

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

ANDRESSA DA SILVA NUNES

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA A
DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

**PATOS DE MINAS
2011**

ANDRESSA DA SILVA NUNES

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA A
DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Monografia apresentada a Faculdade Patos de Minas, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Esp. Elizaine Aparecida Guimarães Bicalho

**PATOS DE MINAS
2011**

618.7 NUNES, Andressa da Silva

**N972p O papel do enfermeiro na assistência a depressão pós-parto/Andressa da Silva Nunes - Orientadora: Prof. Esp. Elizaine Aparecida Guimarães Bicalho. Patos de Minas: [s.n.], 2011
42 paginas.**

**Monografia de Graduação – Faculdade Patos de Minas - FPM
Curso de Graduação em Enfermagem**

**1.Gestação 2.Depressão pós-parto 3.Enfermagem
I.Andressa da Silva Nunes II.Título**

FACULDADE PATOS DE MINAS
ANDRESSA DA SILVA NUNES

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA A
DEPRESSÃO PÓS-PARTO

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

Orientadora:

Prof. Esp. Elizaine Aparecida Guimarães Bicalho
Faculdade de Patos de Minas

Examinador:

Prof. Ms. Marlene Aparecida Lopes Ferreira Del Ducca
Faculdade de Patos de Minas

Examinador:

Prof. Esp. Gilmar Antoniassi Júnior
Faculdade de Patos de Minas

Dedico este trabalho à meus pais Robson Vieira Nunes e Alice Maria da Silva e a minha irmã Rafaela da Silva Nunes, que sempre me apoiaram, estiveram presentes e acreditaram em meu potencial, me incentivando na busca de novas realizações.

Em primeiro lugar agradeço a Deus por me dar força interior e coragem para concluir este trabalho, e pela perseverança de não desistir nunca. Em segundo e não menos importante a minha orientadora professora especialista Elizaine Aparecida Guimarães Bicalho que muito contribuiu para meu aprendizado e conclusão do trabalho.

*Se alguém procura saúde,
pergunta-lhe primeiro se está
disposto a evitar no futuro as
causas da doença; em caso
contrário abstêm-se de ajudá-lo.*

Sócrates

RESUMO

Depressão pós-parto é um tema atual, complexo e controverso. Afetando todos os familiares. Este estudo teve como objetivo identificar na literatura a depressão pós-parto e sua correlação com o papel do enfermeiro na assistência a mesma. A prevalência da depressão pós-parto está entre 12 e 15 por cento. Geralmente obstetras sentem-se inseguros para diagnosticar e tratar a doença, eles podem ter muita dificuldade para fazer o diagnóstico, pois há ampla variação na apresentação clínica, considerando tanto a variedade quanto a gravidade dos sintomas. O profissional de saúde deve estar atento a aspectos como agendamento oportuno de consulta após o parto, valorização das queixas psicossomáticas de difícil diagnóstico, prestar atenção às preocupações dos parentes mais próximos sobre o bem estar e atitudes da mãe, além de incluir a investigação das disfunções tireoidianas no puerpério. Foi realizada uma revisão bibliográfica, qualitativa e sistemática. Fatores de risco como história pessoal e familiar de depressão, falta de suporte social, conflitos conjugais, ansiedade e depressão na gravidez são muito importantes. Os possíveis papéis do profissional de saúde na depressão pós-parto são desenvolvimentos de uma nova atitude a ser iniciada já no pré-natal, que inclua discussão de aspectos psicossociais (sexualidade, matrimônio, vida sexual e profissional). Utilização de instrumentos para rastreamento, conhecimentos de opções terapêuticas, oferecer suporte durante o trabalho de parto, individualizar o atendimento, proporcionando cuidado próximo e atencioso ou, encaminhamento, quando indicado levando em consideração a atuação do enfermeiro.

Palavras-chave: Gestação. Depressão Pós-parto. Enfermagem

ABSTRACT

Postpartum depression is a current theme, complex and controversial. Affecting all families. This study aimed to identify the literature on postpartum depression and its correlation with the nurses' role in assisting the same prevalence of postpartum depression is between 12 and 15 percent. Generally obstetricians feel insecure to diagnose and treat disease, they may have a hard to diagnose because there is wide variation in clinical presentation, considering both the variety and severity of symptoms. Health professionals should be aware of issues such as scheduling timely postpartum visit, recovery of psychosomatic complaints are difficult to diagnose, pay attention to the concerns of the next of kin on the well-being and attitudes of the mother, and includes the investigation of disorders postpartum thyroid. We performed a literature review, qualitative and systematic. Risk factors such as personal and family history of depression, lack of social support, marital conflict, anxiety and depression during pregnancy are very important. The possible roles of health professionals in postpartum depression are developments of a new attitude to be initiated in the pre-natal care, including discussion of psycho social (sexuality, marriage, sex life and professional). Use of tools for tracking, knowledge of treatment options, support during labor, individualize care, providing care and caring near or referral, when appropriate, taking into account the role of a nurse.

Keywords: Gestation. Depression Postpartum. Nursing.

LISTA DE SIGLAS

DPP	Depressão Pós-Parto
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DUM	Dia da Última Menstruação
EPDS	Edinburg Postnatal Depression Scale
IG	Idade Gestacional
ISRS	Inibidores Seletivos da Reabsorção de Serotonina
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RN	Recém Nascido
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TSH	Terapia de Substituição Hormonal

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	13
 2 – A HISTÓRIA DA GESTAÇÃO E GESTANTE	
2.1 - Importância do preparo para gestação	15
2.2 - Ciclo Gravídico	16
2.3 - Participação do Pai na gestação.....	18
 3 – CARACTERÍSTICAS DA DEPRESSÃO	
3.1 - Alguns tipos de depressão	21
3.1.1 - Depressão reativa ou secundária.....	22
3.1.2 - Depressão menor ou distímia.....	23
3.1.3 - Depressão maior ou unipolar	23
3.1.4 - Depressão bipolar ou psicose maníaca depressiva	23
3.2 - Depressão pós-parto	25
3.3 - Alguns tipos e variações de depressão pós-parto.....	27
3.4 - Acompanhamento puerperal.....	28
3.4.1 - Objetivos do acompanhamento puerperal.....	29
 4 – GESTAÇÃO DEPRESSÃO PÓS-PARTO	
4.1 - Como lidar com o paciente com depressão	31
4.2 – Tratamento	32
4.2.1 - O aconselhamento	34
4.2.2 - Terapia Cognitiva	35
4.2.3 – Psicoterapia.....	35
4.2.4 - Terapia farmacológica.....	36
4.2.5 - Terapia Hormonal.....	37
4.3 - Assistência da enfermagem na depressão pós-parto	37
 5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	41

REFERÊNCIAS.....42

1 INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é um momento mágico, que muda a vida de qualquer mulher. Ao mesmo tempo em que é excitante e cheio de expectativas, também pode ser pouco estressante. Como ocorrem muitas mudanças físicas e emocionais durante a gestação e depois do parto, é comum que as mulheres se sintam tristes, amedrontadas, ansiosas e confusas.

A gestação e o puerpério são períodos da vida da mulher que precisam ser avaliados com atenção, no sentido de fornecer informações, a respeito deste estado emocional que atinge grande parte das mulheres, mesmo sendo este um fenômeno comum no pós-parto, tais informações tornam-se necessárias para que a puérpera possa evitar que uma reação normal se transforme e atinja níveis patológicos, visto que os primeiros dias após o parto são carregadas de emoções intensas e variada.

Portanto, o presente trabalho tem como objetivo identificar na literatura a depressão pós-parto e sua correlação com o papel do enfermeiro na assistência a mesma. O método de trabalho escolhido para que tal objetivo fosse alcançado foi à pesquisa bibliográfica, documental.

Através das leituras vieram a tona vários problemas, pois a depressão pós-parto traz sérias conseqüências a paciente que se acha muitas vezes incapaz de cuidar do seu bebê e passa a ter dificuldade para amamentá-lo, e suprir as necessidades do recém-nascido, não sendo capaz de cuidar dela própria.

Compreende-se, o fazer dos enfermeiros como um processo relacional de reabilitar a gestante. Sendo assim, a convivência da mulher com depressão pós-parto e equipe de enfermagem, abrem-se, espaços para construção de uma relação de ajuda que busca, em cada instante, a conscientização de uma nova forma de se relacionar com a mulher, estabelecendo, portanto, uma convivência saudável.

Torna-se, então, um desafio permanente para os enfermeiros a incessante busca da compreensão dos fatos para a depressão Pós-parto. É imprescindível que haja um trabalho em equipe multidisciplinar, pois um diagnóstico da depressão pós-parto permite a elaboração de cuidados adequados à mulher.

2 A HISTÓRIA DA GESTAÇÃO E A GESTANTE

A história mostra que, por muito tempo, a vivência da gestação e do parto foi de domínio exclusivo das mulheres. A parturição como um fenômeno feminino tinha como auxiliares as parteiras, comadres, religiosas ou mulheres experientes da família (MELO, 2011).

A mulher aos poucos se distanciou do seu saber instintivo e natural à medida que se submeteu às rotinas hospitalares, perdendo o conhecimento do potencial funcional do seu corpo para viver o processo parturitivo, ao assumir posição passiva no momento do parto. (ROPER, 2010).

Gravidez, parto, aleitamento, menopausa e a sexualidade feminina foram reguladas conforme as normas e procedimentos do modelo hegemônico, ou seja, gravidez e menopausa como eventos patológicos que devem sofrer intervenções médicas e tecnológicas; parto como evento médico e cirúrgico; aleitamento materno visando apenas à diminuição da mortalidade infantil; e a sexualidade feminina excluída das discussões pelos profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 2001).

As influências que as mulheres recebiam na infância e adolescência, por meio da linguagem verbal e não-verbal, sobre o significado do corpo feminino e do sexo resultaram em distanciamento e desvalorização, que restringiram o valor e o poder feminino. Essa visão, uma das características da sociedade patriarcal, onde o homem exerce domínio sobre a mulher, atribuindo-lhe sentimentos de culpa, medo, vergonha relacionados à vivência da sua sexualidade, contribuiu para o fortalecimento de mitos e histórias, invalidando os saberes femininos inato (PERROT, 2003, p. 99).

Após intensas discussões e reflexões sobre a assistência à mulher no pré-natal, um consenso sobre a maior receptividade das gestantes às estratégias de atenção à saúde reforça a participação efetiva da mulher no pré-natal que possibilita a aquisição de novos conhecimentos, amplia sua percepção corporal para a sua capacidade de gestar, parir e maternar. As modificações do corpo, promovidas pelo desenvolvimento da criança, favorecem a compreensão da maternidade envolvendo emoções e valores relacionados a si, à criança e à família (KITZINGUER, 1980).

As ciências biomédicas evoluíram a partir do processo de industrialização com o surgimento de novos instrumentos de diagnóstico, como o microscópio e o estetoscópio, e seu aperfeiçoamento. “A tecnologia trouxe contribuições para a

prática cirúrgica; patologias foram mais bem localizadas, diagnosticadas e rotuladas; hospitais transformados em centros de diagnóstico, de terapia e de ensino” (BOBAK, 1999, p. 55).

A interferência do Estado na sistematização da atenção pré-natal apoiava o movimento de medicalização da gestação e hospitalização do parto (BRASIL, 2004). Na visão de Perrot, (2003) medicalização significa “O processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina, de forma a assegurar conformidade às normas sociais”.

Durante muitos anos, o governo brasileiro não apresentava posição explícita frente à questão da saúde da mulher. De acordo com Melo (2011) a partir dos anos 80 pressionados pelos profissionais de saúde, movimentos de mulheres e outras instituições da sociedade civil organizada, iniciaram-se algumas mudanças relacionadas à forma de atendimento à mulher, que valorizavam a maior participação, informação e consciência dos seus direitos, favorecendo o empoderamento e cidadania.

Com tamanhos avanços na atenção a saúde da mulher a gestação passou então a ser planejada e não apenas “uma visita da cegonha” sem data definida. Fazer uma consulta médica antes de engravidar passou a ser uma ótima decisão. Um check-up da sua saúde, se possível, conselhos sobre alimentação e exercícios, passaram a fazer parte dos planos de futuros papais e mamães. Com essa decisão a futura mãe poderá saber que quando engravidar estará com sua saúde em cima (SANTOS, 2003, p. 79).

A partir do acesso às informações coletadas por meio de revisão sistemática das abordagens educativas implementadas no Brasil desde a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), considerando as diferentes formas de ações educativas no pré-natal, enfocamos a abordagem educativa como um diferencial efetivo na promoção à saúde da mulher (BRASIL, 2004).

2.1 A Importância do Preparo na Gestação

Fazer um exame geral de saúde pode assegurar que a mãe não terá que lidar com alguma doença grave durante a gravidez, o que poderia pôr em risco a

vida ou a saúde do bebê. “Nestes testes o Ministério da Saúde (2004) ressalta que se incluem o exame de papanicolau e seios, para verificar se não há células cancerígenas nem caroços malignos.”

Se existe um histórico de doenças como o Diabetes, na família o médico deve saber para poder fazer um exame mais específico. Da mesma forma, se a mãe tem problema com outras doenças ou, ocorrência de algum aborto espontâneo anteriormente, não deve deixar de mencionar na consulta. (ROPER, 2010).

Antes de engravidar, a mãe deve verificar se não está muito acima ou abaixo do seu peso ideal. Ambas as condições podem tornar a gravidez mais difícil. “Não é uma boa idéia continuar com nenhuma dieta ou regime durante a gravidez. Se, ao engravidar a futura mãe estiver fazendo alguma dieta, deve parar para não privar o bebê de uma alimentação rica e nutritiva”. (PERROT, 2003).

Planejada, não planejada, surpresa, independente de como se vê e se vive uma gestação, ela sempre será isso. Mas o que vem a ser a gravidez, suas fases e peripécias? Nos seres humanos, a gravidez se refere ao estado resultante da fecundação de um óvulo pelo espermatozóide, envolvendo o subsequente desenvolvimento do feto gerado no útero, que dura cerca de 9 meses, até seu nascimento (BRASIL, 2004)

2.2 Ciclo Gravídico

De acordo com Mynaio (2011) a idade gestacional (IG) é definida como o tempo transcorrido entre o primeiro dia da última menstruação (DUM) e a data atual, medido em semanas e dias. A duração da gravidez tendo-se como base a DUM é, em média, de 280 dias ou 40 semanas, 10 meses lunares (de 4 semanas). Devemos nos lembrar que a duração da gestação varia segundo as características da mãe e do concepto. Também pode haver imprecisão na caracterização do último período menstrual.

Santos (2003) ressalta ser evidente que no período entre o início do ciclo menstrual e a fecundação (supostamente ocorrida 14 dias depois do início do ciclo menstrual) ou a nidação (considerando-se o início fisiológico da gravidez na mulher) não há ainda a gravidez. Trata-se de marcador impreciso, mas é o único disponível.

Durante a gravidez, segundo Melo (2011) muitas mudanças acontecem no corpo da mulher, fazendo com que esse período exija cuidados especiais. São nove meses de preparo para o nascimento do bebê. É importante que durante a gravidez as futuras mães sejam acompanhadas por profissionais de saúde. O Ministério da Saúde salienta a importância do pré-natal e incentiva todas as mães a buscarem o atendimento gratuito no Sistema Único de Saúde (SUS).

Com os exames médicos realizados no pré-natal, é possível identificar e reduzir muitos problemas de saúde que costumam atingir a mãe e seu bebê. Doenças, infecções ou disfunções podem ser detectadas precocemente e tratadas de forma rápida. O ideal é que as mães iniciem o pré-natal no primeiro trimestre, assim que souberem da gravidez. As consultas e exames permitem identificar problemas como hipertensão, anemia, infecção urinária e doenças transmissíveis pelo sangue de mãe para filho, como a AIDS e a sífilis. Alguns desses problemas podem causar o parto precoce, o aborto e até trazer conseqüências mais sérias para a mãe ou para o seu bebê. (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde (2010) lançou a Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, em que se busca garantir o acesso e a qualidade do acompanhamento pré-natal, com humanização. Todas as Unidades Básicas de Saúde do SUS devem oferecer atendimento adequado com uma assistência médica freqüente. Também estão inclusos na política do Governo Federal a realização gratuita de exames laboratoriais e o fornecimento de medicamentos, vacinas e outros tratamentos necessários, como por exemplo, o odontológico.

A idade embriológica da gestação é contada a partir da fecundação do óvulo. No entanto, é praticamente impossível a identificação do momento em que ocorreu a fecundação ou a data correta do coito ou da ovulação. Por isso, convencionou-se contar a idade da gravidez a partir de um marco mais fácil de identificar: o primeiro dia do último período menstrual da mulher. Trata-se da idade obstétrica da gravidez. Quando o clínico ou o ultrassonografista se refere a qualquer idade gestacional, está usando como marco esta data. (ROPER, 2010, p. 102).

O Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM) foi criado na década de 80. Desde então, muitos projetos ligados à saúde feminina foram consolidados, com enfoque na atenção ao pré-natal. A melhora na atenção à saúde da mulher, como o atendimento pré-natal e o planejamento familiar, poderão ter impacto importante na redução da mortalidade materna e neonatal. (KITZINGUER, 1980).

Em 8 de março de 2004, o Ministério da Saúde lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em parceria com os estados, os municípios e a sociedade civil. Esse processo foi considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como uma experiência modelo para outros países em redução da mortalidade materna e neonatal. Nesses dois anos de atividades, ocorreu uma queda de 8,7% da mortalidade infantil – em crianças com até 1 ano de idade – e de 7,3% da mortalidade neonatal – bebês com até 28 dias de vida. (BRASIL, 2004).

De acordo com Mynaio (2011) as complicações da gestação, parto e puerpério (período que sucede o parto) constituem a décima causa de mortes em mulheres. Com um acompanhamento pré-natal e atenção ao parto adequado, consegue-se evitar a maior parte dessas mortes.

Para que possa ter uma gravidez é preciso que haja fecundação, e para isso são necessários óvulos e espermatozóides. O óvulo a futura mamãe tem e o espermatozóide vem do futuro papai, então qual o papel e a importância do pai durante o período gestacional. De acordo com Perrot (2003) hoje não se discute mais a participação do futuro pai no pré-natal da mulher grávida; aliás, ele é imprescindível e necessário.

2.3 Participação do Pai na Gestação

É recomendável sempre que possível, acariciar o abdômen da mulher, dizer palavras doces e meigas no sentido de procurar uma comunicação física com o feto que está sendo gerado, transmitindo todo o carinho e afeto para o filho que deverá chegar em breve. Muitos maridos passam a tratar a mulher de maneira muito diferente da habitual, como se a esposa estivesse doente, cercando sua liberdade de movimentação ou expressão. (BOBAK, 1999).

O companheiro, marido e futuro pai deve ser carinhoso, atencioso, e, principalmente, mostrar atração física e psicológica pela mulher, que muitas vezes se sente fisicamente menos sensual pelo estado gestacional e mudanças de seu corpo. Portanto, carinho e atenção à mulher grávida nunca são demais. (SCARPELINI, 2010).

A gestação de acordo com Santos (2003) é instável do início da gravidez até o quarto mês, quando a placenta passa a funcionar plenamente, substituindo o corpo amarelo na produção dos hormônios, e também as vilosidades coriônicas na alimentação do embrião. Até atingir esta fase, é maior a possibilidade de ocorrer o aborto e realmente ele ocorre em vinte por cento das primigestas (primeira gestação) isto significa que, de cada cinco gestantes, uma vem a apresentar aborto.

Nesta fase, devido ao risco maior de sangramento e aborto, a relação sexual deverá ser delicada, sem grandes movimentos abruptos, e sem grandes acrobacias ou mudanças de posições ou, ainda, sem posições esdrúxulas.

Com todo o cuidado, segundo Roper (2010) o casal poderá ter relações até o oitavo mês e meio ou, mesmo, nas proximidades do parto. Após o parto, deverão reiniciar as atividades sexuais após quarenta dias, quando o colo uterino se encontra fechado, o sangramento pós-parto já cessou e o útero já sofreu uma boa involução.

É fácil entender estes mecanismos e atitudes, argumenta Mynaio (2011), pois a mulher é semelhante a toda fêmea prenha que quer defender a sua futura cria. É como se o resto do universo fosse inimigo e hostil; a agressividade se volta inclusive contra o marido ou os familiares - portanto, é preciso que haja muita paciência, muito diálogo, muita atenção e muito carinho, para não se desestruturar a estabilidade já precária da gestante.

O marido deve ter muita paciência e ser participativo, pois metade do material genético é de sua responsabilidade. A mulher, quando fica grávida, sofre modificações muito grandes na sua estrutura física, mental, psicológica e social - fica mais insegura, mais agressiva, chora com facilidade e, muitas vezes, fica cheia de caprichos e desejos. (KITZINGUER, 1980, p. 112).

“O companheiro deve, sempre, conversar a respeito da gravidez, saber como a gestante se sente, ouvir suas queixas, traçar planos futuros, estimular a atividades saudáveis e criativas como leitura, exercícios, etc.” (MELO, 2011, p. 110). Deve participar das massagens recomendadas para o corpo dela e, sempre que possível, em fase mais adiantada da gravidez, ajudaria a se levantar ou fazer serviços para os quais ela se encontra impossibilitada, como carregar muito peso ou abaixar-se demais, poupando-lhe esforços que possam causar dor ou contração uterina. (ROPER, 2010).

É interessante o marido, sempre que possível, acompanhar o trabalho de parto da mulher e, também, estar presente por ocasião do nascimento do bebê, quer seja parto normal, quer seja cesárea, pois, assim, irá valorizar e enaltecer o desempenho e tudo o que a mulher passou no transcorrer da gravidez e da maternidade. O marido deve, junto com todos os familiares, criar um ambiente calmo, alegre, receptivo e extremamente voltado a todo o apoio e segurança à grávida. Só assim ela terá uma gestação saudável sem percalços. (SCARPELINI, 2010).

3 CARACTERÍSTICAS DA DEPRESSÃO

Enquanto sintoma, de acordo com Meleiro (2011) a depressão pode surgir-nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas.

Gasparini (2000) argumenta que enquanto síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor, mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas.

A depressão é uma doença séria. Se o paciente estiver deprimido, pode ter sentimentos de tristeza extrema que duram longos períodos. Esses sentimentos são muitas vezes suficientemente severos para interferirem com a sua vida cotidiana, podendo durar não dias mas semanas ou até meses. Ao mesmo tempo a depressão é uma doença comum (BRASIL, 2000, p. 100).

De acordo com Novo Dicionário da Língua Portuguesa depressão significa: Abatimento; enfraquecimento físico ou moral; desânimo; esgotamento. Segundo Del Porto (2009), O termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal, quanto um sintoma, uma síndrome e uma doença.

Ballone (2005) acrescenta que, enquanto doença, a depressão tem sido classificada de várias formas, na dependência do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado. Entre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia.

3.1 Alguns tipos de depressão

Santos (2003) relata que a depressão é uma palavra freqüentemente usada para descrever nossos sentimentos. A depressão, enquanto evento

psiquiátrico é algo bastante diferente: é uma doença como outra qualquer que exige tratamento.

Segundo Melo (2011) uma boa comparação que podemos fazer para esclarecer as diferenças conceituais entre a depressão psiquiátrica e a depressão normal seria comparar com a diferença que há entre clima e tempo.

O paciente deprimido terá dias melhores ou piores assim como o não deprimido. Ambos terão suas tormentas e dias ensolarados, mas as tormentas de um, não se comparam às tormentas do outro, nem os dias de sol de um, se comparam com os dias de sol do outro. Existem semelhanças, mas a manifestação final é muito diferente. (BALLONE, 2000, p. 45).

Meleiro (2011, p. 156) argumenta que a depressão pode ser classificada de acordo com a causa, com a presença ou não de um componente genético, com os sintomas e com a gravidade do quadro, em:

Primária (quando não tem uma causa detectável) ou secundária (atribuível a doenças físicas ou a medicamentos). Genética, de acordo com o padrão de aparecimento em membros de uma mesma família (esporádica espectral ou familiar). Unipolar (quando não há ocorrência de episódios de mania) ou bipolar (quando ocorrerem sintomas intercalados ou concomitantes de mania). Leve ou grave, de acordo com a gravidade dos sintomas e o grau de comprometimento funcional.

Melo (2011) salienta que independente do tipo ou grau de depressão que a pessoa possua o tratamento deve ser buscado assim que forem descobertos os primeiros sintomas.

3.1.1 Depressão reativa ou secundária

Delporto (2009) explicita que a depressão reativa ou secundária surge em resposta a um estresse identificável como perdas (reações de luto), doença física importante (tumores cerebrais, AVC, hipo ou hipertireoidismo, doença de Cushing, LES, etc...) ou uso de drogas (reserpina, clonidina, metildopa, propranolol, promazina, corticosteróides, anticoncepcionais, hormônios tireoidianos, atropina, etc...). Corresponde a mais de 60% de todas as depressões.

3.1.2 Depressão menor ou distimia

Segundo Radden (2003) a depressão menor ou distimia é uma desordem depressiva crônica durando pelo menos 2 anos em adultos e que se manifesta pela presença da síndrome depressiva, onde o paciente consegue funcionar socialmente mas sem experimentar prazer.

3.1.3 Depressão maior ou unipolar

Brasil (2000) argumenta que a depressão maior ou unipolar é uma desordem depressiva primária, endógena, e que não tem relação causal com situações estressantes, patologias orgânicas ou psiquiátricas, caracterizando-se por episódios puramente depressivos em períodos variáveis da vida do paciente geneticamente predisposto à doença.

Gasparini (2000) afirma que resultaria de uma inclinação inata determinada por fatores hereditários e bioquímicos que produziriam um distúrbio da neurotransmissão central, secundária a um déficit funcional de neurotransmissores e/ou a uma alteração transitória de seus receptores ao nível do SNC.

3.1.4 Depressão bipolar ou psicose maníaco-depressiva

Ballone (2005) acrescenta que a depressão bipolar ou psicose maníaco-depressiva esta é também uma desordem primária, endógena e que se caracteriza por episódios depressivos alternados com fases de mania ou de humor normal, com estados de significativa mudança de humor do paciente. Quando deprimida, a pessoa pode ter alguns ou todos os sintomas de depressão.

Segundo Santos (2003) a depressão pode variar muito em relação a sintomas, história familiar, resposta ao tratamento e evolução. Alguns subtipos de

depressão são claramente distintos, com implicações na escolha do tratamento e no prognóstico.

Se não tratada, a mania pode piorar, evoluindo para quadro psicótico. Essa desordem afetiva estaria relacionada com um distúrbio da neurotransmissão central secundário a um déficit de neurotransmissores ou hipossensibilidade de seus receptores na fase depressiva e a um aumento destes neuro-hormônios ou da hipersensibilidade de seus receptores na fase maníaca (MELO, 2011, p. 98).

Segundo Scarpelini (2010) a forma grave, com acentuado retardo ou agitação psicomotora, anedonia, humor não reativo a estímulos agradáveis, despertar matinal precoce, sintomas piores de manhã.

Radden (2003) diz que essa depressão faz a pessoa ter humor reativo a estímulos, inversão dos sintomas vegetativos (ao invés de insônia e falta de apetite, a pessoa tem hipersonia e aumento de apetite), ansiedade acentuada, queixas fóbicas.

Melo (2011) destaca que esta depressão está relacionada à luminosidade diurna, com episódios que se repetem no outono/inverno e sintomas atípicos. Mais freqüente em países com inverno rigoroso, melhora com fototerapia (exposição diária prolongada à luz forte).

A Depressão Sazonal, segundo Radden (2011) é ocasionada por um desequilíbrio biológico, costuma ocorrer no período do outono e do inverno, mas pode ocorrer em outras épocas do ano, e atinge mais mulheres que homens, crianças também sofrem com esse tipo de depressão.

Acredita-se que esta depressão esteja relacionada à redução da luz natural e as baixas temperaturas, também que as pessoas afetadas por esse transtorno sofram uma disfunção nos níveis dos hormônios serotonina e melatonina.

Segundo Ballone (2011) os sintomas mais comuns são:

- alterações de peso e apetite;
- exaustão e fraqueza;
- insônia ou sono prolongado;
- isolamento, irritabilidade;
- ansiedade, desespero, carência;
- raciocínio lento;
- sentimento de culpa;

- ataques de choro, angústia, e até mesmo pensamentos suicidas.

O tratamento é feito com fototerapia, um tratamento que expõe o paciente a uma caixa de luz, para estimular a produção do hormônio serotonina e inibir a produção do hormônio melatonina que regula o sono e é produzido no escuro. O tratamento deve ser supervisionado por um médico.

Santos (2003) destaca que esta é uma forma rara de depressão, porém grave, com delírios e alucinações. A pessoa tem pensamentos negativos. Mas seus pensamentos se tornam irreais e difíceis de os outros entenderem, já que eles não se assemelham com a realidade.

Delperto (2009) enfatiza que a pessoa pode pensar ser culpado por acidentes graves e catástrofes. Também pode se convencer de que é uma pessoa má, sentindo-se tão cruel que deva morrer ou ser severamente punido. O apetite e sede podem diminuir tanto até tornar-se algo crítico. Em poucos casos, a pessoa pára completamente de comer e beber.

Quando está com depressão psicótica, a pessoa tem uma percepção da realidade muito irreal. A pessoa não é completamente capaz de tomar conta de si, e a situação pode ficar perigosa. Apresentando depressão psicótica, você precisa ser internado para que seja protegido e tratado. Se a situação se tornar crítica ou perigosa, o médico precisa ser chamado. O médico providenciará a internação. Se for necessário, você será internado mesmo contra sua vontade. (RADDEN, 2011, p. 146).

Na depressão psicótica, segundo Ballone (2011) a pessoa pode ficar paranóica e sentir que está sendo perseguido. Também pode se convencer de que certas pessoas ou organizações secretas estão a sua procura para machucá-lo ou puni-lo. Pode acreditar que é uma vítima inocente. Mas normalmente os pensamentos depressivos o levam a acreditar que mereça ser perseguido e punido.

3.2 Depressão pós-parto

Brasil (2004) destaca que a depressão pós-parto (DPP) é uma forma de depressão que afeta mulheres após terem dado a luz a um bebê. Estima-se que cerca de 60% das novas mães passam por uma forte melancolia após o parto conhecida internacionalmente como *baby blues*. No Brasil cerca de 40%

desenvolvem depressão sendo que 10% apresentem a sua forma mais severa. Recomenda-se que uma psicoterapia seja iniciada o mais rápido possível. O Edinburg PostNatal Depression Scale (EPDS) pode ser usado para identificar a presença da DPP.

A depressão pós-parto, assim como a maioria dos transtornos psicológicos, tem como causas fatores biológicos, psicológicos e sociais. Caso a mãe já apresente depressão antes do parto é provável que ocorra seu agravamento. As grandes alterações hormonais durante a gravidez e a diminuição após o parto são um dos principais responsáveis, porém existe uma clara relação entre o suporte social principalmente do parceiro e família, do planejamento da gravidez, de problemas de saúde da criança, dificuldade em voltar ao trabalho, dificuldade sócio-econômica e estado civil com a presença e gravidade da depressão (MELEIRO, 2011, p. 111).

Delporto (2009) destaca que assim como a maioria dos transtornos psicológicos, tem como causas fatores biológicos, psicológicos e sociais. Caso a mãe já apresente depressão antes do parto é provável que ocorra seu agravamento. As grandes alterações hormonais durante a gravidez e a diminuição após o parto são um dos principais responsáveis, porém existe uma clara relação entre o suporte social principalmente do parceiro e família, do planejamento da gravidez, de problemas de saúde da criança, dificuldade em voltar ao trabalho, dificuldade sócio-econômica e estado civil com a presença e gravidade da depressão.

Segundo Ballone (2005) a depressão pós-parto, também conhecida como postpartum blues, pode se manifestar com intensidade variável, tornando-se um fator que dificulta o estabelecimento de um vínculo afetivo seguro entre mãe e filho, podendo interferir nas futuras relações interpessoais estabelecidas pela criança. É um distúrbio do humor de grau moderado a severo, clinicamente identificado ao Episódio Depressivo, tal como descrito no DSM. IV (Classificação de Doenças Mentais da Associação Norte americana de Psiquiatria) e no CID.10, com início dentro de seis semanas depois do parto. O assunto da classificação da Depressão Pós-Parto ainda não está definitivamente estabelecido. Sob o código F53.0 o CID.10 considera a Depressão Pós-Natal incluída no Transtorno Mental e de Comportamento Associado ao Puerpério e não classificado em outro local.

Gasparini (2000) enfatiza que são originados de sentimentos conflituosos da mulher em relação a si mesma como mãe, ao bebê, ao companheiro e a si mesma como filha de sua própria mãe. Outros fatores como às más condições do parto, um histórico de outras depressões, gravidez não planejada ou não desejada,

eventos de vida negativos durante a gravidez ou próximos ao parto, à situação social e familiar da mulher gerando sobrecarga, também podem desencadear esses distúrbios.

Utilizando a escala de Edinburgh (Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPNDS) Terry (1996) pesquisou alterações emocionais em 3 períodos da gravidez e parto: no último trimestre da gravidez, nas quatro primeiras semanas e no quinto mês depois do parto. Sintomas depressivos foram mais proeminentes no primeiro período, ou seja, no último trimestre de gestação, nas quatro primeiras semanas depois do parto prevaleceram os sintomas de estresse e, no quinto mês de pós- parto, novamente evidenciaram-se sintomas depressivos. Assim sendo, podemos considerar que, embora a Depressão Pós-Parto seja detectada entre a sexta e oitava semana depois do parto, ela tende a persistir por um período mais longo (BRASIL, 2000, p. 120).

3.3 Alguns tipos e variações de depressão pós-parto

Depressão pós-parto segundo Santos (2003) pode acontecer por alguns dias até meses depois do parto de qualquer bebê, não só do primeiro. A mulher pode ter sentimentos similares ao da tristeza materna - tristeza, ansiedade, irritabilidade - porém são muito mais fortes. Depressão pós-parto geralmente impede a mulher de fazer coisas que precisa no dia-a-dia. Quando a vida normal da mulher é afetada, é um sinal certo que ela deve procurar logo um médico. Se a mulher não obtiver tratamento para a depressão pós-parto, os sintomas podem piorar e durar até um ano.

Meleiro (2011) acrescenta que há três tipos de depressão pós-parto: a tristeza materna, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto. A tristeza materna acontece em muitas mulheres nos dias seguintes ao nascimento do bebê. A mãe pode ter mudanças súbitas de humor, como sentir-se muito feliz e depois muito triste. Ela pode chorar sem nenhuma razão e ficar impaciente, irritada, agoniada, ansiosa, solitária e triste. A tristeza materna pode durar apenas algumas horas ou até 1 ou 2 semanas depois do parto. Geralmente ajuda entrar em um grupo de suporte ou conversar com outras mães.

Scarpelini (2010) argumenta que a psicose pós-parto é uma doença mental muito séria. Ela pode acontecer rapidamente, geralmente nos três primeiros meses depois do parto. A mulher pode perder contato com a realidade, geralmente

tendo alucinações sonoras. Alucinações visuais são menos comuns. Outros sintomas incluem insônia, agitação, raiva, e comportamento e sentimentos estranhos. Mulheres que sofrem de psicose pós-parto precisam de tratamento imediato e quase sempre necessitam de medicamentos.

Delporto (2009) através de seus estudos explica de forma simples a depressão:

Depressão pós-parto é uma condição que engloba uma variedade de mudanças físicas e emocionais que muitas mulheres têm depois dar à luz. Depressão pós-parto pode ser tratada com medicamentos e psicoterapia (DELPORTE, 2009, p. 75).

3.4 Acompanhamento puerperal

Segundo Brasil (2004) toda gestante e toda puérpera deverá ser orientada para acompanhamento pós-parto. Todo parto da área de abrangência da unidade deverá ser identificado e a puérpera deverá receber visita domiciliar o mais cedo possível, quando serão agendadas as primeiras consultas puerperais da mãe e do recém-nascido.

Melo (2011) enfatiza que o acompanhamento no puerpério deverá se prolongar até 6 meses após o parto, com consultas agendadas:

- 30 dias (se não amamenta) ou 42-60 dias pós-parto se amamenta, com atendimento pelo médico ou enfermeira com especialização em obstetrícia;
- Retorno 30 dias após a 1ª consulta (com enfermagem), no 4º mês (com médico) e aos 6 meses (com enfermagem).

Faz parte indissociável do acompanhamento pós-parto:

- Esclarecer a puérpera sobre a evolução de sua gestação, parto e puerpério;
- Auxiliar a puérpera no planejamento do intervalo interpartal, informando-a sobre as características dos métodos anticoncepcionais aplicáveis ao período e à sua condição em particular;
- Discutir com a puérpera seu futuro reprodutivo, baseado na evolução do período gravídico-puerperal;

Meleiro (2011) acrescenta que a atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, depois do parto, deve ser incentivado desde o pré-natal e na maternidade.

3.4.1 Objetivos do acompanhamento puerperal

Radden (2003) relaciona de forma simples os objetivos do acompanhamento puerperal:

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

Ballone (2005) finaliza acrescentando que uma vez que boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal acontece na primeira semana após o parto, o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde deve acontecer logo nesse período. Os profissionais e os serviços devem estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a mulher e o recém-nascido na primeira semana após o parto, para instituir todo o cuidado previsto para a Primeira Semana de Saúde Integral.

A depressão pós-parto acaba por afetar mulheres de todas as idades, classes sociais e etnias. Qualquer mulher que está grávida teve bebê nos últimos meses, sofreu aborto ou recentemente parou de amamentar, pode desencadear tal doença, ou até mesmo mulheres que tiveram problema de depressão em outras fases da vida têm maior risco de desenvolver a depressão pós-parto.

Ocorrendo a depressão é importante frisar que cuidados podem ser tomados pela própria mulher que o sofre, como por exemplo, conversar com outras mães com a finalidade de aprender com as suas experiências, entrar em um grupo de mulheres com depressão pós-parto para receber o suporte necessário, e mais que importante o descanso que é um fator essencial para a estabilização da mãe.

4 GESTAÇÃO – DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Segundo Silva (2011) ainda não existe nenhuma explicação científica a cerca da razão e mecanismo pelo quais as pessoas ficam deprimidas. A teoria mais convincente é que tal sucede quando o equilíbrio mental é perturbado por um ou mais acontecimentos que ocorrem durante a vida, ocasiões emocionalmente tão esgotantes que impedem o cérebro de manter o equilíbrio mental. Se existir uma sucessão de vários desses acontecimentos de vida em pouco tempo, a depressão pode surgir subitamente, ou então ao longo de um período de meses ou anos.

Desde já, de acordo com Rocha (2011) importa referir que a maternidade é um acontecimento que exige um enorme esforço de adaptação por parte da mulher e que pode transformar o puerpério num grande período de grande vulnerabilidade emocional. Para além de todas as transformações físicas, psicológicas e sociais inerentes à gravidez, o parto é também para a mulher um momento de grande exigência não só a nível fisiológico, mas também psicológico, porque passa a existir a responsabilidade por outro ser que exige atenção permanente.

4.1 Como Lidar com o paciente com depressão

Kaplan (2009) relata que uma vez que as pessoas deprimidas estão de certa forma afastada, letárgicas, com preocupações que guardam apenas para elas, e possivelmente suicidas, um amigo interessado pode dar um contributo valioso. Falar com sinceridade e clareza com o nosso amigo deprimido sobre o fato de estarmos preocupados com ele e com o seu bem estar freqüentemente ajudá-lo á a confiar-nos os seus problemas.

Ribeiro (2011) relaciona abaixo algumas idéias sobre formas de ajudar:

- Esclarece o teu amigo que estás preocupado com ele e que queres mesmo ajudá-lo;

- Não digas que sabes como ele se está a sentir. Não sabes de fato e isso pode fazer com que se sinta incompreendido;
- Não digas que sentes o mesmo;
- Não tentes “animá-lo”;
- Tenta não te zangar. Mune-te de paciência e mostra-te apoiante;
- Não critiques nem o envergonhes, porque isso já ele está a fazer sozinho (tais pensamentos são sintomas da depressão) e se funcionasse não estaria deprimido;
- Encoraja a pessoa a procurar ajuda se os sintomas persistirem e interferirem com o funcionamento dela no dia-a-dia e/ou se a pessoa falar de suicídio como uma possibilidade de solução. Se sentires que ele resiste e que há probabilidade de tentativa de suicídio (podes perguntar ao teu amigo diretamente se ele está a pensar fazê-lo ao contrário do que se pensam as pessoas costumam ser honestas e revelar as suas intenções a este respeito) procura tu ajuda junto de um psicoterapeuta por forma a aprender a melhor lidar com a situação.

4.2 Tratamento

Quando uma pessoa está com uma depressão, torna-se sempre difícil decidir que precisa de ajuda externa e, tratando-se de uma depressão pós-parto, e, como refere Dias (2010) essa dificuldade aumenta, por uma de várias razões, ou pelo conjunto:

- De qualquer maneira, tudo muda com a chegada do novo bebê, fazendo com que a depressão seja ainda mais difícil de reconhecer do que o habitual;
- A depressão pós-parto pode facilmente tornar-se um modo de vida, pelo que a pessoa não consegue imaginar uma vida em que não se sinta persistentemente esgotada, zangada, ressentida e letárgica;
- Pode reçar ser julgada como má mãe ou até que lhe tire os filhos, se confessar estar “mentalmente doente”;
- Pode sentir que, apesar de saber que está doente, será uma pessoa melhor, se continuar a lutar e vencer a depressão socinha;

- Pode acreditar como muitas pessoas acreditam que as terapias e drogas disponíveis para tratar a depressão não são úteis, pelo menos em si mesma, ainda que não sejam ativamente prejudiciais.

Silva (2011) acrescenta que se houver oportunidade de se ter apoio profissional sensível e eficaz, este deve ser procurado sem excitação. No entanto, nem sempre são encontrados profissionais especializados em problemas com esta delicadeza, e assim, nem sempre a ajuda profissional tem garantias de ser eficaz, bem como nem sempre os serviços adequados estarão disponíveis. A mulher pode adotar certos comportamentos, de forma a ajudar a si mesma a ultrapassar esta fase depressiva. Em termos alimentares, deve ter uma alimentação nutritiva, incluindo frutas, verduras e cereais integrais, evitar cafeína, o álcool e açúcar, fazer exercício físico moderado.

Silva (2011) diz que o apoio familiar também se torna extremamente importante. Estudos revelam que a depressão pós-parto é muito menos freqüente em culturas onde diversos membros da família ampliada participam em dar apoio e instrução. Muitas vezes a pessoa pode ser de grande ajuda por simplesmente ouvir com empatia, reanimando a nova mãe e evitando críticas ou suposições.

Relativamente às terapias a serem usadas por técnicos sensibilizados para este problema, atualmente há um consenso crescente de que a melhor terapia é a mistura de aconselhamento psicológico, auto-educação e fármacos. As terapias expressivas ganham destaque no tratamento da depressão pós-parto, uma vez que, pode verificar-se um enorme alívio simplesmente por que a pessoa tem alguém a quem pode contar o pior está a sentir. No entanto, a maioria das vezes torna-se mais complicado revelar os pensamentos mais íntimos às pessoas que nos são mais próximas ou queridas, principalmente neste tipo de situação, visto as emoções que vêm à superfície no caso de depressão pós parto, ser freqüentemente consideradas vergonhosas e tabus, é esse o grande benefício de se falar com um conselheiro ou terapeuta profissional (RIBEIRO, 2011, p. 100).

Furtado (2011) relata que quando necessário e existindo apoio profissional adequado, surge a dúvida de quando será o momento propício a fazê-lo. É possível que seja a própria mulher a dar-se conta de que necessita e quer ter essa ajuda, o parceiro também pode perceber de que essa ajuda é necessária naquele momento, ou o casal em si pode chegar a essa conclusão, dado que esta compreensão da necessidade de ajuda pode surgir, por exemplo, como uma

revelação. Consciente de que necessita de ajuda, a pessoa tem de saber onde procurá-la.

De acordo com Maldonado (2011) tendo depressão pós-parto, a mulher considera-se insuficiente, inadequada e desprezível, tendo uma visão muito negativa de todos os acontecimentos, tanto se tratando de acontecimentos bons, como dos piores e, assim sendo, ganha uma visão distorcida do mundo, ficando com muito pouca ou nenhuma motivação para tentar mudar as coisas, dando a achar que mais uma vez irá falhar.

Assim, segundo Dias (2010) a mãe com depressão pós-parto deve encontrar uma pessoa para ajudá-la, pessoa esta que “agrade”, em quem sinta confiança e segurança para falar abertamente de todos os problemas que reconhece como perturbadores e que, simultaneamente, tenha os pré-requisitos para lidar com este tipo de depressão. Posteriormente à primeira sessão, deve sentir que o conselheiro a orienta numa direção positiva e que fora estabelecido um “contrato” para a continuação da terapia.

Silva (2011) refere à melhora do quadro depressivo detectado pelas escalas de Edinburg para a depressão pós-parto. A mulher deve estar ciente que, quem teve depressão puerperal uma vez, provavelmente também terá na próxima gravidez e/ou próximo parto, mas é perfeitamente possível fazer um tratamento preventivo, portanto nada impede a mulher de engravidar novamente.

4.2.1 O Aconselhamento

O aconselhamento segundo Furtado (2011) pode ser encontrado na instituição de saúde que a mulher costuma freqüentar ou no centro de saúde local, o médico da família pode indicar um conselheiro, bem como prescrever antidepressivos. Evidências sugerem que o decorrer de seis a dez sessões semanais pode ajudar a vencer a depressão. Apesar do conselheiro nunca julgar ou dar conselhos, na depressão pós parto torna-se ainda mais importante a escuta atenta e sensível do mesmo, refletindo uma imagem do que aconteceu àquela durante a vida e igualmente do que lhe está a acontecer atualmente no “aqui” e no “agora”.

Rocha (2011) diz que alguns conselheiros optam pela chamada “terapia centrada no problema”, focando-se em primeira instância nos problemas atuais e só após ser atingido um nível confortável de funcionamento, haverá lugar para avançar para as demais questões, como sejam as da primeira infância, relação com os seus sonhos.

Outros autores como Radden; Santos (2011, 2003) defendem que se torna mais útil confrontar todo o tipo de problemas ao mesmo tempo. Como tal, mais uma vez se denota que cada caso é um caso e a “escolha” vai variar de pessoa para pessoa. Independentemente da opção, tem de haver ajuda do conselheiro, para que aquela mãe/mulher ganhe confiança para tomar o seu cargo a sua própria recuperação.

4.2.2 Terapia cognitiva

A terapia cognitiva segundo Kaplan (2009) é considerada particularmente útil no tratamento da depressão pós-parto, sendo facultada por técnicos da especialidade. O objetivo desta terapia é o de lidar com problemas imediatos, fazendo com que os processos de pensamentos negativos que sustentam a depressão, ou seja, os padrões de pensamentos negativos sejam detectados e se torne possível substituí-los por abordagens mais positivas e eficazes.

De acordo com Santos (2003) a mulher pode mesmo ser incentivada a manter um diário, onde anota os pensamentos negativos e as situações que lhe deram origem, tentando posteriormente substituí-los por positivos, para que seja ultrapassada a depressão.

4.2.3 Psicoterapia

A psicoterapia pode ter um enorme valor quando usada no tratamento da depressão pós parto, principalmente se essas mulheres com depressão pós parto pertencem a culturas ocidentais dado que, tal como diz Ribeiro (2011) pouco

reconhecimento das perturbações emocionais e medos ou fantasias relativas ao nascimento, que são ritualmente favorecidas e dissipadas com todo o cerimonial em outros locais.

Assim sendo, se existem memórias infelizes de uma infância abusiva, por exemplo, então “abuso emocional e sexual, negligência e violência pode ser perpetuado, visto que cada sucessiva geração é infalível e inconscientemente arrastada a projetar, repetir e realizar fisicamente ambientes emocionais cruciais e relacionamentos atualizando-os e infligindo ao que lhe são mais próximos”. (MALDONADO, 2011, p. 102).

A psicoterapia ganha então ênfase dado ser a melhor maneira de travar a falta de amor próprio e confiança, a cascata de abuso e de deficiente maternidade ou paternidade, transmitida de pais para filhos. Com uma ou duas sessões semanais, podem ser interiorizados novos conhecimentos que posteriormente facilitarão a resolução das questões práticas quotidianas da família. Vão então sendo debatidos problemas, que farão com que outros submerjam do nível subconsciente, podendo assim, haver uma resolução dos mesmos e os conhecimentos a adquirir da resolução posterior da perturbação emocional também ser gradualmente integrados na vida da mulher (SILVA, 2011, p. 125).

Kaplan (2009) acrescenta que a mãe pode ser encaminhada para um psicoterapeuta do serviço nacional de saúde, quer nos serviços de saúde mental de adultos, quer no seu serviço local de consulta infantil e familiar. O médico de clínica geral ou técnico de saúde da mãe pode aconselhá-la quanto a isso, mas caso não seja possível, o fato de ter de pagar para frequentar sessões semanais ou bissemanais durante os meses cruciais pode vir a ser muito proveitoso para a mãe com depressão pós-parto.

4.2.4 Terapia Farmacológica

A terapia farmacológica segundo Furtado (2011) é muito controversa, na medida em que a idéia que as pessoas têm da dependência desesperadamente difícil de debelar dos antidepressivos, bem como estão mesmo relacionadas com o suicídio ou assassino, faz com que fiquem muito relutantes relativamente à aceitação da sua administração. Na melhor das hipóteses, estes são considerados

como pacificadores temporários e, na pior das hipóteses, como uma espécie de controle da mente, suprimido o sentimento de dor existencial e impede de reagir aos problemas da vida.

No entanto, caso considere tomar um antidepressivo, a mulher deve certificar-se de qual o que lhe está a ser receitado e quais os seus efeitos secundários. A maior parte dos especialistas em depressão pós-parto recomenda os ISRS (inibidores seletivos da reabsorção de serotonina) como “muito adequados para a mãe deprimida após o parto, tendo em consideração a ausência de efeitos secundários sedativos e a resposta antidepressiva é relativamente rápida”. Rocha (2011).

4.2.4 Terapia Hormonal

Relativamente à terapia hormonal, um estudo recente, entre psiquiatras e ginecologistas publicados por Maldonado (2011) sugere que a terapia de estrogênio, utilizando adesivos semelhantes aos usados na terapia de substituição hormonal (TSH) pode ser eficaz no tratamento desse estado.

Alguns estudos de Ribeiro (2011) evidenciam que o estrogênio poderá funcionar mais rapidamente do que os antidepressivos e ser mais eficaz para algumas mulheres. Atualmente ainda não se chegou a um consenso sobre o papel dos hormônios na depressão pós-parto, dado haver relatórios contraditórios referentes a esta questão. O médico pode sugerir adesivos de estrogênio, bem como tratamento com antidepressivos, não havendo quaisquer provas que o uso conjunto de ambas as terapias apresente quaisquer riscos.

4.3 Assistência da enfermagem na depressão pós-parto

Dias (2010) argumenta que os enfermeiros, bem como outros profissionais de saúde, podem contribuir para o crescente stress da grávida ao não lhe prestarem apoio que esta necessita, nomeadamente no esclarecimento de

dúvidas. A preocupação dos profissionais é transmitir confiança à grávida, justificada ou não, e minimizar os sentimentos negativos, menosprezando os esclarecimento de dúvidas e a desmistificação de conceitos, o que conduz ao receio, por parte das grávidas, que possa surgir impaciência da parte dos enfermeiros se não conseguirem pôr em prática tudo que lhe foi ensinado.

A atitude dos profissionais na sala de partos também exerce muita influência na parturiente, sendo que as mulheres são menos suscetíveis de passar pelo estado depressivo no pós-parto se a assistência for individualizada e sensível. Sé recentemente as parteiras receberam formação em termos de competências de comunicação. Dias (2010) acrescenta que algumas mulheres poderão projetar na parteira ou no médicos, sentimentos que advêm de figuras de autoridade do seu passado, em particular dos pais. Assim, a tarefa da parteira pode revelar-se difícil porque a parturiente pode ser hostil.

Ainda que as puérperas sejam seguidas regulamente, a depressão não é, na grande maioria dos casos, reconhecida pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde. Alguns reconhecem os sinais, mas por temerem que a pessoa, ao saber da existência de uma doença que é a depressão pós-parto, possa vir a desenvolvê-la. Contrariando esta idéia, Furtado (2011) afirma que “ter os sentimentos depressivos aceites como válidos através de um diagnóstico de depressão clínica efetivamente fazem com que a pessoa deprimida se sinta melhor”.

As mulheres deprimidas têm dificuldade em solicitar ajuda, mesmo quando têm a consciência de estarem deprimidas. Quando vão a consultas fazem queixas triviais ao invés de exteriorizarem os seus verdadeiros medos, levando a que os profissionais de saúde as denominem de desocupadas ou hipocondríacas. Os médicos de clínica geral são pouco conhecedores da depressão pós-parto e de como tratá-la, e mostram-se relutantes para indicar um psiquiatra por suporem que o estado é pouco grave e de breve duração (KAPLAN, 2009, p. 56).

Existem diretrizes formais que permitem ao profissional uma aproximação mais fácil à mulher e o “acesso” aos seus sentimentos e emoções, dado que as mulheres têm tendência para escondê-los, por sentirem vergonha dos membros. Um esquema de visitas que abarque uma visita na primeira semana após a alta hospitalar, outra na terceira semana e mensalmente nos seis meses seguintes é importante. Este esquema pode sofrer adaptações individualizadas às necessidades da mulher. Os temas a lecionar estão sintetizados no quadro e pretende-se com eles

a redução do stress materno bem como o aumento da auto-confiança, já que o desconhecimento é apontado como causa da depressão pós-parto, como prova um estudo de Maldonado (2011).

Rocha (2011) diz que as clínicas pré-natal com um ambiente mais acolhedor permitem, entre outras coisas, que as grávidas possam partilhar experiências entre si, bem como entre os pais, e permite o acesso a bibliografia relacionada com o puerpério. Os casais são ainda aconselhados especificamente para mais facilmente superarem a pressão da chegada do bebê. Ao invés de tentar prevenir ou curar a depressão, o objetivo dos enfermeiros deve consistir em ajudar “as pessoas a encontrar as suas próprias soluções e a aproveitar e reforçar os sistemas de apoio existentes”.

Ribeiro (2011) saliente que os médicos de clínica geral são pouco conhecedores da depressão pós-parto e de como tratá-la, e mostram-se relutantes para indicar um psiquiatra por suporem que o estado é pouco grave e de breve duração.

Segundo Furtado (2011) é importante que a mulher crie os seus próprios mecanismos de defesa e que a família de suporte da mesma saiba como a ajudar. Na sala de partos e durante um trabalho de parto, os enfermeiros são encorajados a:

- Facultar a continuidade de assistência empática durante todo o trabalho de parto e nascimento;
- Dar aos pais o “papel principal”;
- Estar sensível e consciente do estado emocional contínuo da parturiente;
- Ouvir as necessidades expressas pela parturiente, mantê-la sempre informada de envolvê-la em todas as decisões;
- Lembrar-se que as parturientes têm uma percepção aumentada e podem lembrar-se de um reparo casual feito por quem está a assistir, não devendo existir diálogos como se ela não estivesse presente;
- Se a parturiente parecer estar a descontrolar-se, ajudá-la recuperar o controle;
- Ajudar a parturiente a lidar com a dor, reconhecendo-a como validade e não subestimado;
- Facultar informação sobre o alívio da dor, respeitando a escolha do que a parturiente quer, e ajudando-a a decidir quanto a alternativas, se necessário, conscientes do valor do apoio emocional que poderão prestar;

- Dar tempo aos pais para estarem um com o outro e com o seu bebê. No pós-parto, as mulheres necessitam de descansar num ambiente calmo e de apoio emocional.

As diretrizes para as visitas após o nascimento de acordo com Silva (2011) são as seguintes:

- O enfermeiro faculta serviço orientado para a mãe em vez de orientado para o bebê, para que a mãe saiba que a atenção extra lhe é dedicada, em vez de imaginar que o enfermeiro está preocupado com a sua capacidade para cuidar do bebê;

- O enfermeiro combina com a mãe visitá-la durante um determinado número de semanas, numa hora previamente estabelecida;

- Pedir a mãe que providencie quem tome conta do bebê e/ou dos filhos durante esse tempo não só lhe garante que está a ser levada a sério, mas também lhe dá “autorização” de solicitar a ajuda de terceiros;

- O enfermeiro precisa ouvir o que a mãe realmente sente por si própria, pelo parceiro e pelo bebê, e o que é revelado pode ser bastante chocante ansiedade, raiva, ódio a si mesma, ódio ao bebê e ao parceiro, sonhos perturbadores, receio de perda.

De acordo com Radden (2011) esta sobrecarga emocional transmitida pode acarretar a necessidade de o enfermeiro recorrer a uma rede de apoio, dado o desgaste que representa o confronto com estas realidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O puerpério caracteriza-se por se apresentar como uma etapa de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher, ou seja, é um período instável, sendo que a compreensão não só da puérpera, mas principalmente dos familiares, que por sua vez atravessam ativamente este período, constitui-se num fator essencial na determinação do limiar entre a saúde e a doença.

Inúmeros fatores podem ser determinantes para um desfecho saudável do puerpério. Porém, como já foi discutido anteriormente, o período é marcado pela instabilidade feminina em relação às síndromes psiquiátricas no pós-parto. Uma das razões para esta realidade corresponde ao ritmo acelerado de mudanças na fase puerperal, associada às exigências sociais, familiares e pessoais, em relação à puérpera, principalmente em relação ao desempenho das funções maternas.

Em qualquer um dos lugares de atuação do enfermeiro, tomar decisões quanto aos resultados sobre mulheres com depressão pós-parto e reforçar a importância da articulação envolvendo os serviços de saúde, é importante permitir que a gestante possa expressar livremente seus temores e ansiedades, e um enfermeiro bem treinado pode dar assistência e orientação, auxiliando a gestante a enfrentar as diversas situações de maneira mais adaptativa, realista e confiante.

Pode-se concluir que a alta prevalência de depressão pós-parto encontrada reforça seu significado como um problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento. O acompanhamento cuidadoso de mães, em especial as de baixa renda, por meio de ação integrada que leve em conta as variáveis associadas a depressão, pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que decorrem da depressão pós-parto.

Assim, é importante que os profissionais de enfermagem desenvolvam ações preventivas na rede de saúde voltadas não só a saúde da gestante, mas da mulher no geral. Além disso, estimular a compreensão da mulher e do companheiro em relação às fases crítica do puerpério, bem como emoções e sentimentos provenientes deste período, ou seja, somando esforços na prevenção e tratamento da depressão pós-parto irá traduzir no exercício materno saudável e essencial ao desenvolvimento humano.

REFERÊNCIAS

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília,DF: Ministério da Saúde, 2010. (Serie Pactos pela saúde, v. 4). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>. Acesso em 15 ago 2011.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher**. Brasília,DF, 2004. (Serie Pactos pela saúde, v. 4). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizadas_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em 15 ago 2011.

BALLONE, G. J. Depressão. att. em 2005. Disponível em: <[HTTP://gballone.sites.uol.com.br/voc/dep.html](http://gballone.sites.uol.com.br/voc/dep.html)> Acesso em 28 ago 2011.

BOBAK, et all – **Enfermagem na Maternidade**.4ªedi, Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-09-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher** – Princípios e Diretrizes, MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Amamentação e período puerpério**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf>. Acesso em 20 ago 2011.

DELPORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. (local, volume, nº, mês, ano, disponível acesso em ? **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, 2009.

DIAS, V. Identificação de fatores de risco pode evitar a depressão pós-parto. USP Notícias. **Boletim** n. 1526, 2010. (on-line). Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/bis/2004/rede1526.htm>>. acesso em 10 set 2011.

FERREIRA, A. B. D. H. **Novo Dicionário da língua Portuguesa**. 2. Ed. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 2011.

FURTADO, E. F. **Abordagem clínica e terapêutica da depressão puerperal: conceitos atuais** (Mesa redonda: Atualização no tratamento da depressão:

depressão na mulher). 2011. (on-line). Disponível em:<
<http://glallone.sites.uol.com.br/cad/forumhtm>>. (acesso em 10 set 2011).

GASPARINI, S. R. **Depressão, gênero feminino**. Ed. São Paulo: Atica, 2000.

KAPLAN, H. I. ; SADOK, B. J. **Tratado de Psiquiatria**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

KITZINGUER, Sheila – **Enfermagem Materna e Neonatal – Série de estudos sobre as etapas da gestação e a preparação da maternidade**. Ciclo dos Leitores, Londres, 1980.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 14. ed. São Paulo: Saraiva. 2011.

MELEIRO, C. J. **Depressão Humana**. 2011 Disponível em:
 <[HTTP://www.marcelomarcia.naweb.net/depressãocorpo.html](http://www.marcelomarcia.naweb.net/depressãocorpo.html), 2011. Acesso em: 10 de set 2011.

MELO, M. L. C.; NASCIMENTO, M. A. A .Treinamento Introdutório para Enfermeiras Dirigentes: possibilidades para gestão do SUS. Brasília (DF). **Revista Brasileira de Enfermagem**.V. 56, n.6, p.674-677, 2011. Disponível em:
 <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n6/a17v56n6.pdf>_. Acesso em 05 set 2011.

MYNAIO, M. C. S. (org). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 6. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011. Disponível em: <[HTTP://br.librosintinta.in/pesquisa-social%3A-teoria,-m%C3%A9todo-e-criatividade.-minayo-pdf-3.html](http://br.librosintinta.in/pesquisa-social%3A-teoria,-m%C3%A9todo-e-criatividade.-minayo-pdf-3.html)>_. Acesso em: 10 set 2011.

PERROT, Michelle. Os Silêncios do Corpo da Mulher. In: Matos, M.I. E Soihet, R. (Org.) **O Corpo Feminino em Debate**. Ed. São Paulo: UNESP, 2003.

RADDEN, A. L. O. **Depressão e suas conseqüências** ed. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 2011.

RIBEIRO, C. S. **Depressão pós parto**. Última revisão em 2011. (on-line). Disponível em:< <http://www.psiqweb.med.br/sexo/posparto.html>>. (acesso em 05 set 2011).

ROCHA, F. L. Depressão puerperal: revisão e atualização. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Belo Horizonte, v. 48, n. 3, p. 10-150, set 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/revisao_01.htm> Acesso em: 16 set 2011.

ROPER, LOGAN, TIERNEY – **Modelo de Enfermaria**. 4ed. Interamericana-MacGraw-Hill, 1993. Disponível em: <http://books.google.com/books/about/Modelo_de_enfermer%C3%ADa.html?id=n4rcGgAACAAJ> Acesso em: 01 nov. 2011.

SANTOS, Silvéria Maria. **Ação participativa, seu desenrolar no parto e nascimento**: experiência de um curso de gestantes em um Hospital Universitário. 2003. Dissertação (mestrado em) Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília, DF, 2003.

SCARPELINI, S. A organização do atendimento na maternidade. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 315-320, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a20.pdf>. Acesso em> 01 nov. 2011.

SILVA, M. C. **Depressão**: pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede **básica de saúde**. Ribeirão Preto, 2011. Dissertação (Mestrado) apresentada à Escola de Enfermagem/USP, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas.