO

Podemos entender através das palavras de Moura (2015), que numa pesquisa os objectivos são as metas que se deseja alcançar. E, estas, independentemente dos tipos, mas pelas etapas de alcance, podem ser menos abrangente – atingem-se no decorrer da pesquisa; e mais abrangente, amplo – alcançando-se no final da pesquisa.

Objectivo Geral

Avaliar a assistência de enfermagem prestada às mulheres com Depressão pós-parto no



Hospital Especializado Augusto Ngangula.

Objectivos específicos

- 1- Caracterizar a amostra segundo a idade, género, categoria profissional e tempo de serviço.
- 2- Descrever os cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem a mulheres com Depressão pós-parto no Hospital Especializado Augusto Ngangula.

IMPORTÂNCIA DO ESTUDO

Como se sabe a enfermagem está directamente ligada à prestação de serviços onde existem pessoas precisando de cuidados para a promoção e reabilitação do seu bem-estar completo. Esses cuidados como estendem-se nos mais variados e elevados níveis de cuidados, tornou-se assim imprescindível escolher para abordar sobre o presente tema devido a várias situações que as mulheres gestantes e conseqüentemente puérpera passam durante as fases de gestação e pós-parto.

De igual modo, escolheu-se esse tema porque precisa-se reflectir sobre a forma dos cuidados e assistência dos profissionais de enfermagem prestados as mulheres atendidas na unidade sanitária em estudo.

Por outro, a importância da presente temática está nos benefícios que ela trará, pois a nível científico, contribuirá na apresentação de teorias científicas sobre a assistência de enfermagem prestada às mulheres com Depressão pós-parto e pode servir de pesquisa para estudos posteriores em torno do assunto.

Entretanto, a nível social ajudará na compreensão dos mecanismos que estão por detrás deste mal, no intuito de se precaverem com base aos melhores padrões contemporâneos, porquanto, como sabe-se que o melhor método de profilaxia é a prevenção. De certo, a nível institucional – do Hospital Especializado Augusto Ngangula, oferecerá exaustivas reflexões sobre os cuidados prestados pelos Profissionais de Enfermagem às mulheres com Depressão pós-parto, para desta forma auto-avaliarem as suas acções diante de quadros clínicos de depressão pós-parto e poderem mudar de paradigmas dos cuidados prestados, caso for necessário.



Ou seja ainda, estamos certos de que, por intermédio do conhecimento desta temática oferecido na presente pesquisa, não-de ser desenvolvidas fortes estratégias para o melhoramento da prática assistencial de enfermagem à pacientes com DPP, uma vez que concebem-se como relevante, agrupar pensamentos e ideias que apontem para uma assistência de enfermagem mais individualizada para a puérpera com DPP, atentando para o aconselhamento racional e humanizado, assim como de verificar a importante actuação do enfermeiro diante deste problema psicofísico.

DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Procuramos delimitar o presente estudo para se não ter conclusões ambíguas. Dessa maneira, a presente pesquisa está limitada apenas aos conhecimentos e assistência de enfermagem prestada as mulheres com depressão pós-parto. Delimitamos espacialmente o referido estudo, aos profissionais de enfermagem efectivos e colaboradores indecentemente da categoria profissional, no Hospital Especializado Augusto Ngangula, em Luanda – Angola, durante o III trimestre de 2019.

DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

Com o intuito de poder tornar melhor e mais eficiente a comunicação desta pesquisa, definimos e conceituamos basicamente seis termos, cujo conhecimento torna-se imprescindível para a compreensão do tema de pesquisa.

Segundo Duarte (2011, p. 121), a **avaliação** é definida como:

A forma de estimar um número, valor, qualidade, quantidade ou importância de uma coisa, produção ou trabalho. Verificação sistemática da potencialidade planejada para uma organização em relação à sua produtividade. Comparar o resultado em relação ao planejado para verificar se os objectivos foram conseguidos.

Segundo Ferreira (2004), **assistência** significa: « (1) Acto ou efeito de assistir; (2) Presença actual; (3) Protecção, amparo, arrimo; (4) Auxílio, ajuda; (5) Socorro médico».

Na categoria gramatical, a expressão **enfermagem** é substantivo feminino, e pode-se também conceituar literalmente como sendo «a arte ou função de cuidar de enfermos,



acidentados, idosos, etc., dispensando cuidados especializados, ministrando medicamentos e tratamentos» (Ferreira, 2004, p.10).

A **«assistência da Enfermagem baseia-se em conhecimentos científicos e métodos que definem sua implementação. Dando origem, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), que é uma forma planejada de prestar cuidados aos pacientes»** (Brasil, 2003, p.35).

A **depressão** «consiste no acto de deprimir-se; abaixamento de nível resultante de pressão ou de peso; baixa de terreno; diminuição, redução» (Ferreira, 2004, p.24).

Segundo Doron e Parot (2001, p. 214), «etimologicamente, a palavra depressão tem origem do francês **dépression**, do inglês **depression** – é uma das patologias mais antigas e mais frequentes, aonde a melancolia continua a ser o quadro mais típico».

Parto é o «acto de dar a luz a uma criança, aonde normalmente o bebé é expelido do corpo da mãe mais ou menos no final da 40ª semanas de gravidez» (Guimares, 2002, p. 346).

«**Pós-parto** é «todo aquele período estabelecido desde ou após nascimento da criança indo. Também chamado de puerpério – “as seis semanas que se seguem depois do parto» (Guimares, 2002, p.382).

Depressão Pós-Parto (DPP) é considerada «um transtorno mental de alta prevalência, que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Inicia-se de maneira insidiosa, levando até semanas após o parto» (Carneiro et al., 2016, p. 1).

METODOLOGIA

MODO DE INVESTIGAÇÃO

Para a realização deste estudo, fez-se o uso do estudo Descritivo Transversal, com abordagem quantitativa.

2.2. VARIÁVEIS

Foi eleito neste estudo, uma variável dependente e outra independente



Variável independente: Depressão pós-parto

Variáveis dependentes: Área actual de serviço, Tempo de serviço, Categoria profissional

2.4 OBJECTO DE ESTUDO

2.4.1 População

Segundo Vianello (2011, p. 49), um «*outro ponto importante que deve ser esclarecido na metodologia, diz respeito a informações detalhadas sobre universo e amostra da pesquisa*». Neste caso, o universo ou população é o todo, já a amostra é a parte deste todo.

Assim, a total população do nosso estudo é de 40 profissionais de enfermagem que lidam directamente com as gestantes no Hospital Especializado Augusto Ngangula no III Trimestre de 2019.

2.4.2 Amostra

Baseando-se no tipo de amostra existente, a usada nesse estudo é a amostra probabilística simples, aplicada a um total de 27 (vinte e sete) profissionais de enfermagem do Hospital Especializado Augusto Ngangula no III Trimestre de 2019.

2.4.3 Critérios de inclusão

Para a pesquisa em causa, foram incluídos para o efeito, todos os profissionais de enfermagem que lidam directamente com as gestantes no HGAN e que se fizeram presentes na hora da recolha dos dados.

2.4.4 Critérios de exclusão

Em termos de exclusão, foram excluídas do estudo, todos os profissionais de enfermagem que lidaram directamente com as gestantes no HGAN e que não se fizeram presentes na hora da recolha dos dados.

2.5 INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO

Neste ponto, como sabe-se, identificamos e distinguimos as técnicas e os instrumentos utilizados para a colecta dos nossos dados. Para esta pesquisa usamos um questionário composto por perguntas abertas e fechadas.

Utilizamos também um termo de consentimento livre e informado para esclarecer nossa amostra sobre o tipo de estudo que se pretendia.

2.6 PROCESSAMENTO E TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO



Para a elaboração desta pesquisa, o processo de informação foi possível através da utilização de recursos a estatística descritiva, a análise de conteúdo ou a de discursos, dentre outras. Para tal efeito, fez-se o uso do processamento das informações por intermédio do Aplicativo Microsoft Office 2013, para digitação e organização do estudo; Microsoft Excel e SSPS – para a formação, inserção e implantação dos dados por intermédio dos gráficos e tabelas, e, por fim, o Microsoft Powerpoint – no caso da apresentação em slides para projecção deste estudo.

REVISÃO DE LITERATURA

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO MUNDIAL DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Os estudos de Martinez *et al.*, (2016), citados pelos autores Ramos, Martins, Pessoa, Machado e Noronha (2018), afirmam que durante o pós-parto, a condição psiquiátrica mais comum é a depressão pós-parto (DPP), um problema de saúde pública de escala mundial. Para estes autores, apesar de uma proporção significativa das mães, enquanto usuárias da atenção primária de saúde (APS), apresentem para tal alto risco, ainda sim os transtornos depressivos geralmente não são detectados ou tratados, apesar da disponibilidade de tratamentos eficazes.

A revisão bibliográfica contada por Tolentino, Maximino e Souto (2016, p. 62), citando Leung, (2005), demonstra que:

A DPP ocorre em todo o mundo, conforme a região e o instrumento de mensuração, e como sabe-se, a sua incidência varia de 10% a 20%, na proporção de um caso para 1.000 mães. No Brasil, um artigo divulgado em 2006, destacou uma prevalência de 19,1%. Outra publicação anterior, desenvolvida em São Paulo-SP, em 2005, identificou uma prevalência de 37,1% em uma amostra de 70 puérperas.

Frente a citação acima descrita, retém-se dos autores que, a depressão pós-parto é uma situação que pode ser vivenciada por qualquer pessoa, independentemente da região em que se encontrar, porém se for calculada por áreas, as taxas poderão sofrer variações.

1.2 HISTÓRIA – OS PRIMEIROS RELATOS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Fazer abordagem contextual mundial da história da depressão pós-parto, remete-nos a buscar do passado, relatos primeiros que marcaram o aparecimento da depressão. Desta forma, torna-nos oportuno enfatizar que:

A depressão surgiu desde a antiguidade, onde sentimentos negativos se tornavam tão fortes e constantes que incapacitavam o indivíduo para actividades cotidianas. Hipócrates, um médico grego considerado actualmente o “pai da medicina”, usava o termo “melancolia” para esse distúrbio, isso a cerca de 400 a.C. (Tolentino, Maximino & Souto, 2016, p. 60).

Contudo, parece não haver uma data fixa pela literatura de quando surgiram os primeiros relatos de aparecimento da depressão pós-parto. Não obstante, para Barbosa e Ângelo (2016, p. 257), citando Zinga, Phillips e Born, 2005), estima-se que:

Nos últimos vinte anos, tem havido um crescente reconhecimento de que para algumas mulheres, a gravidez e o pós-parto podem ser acompanhados de muitos transtornos, em particular pela depressão e esse conhecimento segue no sentido contrário ao da crença popular amplamente difundida de que é um período de alegria para todas as mulheres.

Segundo Solomon (2002) *apud* Tolentino, Maximino e Souto (2016), etimologicamente, a expressão depressão deriva da palavra **melancolia** que vem do grego **melano chole**, significando bilis negra.

Assim, o mesmo autor acrescenta ainda que, primeiramente, o termo depressão foi inicialmente utilizado no idioma inglês para descrever o desânimo, a falta de entusiasmo e predisposição para a realização de actividades em geral por algumas pessoas em 1660, e entrou para o uso comum em meados do século XIX.

Actualmente, «a depressão pós-parto (DPP) é considerada como uma patologia proveniente de factores relacionados ao sofrimento biopsicossocial, muitas vezes, não podendo ser controlada, actuando de forma implacável ao seu surgimento» (Tolentino, Maximino & Souto 2016, p. 61-62).

Ao ser analisada a posição acima, observa-se que a depressão pós-parto é vista como uma doença que está relacionada aos factores que causam sofrimento na dimensão, biológica,

mental e social do individuo, porem se não for controlada a sua actuação no organismo será de forma severa.

1.3 EPIDEMIOLOGIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), «no ano de 2004 a depressão foi considerada a terceira causa de morbidade no mundo, podendo ser a primeira em 2030» (Hartmann, Mendoza-Sassi & Cesar, 2017, p.2).

Os mesmos autores, citando Brito (2015), afirmam que no período gestacional, a depressão apresenta grande variação em sua prevalência entre os países, sendo maior naqueles menos desenvolvidos.

Segundo Fonseca e Canavarro (2013, p. 6), «os estudos epidemiológicos da DPP sofrem de algumas limitações metodológicas, que se devem sobretudo ao facto de a DPP não ser uma categoria de diagnóstico claramente definida». Desta claridade, no entender das autoras, corresponderiam a uma inconsistência na definição da duração do período pós-parto, que pode vir a oscilar entre os intervalos de 4 semanas e 12 meses pós-parto, consequentemente.

«Pesquisas apontam que a Depressão afecta duas vezes mais as mulheres do que os homens e é a principal causa de incapacidade entre as mulheres. Os anos reprodutivos (18-44 anos) são um período de particular vulnerabilidade» (O'Hara, 2009 apud Fonseca & Canavarro, 2013, p. 2).

As mesmas autoras, mencionando Riecher-Rossler e Hofecker (2003), enfatizam que, no período pós-parto, as perturbações de humor são as perturbações mais frequentes, nas quais se inclui a Depressão Pós-Parto.

Contudo, estima-se que a Depressão Pós-parto apresenta uma incidência de aproximadamente 10% a 20% de casos. Por isso, somente 50% dos casos são diagnosticados na clínica diária e menos de 25% das puérperas acometidas pela doença têm acesso ao tratamento (Silva et al., 2013, apud Carneiro et. al, 2016).

Para Fonseca e Canavarro (2013, p.1), a Depressão Pós-Parto caracteriza-se «pela ocorrência de um episódio depressivo maior no período pós-parto. Esta condição clínica é



prevalente - afecta cerca de 10 a 15% das mulheres, e tem consequências graves não só para a mãe, mas para todo o sistema familiar».

Não obstante, as referenciadas algumas limitações metodológicas, que se devem sobretudo ao facto de a DPP não ser uma categoria de diagnóstico claramente definida, ainda assim podemos estabelecer uma limiar, pois, de acordo com a meta-análise conduzida por Gaynes *et al.* (2005) *apud* Fonseca e Canavarro (2013), verifica-se que:

Após o parto, a prevalência pontual de depressão maior e menor começa a aumentar, atingindo o seu pico no terceiro mês pós-parto (12.9%). Do quarto ao sétimo mês pós-parto, verifica-se uma ligeira diminuição da prevalência, apesar de esta se manter ainda acima dos 10%. A partir do sétimo mês pós-parto, verifica-se um declínio mais acentuado na prevalência da DPP (cerca de 6.5%). No que diz respeito à prevalência de período de depressão maior e menor, esta atinge os 19.2% nos três primeiros meses pós-parto e 53.7% nos 12 meses pós-parto.

Com base a citação acima, percebe-se que a depressão pós-parto passa por várias fases, isto é, dependendo de cada mês em que a mulher se encontrar. Dito de outra forma, ela começa na fase mais baixa e vai progredindo lentamente até a fase mais alta.

No entanto, de acordo com os estudos de Halbreich e Karkun (2006), apresentados por Ibiapina, Alves, Busgaib e Costa (2010) estima-se uma variação da prevalência da depressão pós-parto nos países ocidentais entre 0,5 a 60%.

Em nossa compreensão, os autores acima fazem perceber que, se a depressão pós-parto atinge e se expande por resto do mundo, nos países ocidentais a regra não é diferente visto que também há uma prevalência em mulheres.

1.3.1 A Depressão Pós-Parto como um problema de Saúde Pública

A mulher, após estar grávida, da consulta pré-natal, ao trabalho de parto, e consequentemente os períodos pós-parto, muitas vezes os cuidados a essas, são negligenciados, prevalecendo a preocupação com o futuro ser e o recém-nascido. O que muitos não percebem, até técnicos de saúde, é que ela também carece de uma atenção especial, porquanto, segundo Gomes e Santos (2017, p.123), «*as transformações profundas e definitivas vividas pela mulher no puerpério merecem ser destacadas, já que na maioria dos*



casos são ignorados os cuidados a saúde da mulher, e o seu filho recebe toda a assistência».

Diante dessa chamada de atenção, daí que segundo Brasil (2011) citado por Gomes e Santos (2017), afirma que na actualidade deve-se garantir as mulheres uma assistência humanizada para que seja possível vivenciar essa experiência única que é a gravidez e o parto. Para estes, essa assistência humanizada deve proporcionar assim a “atenção ao parto, ao nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses, em todo processo.

Isto porque no entender dos autores Gomes e Santos (2017), citando Brasil (2001) e Souza (2003), neste período é onde ocorrem as modificações corporais e psicoemocionais, ou seja, a recuperação do organismo da mulher. Tendo como o início logo após a expulsão da placenta e o término até seis a oito semanas pós-parto.

Também estamos de acordo com os autores em referência, que citando Carvalho (2002), acrescentam a mulher passa por transformações fisiológicas que acomete: metabolismo, sistemas cardiovascular, respiratório, gastrintestinal, urinário, musculoesquelético, endócrino, tegumentar, hematológico e no corpo uterino, istmo, colo uterino, tubas uterinas, ovários, vagina, vulva, períneo e mamas, sendo causados desconfortos físicos e emocionais, que são mudanças significativas que alteram todo o funcionamento do organismo.

Segundo Tolentino, Maximino e Souto (2016, p. 62), «a DPP se tem configurado como sério problema de saúde materna, pois provoca diversas alterações emocionais e comportamentais na mãe depressiva, e pode atingir de 10 a 15% de mulheres, após o nascimento do filho, exigindo tratamento adequado».

Em análise a citação acima, retira-se que a DDP é um problema que afecta a saúde das mulheres, provocando nelas alterações de comportamento e questões emocionais.

Todavia, concordando com Barbosa e Ângelo (2016, p. 257), afirma-se que, «a literatura nacional e internacional vem apontando em seus resultados que a DPP (Depressão pós-parto) tem-se configurado como um problema de saúde pública». Dessa forma, torna-se imprescindível por esse motivo afirmar que, uma das prioridades do Ministério da Saúde é o incentivo a pesquisas relacionadas à saúde mental das mulheres no ciclo gravídico puerperal,

assim como o enfoque na magnitude, dinâmica, compreensão dos transtornos mentais do pós-parto, bem como estudos de prevalência e incidência de transtornos mentais na mulher grávida.

1.3.2 Angola e o contexto da Depressão Pós-Parto

Angola é um país em que dados estatísticos sobre a saúde mental, bem como a centralização dos serviços existem apenas e ou exclusivamente no único Hospital Psiquiátrico, o Hospital Psiquiátrico de Luanda- HPL. Assim, Estima-se que nesta Unidade Sanitária, «registou em 2018 cerca de 60 casos de depressão, dos quais 30 por cento em mulheres diagnosticadas com depressão pós-parto, provenientes de várias unidades sanitárias da capital» (Paulo, 2019, p.20).

Segundo a autora, em entrevista ao Jornal de Angola, Jaime Sampaio, antigo Director Clínico do HPL, apresenta dados do “Relatório Médico 2018/2019” do Hospital Psiquiátrico de Luanda, em Abril de 2018, onde consta que foram registados em consultas externas 68 casos de depressão pós-parto em mulheres com idades entre os 15 e 24 anos. Já no ano seguinte houve uma redução com 53 casos na mesma faixa etária.

Internacionalmente, estimava-se a prevalência da DPP em 10-15% das mulheres, entre a quarta e a oitava semana após o parto, sendo este tipo de dados não estar muito pautável e disponível para Angola, país em que alguns factores culturais próprios poderão influenciar o seu aparecimento ou curso (Carifete, 2009).

Com o intuito de averiguar tal realidade, o autor acima realizou um estudo com uma amostra de mulheres angolanas em período do puerpério, através da aplicação de escalas de Edinburgh Postnatal Depression Scale e Escala de Mania de Young (modificada) onde afirma:

Foi permitido identificar os casos em que ocorria aquele tipo de patologia, e obtivemos uma prevalência de 15% de casos de depressão pós-parto nesta amostra. As mulheres assim identificadas apresentavam uma maior percentagem de antecedentes pessoais de depressão, bem como um maior número de episódios depressivos ao longo de suas vidas. Sendo ainda evidente a presença de critérios de risco, já identificados por outros autores (Carifete, 2009).

Mas resultados bem recentes e, baseados nas Estatísticas do HPL quanto a depressão



pós-parto, segundo Paulo (2019), estima-se a prevalência de tal patologia nos seguintes termos:

Em Abril de 2019, o relatório indica uma baixa nos resultados com cerca de 53 casos em mulheres da mesma faixa etária. Dos 100 casos registados, em média, 70 são provenientes das maternidades Lucrecia Paim, Augusto Ngangula, Cajueiros, Samba e Capalanca. Semanalmente, o Hospital Psiquiátrico de Luanda recebe da Maternidade Lucrecia Paim, em média, cinco a seis casos de mulheres com depressão depois do parto e da Maternidade Augusto Ngangula, três a quatro casos. O Banco de Urgência da Psiquiatria, atende por dia 100 a 115 pacientes, sendo metade mulheres diagnosticadas com quadro depressivo depois do parto, provenientes de várias maternidades, enquanto, mensalmente, são atendidos de 25 a 30 casos em consulta ambulatória, vindos directamente de casa sem referência de hospitais.

Diferentemente do que observou nas revisões bibliográficas usadas anteriormente a respeito do assunto, DPP, a nível nacional, no caso de Angola, o caso é mais preocupante segundo especialista. Porém, as literaturas apontam para uma “transferência” e consequentemente “transmissão” da DPP o que muito preocupa, pois a situação dá um alerta para problema de saúde pública.

Dos 25 casos de mulheres detectadas com depressão pós-parto, um terço dos homens que acompanham as esposas no Hospital Psiquiátrico de Luanda manifestam também os sintomas. O homens que entram em depressão pós-parto são aqueles que vivem maritalmente, casados, ou aqueles mais velhos que desejam que a esposa tenha mais um filho mas, devido à idade já avançada, esta nega. Outras situações que têm estado na base são as condições sociais, como habitação, finanças, economia, sustentabilidade do trabalho, transporte, meio ambiente, escola que também gera gastos, todos eles elementos que geram depressão, bem como situações culturais, onde muitos homens são influenciados por familiares a terem mais filhos. Em cada mulher citada, há um caso de depressão pós-parto do homem, principalmente, nas consultas externas. A vinda de uma criança na família gera modificações positivas e negativas na vida do casal. Os resultados negativos que atingem as mulheres transferem também ao marido uma acção psico-emocional que resulta numa depressão (Paulo, 2019, p. 17).

De forma geral, no entender de Paulo (2019), os casos de depressão pós-parto são mais frequentes em mulheres em fase de adolescência até aos 35 anos, por ser a idade jovem da

maternidade, por isto 30% de mulheres em risco com esta patologia são observada na Maternidade Lucrecia Paim.

Segundo a mesma autora, ao analisar as causas do mesmo fenómeno em Angola sublinha por um lado que, os factores que levam os pacientes a apresentarem quadros depressivos são as condições físicas, sociais, familiares, económicas, consideradas como os principais influenciadores da doença. Por outro, cita a psicóloga clínica Albertina dos Santos quando diz que os conflitos familiares e conjugais lideram a lista de casos de depressão pós-parto, seguidos do abandono por parte do parceiro e o não apoio familiar.

Na apresentação do mesmo caso num outro hospital, a gino-obstreta Janina Baptista *apud* Paulo (2019), explica que a Maternidade dos Cajueiros realiza em média 50 partos por dia. Desta forma, em 2018, registou apenas dois casos e, durante o terceiro trimestre do ano passado, ainda não tinha nenhum caso diagnosticado.

No entanto, estima-se que dos casos diagnosticado em Angola, mormente na clínica da Maternidade Lucrecia Paim, as pacientes diagnosticadas com depressão pós-parto apresentam comportamentos como o isolamento, falta de auto-estima, baixo peso, tristeza, choro constante, falta de apetite, descuido pessoal, insónias, sinais estes que levam a ideias suicida.

1.4 FISIOPATOLOGIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Sabe-se pois, que a depressão pós-parto é uma doença actual, porquanto, acomete uma boa parte das puérperas, e que os sinais e sintomas na realidade nem sempre é percebida. Seu processo de instalação, sintomas e manifestações iniciais, quando estabelecido, ocorrem nas primeiras quatro semanas após a realização do parto, tendo uma alta intensidade dos sintomas nos seis primeiros meses, e os factores sociais e mentais contribuem para esta ocorrência.

Assim, uma das maneiras de compreender a fisiopatologia da DPP, é observamos as palavras de Sieiro e Fadini (2011), da qual, Carneiro *et al.*, (2016, p. 1) fazem referência ao afirmarem que:

A depressão pode se manifestar de várias formas, constatando-se em todos os tipos,



comprometimento do ânimo, inclusive para as actividades que geram prazer. Configura-se ainda como uma doença afectiva ou do humor, não significa fraqueza de falta de pensamentos positivos ou uma condição que possa ser superada apenas pela força de vontade ou com esforço.

Decerto modo, intervenções hormonais, não obstante o baixo nível de serotonina e outras, são colocadas em questões para se explicar a fisiopatologia da DPP. Dessa forma, com base a escassez de bibliografia para explicar tal mecanismo, concordamos com Ibiapina, Alves, Busgaib e Costa (2010), citando Corwin, Pajer (2008), ao enfatizarem que o mecanismo fisiopatológico desta condição não está totalmente esclarecido. Sensibilidade a flutuações nos níveis de estrógeno e progesterona, níveis de esteróides no período pós-parto, alterações no eixo hipotálamo-hipófise-ovários, ácidos graxos, ocitocina, arginina e serotonina têm sido citados na génese da depressão pós-parto.

1.5 CAUSAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Em relação aos achados pela literatura, são diversos factores que estão associados a etiologia da depressão pós-parto. Segundo Schmidt, Piccoloto e Miller (2005, p. 62-63):

Predominantemente citados factores relacionados ao bebé, como prematuridade, intercorrências neonatais e mal formação congénitas; factores socioculturais, como morte de familiares, decepções na vida pessoal ou profissional, retomada de actividade profissional e situação social de solidão; factores físicos da mãe, como modificações hormonais; além de factores psicopatológicos prévios.

Com base a posição acima, retira-se que tanto a mulher quanto o seu bebé, existem factores da DPP que podem afectar as duas pessoas, mas com implicações e manifestações diferentes.

Segundo os argumentos de Carneiro et al., (2016, p. 2), «*ao longo da gestação, a mulher passa por transformações biológicas, sofre com as apreensões de uma nova fase, a maternidade. Durante a gestação ocorrem significantes transformações no corpo, emocionais e no desempenho de papéis sociais*».

Para a percepção acima, percebe-se que, a puérpera pode ficar mais vulnerável e

manifestar alguns transtornos psíquicos específicos, como a depressão pós-parto, caso não se acompanhe o processo da gestação.

Para os autores Norhayati *et al.*, (2015), citados por Silveira, *et al.*, (2018, p. 379), dão também suas contribuições afirmando que «entre os factores significativos que contribuem para o surgimento da depressão pós-parto, “*incluem-se depressão pré-natal, ansiedade, história psiquiátrica pregressa, relacionamento conjugal conflituoso, eventos estressantes, atitude negativa em relação à gravidez e falta de apoio social*».

Verificando minuciosamente a literatura, encontraremos várias contribuições sobre as etiologias ou causas da depressão pós-parto, destes, vários estudos foram feitos em Africa e a várias partes do globo terrestre.

Conforme Beck (2002), aponta quatro factores de risco identificados mais recentemente sobre a depressão pós-parto: baixa auto-estima, problemas na situação conjugal e socioeconómica, além de gravidez não planejada ou não desejada.

Os autores Reading e Reynolds (2001), ao relacionarem os riscos para a depressão materna, apresentam-nos em três categorias: a *primeira* refere-se a qualidade dos relacionamentos interpessoais da mãe, particularmente com seu parceiro; a *segunda* relaciona-se a gravidez e ao parto e ocorrência de eventos de vida estressantes; e a *terceira* refere-se a adversidades socioeconómicas.

Um outro estudo realizado com uma amostra de 959 mulheres chinesas, objectivando a investigação de factores de risco socioculturais para a DPP, mostrou que a história prévia de depressão, a depressão durante a gestação, a insatisfação conjugal e conflitos com a sogra foram preditores significativos de DPP (Lee, Yip, Leung & Chung, 2004).

Para Chandran e col., (2002), os factores de risco para DPP são a baixa renda, o nascimento de uma filha quando um filho era desejado, dificuldades de relacionamento com sogras e pais, eventos adversos da vida durante a gestação e falta de amparo médico.

1.6 SINAIS E SINTOMAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Segundo Schmidt, Piccoloto e Mller (2005, p. 61), a DPP se manifesta por um conjunto

de sintomas como «*irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, ansiedade, sentimentos de incapacidade de lidar com novas solicitações*».

Com base acima exposto, retira-se que para o diagnóstico da depressão, existem vários sintomas dos quais o indivíduo pode apresentar, tais como chorar, ficar sem esperança, sentir-se desmotivado, não ter intenção de práticas sexuais, apresentar dificuldades em alimentar-se, entre outros.

Para Ibiapina et al. (2010), apud Carneiro et. al. (2016, p. 8), «*os principais sinais que levam a um apontamento para predisposição ou risco de DPP é a falta de interesse em comparecer ao Pré-natal o que sugere a uma falta de cuidado com o filho*».

Os mesmos autores, afirmam decerto modo também que os sintomas da depressão pós-parto são parecidos com os da depressão que ocorre em período não puerperal, devendo o humor depressivo e a perda de interesse nas actividades estar presentes por no mínimo duas semanas. Outros sintomas que podem estar presentes são, os sentimentos de culpa ou desânimo, a perda de concentração e pensamentos suicidas.

Baseado na literatura, Fonseca e Canavarro (2013), citando Riecher-Rossler e Hofecker (2003), ao falarem da Depressão Pós-parto, estabelecem os seguintes sintomas maior labilidade emocional (flutuações de humor); Preocupações exageradas com o bem-estar do bebé e com a sua própria competência parental; Medo de estar sozinha com o bebé, de sair com ele ou de o machucar; Sintomas de ansiedade associados à sintomatologia depressiva; Pensamentos obsessivos (e.g., pensamentos sobre fazer mal ao bebé), reportados em cerca de 20-40% das mães; Elevado número de queixas físicas (e.g., fadiga, dores de cabeça, falta de apetite) por comparação a sintomas cognitivo-emocionais; Maiores dificuldades de concentração e tomada de decisão; Menor probabilidade de ideação suicida (e se esta ocorrer, o suicídio é relativamente invulgar); Dificuldade em estabelecer ligação com o bebé; Diminuição do desejo sexual pelo companheiro.

Como se pode verificar, a depressão pós-parto, os seus sintomas assemelham-se aos transtornos depressivos existentes em outros períodos da vida, além de poder afectar a relação e a qualidade da interacção entre a díade mãe-filho.



Segundo Fonseca e Canavarro (2013), ao dissertar em relação a depressão diz que, parece (...) existir alguma evidência das especificidades desta condição clínica. Especificamente, as mulheres com DPP parecem apresentar.

1.7 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICOS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A realização de um diagnóstico precoce em quaisquer dos casos patológicos, é sempre fundamental e para isso, no caso da DPP Iaconelli (2005), afirma ser necessário um acompanhamento em todo ciclo gravídico-puerperal, sendo a melhor forma de evitar, atenuar ou reduzir a duração da DPP. Grupos de gestante têm carácter psicoprofilático e, portanto, ajudam no diagnóstico e tratamento precoces.

Assim, em relação aos critérios de diagnósticos da depressão, pensar-se-á abordarmos antes alguns factores de risco da DPP, pois com estes, teremos assim noção dos critérios.

Partindo do pressuposto de que existem factores de risco que vêm sendo estudados e demonstram considerada correlação com a DPP, concorda-se com Iaconelli (2005, p. 1), quando no seu estudo afirma:

Mulheres com sintomas depressivos durante ou antes da gestação, com histórico de transtornos afectivos, mulheres que sofrem de TPM, que passaram por problemas de infertilidade, que sofreram dificuldades na gestação, submetidas à cesariana, primigestas, vítimas de carência social, mães solteiras, mulheres que perderam pessoas importantes, que perderam um filho anterior, cujo bebé apresenta anomalias, que vivem em desarmonia conjugal, que se casaram em decorrência da gravidez.

Tal como os outros autores, nota-se acima que, para o diagnóstico da DPP existem tantos factores que são levados em conta, desde a fase gestacional, durante e depois o parto, na fase conjugal e entre outros.

Decerto modo, Barroso (2002), na obra *“Depressão Pós-Parto: Conhecimento Sobre os Sinais e Sintomas em “Puérperas”* enfatiza que a DPP não é difícil de ser diagnosticada, porém, muitas vezes, não é detectada pela equipe de enfermagem ou pelo obstetra em um primeiro momento, por conta dos sintomas iniciais poderem ser confundidos com o período de ajustamento emocional pós-parto da puérpera denominada tristeza pós-parto.

No entanto para Tolentino, Maximino e Souto (2016, p. 61-62), entendem que «*um bom vínculo entre o profissional e a puérpera tende a favorecer ao diagnóstico precoce da DPP*».

Com base em outras opiniões que vão de acordo com o exposto acima, enuncia-se que o diagnóstico da depressão pós-parto não é fácil, uma vez que muitos sintomas como alterações do sono, no apetite e fadiga são comuns no puerpério (Boyd, Le e Somberg, 2005 citados por Ibiapina, Alves, Busgaib & Costa, 2010).

Uma vez já apresentados vários autores em torno da DDP, cabe alertar que, não obstante, os mesmos autores apresentam um instrumento amplamente utilizado e validado para o rastreio da depressão pós-parto, que é a **Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)**, no qual uma pontuação maior ou igual a 12 é indicativa de depressão pós-parto, devendo o diagnóstico ser confirmado por profissional qualificado para tal. O período ideal para o rastreio é entre duas semanas e seis meses após o parto.

Ainda em torno dos critérios de diagnóstico da depressão pós-parto, lembramos de que segundo o DSM-5 (2014), o especificador *periparto* para a depressão pode ser aplicado ao episódio actual ou, se actualmente não são satisfeitos todos os critérios para um episódio depressivo maior, ao episódio mais recente de depressão maior se o início dos sintomas de humor ocorrer durante a gravidez ou nas quatro semanas seguintes ao parto.

1.8 TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Neste ponto são analisados os procedimentos utilizados para o tratamento da DPP, destacando a posição de certos autores.

Segundo Iaconelli (2005, p. 1) «*a Depressão Pós-Parto (DPP) é um quadro clínico severo e agudo que requer acompanhamento psicológico e psiquiátrico, pois devido à gravidade dos sintomas, há que se considerar o uso de medicação*».

Tratando-se a DPP de questões psicossomática, torna-se imprescindível que o tratamento atinge de uma questão holística a dimensão psicossomática do ser humano. Assim sendo, corrobora-se com Ibiapina, Alves, Busgaib e Costa (2010), que há evidência de eficácia de algumas intervenções terapêuticas como psicoterapia, antidepressivos e exercício físico no tratamento entre 1 e 12 semanas de duração. Dificuldades para a adesão e continuidade da



terapia envolvem o temor de efeitos indesejáveis das medicações sobre os acessos ao acompanhamento psicológico.

Com base nos modelos de tratamentos inseridos na cura da Depressão Pós-parto, decidimo-nos nesta pesquisa apoiar-se em cinco modelos propostos pelos autores Ibiapina, Alves, Busgaib e Costa (2010), como: Psicoterapia, Tratamento antidepressivo, Terapia hormonal, Actividade física & Outras intervenções.

1.8.1 Tratamento com Psicoterapia

Os autores Ibiapina, Alves, Busgaib e Costa (2010), apresentam três experimentos ou ensaios (O'Hara, Stuart, Gorman e Wenzel (2000); Clark, Tluczek e Wenzel (2003); Klier, Muzik, Rosenblum, e Lenz (2001) et. al.), dos quais registrou efectivamente a cura por intermédio da psicoterapia.

Como se sabe, a terapia de grupo demonstra-se eficaz nesta problemática, pois, revisões sistemáticas sugerem que psicoterapia individual e a terapia cognitivo-comportamental são efectivamente também melhores, mas apresentam um efeito menor do que quando se utilizam medicações antidepressivas.

«Uma vantagem da psicoterapia no tratamento da depressão pós-parto é a ausência de contra-indicações e uma segurança provavelmente maior do que medicações antidepressivas para mulheres que estão amamentando» (Ibiapina, Alves, Busgaib & Costa 2010, p. 163).

Segundo a perspectiva acima, apreende-se que a psicoterapia é um óptimo tratamento para pacientes com depressão pós-parto, pois uma das suas vantagens consiste em dispensar a indicação de fármacos antidepressivos, sobretudo em mulheres na fase de amamentação do bebé.

1.8.2 Tratamento antidepressivo

O tratamento da depressão pós-parto baseados no modelo antidepressivo, sem sobras de dúvidas, remete ao uso de substâncias psicotrópicas, ou seja, recurso a farmacologia ou ao tratamento medicamentoso. Dentre esses medicamentos, podemos citar os seguintes: **Paroxetina, Fluoxetina (20 mg/dia), Sertarlina, Nortriptilina, Citalopram**, e outros. Contudo,

estudos demonstram que não obstante, associam-se também a esses medicamentos as psicoterapias. Na íntegra, Ibiapina, Alves, Busgaib e Costa (2010, p. 163), afirmam:

Evidenciando a superioridade da paroxetina na remissão da depressão, quando utilizou-se fluoxetina de 20 mg/dia mais seis sessões de terapia, fluoxetina (20 mg/dia) mais uma sessão de terapia, demonstrou-se que a redução dos sintomas de depressão. Assim, Estudo comparando sertarlina e nortriptilina em 109 mulheres, durante oito semanas, considerou efectiva a remissão dos sintomas. Quando comparou-se paroxetina (12 semanas) com paroxetina mais terapia cognitivo-comportamental (12 sessões), ambas abordagens foram eficazes, sem diferenças significativas entre os tratamentos. Quando foi estudada a utilização de citalopram, este mostrou ser mais eficaz quando esteve associado à psicoterapia do que sozinho.

Conforme Hallberg e Sjöblom (2005) *apud* Ibiapina, Alves, Busgaib e Costa (2010), uma preocupação evidente quanto aos antidepressivos é a possibilidade de efeitos indesejáveis sobre os recém-nascidos. Os possíveis efeitos destas medicações sobre os lactentes (irritabilidade, sedação, baixo ganho de peso, desmame).

Defendendo sobre as eficácias entre os medicamentos supracitados, os autores também vão em média, enfatizar os riscos ou defeitos adversos desse modelo de tratamento contra DPP, que de certo modo poderiam afectar o recém-nascido (fundamentalmente) e mãe em geral.

Além disso, avaliar a menor dose necessária para o controle da sintomatologia, bem como o ajuste gradual, sempre monitorando os efeitos adversos nos lactentes. Uma análise dos níveis dos antidepressivos nas mães e lactentes mostrou que sertralina, paroxetina e nortriptilina não foram relacionadas a níveis séricos elevados, os quais estiveram mais relacionados com fluoxetina e citalopram (Hallberg & Sjöblom, 2005 *apud* Ibiapina, Alves, Busgaib & Costa 2010, p.35).

Com base a fonte acima, salienta-se que o tratamento da depressão pós-parto passa por vários mecanismos de tratamento, desta forma, um dos mecanismos que maior benefício apresenta é o tratamento feito com antidepressivos.

1.8.3 Terapia hormonal

Em relação a esse tipo de modalidade de tratamento a DPP, não temos muito por se dizer, primeiramente pela escassez de bibliografias que poderiam aprofundar mais esse tipo de tratamento oferecido as mulheres com depressão pós-parto. Mas, baseado, na pouca literatura que se tem, podemos avançar que “o papel da terapia estrogénica na depressão pós-parto considerou sérias falhas metodológicas nos estudos conduzidos sobre esta intervenção, não permitindo actualmente nenhuma conclusão sobre o tópico (Gentile, 2005, *apud* Ibiapina, Alves, Busgaib & Costa, 2010).

Segundo Ibiapina, Alves, Busgaib e Costa (2010, p. 164), «*ao se fazer a opção por esta modalidade terapêutica, riscos relacionados à terapia estrogénica, como hiperplasia endometrial, fenómenos tromboembólicos e diminuição da lactação, devem ser considerados*».

Em relação a terapia hormonal, os autores acima destacados fazem entender que, ao se primar por esta via de tratamento dos pacientes com depressão pós-parto, os problemas ligados a terapia estrogénica não devem ser ignorados.

1.8.4 Actividade física

Embora também em relação ao modelo anterior, pouco falada, uma revisão da literatura, com referencia aos estudos de Daley, Macarthur e Winter (2007), referenciados nos estudos realizados por Ibiapina, Alves, Busgaib e Costa (2010), demonstrou que sendo avaliados dois pequenos ensaios clínicos randomizados conduzidos na Austrália, verificou-se como é benéfica a prática de actividade física na depressão pós-parto, especificamente a caminhada, pelo menos 30 minutos de duas a três vezes por semana, podendo ser uma opção a ser trabalhada, seja acrescentada a outras intervenções, seja como uma alternativa, especialmente para as mulheres que não desejam utilizar medicações ou que não tenham acesso a acompanhamento psicológico.

1.8.5 Outras intervenções

Segundo Pearlstein, Howard, Salisbury e Zlotnick (2009) citados por Ibiapina, Alves, Busgaib e Costa (2010), a suplementação de ômega-3 não provou ser eficaz na redução da sintomatologia. Estudos sugerem que outras intervenções como massagem, privação do sono e eletroconvulsoterapia podem ser de algum benefício na DPP.

1.9 PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Segundo Carneiro *et al.*, (2016) citando Vitolo *et al.*, (2007), explica que na maioria dos casos, a mulher quando não realiza o pré-natal adequadamente, faltando as consultas marcadas pelo enfermeiro e não realizando as orientações repassadas, isso pode levar que a depressão pós-parto não seja detectada e permanece sem tratamento.

Daí que Carneiro *et al.*, (2016, p. 8), fazendo menção a Chaudron e Pies (2013), alertam ser importante permitir que a gestante possa expressar livremente seus temores e ansiedades, «*e um enfermeiro bem treinado deve incentivar ao máximo a mulher a comparecer às consultas de pré-natal regularmente, podendo dar assistência e orientação, auxiliando a gestante a enfrentar as diversas situações de maneira mais adaptativa, realista e confiante*».

Em suma, entende-se que é de grande importância as recomendações que são passadas as mulheres na fase gestacional, pois é através delas que se pode tomar todo o cuidado possível no combate a DPP.

1.10 CONSEQUÊNCIAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

«*A DPP é um problema de saúde pública relevante com consequências graves para o sistema familiar (mãe, bebê e toda a família), e que pode ter custos económicos elevados para a comunidade*» (Fonseca & Canavarro, 2013, p. 9).

Em relação ao exposto acima, nota-se a DPP trás consequências não só para a mulher ou mãe, mas também para o filho quer seja nos primeiros meses após o parto, tanto nos seus primeiros anos de vida. Desta forma, para melhor entendimento das mesmas, abaixo tem-se a distinção dos casos.

No tocante as consequências para as mães, a Depressão Pós-parto, está associada a outros problemas do fórum psicológico e até somático, dos quais O'Hara e McCabe (2013) citados por Fonseca & Canavarro, 2013, p. 9) destacam:

Níveis mais elevados de ansiedade e a um maior número de outros sintomas psiquiátricos; menor auto-estima materna e menos confiança no desempenho do papel parental; mais



problemas de saúde física, mais comportamentos autolesivos e menor autocuidado – e.g., menor adesão a tratamentos médicos, automedicação, nutrição desadequada.

Outro indivíduo que também está sujeito as demonstradas consequências da DPP, pelo facto de ter uma forte ligação física e psicoemocional com a mãe, quer nos primeiros meses após o seu nascimento, quer durante os seus primeiros anos de vida, é a criança.

Assim, entre as consequências, concordando com O'Hara e McCabe (2013) citados por Fonseca e Canavarro (2013), destacam o comprometimento da saúde física da criança (e.g., pobre funcionamento cardiovascular, maior número de inspecções respiratórias e gastrointestinais); comportamentais e emocionais na criança, incluindo problemas internalizantes e externalizantes.

Diante do exposto acima, corroboramos com Silva *et al.*, (2013) *apud* Carneiro *et al.*, (2016), ao afirmarem que a depressão pós-parto repercute directamente na relação mãe bebé com consequências definitivas para a criança e afecta de maneira muito traumática esse.

Decerto, «*a investigação tem demonstrado de forma consistente que os sintomas depressivos maternos experienciados nos primeiros meses pós-parto podem comprometer o desenvolvimento da criança, em particular o seu desenvolvimento cognitivo*» (Kingston, Tough, & Whitfield, 2012 *apud* Fonseca & Canavarro, 2013, p. 9).

Por outra, há também investigação como a de O'Hara e McCabe (2013), citados por Fonseca e Canavarro (2013), alegando que a cronicidade da sintomatologia depressiva materna (isto é, a exposição da criança, de forma prolongada, a sintomatologia depressiva) parece ter um papel muito significativo na determinação das consequências adversas para o bebé/criança.

Portanto, estima-se que a Depressão Pós-parto apresenta uma incidência de aproximadamente 10% a 20% de casos. Assim, somente 50% dos casos são diagnosticados na clínica diária e menos de 25% das puérperas acometidas pela doença têm acesso ao tratamento (Silva *et al.*, 2013, citados por Carneiro *et al.*, 2016).

No tocante as consequências para a família em geral, Fonseca e Canavarro (2013, p. 9) citando Field (2010), diz que de facto, há uma influência no desempenho do papel parental e

na relação mãe-criança. Assim sendo, na interação com a criança, as mães deprimidas apresentam, por comparação às mães sem sintomatologia depressiva”, o seguinte: Menor emotividade positiva, maior hostilidade e irritabilidade; Menor envolvimento emocional nas interações; Alternância entre distanciamento (pouca estimulação, afastamento da criança) e intrusividade (controle, sobre-estimulação) na relação com a criança; Menor contingência na resposta à criança; Menos interações face-a-face com a criança (e.g., vocalizações, sorrisos, imitações, brincadeira), que são habitualmente um contexto importante para a aprendizagem de competências de comunicação da criança; Menor envolvimento em actividades enriquecedoras com a criança (e.g., actividades de leitura, jogos).

Por fim, ao concordamos também com a ideia de Goodman (2008) *apud* Fonseca e Canavarro (2013), verifica-se que a DPP também afecta os companheiros das mulheres deprimidas de forma negativa, tal como evidenciado pelos elevados níveis de depressão e stress que estes apresentam. A elevada coocorrência de depressão nos casais no período pós-parto tem implicações para a saúde e bem-estar de toda a família.

Dos autores acima citados, entende-se que a depressão pós-parto ao atingir uma mulher, seus danos não serão observados somente a própria vítima, mas sim, os danos se expandem até as pessoas mais próximas da mulher, apresentando implicações negativas no seio de toda família.

1.11 ASSISTÊNCIA E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A MULHERES COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Estabelece-se a importância da assistência à mulher no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto, «*pelo facto de ser de fundamental importância para a saúde materna e neonatal torna-se essencial a assistência de enfermagem qualificada, tendo como base a prevenção de complicações, o conforto emocional e físico do binómio mãe-filho*» (Gomes & Santos, 2017, p. 122).

Como base a questão da assistência, os autores acima demonstram a necessidade da oferta da assistência de enfermagem a mulher com depressão pós-parto, pois é através deste



serviços que se pode prevenir tal situações tanto na mulher bem como ao seu filho.

A actuação do enfermeiro para tratamento e prevenção da DPP, depende especialmente de actuação multidisciplinar e da importância do conhecimento apurado acerca da doença, onde através do empoderamento e da interacção de cuidados o enfermeiro poderá prestar cuidados mais específicos. Desta forma, o enfermeiro deve munir-se de conhecimento sobre DPP, em especial, por constituir o serviço de saúde onde se encontra inserido uma porta de entrada para o acolhimento e direccionamento adequado da puérpera no que se relaciona à terapêutica e prevenção deste transtorno mental (Carneiro et al., 2016, p. 6).

Segundo Schwengber e Piccinini (2013) citados por Carneiro et al., (2016), ao falarem da assistência e cuidados oferecidos pelos profissionais de enfermagem à mulheres com DPP, apontam que pode-se destacar entre as contribuições a detecção de novos casos, cuidados ao binómio mãe-filho e na dinâmica familiar, o fortalecimento da amamentação, o cuidado transcultural, o incentivo a utilização dos serviços de saúde e educação em saúde materna sobre DPP.

«Dentre as principais acções da assistência de enfermagem para a prevenção e tratamento da mulher com DPP, destaca-se a adopção de acções baseadas no Programa Nacional de Humanização» (Carneiro et al., 2016, p. 6).

No tocante a assistência de enfermagem para o tratamento das mulheres com problemas de depressão pós-parto, os autores acima expostos, apresentam o programa nacional de humanização, como um programa com bastantes benefícios.

Segundo Gomes e Santos (2017, p. 122), *«a enfermagem deve se atentar as necessidades físicas e psicossociais da puérpera, para compreender e tirar as dúvidas, se colocando muitas vezes no lugar, prestando assim um atendimento humanizado».*

De certo modo, considera-se que os profissionais de saúde/educação que estão envolvidos directamente em trabalhos com gestantes, estes desempenham um papel importante neste reconhecimento, diagnosticando e encaminhando as famílias para atendimento psicológico, podendo com este trabalho auxiliar o desenvolvimento infantil saudável (Schmidt, Piccoloto & Miller, 2005).



A opinião acima é apoiada também na pesquisa dos enfermeiros Tolentino, Maximino e Souto (2016, p. 59), ao declararem que *«os profissionais da área de saúde, no geral, possuem um papel importante na detecção dos sinais e sintomas da depressão pós-parto precocemente, com o intuito de impedir o sofrimento das mães e maiores consequências para o bebê»*.

Concordamos ainda quando os mesmos autores afirmam que, os profissionais da área da Enfermagem são um importante aliado na contribuição para a prevenção, orientação, e detecção precoce da DPP, podendo reflectir sobre a qualidade do atendimento prestado às mães no período gravídico e também no pós-parto.

Segundo Ramos, Martins, Pessoa, Machado e Noronha (2018, p. 6), *«mesmo se tratando de um fenómeno natural, o acompanhamento ou assistência em casos de DPP, tem como fim de diminuir as intercorrências durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério»*. Porquanto, para estes uma assistência eficiente pode diminuir o surgimento de problemas reais e potenciais, facilitar a identificação dos diagnósticos, planeamento e implementação dos cuidados necessários.

De uma forma geral, a assistência e os cuidados de enfermagem no seu todo, são trabalhos que envolvem um contexto mais amplo e colectivo de saúde, em parceria com outras categorias profissionais representadas por áreas como Medicina, Serviço Social, Fisioterapia, Odontologia, Farmácia, Nutrição. Para tal, Brasil (2003, p. 17), diz que *«as acções da assistência e cuidados de enfermagem podem ser agrupadas em cinco classes e suas devidas características»*.

Entretanto, para melhor compressão de cada categoria apresentada pelos autores, segue-se abaixo com maior detalhe.

1) Acções de natureza propedêutica e terapêutica complementar ao acto médico e de outros profissionais;

As acções propedêuticas complementares referem-se às que apoiam o diagnóstico e o acompanhamento do agravo à saúde, incluindo procedimentos como a observação do estado do paciente, mensuração de altura e peso, colecta de amostras para exames laboratoriais e controle de sinais vitais e de líquidos (Brasil, 2003).



As acções terapêuticas complementares asseguram o tratamento prescrito, como, por exemplo, a administração de medicamentos e dietas enterais, aplicação de calor e frio, instalação de cateter de oxigénio e sonda vesical ou mesogástrica.

2) Acções de natureza terapêutica ou propedêutica de enfermagem

As acções de natureza terapêutica ou propedêutica de enfermagem são aquelas cujo foco centram-se na organização da totalidade da atenção de enfermagem prestada à clientela. Por exemplo, acções de conforto e segurança, actividades educativas e de orientação;

3) Acções de natureza complementar de controle de risco

Pra Brasil (2003, p. 17), diz-se dessas acções «*aquelas desenvolvidas em conjunto com outros profissionais de saúde, objectivando reduzir riscos de agravos ou complicações de saúde*». Incluem as actividades relacionadas à vigilância epidemiológica e as de controle da infecção hospitalar e de doenças crónico-degenerativas;

4) Acções de natureza administrativa - nessa categoria incluem-se as acções de planeamento, gestão, controle, supervisão e avaliação da assistência de enfermagem; e

5) Acções de natureza pedagógica, relacionam-se à formação e às actividades de desenvolvimento para a equipe de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

após apresentação da fundamentação teórica a respeito do tema em análise, surgiu então a necessidade de ser feita a apresentação e análise dos resultados. Para este ponto, os resultados são apresentados e analisados a seguir em forma de tabelas, seguidos então de argumentação.



Tabela: 1 Distribuição da Amostra quanto ao Género

| Género | nº | % |
|------------------|----|-----|
| Masculino | 6 | 22 |
| Feminino | 21 | 78 |
| Total | 27 | 100 |

Fonte: Maternidade Augusto Ngangula, 2022.

Nas ilustrações acima, a tabela, apresentam os dados distribuídos quanto ao género. Sendo que, da amostra de 27 profissionais de enfermagem (N), cerca de 21 dos profissionais correspondendo 78% do estudo, são do género Feminino, ao passo que, as 6 pessoas correspondendo na distribuição 22%, são do género Masculino. Com base a estes dados, Riecher-Rossler e Hofeckera (2003), relacionaram em seu estudo, que a depressão afecta duas vezes mais as mulheres do que os homens e é a principal causa de incapacidade entre as mulheres.

Tabela 2: Distribuição da Amostra quanto a faiza-etária

| IDADE | nº | % |
|-------|----|---|
|-------|----|---|



| | | |
|-------|----|-----|
| 20-30 | 4 | 15 |
| 31-40 | 8 | 30 |
| 41-50 | 10 | 37 |
| 51-60 | 5 | 18 |
| Total | 27 | 100 |

Fonte: Maternidade Augusto Ngangula, 2022.

A tabela 2, apresentam a distribuição dos dados recolhidos quanto a faixa-etária da amostra em estudo. Assim, verifica-se que de um modo geral, em intervalo de 20-60 anos estabelecidos, 37% (n=10) possuem a idade compreendidas entre 41-50 anos – representando a maior percentagem, seguida de 30% (n=8) entre 31-40 anos de idade. Por fim, apenas 15% (n=4), estão na faixa entre 20-30 anos de idade, perfazendo desta forma a percentagem mais baixa do estudo.

Portanto, em termos comparativos, a pesquisa de O'Hara (2009), confirmam que os anos reprodutivos (18-44 anos) perfazem um período de particular vulnerabilidade.



Tabela 3: Distribuição da Amostra quanto ao Estado Civil

| Estado Civil | nº | % |
|-------------------|----|-----|
| Solteiro | 16 | 59 |
| Casado | 11 | 41 |
| Divorciado | 0 | 0 |
| Viúvo | 0 | 0 |
| Total | 27 | 100 |

Fonte: Maternidade Augusto Ngangula, 2022.

Consideramos para o presente estudo, cerca de quatro estados civis, uma vez que não são somente os mais frequentes em nossa realidade, assim como também em outras. Para tal questão, a tabela 3 correspondente acima, apresentam os dados dos profissionais de enfermagem quanto ao Estado Civil, onde os estados civis mais frequentes são o “solteiro e casado”. Sendo que, do total amostra de 27 profissionais de enfermagem, mais da metade 59% (n=16) representa o primeiro, e cerca de 41% (n=11) são casados.

Frente aos nossos resultados, Robertson et al. (2004), confirma em seu estudo que, a relação conjugal assumi um importante papel na adaptação da mãe no período pós-parto, pois a insatisfação conjugal e problemas na relação conjugal (e.g., dificuldades de comunicação, falta de apoio) têm sido associados à ocorrência de DPP.



Tabela 4: Distribuição quanto a Categoria Profissional

| Categoria Profissional | nº | % |
|------------------------|----|-----|
| Enf de 3ª | 7 | 26 |
| Bacharel | 4 | 15 |
| Téc. 3ª. | 14 | 52 |
| Aux. Enf. | 2 | 7 |
| Total | 27 | 100 |

Fonte: Maternidade Augusto Ngangula, 2022.

Na tabela 4, encontram-se distribuídos os profissionais de enfermagem quanto a Categoria Profissional. Desta forma, em relação as quatro categorias existentes na Ordem dos Enfermeiros de Angola (ORDENFA), que também foram consideradas nesse estudo, observou-se 52% (n=14), como Técnicos de 3ª. Classe – representando a maioria; seguidamente aparecem os licenciados – Enfermeiros de 3ª. Classe com 26% (n=7) na distribuição; 15% (n=4) são Bacharéis; e por fim, 7% (n=2) que possuem a categoria profissional de Auxiliares de Enfermagem.



Tabela 5: Distribuição da Amostra quanto ao Tempo de Serviço

| Tempo de Serviço | nº | % |
|-----------------------|----|-----|
| 2-4 anos | 4 | 15 |
| 5-7 anos | 0 | 0 |
| 8-11 anos | 3 | 11 |
| 12-15 anos | 4 | 15 |
| Fonte: Sup. 15 | 16 | 59 |
| Total | 27 | 100 |

Maternidade Augusto Ngangula, 2022.

Com base a distribuição encontrada na tabela 5, verificamos que, relativamente ao tempo de serviço dos profissionais de enfermagem do nosso campo de estudo, mais da metade, correspondendo a 59% (n=16) dos entrevistados, têm tempo superior a 15 anos de trabalho, seguido de 15% para 2-4 anos, sendo de igual modo (n=4) 15% para 12-15 anos de serviços respectivamente. Já os 11% (n=3), têm um tempo de serviço de 8-11 anos.

Tabela 6: Distribuição das Respostas em relação as Causas da Depressão Pós-parto

| Causas da Depressão Pós-parto | nº | % | Fonte: |
|--|----|-----|--------|
| a) Perda do bebé durante o parto | 10 | 37 | |
| b) Sofrimento do parto em si | 4 | 15 | |
| c) Período gestacional por si só | 1 | 4 | |
| d) Maltratos por parte dos prof. de saúde | 0 | 0 | |
| e) Concordo com as alíneas anteriores | 8 | 29 | |
| f) Não concordo com as alíneas anteriores | 0 | 0 | |
| g) Existem outras causas | 4 | 15 | |
| Total | 27 | 100 | |

Maternidade Augusto Ngangula, 2022.

Na tabela 6, estão distribuídas as respostas dos profissionais de saúde quanto a causas da depressão pós-parto. Com sete alternativas de respostas, os resultados demonstram que, cerca de 4% (n=1) apontam o *período gestacional por si só* como a principal causa da DPP. Seguindo a linha do gráfico, para cada das opções *sofrimento do parto em si e existência de outras etiologias* – estão entre 15% (n=4) na distribuição. Por fim, a maioria dos entrevistados representando 37% (n=10), foram unânimes ao afirmarem que, a *perda do bebê durante o parto* é a principal causa da depressão pós-parto.

Portanto, para o confronto dos dados achados, conclui-se que, a depressão pós-parto é um problema de saúde pública, por afectar mãe, filho, família e sociedade. Da mesma forma, é um transtorno ligado a factores biológicos, psicossociais e obstétricos, que afectam a mulher no puerpério, podendo manifestar sinais e sintomas desde o período gestacional, até após o nascimento do bebê (Leônidas & Camboim,2016).

Tabela: 7 Distribuição de Respostas Sobre o Acompanhamento em Quadro Clínico de Depressão Pós-parto

| Acompanhamento em Quadro Clínico de Depressão Pós-parto | nº | % |
|---|-----------|------------|
| a) Apenas uma vez | 3 | 11 |
| b) Têm sido frequente aqui | 2 | 8 |
| c) Já, algumas vezes | 19 | 70 |
| d) Não, nunca | 3 | 11 |
| Total | 27 | 100 |

Fonte: Maternidade Augusto Ngangula, 2022.

Sobre se já alguma vez presenciou um quadro clínico de depressão pós-parto, as respostas a essa questão, com quatro alternativas, estão distribuídas na tabela nº 7 e gráfico correspondente. Portanto, da distribuição feita, verifica-se que, 11% (n=3) optaram em apenas uma vez e outro não, nunca. Sendo que a menor da percentagem corresponde a 8% (n=2) – que defendeu que têm sido frequente casos do género no HGEAN. De outra forma,

mais da metade da amostra, 70% (n=19) responderam que já algumas vezes presenciaram quadros clínicos de depressão pós-parto.

Contudo, para o sustento dos nossos dados, comprova-se de que, de acordo com a literatura, poucas mulheres procuram activamente ajuda profissional para a DPP, quer pela baixa literacia em saúde mental (escasso reconhecimento dos sintomas de DPP e opções de tratamento), pelo estigma associado à doença mental, ou mesmo por barreiras práticas (dificuldade em deslocar-se aos serviços de saúde, não poder faltar ao trabalho ou não ter com quem deixar o bebé; (Fonseca et al., 2015).

Tabela 8: Procedimentos a tomar diante de paciente com Depressão Pós-parto

| Procedimentos a tomar diante de paciente com Depressão Pós-parto | nº | % |
|--|-----------|------------|
| a) Informar ao Médico | 10 | 37 |
| b) Aconselhar a Paciente | 7 | 26 |
| c) Sugerir a procurar um psicólogo | 4 | 15 |
| d) Administrar os antidepressivos prescritos pelo Médico | 2 | 7 |
| e) Encaminhar de imediato ao Psicólogo do Hospital | 4 | 15 |
| Total | 27 | 100 |

Fonte: Maternidade Augusto Ngangula, 2022.

Com base o diagnóstico da DPP, os profissionais de enfermagem foram questionados sobre os procedimentos a se ter em conta ao deparar-se com situação de depressão pós-parto. No entanto, entre as cinco opções para responderem, 37% (n=10), apontou em *Informar ao médico*, 7% (n=2) optaram em *administrar a medicação antidepressiva prescrita pelo médico*, 26% (n=7) apontou *aconselhar a paciente*, ao passo que os outros profissionais afirmam em *encaminhar de imediato ao psicólogo do hospital* com 15% (n=4), e *sugerir a procurar um psicólogo*, também com 15% (n=4) dos dados.

Por outro lado, questionados sobre *os cuidados de enfermagem que devem ser prestados as mulheres com depressão pós-parto*, os profissionais apontam:

a) A vigilância – que deve ser estendida tanto para a mãe como ao bebé com o intuito de evitar-se o suicídio e o homicídio. Assim como garantir que a mulher possa obter

com a maior regularidade possível a higienização, alimentação e a tomada dos medicamentos ou o cumprimento das terapias implementadas.

b) Ética e Deontologia Profissional – tais aspectos devem ser considerados de forma a não estigmatizar a paciente, nem tampouco quebrar o sigilo profissional revelando a terceiros a identidade e o estado clínico da paciente.

c) Conforto psicoemocional – apoio emocional a paciente, ser empática com a mesma, aconselhando para não cair em depressão profunda e cometer suicídio. Encaminhar e garantir a ligação da paciente com o psicólogo.

d) Incentivar o tratamento e cuidados de higiene pessoal, cateterizar e administrar a medicação prescrita pelo médico, avaliar frequentemente os sinais vitais.

No entanto, para a discussão dos nossos dados, Silva e Botti (2005), confirmam que a vigilância é um aspecto de grande realce em tais situações da DPP, pois são comuns os pensamentos recorrentes de morte/suicídio, excessiva ansiedade em torno da saúde da criança ou completo desinteresse em relação a esta e sentimentos de baixa auto-estima, inutilidade ou fracasso em relação à maternidade.

Da mesma forma, corroboramos com Gomes e Santos (2017), ao destacarem que, a assistência à mulher no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é de fundamental importância para a saúde materna e neonatal, pois *“torna-se essencial a assistência de enfermagem qualificada, tendo como base a prevenção de complicações, o conforto emocional e físico do binómio mãe-filho”*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre os objectivos traçados para a presente pesquisa, foram concretizados de maneira que, de um modo geral conseguimos conhecer e descrever a assistência de enfermagem prestada pelos profissionais de enfermagem às mulheres com Depressão pós-parto no Hospital Especializado Augusto Ngangula, assim como também foi possível avaliarmos a assistência prestada por tais profissionais de enfermagem.

Com base os dados já demonstrados acima, conclui-se o seguinte:

Com relação aos dados sociodemográficos, quanto ao género 21 (78%) do nosso estudo são do género feminino, quanto a faixa etária 10 (37%) estão entre 41-50 anos de idade,



quanto ao estado civil 16 (59%) da nossa amostra são solteiras, quanto a categoria profissional 14 (52%) são Técnicos de 3ª. classe, quanto ao tempo de serviço dos profissionais de enfermagem do nosso campo de estudo, 16 (59%) correspondem a um tempo superior a 15 anos de trabalho.

Com base as causas da depressão pós-parto, a maioria dos entrevistados representando 10 (37%) foram unânimes ao afirmarem que, a perda do bebê durante o parto é a principal causa da depressão pós-parto. quanto a questão, já alguma vez presenciou um quadro clínico de depressão pós-parto 19 (70%) da nossa amostra responderam que já algumas vezes presenciaram quadros clínicos de depressão pós-parto. sobre os procedimentos a se ter em conta ao deparar-se com situação de depressão pós-parto, tivemos entre as cinco opções para responderem onde 10 (37%) apontou em Informar ao médico.

Por fim, em relação a nossa questão de partida, sobre a assistência de enfermagem prestada a mulheres com depressão pós-parto no Hospital Especializado Augusto Ngangula, os nossos resultados apontam que a maior parte dos profissionais de enfermagem correspondendo a 90% inqueridos afirmaram que assistência a estas mulheres basea-se em informar ao médico sobre o estado da paciente, garantir a vigilância, a Ética e Deontologia Profissional, o conforto psicoemocional, incentivar o tratamento e cuidados de higiene pessoal, caracterizar e administrar a medicação prescrita pelo médico e avaliar frequentemente os sinais vitais.

REFERÊNCIAS

Barbosa, M. A., & Ângelo, M. (Abril de 2016). Vivências e Significados da Depressão Pós-parto de Mulheres no Contexto da Família. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermaria*(42), 256-279.

Brasil, M. d. (2003). *Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem: Cadernos do Aluno: Fundamentos de Enfermagem (2ª ed.)*. Rio de Janeiro, Brasil: Fiocruz.

Canavarro, M. C. (2009). *Uma perspetiva desenvolvimentista e ecológica sobre a adaptação na transição para a maternidade*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.



Carifete, N. Z. (2009). *Patologia Afectiva Pós-parto em Mulheres Angolanas*. VIII Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental. Porto: Universidade do Porto .

Carneiro, J. L., Menezes, P. R., Vasconcelos, C. T., & Damasceno, A. K. (2016). *Assistência de Enfermagem à Mulheres Com Depressão Pós-Parto (DPP): Um Estudo de Revisão*. Encontro Internacional de Jovens Investigadores. Edição Brasil.

Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia (1ª ed.)*. (G. d. Editores, Trad.) Lisboa, Lisboa, Portugal: Climepsi.

DSM-5, A. P. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª ed., Vol. V)*. (C. Bittencourt, Ed., M. I. Nascimento, P. H. Machado, R. M. Garcez, R. Pizzato, & S. M. Rosa, Trans.) Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Duarte, G. (2011). *Dicionário de Administração*. Rio de Janeiro: KindleBookBr.

Ferreira, A. B. (2004). *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (3ª. ed.)*. Rio de Janeiro: Positivo.

Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2013). *PROPSICO: Programa de Actualização em Psicologia Clínica e da Saúde – Ciclo 1* . Coimbra: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Fonseca, A., Gorayeb, R., & Canavarro, M. C. (2015). Women's help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Sociodemographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help. *Midwifery*, 31, 1177-1185.

Gomes, G. F., & Santos, A. P. (26 de Outubro de 2017). *Assistência de Enfermagem no Puerpério*. *Revista Enfermagem Contemporânea*, pp. 122-131.

Gonçalves, A. P., Pereira, P. d., Oliveira, V. d., & Gasparino, R. (2018). *Reconhecendo e Intervindo na Depressão Pós-Parto*. *Revista Saúde em Foco*(10).

Guimares, D. T. (2002). *Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem (1ª. ed.)*. São Paulo, São Paulo, Brasil: Rideel.

Hartmann, J. M., Mendoza-Sassi, R. A., & Cesar, J. A. (2017). *Depressão Entre Puérperas: Prevalência e Factores Associados*. *Caderno de Saúde Pública*.

Horta, W. d. (Setembro de 1968). *Conceito de Enfermagem*. *Revista de*



Enfermagem da Escola de Enfermagem USP, II(2ª).

Iaconelli, V. (Julho-Agosto de 2005). Depressão Pós-Parto, Psicose Pós-Parto e Tristeza Materna. *Revista Pediatria Moderna*, 41(4).

Ibiapina, F. L., Alves, J. A., Busgaib, R. P., & Costa, F. S. (Março de 2010). Depressão Pós-parto: Tratamento Baseado em Evidências. *Revista Sistematizada*, 38(3).

Júnior, M. A., Braga, Y. A., Marques, T. G., Silva, R. T., Vieira, S. D., Coelho, V. A., . . . Regazzoni, L. A. (1 de 06 de 2014). Depressão em Estudantes de Medicina. (M. A. Junior, Ed.) *Revista Médica de Minas Gerais*, IV, pp. 562-567.

Kauark, F., Manhães, F. C., & Medeiros, C. H. (2010). *Metodologia da Pesquisa: Guia Prático*. Itabuna: Via Litterarum .

Leônidas, F, Ministério & Camboim, F,E,F. (2016). Cuidado de enfermagem à mulher com depressão pós-parto na atenção básica. *Revista Temas em Saúde*, v.16, n.3,

Marconi, M. d., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica* (5ª ed.). São Paulo, São Paulo, Brasil: Atlas.

Mesquita, R., & Duarte, F. (1996). *Dicionário de Psicologia*. Plátano S.A.

Moura, G. R. (2015). *Manual Técnico de Metodologia Científica: Como Desenvolver Pesquisas e Redigir Trabalhos em Cursos de Graduação e Pós-Graduação*. São Paulo: Faculdade de Tecnologia de Bauru.

O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: What we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1258-1269. doi:10.1002/jclp.20644

Paulo, A. (16 de Julho de 2019). Psiquiatria de Luanda Tem Registado Muitos Casos de Depressão Pós-parto. (V. Silva, & C. Júnior, Eds.) *Jornal de Angola*.

Pombo, R. (2011). *Dicionário de Sinónimos da Língua Portuguesa* (2ª. ed., Vol. 10ª). (C. A. Silva, Ed.) Rio de Janeiro, Brasil: Academia Brasileira de Letras.

Praça, F. S. (8 de Janeiro - Julho de 2015). Metodologia da Pesquisa Científica: Organização Estrutural e os Desafios para Redigir o Trabalho de Conclusão. *Revista Eletrônica Diálogos Acadêmicos*, pp. 72-87.

Ramos, A. S., Martins, A. C., Pessoa, D. L., Machado, M. C., & Noronha, F. M. (20



de Junho de 2018). Factores Associados à Depressão Pós-Parto: Revisão Integrativa. Enciclopédia Biofera, 15(27), 5-13.

Riecher-Rossler, A., & Hofecker, M. (2003). Postpartum depression: Do we still need this diagnostic term? . Acta Psychiatrica Scandinava, 108, 51-56.

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. General Hospital Psychiatry, 26, 289-295.

Schmidt, E. B., Piccoloto, N. M., & Miller, M. C. (Janeiro - Junho de 2005). Depressão Pós-parto: Factores de Risco e Repercussões no Desenvolvimento Infantil. Psico-USF, X, pp. 61-68.

Silva, D. D., Bernardes, D. R., Carvalho, D. T., Bittencourt, G. R., & Portugal, J. C. (Dezembro de 2015). Incidência de Depressão Pós-Parto no Município de Campos dos Goytacazes. Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos, X(2).

Silva, J. P., Garanhani, M. L., & Peres, A. M. (23 de Janeiro - Fevereiro de 2015). Sistematização da Assistência de Enfermagem na Graduação: Um Olhar sob O Pensamento Complexo. Revista Latino-Americana de Enfermagem, pp. 59-66.

Silveira, M. S., Gurgel, R. Q., Barreto, Í. D., & Trindade, L. M. (26 de Abril de 2018). A Depressão Pós-parto em Mulheres que Sobreviveram à Morbidade Materna Grave. Caderno Colectivo de Saúde, pp. 378-383.

Tolentino, E. d., Maximino, D. A., & Souto, C. G. (14 de Abril de 2016). Depressão Pós-Parto: Conhecimento Sobre os Sinais e Sintomas em Puérperas. Revista de Ciências e Saúde Nova Esperança, pp. 59-66 .

Vianello, L. P. (2011). Métodos e Técnicas de Pesquisa. EAD.