

A Atuação da Enfermagem Frente à Prevenção da Depressão Pós-Parto

The Role of Nursing in the Prevention of Postpartum Depression

Fabiana Braga de Ataíde Cardoso Gonçalves^a; Miguel Correa Almeida^a

^aCentro Goiano de Ensino, Pesquisa e Pós-Graduação, Lato Sensu em Enfermagem em Emergência e Urgência. DF, Brasil.

*E-mail: fabianabac3@gmail.com

Resumo

Buscou-se reconhecer a predominância e as causas filiadas à depressão pós-parto - DPP entre puérperas. Este estudo relata a DPP e mostra os aspectos de riscos que podem colaborar para esta síndrome, sua primazia e as escalas mais utilizadas pelos profissionais da saúde. O método adotado foi a busca nas bases de dados com estudos propondo uma revisão bibliográfica do tipo narrativa. Foi realizado um levantamento bibliográfico em bases de dados virtuais indexadas em saúde como SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), OMS (Organização Mundial da Saúde), Google acadêmico e Fiocruz (*Fundação Oswaldo Cruz*), usando os descritores “Depressão pós-parto em Puerperais”. Foram selecionados 25 artigos, publicados entre 2003 e 2018. Constatamos que a DPP se caracteriza como consequência de problemas sócio econômicos, alterações hormonais, complicações conjugais, insegurança em relação ao sentimento das pessoas, medo de não ser uma boa mãe, ansiedade diante da sua nova vida e grupos familiares. Diante dos estudos aqui efetuados, percebemos que o apoio da equipe de enfermagem deve ocorrer focado não somente no pré-natal, mas também no planejamento da gestação, no qual o enfermeiro orienta a futura mãe quantos aos sintomas e situações que ela irá apresentar (antes da gestação, durante a gestação e após a gestação), explicando a gestante todos os sentimentos e sensações que ela poderá vivenciar. Desta forma, esta orientação irá prevenir e tratar a ocorrência da DPP, assegurando assim sua vida e a do recém-nascido, evitando o suicídio, a rejeição ou até ao assassinato do recém-nascido.

Palavras-chave: Baby-Blues. Depressão. Depressão Pós-Parto. Saúde Pública.

Abstract

This work aimed to recognize the prevalence and the causes related to postpartum depression (PPD) among postpartum women. This study shows the risk aspects that may contribute to this syndrome, its predominance and the scales most used by health professionals. The method adopted was a database search including studies to come up with a narrative literature review. A bibliographic survey was carried out in indexed health databases as SciELO (Scientific Electronic Library Online), WHO (World Health Organization), Google academic and FIOCRUZ (Oswaldo Cruz Foundation), using the descriptor “Postpartum Depression in Puerperal”. We selected 25 articles, published between 2003 and 2018, in which PPD is characterized by socioeconomic problem, hormonal changes, marital complications, insecurity in relation to people’s feelings, fear of not being a good mother, anxiety about a new life and family group. Based on the studies selected, we noticed that nursing support should be focused not only on prenatal care, but also during pregnancy planning, in which the nurse should guide the future mother about symptoms and situations that she will experience before, during and after pregnancy, explaining all feelings and sensations that it might occur. In this way, nursing orientation will prevent and treat postpartum occurrence, ensuring the mother and newborn’s life, avoiding suicide, rejection or even a newborn murder.

Keywords: *Baby-Blues. Depression. Postpartum depression. Public Health.*

1 Introdução

Segundo Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005), a palavra depressão no seu uso habitual tem muito a ver com sentimento e/ou doença estabelecida por fatores de risco habituais no decorrer de uma vida, decorrente de alguns fatores tais como fortes notícias, perdas de entes queridos, acidentes e a depressão pós-parto (DPP). A DPP ou depressão puerperal é um transtorno mental de alta prevalência, não estabelecidas apenas naquelas pacientes que acabaram de ter seu bebê, podendo ser estabelecida em natimortos, abortados e que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas que se iniciam de maneira insidiosa, levando até semanas após o parto.

Essa forma de depressão se dá por várias razões,

dentre estas, a não aceitação da gestação. Pode-se também considerar as questões afetivas, vivenciadas na infância ou na adolescência desta mãe em questão. A sintomatologia tem como um dos critérios a mudança de humor que ocorre frequentemente no período gestacional. Estudos realizados durante a revisão bibliográfica mostram que a DPP com diagnóstico inicial é mais favorável e com ajuda da família, pode-se realizar uma terapia fidedigno e eficaz. Diante deste cenário, nos questionamos: qual o papel da enfermagem na prevenção e recuperação da depressão pós-parto?

Levando em consideração as perspectivas visadas em uma recuperação pós-parto realizando a prevenção e promoção da saúde, a equipe de enfermagem deve estar apta e atenta aos sinais e sintomas relacionados a esta patologia que vem acometendo desde jovens mães a mulheres mais velhas. A DPP não está

somente relacionada ao estado físico, mas, principalmente nas questões emocionais da vivência desta paciente em questão. A equipe de enfermagem deve estar atenta a todo e qualquer sinal que possa ser relacionada a DPP. Neste sentido, esta revisão bibliográfica tem como prioridade salientar a atuação do enfermeiro no que diz respeito à identificação precoce dos sinais e sintomas da DPP na gestante, para que a patologia não se agrave e que um tratamento eficaz possa ser aplicado para amenizar os impactos da doença com relação a mãe e ao bebê.

Desde a admissão até a alta hospitalar, podem ocorrer erros de identificação de tais sinais. O estado da DPP e suas mudanças de fases são fatores que podem potencializar os riscos de desenvolvimento desta patologia, aumentando a possibilidade da ocorrência que possa levar a lesões irreversíveis no sistema nervoso e principalmente na autoestima da paciente. A identificação correta destes sinais na paciente é um processo indispensável para que sejam minimizados os eventos adversos relacionados a esta patologia, podendo proporcionar um melhor processo terapêutico e tratamentos pertinentes à DPP. O presente estudo se justifica pela necessidade de comprovar a importância da correta identificação de sinais e sintomas de uma paciente que predisponha a depressão pós-parto, a fim de reduzir a ocorrência de casos mais graves e até mesmo o suicídio, melhorando assim a assistência prestada pela enfermagem. A realização deste trabalho se deu devido à percepção da grande necessidade de capacitação da equipe de enfermagem, frente aos problemas pertinentes à DPP. O enfermeiro deve-se encontrar apto ao apoio assistencial desde o acolhimento na atenção básica onde deve ser dado o início do pré-natal e assim acompanhar os possíveis riscos que a gestante pode correr até o puerpério.

Por se tratar de um problema de saúde pública, o estudo dos fatores que desencadeiam a DPP é extremamente importante. Este estudo irá descrever como deve ocorrer a atuação da enfermagem buscando a prevenção da DPP, para melhor direcionamento da decisão que o enfermeiro irá tomar. Buscando na literatura evidências da importância da identificação precoce da DPP para possíveis ações de prevenção de eventos adversos, identificando os possíveis eventos adversos, decorrentes através de sinais, sintomas e relatos da paciente e revisar estratégias para adesão da equipe de enfermagem na identificação correta da DPP precocemente.

2 Desenvolvimento

2.1 Metodologia

Segundo Gil (1999), a pesquisa bibliográfica destina-se em encontrar em materiais previamente elaborados, fontes que sejam capazes de fornecer respostas adequadas à solução de um determinado problema. O estudo proposto tratar-se de uma revisão bibliográfica do tipo narrativa. Foi realizado um levantamento bibliográfico em bases de dados virtuais em saúde indexadas: SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), OMS (Organização Mundial da Saúde), Google

acadêmico e Fiocruz (*Fundação Oswaldo Cruz*) sendo a busca feita com os seguintes descritores: segurança do paciente, identificação correta do paciente com depressão, estratégias para identificação precoce, depressão pós-parto, sintomas da depressão pós-parto. Foram incluídos na amostra os artigos publicados em revistas indexadas, nos últimos anos, no idioma português e que contemple algum dos objetivos desse estudo no seu resumo.

2.2 Discussão

2.2.1 Evidências da importância da identificação precoce da depressão pós-parto para possíveis ações de prevenção de eventos adversos

Para os autores Ruschi *et al.* (2009), em estudos diz que sintomas psiquiátricos são comuns após o parto, momento marcado por alterações hormonais. A depressão em geral ainda precisa ser bem vista e aceita como doença pela população brasileira. Na maioria dos casos, a própria família negligencia um apoio digno para um ente com sinais e sintomas de depressão.

Sendo assim, os meus autores ainda descrevem em estudo que, a depressão pós-parto pode ser diagnosticada muitas das vezes no próprio atendimento do pré-natal, quando realizado por enfermeiros e/ou médicos. Para que, no momento da consulta é de suma importância que a enfermagem abra espaço para um diálogo entre paciente e profissional, para que a consulta não seja apenas um momento mecanizado de informações sobre exames, mas, também de apreciação da saúde mental desta paciente ainda que os mesmos fatores de riscos para o desenvolvimento da depressão pós-parto, ressaltando que a doença pode afetar relacionamento mãe bebê e o desenvolvimento neurológico da criança em seu crescimento. A questão da amamentação nos primeiros meses contribui e muito para uma relação afetiva mais íntima entre eles (RUSCHI *et al.*, 2009).

Para a Organização Mundial de Saúde - OMS (2017), países de baixa renda são mais propícios ao desenvolvimento da depressão pós-parto. Alguns fatores como a baixa renda, saneamento básico inadequado, falta de educação são fatores de riscos eminentes para o desenvolvimento da doença. O que se vê ainda no Brasil é a falta de políticas públicas suficientes para diagnosticar e tratar adequadamente de mulheres com depressão até mesmo antes, durante e após a depressão pós-parto.

Segundo Schwengber e Piccinini (2003, p.404):

A depressão associada ao nascimento de um bebê, refere-se a um conjunto de sintomas que geralmente se inicia entre a quarta e a oitava semana após o parto, atingindo de 10 a 15% das mulheres. Esses sintomas incluem sensibilidade, irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação desinteresse sexuais, transtornos alimentares e do sono, dentre outros fatores.

A amamentação traz benefícios nutricionais ao bebê

e psicológicos também a mãe. A Organização Mundial da Saúde - OMS preconiza o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e complementar até os dois anos de idade da criança, porém, mais de 83% das mulheres não priorizam esta recomendação. Com certeza, fatores sociais e econômicos tais como trabalhar fora, ajuda da família ou companheiro e educacionais influenciam para que esta regra não seja cumprida.

Em seus estudos, Saraiva e Coutinho (2007) relatam também que a depressão se revela como um amplo fenômeno de saúde pública e uma doença que apesar de conhecida há centenas de anos cada vez mais se destacam como um tema difícil de definir e se explicar.

Outro fator recorrente e determinante da depressão pós-parto é a violência doméstica, onde a parturiente não consegue lidar com as situações vivenciadas no seu relacionamento e não se vê procurando ajuda. Muitas das vezes, este tipo de violência pode ser detectado na avaliação do pré-natal e até mesmo momentos após o parto, onde a mãe não consegue se relacionar muito bem com seu bebê, e pode até se recusar a pegar no colo, amamentar e criar um vínculo afetivo com o mesmo (MATTAR *et al.*, 2007).

Os mesmos autores dizem ainda que, durante a gestação, essas agressões podem sim ser diminuídas trazendo assim mais proteção ao bebê e a mãe, porém, pode também o mesmo fator ser indicio de aumento da agressão e frequência (MATTAR *et al.*, 2007).

Em estudo Tolentino, Maximino e Souto (2016) relatam que no período da gestação, a mulher passa por vários momentos de mudanças, tais podendo ser prazerosos e também mudanças fisiológicas, sociais, familiares e psicológicas e com isso um aumento da sintomatologia ou de desenvolvimento após nascimento do recém-nascido. Os mesmos autores ainda afirmam que essas alterações citadas anteriormente devido ao processo gravídico, a mulher passar por várias sensações e com isso após o nascimento do bebê desencadeara na puerpera um sentimento vazio.

De acordo com Félix *et al.* (2013), o Ministério da Saúde inclui o enfermeiro como profissional apto para desenvolver ações em todas as fases do ciclo de vida feminino, com isso, os autores esclarecem que em suas fases puerperal são quando ocorrem as maiores alterações orgânicas e sociais que podem ser enfrentadas pelas mulheres alterando seu bem-estar físico ou estado de sua saúde. A depressão pós-parto é de fato aquela que está instalado com sintomas por vários dias, ou seja, mais que as três primeiras semanas da puerpera. A depressão traz malefícios a saúde não somente da mãe que acabou de ter seu bebê, mas ao próprio recém-nascido e a família acarretando um vínculo de um quadro clínico específico entre os mesmos.

Félix *et al.* (2013, p.422) complementam que os principais sintomas

[...]que identificam um quadro de DPP pode-se citar a irritabilidade com o choro da criança, a falta de estímulo para amamentar, o desinteresse sexual, a transferência de

responsabilidade da criança e em casos mais extremos negligência total no cuidar e agressão física. Estes sintomas dentre outros caracterizam os quadros de depressão leve a moderada, sendo que, seja qual for a intensidade do quadro, o bebê é o principal afetado pela desordem emocional materna. Pode-se afirmar também que as crianças de mães deprimidas apresentam maior risco para terem desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais.

Com isso alguns fatores podem ocasionar uma agravação ao quadro depressivo como uma grande frustração das expectativas, conflitos conjugais, baixas condições socioeconômicas e a falta de suporte social (FÉLIX *et al.*, 2013).

Os autores Bordignon *et al.* (2011) descrevem que o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece as unidades básicas de saúde como executores do primeiro atendimento de baixa complexidade e majoritariamente são estas unidades que acabam por encaminhar a níveis de atendimento mais complexos e de responsabilidade adequada a demanda. Estas unidades têm como tarefa principal a inserção do usuário no sistema público de saúde. Diante deste cenário, o enfermeiro é aquele responsável pelo primeiro contato com o cliente. Não importa o ambiente de trabalho do profissional (rede básica, hospitalar ou ambulatorial), ele tem que estar sempre preparado para lidar com a demanda e saber direcionar a paciente, especialmente quando é demandado tratamento de questões de ordem psicológica.

De acordo com Morais *et al.* (2017), o progresso da ligação entre a mãe e o filho é um dos métodos psicológicos mais importantes após o parto. O tipo de ligação entre a mãe e a sua criança é decisivo para a criação de elo, que é determinado como uma relação própria e único entre duas pessoas e que permanece ao longo do tempo. A presença de perturbações precoces na relação mãe/filho pode ter complicações prejudiciais para ambos os membros da dupla. Especialmente, pode contribuir negativamente a saúde mental materna, aumentando os sintomas depressivos e ansiosos e prejudicando o crescimento infantil. Distúrbios nessa relação podem, também, trazer problemas ao longo do tempo para a criança, por levar grande risco de excesso e, e distúrbios psiquiátricos e de conhecimento na criança. A relação entre mãe e filho é motivado por vários fatores que vêm sendo mostrado na literatura como: experimento anterior (outros filhos) e princípios culturais (religião, crenças), variáveis estas teoricamente importantes que tendem a ser negligenciadas. É também influenciado pelos aspectos de comportamentos da mãe, e também sintomas de ansiedade e de depressão, pelos problemas situacionais vivenciados durante a gravidez, pelo apoio social recebido durante o período gestacional, pela relação conjugal e por fatores sociodemográficos (tais como o nível financeiro, educacional e idade materna).

Leônidas e Camboim (2016), afirmam que considerando que o enfermeiro é o profissional que coordena as ações da equipe na Estratégia Saúde da Família, é importante atentar para o reconhecimento de todos os fatores que podem

levar a uma depressão pós-parto (DPP). Isso implica que esse profissional esteja habilitado a desenvolver ações de prevenção dessa doença e promoção da saúde e qualidade de vida da mulher no período puerperal. Foi verificado que muitas vezes a DPP passa despercebida pelos profissionais de saúde, pois estes associam os sintomas apresentados pela mulher, com o desânimo normal que é vivenciado no pós-parto. O aprimoramento da assistência de enfermagem, pode estimular, sensibilizar e capacitar os estudantes e profissionais sobre a influência de uma assistência qualificada para o reconhecimento da DPP em tempo hábil, proporcionando o início da terapêutica de forma precoce, favorecendo uma rápida e surpreendente recuperação da puérpera.

Reis *et al.* (2018) destacam atuação do enfermeiro em relação à depressão pós-parto, sendo importante o seu papel para prevenir, diagnosticar e tratar a doença e seus agravos uma vez que a DPP atinge as puérperas e conseqüentemente interfere na saúde dos familiares e no desenvolvimento do bebê. O enfermeiro, por ter contato direto com a puérpera o bebê e a família, consegue intervir as suas ações e gerando qualidade de vida para ambos. Entretanto, é necessário que ocorram mais estudos para aperfeiçoar ainda mais a assistência de enfermagem, pois o conhecimento de novas práticas pode interferir na qualidade de vida e prevenir agravos na saúde.

Para Fontes *et al.* (2010) devemos considerar as características da mãe adolescente, tendo um olhar atento para captação daquilo que está velado por trás do silêncio, do isolamento, da irritabilidade, e muitas vezes, da rebeldia. Os mesmos autores afirmam que os enfermeiros estão direcionados na prática assistencial, ao cuidado integral desta adolescente mãe, desenvolvendo ações de ajuda integral na tentativa de apoiá-las evitando a depressão pós-parto, através do apego do sujeito deste cuidar com o recém-nascido.

Arrais, Mourao e Fragalle (2014), sugerem a ampliação da assistência pré-natal oferecida nos serviços de saúde. Esse tipo de serviço pode ser oferecido nas maternidades e centros de saúde, proposta viável por ser uma intervenção em grupo, abrangendo grande número de pessoas, podendo ser adaptado à realidade de cada comunidade. É um importante instrumento psicoprofilático, de baixo custo, que pode ser implementado como uma política pública nos serviços de pré-natal do país.

2.2.2 Possíveis sinais e sintomas da depressão pós-parto

Segundo os autores Morais *et al.* (2017) com constante mudanças gradativamente a gestação e a maternidade vem sendo um propósito de investigação por parte da comunidade científica, envolvendo aspectos hormonal, físico, psicológico, familiar e social, de forma geral desencadeando reajustamentos e reestruturações na vida dos indivíduos. Os mesmos autores ainda descrevem as mudanças citadas e têm suscitado a hipótese de que mulheres grávidas vêm sendo mais vulneráveis a agravos à saúde mental, desenvolvendo psicopatologias.

Diante esses agravos são responsáveis por significante

parcela da morbidade e mortalidade com englobação mundial e desencadeando instituindo um importante solene problema de saúde pública. Muitos são os fatores que influenciam o aparecimento de agravos à saúde mental na gravidez e no pós-parto, desencadeando distúrbios e perturbações de ansiedade e de depressão (MORAIS *et al.*, 2017).

Em estudo Rodrigues e Schiavo (2011) o puerpério, por si só, é um período estressante, de adaptação, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas ou de recuperação da genitália materna, que condiz ao período em que a mulher terá de remodelar seu convívio no seu dia a dia, adaptando a sua nova rotina diária com seu recém-nascido (RN) incluindo sua recuperação cirúrgica pós-parto e em sua nova dinâmica de vida. Consiste num período cronologicamente variável, de âmbito impreciso e, dependendo de como a mulher lida com ele, pode apresentar ou não sintomas significativos de stress.

Os mesmos autores estabelecem alguns principais fatores de risco de DPP, que são:

História anterior de depressão, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego, ausência de suporte social, dependência de substâncias, violência doméstica e não aceitação da gravidez. Pesquisas apontam que 10 a 20% das mulheres manifestam DPP2 e no Brasil, esta porcentagem é ainda mais elevada. Até o momento, pesquisas nacionais e internacionais associando o stress apresentado tanto na gestação como no puerpério à manifestação de sintomas de DPP ainda são escassas. Entretanto, há pesquisas que indicam que eventos estressores vivenciados na gestação ou no puerpério são associados a manifestação de sintomas depressivos após o parto. Entre os eventos estressores estão: número de gestação, de partos, de filhos vivos, menor tempo de relacionamento com o parceiro, falta de rede de apoio, dificuldades financeiras, não aceitação da gravidez (RODRIGUES; SCHIAVO, 2011, p. 253).

Os autores Melo *et al.* (2018) em estudos mais recentes afirmam que o comportamento materno tem sido discutido também numa perspectiva de construção social, a partir da concepção de que ser mulher não implica, necessariamente, em possuir instinto materno inerente e programado. De maneira oposta, estas mulheres tornam-se mães, após o nascimento de seu filho, e contrapartida de sua experiência individual com o mundo e com seu RN. Diante deste cenário, os mesmos autores ainda correlacionam meios e histórias de vidas, os relacionamentos, o apoio do companheiro nos cuidados com o bebê e o planejamento da gestação são fatores que interferem na construção do vínculo com o bebê.

Dentre alguns fatores e sintomas Melo *et al.* (2018, p.172) faz uma junção de fatores interligados, para o desencadeamento de um DPP sendo assim ele relaciona:

Essa relação se fortalece conforme a mãe lida com os conflitos e se adapta às mudanças próprias do período puerperal. Quando ocorrem disfunções nessa adaptação, a chance da puérpera desenvolver algum transtorno mental aumenta substancialmente. Dentre os transtornos mentais presentes no puerpério, a Depressão Pós-Parto (DPP) é um quadro psicopatológico de extrema relevância para a saúde pública, pois pode atingir até 25% das mulheres. Trata-se

de um transtorno de humor caracterizado por irritabilidade, ansiedade, desmotivação, falta de energia ou agitação psicomotora, tristeza prolongada, baixa autoestima, crises de choro, sentimento de culpa, falta de interesse pelo bebê, alterações no apetite e no sono, sensação de não dar conta do bebê que pode evoluir para a ideação suicida. Ademais, outras manifestações clínicas, de natureza física, podem ser observadas nessas mulheres, a saber: cefaleia, hemorragias, dificuldades na lactação, com presença de fissuras e infecções, entre outros.

Segundo os autores Perosa *et al.* (2009), estudos que o estresse parental, principalmente na depressão pós-parto, tem sido foco de inquietação dos pesquisadores pelas consequências que pode gerar no progresso infantil, mesmo quando há remissão da patologia materna. A depressão pós-parto também está relacionada ao risco de abuso, bem como de trauma não proporcional à criança. Ainda assim, a maioria dos estudos direcionados na depressão pós-parto se preocuparam com o estudo da ansiedade materna pela crença de que, no puerpério, os quadros impacientes sejam mais constantes que os quadros depressivos. Embora sejam ignorados, acredita-se que a ansiedade e a depressão convivem constantemente, mas é preciso distingui-las de modo a oferecer tratamento apropriado.

De acordo com Perosa *et al.* (2009, p.434), a ansiedade aumenta os sentimentos de ineficácia no desempenho do cuidado da criança.

Apesar do reduzido número de estudos sobre os efeitos da ansiedade materna no desenvolvimento do recém-nascido, foi constatado que a ansiedade no pós-parto reduz a capacidade de enfrentamento, diminui a reatividade e sensibilidade e aumenta os sentimentos de ineficácia no desempenho do cuidado com a criança. Existem evidências de que a ansiedade materna tem efeito negativo sobre a galactopoese e sobre a qualidade do vínculo mãe-bebê, o que justifica a adoção de medidas preventivas e terapêuticas.

Segundo Perosa *et al.* (2009), as dificuldades emocionais maternas quando nasce um filho com malformações, necessita de melhor compreensão em relação aos recursos e possibilidades de precauções e intervenções específicas. Por tanto, sintomas de ansiedade e depressão de mães de recém-nascido com malformação evidente e de mães de recém-nascidos eutróficos foram semelhantes logo após o nascimento da criança.

Em estudo Hartmann, Mendoza-Sassi e Cesar (2017), a gestação programada foi um fator de proteção para depressão, diminuindo cerca de 30% o risco de desenvolver a doença. Em estudo desenvolvido na cidade de Pelotas, a gravidez não desejada foi destacada como um dos motivos que mais influencia o aparecimento de depressão pós-parto. Planejar a gestação pode ajudar a mãe maior aceitação da gestação, ajudando a diminuição dos riscos de ter depressão. Em relação ao uso de tabaco durante a gestação, ficou evidente que o uso de tabaco aumenta o risco de depressão em 26%. Os mesmos autores afirmam que essa conexão já foi notada em outras pesquisas sobre o tema.

Identificou-se também uma comparação significativa, com efeito proteger, entre o suporte oferecido à gestante pelo os profissionais de saúde e a depressão, tanto no que diz respeito à consciência do apoio oferecido pelos profissionais da equipe quanto ao acompanhamento recebido. Isso mostra a importância da gestante ser assistida durante toda a sua internação, não somente pela família e amigos, mas também pelos profissionais de saúde, pois poderia reduzir o risco de depressão. Isso pode fortalecer a política de parto humanizado, em que as ações preconizadas e executadas buscam diminuir a possibilidade de manifestação da depressão.

Para Hartmann, Mendoza-Sassi e Cesar (2017), mulheres que apresentaram alguma complicação clínica durante a gestação tiveram maior probabilidade de desenvolver depressão. Quanto às intercorrências durante a gestação, verificou-se um aumento progressivo do risco na medida em que aumentava o número de morbidades. Estudos sobre o tema identificaram que mulheres que apresentaram alguma complicação clínica durante a gravidez tiveram maior probabilidade de desenvolver depressão, o que pode ser explicado pela maior fragilidade em que a mulher se encontra ao enfrentar problemas de saúde durante a gestação. Vale ressaltar que o efeito dos fatores de suporte profissional e a tendência linear se mantiveram ainda após o ajuste com as variáveis que mediam a morbidade das gestantes. Portanto, esse efeito não ocorreria devido a um maior suporte da equipe pelo fato das pacientes apresentarem necessidade de maiores cuidados (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESSAR, 2017).

2.2.3 Depressão pós-parto x baby blues

Arrais e Araújo (2017) relatam que na literatura de estudos sobre quadros de DPP, essa síndrome é uma variante branda da depressão fisiológica, frequentemente vista em mulheres jovens ou personalidades imaturas. Sendo um estudo que está envolvendo vários pesquisadores em nível mundial. A DPP vem recebendo atenção por parte dos pesquisadores e profissionais envolvidos com saúde mental.

Os mesmos autores ainda afirmam que o puerpério é um período de alterações biológicas, psicológicas e sociais. Tendo essa fase considerada como a época mais vulnerável para a ocorrência de transtornos psiquiátricos devido as várias mudanças com período da gestação e seu pós-parto. A DPP se insere em uma trílogia de distúrbios da psiquiatria perinatal.

Arrais e Araújo (2017, p.829) classificam uma ordem seguindo caracterizada por três entidades distintas sendo elas:

O blues puerperal, as psicoses puerperais e as depressões pós-parto. A DPP é definida como um episódio de depressão maior que é temporalmente associado com o nascimento de um bebê, mas, essa terminologia foi alterada para Peri parto depressão. Estipulou-se que o início dessa perturbação do humor ocorre ainda durante a gravidez, no seu último mês até cinco meses após o parto, pois, cerca de 50% dos casos de depressão maior no pós-parto começam antes do nascimento. No entanto, no presente será adotado o termo Depressão Pós-

Parto.

Conforme Carlesso e Souza (2011, p.1120) dentre os eventuais transtornos emocionais do pós-parto, três podem ser enfatizados como:

A melancolia da maternidade (baby blues), psicose puerperal e depressão. Entre algumas mulheres, em torno do terceiro dia após o parto, apresentam depressão precoce ou chamada de baby blues, um estado de fragilidade e hiperemotividade disposição a reagir emocionalmente de modo excessivo às ocorrências. O choro e a tristeza são acompanhados por sentimentos de falta de confiança e incapacidade para cuidar do bebê. O baby blues corresponde a uma etapa de reconhecimento mútuo entre a mãe e o bebê. É o tempo necessário para a mãe compreender que o bebê é um ser separado dela, marcando o fim da gravidez psíquica.

A depressão pós-parto ocorre após o baby blues, sendo que os sentimentos depressivos não ultrapassam ao final de duas semanas após o parto. É sendo uma manifestação psicopatológica importante, pois cerca de 10 a 15% das mulheres apresentam um quadro depressivo dentro dos três primeiros meses após o parto. Em geral manifestam-se sentimentos de incapacidade de cuidar do filho e dificuldades para enfrentar a nova configuração sócio familiar.

Para Carlesso e Souza (2011), a sintomatologia típica da DPP que inclui sentimento de culpa, transtornos do sono, flutuações de humor com grande tendência a tristeza e ausência de sintomas psicóticos. Sendo assim, os mesmos autores esclarecem que baby blues se torna diferente da DPP por não ultrapassar mais que duas semanas, não sendo manifestada na fase da puérpera. Já a DPP em si tem os sintomas que se desenvolvem insidiosamente ao longo de três meses, mas o início pode ser mais súbito.

2.2.4 A equipe de enfermagem na depressão pós-parto

Segundo Lima *et al.* (2017), o profissional da saúde enfrenta barreiras para detectar gestantes com sintomas depressivos por falta de conhecimento de instrumentos sistematizados em saúde mental e falta de preparo para manejo e assistência dessas mulheres na atenção primária, pois o foco está restrito nos aspectos fisiológicos do desenvolvimento da gravidez e do puerpério, o que impede um cuidado integral no pré-natal e puerpério. Assim orienta-se que o profissional de saúde pode entender o estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante, sem banalizar suas queixas e, quando necessário, pedir apoio matricial dos profissionais de saúde mental às mulheres gestantes com problema mental.

Figueira *et al.* (2009) apontam que a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo - EPDS constitui um instrumento apropriado de triagem da depressão pós-parto, podendo ser executado na rede pública de saúde devido a sua simplicidade, rapidez de aplicação, menor custo e oportunidade de aplicação por qualquer profissional de saúde. O maior uso da escala pode ser comparado a um aumento nos índices de diagnóstico e tratamento da doença, diminuindo assim seus possíveis efeitos prejudiciais sobre mãe e filho.

Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005), observando a dificuldade da mulher no pós-parto de acessar os serviços de saúde mental, mostraram a dificuldade de um instrumento para encaminhamento adequado para as consultas psiquiátricas. A utilização da EPDS e/ou do SRQ-20 (Us do Self-Reporting Questionnaire) é método fascinante de rastreamento de DP e/ ou TMC (Transtorno Mental Comum). Tais dispositivos podem ser utilizados por obstetras, enfermeiros e demais profissionais de saúde, no pós-parto, ajudando a identificação de casos de DP e/ou TMC, com o imediato encaminhamento para equipe médica ou especialista, que definirá o tratamento mais adequado, conforme os sintomas.

De acordo com Silva *et al.* (2008), o preparo de profissionais de saúde qualificado para enfrentar os transtornos mentais se faz importante, para corretamente atendermos uma parte da população feminina que cresce em tamanho constantemente, secundariamente ao desenvolvimento da possibilidade de vida global populacional, e que se encontra privada de cuidado da equipe médica.

Konradt *et al.* (2011) relatam que a prevenção antecipada da depressão pode ser efetuada por meio de atitude e realizações conjuntas durante a gravidez, diminuindo o risco de as mães desenvolverem DPP e precavido os problemas graves familiares e pessoais que dela acontece. A evolução de medidas concretas para a prevenção dessa patologia é importante em termos de saúde pública, a fim de diminuir a extremidade de DPP. Os autores ainda afirmam que, responsáveis ligados à saúde materna e obstétrica (médicos, psicólogos e enfermeiros) são os que se atente em melhores condições de evitar o aparecimento da DPP, pois possuem o estudo necessário para apresentar a criação de programas preventivos na rede pública, voltados não só para a saúde da gestante, mas para a saúde sexual e reprodutiva da população geral. Conclui-se, assim, que uma interferência antecipada com a gestante e seu grupo social, com o objetivo de fortalecer o suporte social à grávida, pode ter como consequência uma menor predominância de DPP entre as mulheres atendidas por esses serviços (KONRADT *et al.*, 2011).

De acordo com Ruschi *et al.* (2009) essa alta citação de depressão pós-parto certifica ser essa doença um sério problema de Saúde Pública e desperta para importância da capacitação e sensibilização dos profissionais da área da saúde em reconhecer e servir os primeiros cuidados em relação à assistência da mulher pós-parto, o que reduziria os efeitos consequentes que o quadro depressivo pode estipular sobre a família.

Segundo Schwengber e Piccinini (2003) os profissionais que exercem na área da saúde são fundamentais estar alerta para a importância de realizações que tragam benefícios à relação mãe-bebê. Intente-se que os primeiros meses após o parto identifica um período muito sensível para a realização de intervenções com esse objetivo, tendo em vista uma série de sentimentos vivido pela mãe após o nascimento do bebê. A ação preventiva das equipes multidisciplinares nesse

período pode permitir à nova mãe o apoio de que precisa para confrontar os eventuais episódios de depressão. Mais do que isso, a assistência precoce à mãe depressiva retrata a chance da precaução do estabelecimento de um padrão negativo de relação com o bebê, o qual pode trazer importantes repercussões para o seu desenvolvimento no futuro.

Para Bordignon *et al.* (2011) que do mesmo modo, uma vez que essa acontece após a alta hospitalar da gestante, seria aconselhável que o cuidado da equipe profissional se estendesse ao domicílio. Com uma rede de atenção básica bem organizada como tem no Brasil, esse cuidado poderia ser efetuado pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde - UBS, e em específico pela Estratégia Saúde da Família - ESF. Por fim, se os aspectos tristes da gestante forem apontados pelos profissionais de saúde antes, durante e após o parto, pode haver perda da prevalência de depressão, melhorando a porção dos vínculos entre a mãe e seu bebê.

3 Conclusão

A partir desses argumentos, no estudo proposto nota-se a importância da qualidade da assistência e orientações durante o pré-natal pelo profissional de enfermagem, a fim de atingir a meta principal, que é garantir uma gestação saudável, segura e sem complicações futuras. Nas mãos desses profissionais, muitas vezes são colocados os anseios, o medo, explosão de ansiedade, expectativas de muitas mulheres é a certificação de que tudo ocorra bem durante a gestação e que principalmente certificar que está tudo bem com o futuro bebê. Observou-se ainda que a DPP pode se manifestar com intensidade variável, tornando-se um fator que dificulta o estabelecimento de vínculo afetivo favorável entre mãe e filho, podendo interferir na qualidade dos laços emocionais futuros de ambos, isto porque em meio a estes estudos já realizados, observou-se um déficit na autoestima das mães portadoras do transtorno. Assim, existem evidências de associação entre a DPP e prejuízo no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança. Acredita-se que possamos explicar esse prejuízo uma vez que somos produtos de nossas aprendizagens, principalmente nos primeiros anos de vida. Portanto, se a relação mãe e filho já são iniciados com um déficit afetivo motivado pela DPP é possível que isto ocorra. Porém, também somos seres em constante modificação, assim se prontamente diagnosticada e tratada, esta relação tem todas as possibilidades de ser reestabelecida de forma saudável sem prejuízos maiores a nenhuma das partes. Haja vista, por sermos consideráveis seres mutáveis e resilientes, isto é, passíveis de ressignificar de eventos tidos como traumáticos.

Referências

ARRAIS, A.R.; ARAUJO, T.C.C.F. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Psic., Saúde Doenças*, v.18, n.3, p.828-845, 2017. doi: 10.15309/17psd180316.

ARRAIS, A.R.; MOURAO, M.A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão

pós-parto. *Saúde Soc*, v.23, n.1, p.251-264, 2014. doi: 10.1590/S0104-12902014000100020.

BORDIGNON, J. *et al.* Depressão Puerperal: Definição, sintomas e a importância do enfermeiro no diagnóstico precoce. *Rev. Contexto Saúde*, v.11, n. 0, p. 875-880, 2013. doi: 10.21527/2176-7114.2011.20.875-880.

CARLESSO, J.P.P.; SOUZA, A.P.R. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. *Rev. CEFAC*, v.13, n.6, p.1119-1126, 2011. doi: 10.1590/S1516-18462011005000085.

CRUZ, E.B.S.; SIMÕES, G.L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 27, n.4, p. 181-188, 2005. doi: 10.1590/S0100-72032005000400004.

FIGUEIRA, P. *et al.* Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v.43, supl. 1, p.79-84, 2009. doi: 10.1590/S0034-89102009000800012.

FÉLIX, T.A. *et al.* Desempenho de enfermagem frente à depressão pós-parto em consultas de puericultura. *Rev. Eletr. Trim. Enferm.*, v.12, n.29, p.404-419, 2013.

FONTES, F.S. *et al.* O cuidado de enfermagem e sua contribuição para prevenir a depressão pós-parto na adolescência. *Rev. Pesq Cuidado Fund. Online*, 2010. doi: 10.9789/2175-5361. 2010. v0i0.%p.

GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1999.

HARTMANN, J.M.; MENDOZA-SASSI, R.A.; CESAR, J.A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, v.33, n.9, 2017. doi: 10.1590/0102-311x00094016.

KONRADT, C.E. *et al.* Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Rev. Psiquiatr.*, v.33, n.2, p.76-79, 2011. doi: 10.1590/S0101-81082011005000010

LEÔNIDAS, F.M.; CAMBOIM, F.E.F. Cuidado de enfermagem à mulher com depressão pós-parto na atenção básica. *Temas Saúde*, v.16, n.3, 2016.

LIMA, M.O.P. *et al.* Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paul. Enferm.*, v.30, n.1, p.39-46, 2017. doi: 10.1590/1982-0194201700007.

MATTAR, R. *et al.* A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v.29, n.9, p.470-477, 2007. doi: 10.1590/S0100-72032007000900006.

MELO, S. B. *et al.* Sintomas depressivos em puérperas atendidas em Unidades de Saúde da Família. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, v.18, n.1, p.163-169, 2018. doi: 10.1590/1806-93042018000100008.

MORAIS, A. O. D. S. *et al.* Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cad. Saúde Pública*, v.33, n.6, e00032016, 2017. doi: 10.1590/0102-311x00032016.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha “Vamos conversar”.2017. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-decausas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamosconversar&Itemid=839> Acesso em: 7 out. 2018.

PEROSA, G. B. *et al.* Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. *Rev. Bras.*

Ginecol. Obstet., v.31, n.9, p.433-439, 2009. doi: 10.1590/S0100-72032009000900003.

REIS, T.M. *et al.* Assistência de enfermagem na depressão pós-parto e interação mãe e filho. *Rev. Eletr. Acervo Saúde*, n.11, p.1069-1075, 2018. doi: 10.25248/reas134_2018.

RODRIGUES, O.M.P.R.; SCHIAVO, R. A. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v.33, n.9, p.252-257, 2011. doi: 10.1590/S0100-72032011000900006.

RUSCHI, G.E.C. *et al.* Alteração tireoidiana: um fator de risco associado à depressão pós-parto?. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, v.9, n.2, p.207-213, 2009. doi: 10.1590/S1519-38292009000200010.

SARAIVA, E.R.A.; COUTINHO, M.P.L. A estrutura das

representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. *Psico-USF*, v.12, n.2, p.319-326, 2007. doi: 10.1590/S1413-82712007000200020.

SILVA, M.M. *et al.* Depressão em mulheres climatéricas: análise de mulheres atendidas ambulatorialmente em um hospital universitário no Maranhão. *Rev. Psiquiatr.*, v.30, n.2, p.150-154, 2008. doi: 10.1590/S0101-81082008000300011.

SCHWENGBER, D.D.S.; PICCININI, C.A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud. Psicol.*, v.8, n.3, p.403-411, 2003. doi: 10.1590/S1413-294X2003000300007.

TOLENTINO, E.C.; MAXIMINO, D.A.F.M.; SOUTO, C.G.V. Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança*, v.14, n.1, p.59-66, 2016.