

1 INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto é um transtorno mental com conseqüências para mãe e filho, apresentando um quadro clínico agudo de início insidioso que requer acompanhamento psicológico e psiquiátrico, sendo considerado um problema de saúde pública que requer acompanhamento cauteloso para as parturientes.

O diagnóstico precoce da depressão pós-parto na mãe depois do nascimento do bebê representa a possibilidade da prática de intervenções multidisciplinares. A ação preventiva dos grupos multidisciplinares neste momento pode proporcionar a mulher ajuda para encarar os eventuais acontecimentos da depressão.

Este trabalho teve como objetivo analisar as características e os fatores de risco associados à ocorrência da depressão pós-parto, relatar a atuação dos profissionais de enfermagem mediante a depressão pós-parto, discutir sobre as conseqüências deste transtorno psíquico para a interação mãe-bebê, refletir sobre a importância da assistência de enfermagem à gestante também durante o pré-natal para o parto, evitando assim este transtorno depressivo.

A escolha da temática ocorreu em conseqüência da vivência familiar com esse transtorno e também devido ao período dos estágios em saúde pública; os grandes números de relatos de pacientes que sofreram com esta psicose pós parto despertou na acadêmica uma certa curiosidade e interesse sobre o assunto.

Este estudo será importante para engrandecer os conhecimentos teóricos e científicos a respeito do assunto, também para conscientizar os profissionais de saúde e acadêmicos quanto à importância da assistência de enfermagem a gestante desde o pré-natal, buscando assim, minimizar os riscos de uma depressão pós-parto.

O presente estudo foi realizado através de pesquisa exploratória, qualitativa, através de revisão bibliográfica, onde foram utilizados fontes como: livros nacionais, artigos científicos, e, teses, monografias, dissertações e dados disponíveis na internet na base de dados da Scielo, Bireme, entre outros, conseguidos através de empréstimos em bibliotecas de faculdades, e empréstimos de material com a orientadora.

Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, médicos e psicólogos devem estar aptos a cuidar destas parturientes a fim de evitar traumas

futuros para mãe, filhos e familiares envolvidos, inclusive prevenir episódios de suicídio e infanticídio.

A gestação e o período puerperal são considerados períodos de risco elevado para o surgimento de transtornos psiquiátricos, podem envolver condições sócio-econômicas, presença de perturbação psiquiátrica antecedente à gestação, fatores espirituais, morais e predisposição hereditária da parturiente. A depressão pós-parto é manifestada por tristeza, baixa da auto-estima, pessimismo, pensamentos negativos recorrentes, desesperança e desespero.

Os sintomas são normalmente conhecidos como cansaço, sensibilidade, reclusão, humor depressivo, episódios desagradáveis, aborrecedores e decepcionantes precedidos de prejuízos psicológicos que podem desencadear idéias suicidas.

Os aspectos emocionais da mulher no período do puerpério é um assunto de grande importância para os profissionais da área da enfermagem, pois é indispensável saber distinguir os aspectos emocionais e psíquicos para identificar o limite entre os sintomas normais e patológicos apresentados pela puérpera, é preciso conhecimento, humanização, respeito e carinho.

Este estudo é composto de três capítulos que abordam a depressão em geral, bem como os fenômenos responsáveis pelo surgimento da depressão pós parto; a caracterização da depressão puerperal, seus sinais e sintomas, os fatores de risco associados a tal fenômeno, o diagnóstico, o tratamento, a epidemiologia e ainda o vínculo emocional entre o binômio mãe e filho; e a atuação do enfermeiro em fases distintas, tanto assistencial como humanizada.

Cabe ao profissional enfermeiro um papel fundamental na detecção, prevenção e assistência, demonstrando interesse e transmitindo segurança à parturiente.

2 DEPRESSÃO

A depressão é um transtorno do humor, caracterizada por uma alteração psíquica e orgânica global, com conseqüentes alterações na maneira de valorizar a realidade e a vida, e que leva o indivíduo a um predomínio anormal de tristeza; pode ser classificada como intermitente ou contínua, sua duração pode variar em horas, dias, semanas, meses ou anos, e a intensidade do sofrimento da pessoa portadora de depressão pode mudar ao longo do tempo (SANTOS e BERVIQUE, 2007).

A depressão é um dos Transtornos do Humor, caracterizada por lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo e/ou irritável, redução da energia (desânimo, cansaço fácil), incapacidade parcial ou total de sentir alegria e/ou prazer, desinteresse, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração, pensamentos de cunho negativo, com perda da capacidade de planejar o futuro e alteração do juízo da realidade. Os sintomas depressivos podem ter duração variada (episódios únicos, recorrentes, crônicos ou breves) e com intensidades diferentes (comprometimento no funcionamento do dia-a-dia de forma leve, moderada ou grave (GARRO; CAMILLO; NÓBREGA; 2006, p. 163).

A depressão é um problema freqüente, é um transtorno recorrente, incapacitante e mais freqüente em mulheres; tem sido utilizado para descrever um estado afetivo normal como a tristeza ou utilizado como um sintoma para diagnóstico de algum tipo de síndrome. Por outro lado pode ser vista como sinal de alerta para as pessoas que estão precisando de ajuda por diversos motivos, seja por tristeza de luto ou exacerbação de atividade simpática e inquietude (PORTO, 1999).

A caracterização do episódio depressivo é baseada em critérios gerais que devem ser observados quando da necessidade de se enquadrar o portador da patologia no diagnóstico de depressão. Para este enquadramento o indivíduo deve apresentar episódios de depressão que dure pelo menos duas semanas, sem presença de sintoma maníacos ou hipomaníacos em qualquer época da vida e sem associação de substâncias psicoativas; além disso, deverá ter humor depressivo, tristeza profunda, inibição ou ausência da capacidade de sentir alegria ou prazer bem como redução da energia e fadigabilidade aumentada (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Associado a estes sintomas, outros sinais podem ajudar na definição deste diagnóstico como a perda de confiança em si mesma, da auto-estima e da

esperança, sentimentos irracionais de auto-reprovação ou culpa excessiva e inapropriada com sentimento de inutilidade e de negação, pensamentos recorrentes de morte ou manifestação de idéia e comportamento suicida, queixas ou evidências da diminuição da capacidade de pensar e de concentração, lentificação ou agitação psicomotora e ainda qualquer tipo de perturbação do sono (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Um outro sintoma marcante na depressão é “em relação à auto-estima, ou seja, em relação ao conceito que a pessoa tem de si mesma. O deprimido sempre se vê pior do que os outros ou bem pior do que gostaria de ser”. Na depressão, a pessoa sente-se péssima, chata, incompetente e se autoavalia como um inútil, incapaz de realizar suas atividades (SANTOS; BERVIQUE, 2007).

A depressão se constitui em um grave problema de saúde pública, “evidenciada pela importância das doenças mentais em relação às outras doenças. Esse transtorno compromete o cotidiano das pessoas no relacionamento social, seja na família, trabalho ou comunidade” (MARTIN; QUIRINO; MARI, 2007).

A prevalência da depressão na população em geral varia em 3 e 11%, sendo que em pacientes internados por qualquer patologia este número fica em torno de 22 a 33%, em pacientes que sofreram infarto a prevalência é de 33% e em pacientes portadores de câncer este número chega a 47%. Afirma ainda que aproximadamente 80% dos indivíduos que apresentaram um episódio de transtorno depressivo terão um novo episódio ao longo de sua vida, independentemente de novas emoções (FLECK, 2004).

Conforme a classificação internacional de doenças (CID-10) os episódios depressivos ou a depressão se classificam em três graus: leve, moderado ou grave. No episódio depressivo leve geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas, como humor depressivo, irritabilidade, redução de energia, dentre outros. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas, mas provavelmente é capaz de desempenhar a maior parte das atividades. No episódio depressivo moderado geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina. No episódio depressivo grave o indivíduo apresenta vários sintomas marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas somáticos.

Os transtornos do humor englobam um grande grupo de patologias e perturbações. Destaca-se entre eles a depressão pós-parto (DPP) que é a idéia central da elaboração deste trabalho e será discutida a partir do próximo assunto.

2.1 Fenômenos responsáveis pelo surgimento da depressão pós-parto

Os fenômenos reprodutivos são profundos influenciadores no desenvolvimento da depressão nas mulheres, podem progredir para processos psicopatológicos importantes, pois, as mulheres gestantes passam por mudanças psicológicas acentuadas, principalmente quando precisam refletir acerca da chegada deste novo ser.

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

2.1.1 O período anteparto ou gestação

A vida da mulher é marcada por diversas fases. A gravidez é uma transição que requer uma reestruturação em vários aspectos, tais como, a definição do papel de mulher. Se esta reestruturação não ficar bem definida, pode este fenômeno gerar grandes transformações interpessoais e intrapsíquicas promovendo em seu íntimo patologias de grande relevância para o desenvolvimento da gestação (D'ALONSO, et al., 2010).

A partir da percepção consciente ou inconsciente da gravidez, a mulher vivencia o início de uma nova formação da relação mulher e mãe, percebe novas modificações na rede de intercomunicação familiar, instalando-se a vivência da gestação, que se manifesta sob diversas formas, podendo variar de mulher para mulher (SANTOS; ZELLERKRAUT; OLIVEIRA, 2008).

Estudos mostram que “a ansiedade e a depressão durante a gravidez não devem ser negligenciadas, uma vez que ambas as condições estão fortemente

associadas à depressão pós-parto”, embora estes sinais apresentem mais frequentemente nos primeiros meses. Provavelmente a mulher que sofre depressão no período anteparto tem o risco para sofrer depressão pós-parto, principalmente quando se tratar de mulheres mais jovens e de mulheres que tem história de consumo de álcool, bem como uso de drogas (FURTADO, 2010).

O período anteparto ou período gestacional é o momento em que ocorrem inúmeras e intensas alterações tanto no corpo como na mente da mulher; mudanças que induzem a mulher a penetrar em um mundo desconhecido e que a deixa propensa a vivenciar experiências novas que poderão afeta-la psicologicamente e ou fisiologicamente.

A gravidez é um período de transição onde se verificam enormes mudanças e ajustamentos físicos e psicológicos. A sociedade em geral defende que a gravidez é um momento que proporciona mais união ao casal, no entanto, estudos têm revelado que em muitas relações estas expectativas não se confirmam. Há uma forte evidência do facto de o ajustamento psicológico e afectivo da mulher, antes e durante a gravidez, estar associado a perturbações psicológicas (PEREIRA; SANTOS; RAMALHO,[200-?], p.583).

“A gravidez é um momento de afrouxamento das defesas psíquicas e maior transparência do inconsciente, devido ao grande processo de elaboração que deve acontecer em termos de papel familiar e atualização de conflitos” (VEIGA, 2008, p. 18).

De forma não muito rara o fenómeno depressão gestacional pode ocorrer durante os primeiros meses, fazendo surgir questionamentos quanto à gravidez principalmente se a gestação não foi planejada (DALLY; HARRINGTON, 1978).

A depressão na gestação pode provocar nas mulheres episódios de ansiedade devido ao fator desconhecido, pois são nestes momentos que surgem as dúvidas quanto ao medo da morte no parto ou ainda da criança nascer deformada ou com qualquer outra patologia.

As mulheres grávidas passam por mudanças psicológicas acentuadas. Suas atitudes em relação à gravidez dependerão muito de como foi a relação com sua própria mãe; se a gestante não conviveu com um bom modelo de mãe, certamente esta gestante sentirá que sua competência maternal pode ficar comprometida pois se sente muito insegura com relação à maternidade. Da mesma forma acontece quando a gestante não tem o apoio do pai da criança, pessoa indispensável nesse processo de transformação (SADOCK; SADOCK, 2007).

Na primeira gestação fatores como inexperiência da mulher e expectativa quanto ao nascimento do bebê associados à ansiedade, tristeza e melancolia podem se exacerbar e desencadear o processo de depressão pós-parto (PEREIRA, 2009).

“A mudança no corpo da mulher, a insegurança e às vezes a diminuição da auto-estima são fatores sintomáticos sugestivos de alterações psicossociais que desencadeiam transtornos de ansiedade, personalidade e inclusive a depressão” (SOARES, 2009, p. 17).

A gestação remete a toda a vida anterior, em que suas experiências infantis da filha com os pais, as brincadeiras de boneca, os sentimentos epídicos e as forças de adaptação são re-vivenciadas até o momento de separação dos pais. Psicologicamente é o fato de deixar o papel de filha e exercer o papel de mãe (SOARES, 2009, apud BORSA; FEIL; PANIÁGUA, 2007, p. 17).

A relação da gestação com a depressão tem início no pré-natal e se dá pelas expectativas criadas pela própria mãe acerca do nascimento do seu filho, expectativas estas que são construídas em cima do nascimento do bebê, do sexo, do nome, de suas características físicas e psicológicas; bem como da expectativa de como será o relacionamento afetivo entre ambos (BORSA; FEIL; PANIÁGUA, 2007).

A interação do obstetra, enfermeiro e demais profissionais da saúde com a gestante é de suma importância para que haja maiores oportunidades de se diagnosticar uma depressão, uma vez que este profissional deve se inteirar dos conflitos emocionais da mulher grávida sabendo ouvir, apoiar e explicar suas dúvidas, transmitir à gestante confiança necessária para que a mesma possa viver esta nova fase da sua vida de forma tranqüila e responsável, e incentivá-la à prática de exercícios físicos, alimentação adequada e abandono de etilismo e tabagismo.

Os sentimentos de insegurança e temor da dor quanto ao momento do parto existem desde os primórdios; o parto sempre foi traduzido como sinônimo de dor, sofrimentos e angústia; na atualidade estes sentimentos ainda permanecem vivos no íntimo das mulheres, mesmo com a evolução tecnológica tão presente no campo da obstetrícia e com a divulgação de inúmeros programas voltados para o parto humanizado (MERIGHI; CARVALHO; SULETRONI, 2007).

A participação do homem na gravidez faz a mulher sentir-se plena no processo, o que possibilita relações menos conflituosas na qualidade de vida conjugal (SANTOS; ZELLERKRAUT; OLIVEIRA, 2008).

2.1.2 Parto

Para Alt e Benetti (2008, p. 390) o fenômeno parto “envolve a separação de dois organismos que estavam vivendo juntos em uma relação de total dependência e permanente contato íntimo”; no momento deste rompimento a mulher, agora mãe, se vê responsável por uma nova série de funções a serem cumpridas que visam a sobrevivência do filho e ainda, reviver um novo processo de ajustamento, como retornar à situação anterior, de não gravidez.

“A angústia no momento do parto é de natureza catastrófica, pois há na mulher um sentimento de perda e de esvaziamento de partes importantes de si mesma e medo de ser atacada por algo desconhecido, o bebê” (ALT; BENETTI, 2008, p. 391).

O nascimento deve ser visto como processo e não apenas como um simples evento que ocorre com a mulher. Sendo esse processo compreendido desde a pré-concepção até o puerpério, em que as pessoas que estão vivenciando influenciam e são influenciadas pelo contexto sócio cultural. O cuidado prestado à mulher/parturiente, ao longo dos anos, sofreu muitas modificações decorrentes dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da medicina fetal. Essas mudanças, por um lado, correspondem na melhoria das condições do parto, e por outro, na desumanização do nascimento. No passado, o parto acontecia no domicílio e era feito por parteiras, mulheres de confiança das gestantes e de reconhecida experiência na comunidade por seu saber empírico. Além dos cuidados físicos somava-se o apoio psicológico, através de palavras agradáveis e ações que as confortavam (MACHADO et al. 2003, p.1).

A falta de conhecimento de diversos assuntos como o fenômeno da parturição, as condutas de rotinas na sala de parto, alojamento conjunto e ou maternidade e o medo dos procedimentos advindos, associados ao temor de que o parto seja um processo altamente traumático e a existência da possibilidade de que tudo ocorra em modos extremamente opostos ao esperado, provoca na mulher gestante sentimentos de frustração e decepção pelo simples fato de terem uma concepção errônea do que é o parto (ALT; BENEDTTI, 2008).

A importância de se realizar programas para a conscientização das mulheres quanto ao processo de parturição, principalmente do Método Lamaze ou parto normal, produzirão reflexos positivos no momento da simbiose de mãe e filho. As mulheres bem preparadas emocionalmente e fisicamente relatam dores mais toleráveis na parição do bebê (SADOCK; SADOCK 2007).

Os conhecimentos acerca da cesareana também são indispensáveis à mulher gestante, sendo que o desconhecimento quanto ao procedimento cirúrgico em si e o medo do procedimento anestesiológico também conferem a parturiente sentimentos de insegurança e medo (SOARES, 2009).

2.1.3 Período puerperal

O puerpério é compreendido como o período “que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais determinados pela gestação no organismo materno retornam às condições normais” (SOARES; VARELLA, 2007 apud SANTOS, 2002, p. 117).

Afirma ainda Soares e Varella (2007) que o período puerperal é responsável pela criação de inúmeros vínculos afetivos entre mãe e filho; a mulher neste momento, como em todos os outros, deve ser vista como um ser integral, não excluindo seu componente psíquico, devendo ser assistida em todas as suas necessidades emocionais; a puérpera deve se sentir à vontade, podendo expressar de fato os sentimentos que vivencia neste momento.

O período puerperal assim como o período gestacional, é um período extremamente envolvido por mudanças tanto psicológicas como fisiológicas; é a partir deste momento, após o nascimento do bebê, que estas emoções se afloram de forma variada e intensa. Afirma Borsa, Feil e Paniágua (2007, p. 3) que as “primeiras vinte e quatro horas constituem um período de recuperação da fadiga do parto. A sensação de desconforto físico devido às náuseas, as dores e ao sangramento pós-parto é particularmente intenso, lado a lado com a excitação pelo nascimento do filho”.

É neste momento, que a mulher puérpera apresenta um quadro extremamente complexo e fica propensa ao desenvolvimento de diversas e novas emoções e sensações, necessitando de acompanhamento adequado e apoio incondicional daqueles que a rodeiam, sejam de ordem materna, do esposo ou de familiares em geral.

Entende-se que este momento da vida da mulher denominado período puerperal é uma fase de grande importância e que exige cuidados especiais à

mulher. É marcado por experiências novas como gerar, parir, cuidar e por várias alterações físicas e emocionais, é uma fase que exige grande capacidade de adaptação da mulher. “O puerpério é definido como o período que vai da dequitação da placenta à volta do organismo materno às condições pré-gravídicas. Esse processo tem duração de aproximadamente de 6 a 8 semanas” (HIGUTI; CAPOCCI, 2003, p. 46).

Percebe-se em geral que o fenômeno gestação e o parto podem ser precursores de importantes patologias mentais que requerem conhecimento e tratamento adequado. A partir do próximo capítulo será estudada a caracterização da depressão pós-parto, bem como suas formas de prevenção, seu diagnóstico e seu tratamento.

3 CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Segundo Pereira (2009) a depressão pós-parto (DPP) é uma doença que acomete mulheres após o nascimento do bebê, é considerada um problema de ordem psicológica e envolve um grupo diferenciado de casos uma vez que, a gestação e o período pós-parto são considerados de elevado risco para o surgimento destes transtornos.

Durante o período gravídico puerperal, há mudanças biológicas, psicológicas e sociais. A puérpera, ao reintegrar-se às funções de casa, encontra-se vulnerável tanto física como psicologicamente. Assim sendo, necessita de ajuda dos familiares e dos profissionais da área da saúde, pois o cuidado deve ter continuidade e não terminar com o parto [...]. A experiência de gestar, parir e de cuidar de um filho pode dar à mulher uma nova dimensão de vida e contribuir para o seu crescimento emocional e pessoal. Por outro lado, pode causar desorganização interna, ruptura de vínculos e de papéis, podendo, até, resultar em quadros de depressão puerperal (MERIGHI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006, p. 2).

Afirma ainda Merighi, Gonçalves e Rodrigues (2006, p. 4) que a experiência pós parto é vivenciada por todas as mulheres gestantes, embora cada mulher apresente suas particularidades. “O puerpério é influenciado por vários fatores e desencadeia modificações, tanto interna quanto externa e, por isso, torna-se um momento carregado de sentimentos e sensações.” Constitui-se uma das experiências do período gravídico puerperal bastante significativa e enriquecedora e muitas das vezes é a primeira experiência vivida pela mulher neste sentido, o que a torna mais intensa.

A depressão pós-parto ocorre após o período chamado de baby blues que é a etapa de reconhecimento mútuo de mãe e filho. “O baby blues também é caracterizado por um estado de fragilidade e hiperemotividade que geralmente acomete a mulher em torno dos três a cinco primeiros dias pós-parto”. Sua remissão na maioria das vezes é espontânea e não causa nenhum transtorno à puérpera. A depressão pós-parto vai ocorrer quando sentimentos depressivos em relação ao filho e a ela própria não cedem ao final de quinze dias (ALT; BENETTI, 2008 E SOARES, 2009).

Refere ainda Soares (2009) que o choro e a dificuldade de concentração são os sinais mais perceptíveis na fase do baby blues; estes sentimentos são

entremeados pela excitação do nascimento do filho, pela sensação de euforia e felicidade ou ao contrário, ao invés da mulher sentir-se plena, ela pode apresentar-se com fadiga, transtornos do sono, alterações do apetite, bem como outros sinais e sintomas característicos do quadro em questão.

O período puerperal está dividido em três fases: o puerpério imediato que vai do primeiro ao décimo dia após o parto; o puerpério tardio que vai do décimo primeiro ao quadragésimo quinto dia e o puerpério remoto que é a partir do quadragésimo sexto dia (HIGUTTI; CAPOCCI, 2003).

Para a caracterização da depressão pós-parto é importante identificar a época do puerpério em que ocorreram os sintomas depressivos; isso se faz com a pesquisa dos principais sintomas e fatores.

3.1 Sinais e sintomas da depressão pós-parto

As pacientes acometidas por depressão pós-parto apresentarão os mais diversos sinais e sintomas no decorrer de sua patologia, estes variam dependendo da intensidade manifestada, conforme a personalidade da puérpera e de toda a sua história de vida.

Os sintomas mais comuns citados, são: humor deprimido, sentimentos de inadequação familiar e social, alterações do apetite e do sono, concentração prejudicada, falta de interesse ou de prazer em realizar suas atividades diárias, perda de peso e de energia, agitação ou letargia, sentimento de desvalia ou de culpa sem causa, fadiga, labilidade do humor, cansaço, sintomas hipocondríacos e pensamento de morte ou suicídio (HIGUTI; CAPOCCI, 2003, p. 48).

Para Silva, Sousa e Moreira (2003) os sinais e sintomas mais intensos em relação à mulher puérpera referem-se às ansiedades de carência materna, a dependência do marido, a falta de segurança quando se sente incapaz de desenrolar as tarefas da responsabilidade materna e sentimento de inutilidade quando ainda não consegue perceber as necessidades do bebê. Paralelo a este quadro, a puérpera pode apresentar diversas outras formas de manifestar a patologia, tais como uma energia despropositada, excesso de euforia, transtornos do

sono, febre, constipação intestinal e outros sintomas físicos.

Segundo Iaconelli (2005) o aparecimento de sintomas do tipo “irritabilidade, alterações bruscas de humor, indisposição, doenças psicossomáticas, tristeza profunda, desinteresse pelas atividades do dia-a-dia, sensação de incapacidade de cuidar do bebê e desinteresse por ele, chegando ao extremo de pensamento suicidas e homicidas em relação ao bebê”, são fortes sintomas de que a puérpera encontra-se com depressão pós-parto.

Para Colbert (2009) outros fatores estão relacionados ao desenvolvimento da depressão pós-parto e cita os fatores biológicos e psicológicos como a variação nos níveis dos hormônios sexuais estrogênio e progesterona, que provocam na puérpera repentinas mudanças de humor e são grandes contribuidoras para o dilema emocional.

Fatores biológicos e psicológicos estão relacionados aos transtornos do período pós-parto. A depressão pode surgir em decorrência da variação nos níveis dos hormônios sexuais estrogênio e progesterona. Essa alteração causa mudanças repentinas de humor, o que contribui para o avanço do problema emocional. Psicologicamente, a depressão depois do parto aparece quando a nova mãe possui sentimentos confusos em relação ao companheiro, ao filho e a si mesma. A doença também pode ser hereditária e ocorre quando parentes próximos da mulher depressiva já sofreram com o problema.

[...] é muito difícil determinar o limite entre a depressão pós-parto normal e a patológica, chamada de psicose puerperal. A característica principal desta é a rejeição total ao bebê, sentindo-se completamente aterrorizada e ameaçada por ele, como se fosse um inimigo em potencial. A mulher sente-se então apática, abandona os próprios hábitos de higiene e cuidados pessoais, pode sofrer de insônia, inapetência e apresentar idéias de perseguição, como se alguém viesse roubar-lhe o bebê ou fazer-lhe algum mal (SILVA; SOUSA; MOREIRA, 2003, p. 444):

A puérpera que se encontra com depressão pós-parto na maioria das vezes, prefere a solidão, apresenta prostração e decepção com sentimentos de fracasso e desilusão imaginando que a partir de agora sua vida será apenas em função do bebê e ela jamais voltará a sua vida normal. Outro motivo que sensibiliza muito a puérpera é a própria vivência do parto, às vezes muito mais doloroso do que ela esperava, a ocorrência de alguma complicação inesperada e a perspectiva quanto ao sexo do bebê.

3.2 Fatores de risco associados à depressão pós-parto

Segundo Schmidt, Piccoloto, Müller (2005) inúmeros fatores associam-se à depressão pós-parto, principalmente os fatores relacionados ao bebê, como prematuridade, intercorrências neonatais e malformações congênitas. Fatores socioculturais, como morte de familiares, decepções na vida pessoal ou profissional, retomada de atividade profissional e situação social de solidão, baixa auto-estima, problemas de relacionamento conjugais, problemas financeiros, além da gravidez não planejada ou não desejada, também são observados quando se depara com uma mulher puérpera em depressão pós-parto.

Zinga, Phillips e Born (2005) afirmam que o humor deprimido e ansioso ou sintomas de eleição no início do puerpério, traços neuróticos ou vulneráveis de personalidade, excesso de tabagismo ou álcool, também estão relacionados ao nível de depressão pós-parto.

Afirmam ainda Zinga, Phillips e Born (2005, p. 58) “que as depressões pré e pós-parto possam ocorrer independentemente uma da outra e existam distintos perfis, [...] sugere-se que muito dos transtornos de humor pós-parto, na verdade, começam durante a gravidez”.

Os fatores de risco para a depressão pós-parto incluem a depressão durante a gestação, depressão prévia (fora do puerpério), disforia pré-menstrual prévia, eventos estressantes durante a gestação, condição socioeconômica desfavorável, violência doméstica e baixa idade materna. [...] Mulheres com depressão pós-parto têm maior dificuldade de iniciar a lactação e de fazê-la de maneira exclusiva, com menor duração e maior interrupção. Adolescentes filhos de mães com depressão não-tratada têm mais comportamentos violentos, desvios de conduta e maior probabilidade de desordens médicas e psiquiátricas (IBIAPINA, et al. 2010, p.163).

Iaconelli (2005) afirma que fatores como mulheres com histórico de transtornos afetivos, mulheres que passaram por problemas de infertilidade, que sofreram dificuldades na gestação, submetidas à cesariana, primigestas, vítimas de carência social, mães solteiras, mulheres que perderam pessoas importantes, que perderam um filho anterior, cujo bebê apresenta anomalias, que vivem em desarmonia conjugal, que se casaram em decorrência da gravidez, estão altamente correlacionados às pacientes que poderão vir a apresentar depressão pós-parto.

Grande importância também deve ser dada às mulheres que são filhas de pais deprimidos, estas tem de duas a cinco vezes mais possibilidades de desenvolver problemas emocionais e de comportamento uma vez que teve sua mãe já acometida pela depressão pós-parto (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Outros fatores de risco como a menor escolaridade, o baixo nível sócio econômico, baixo suporte social, história de doença psiquiátrica, stress, tentativas de aborto e transtorno disfórico pré-mestruar atuam diretamente no psíquico da mulher, facilitando a depressão pós-parto (MORAES, et al. 2006).

Ainda no pré-natal tanto a mãe como o pai devem ser preparados psicologicamente sobre as dificuldades existentes no início desta nova etapa de vida; a colaboração do pai, principalmente quando se fala de tolerância paterna também influencia no aparecimento da DPP. Mesmo que não pareça a mulher gestante deve descansar, alimentar bem e aceitar ajuda dos outros, pois é normal a mulher se atrapalhar no período puerperal, principalmente se for o primeiro filho. A ajuda do companheiro é extremamente importante na prevenção da depressão pós-parto (ADÁRIO, 2010).

3.3 Diagnóstico da depressão pós-parto

Higuti e Capocci (2003) relatam a dificuldade em se diagnosticar a depressão pós-parto prematuramente, uma vez que seus sintomas iniciais são parecidos com aqueles apresentados no período de ajustamento emocional, o baby blues. Ressalta a importância da equipe de enfermagem estar plenamente interligada com a puerpera e a evolução do seu pós-parto, pois, esta interatividade facilita e muito o diagnóstico precoce.

“Os sintomas da depressão pós-parto, podem surgir em algum outro momento do primeiro ano de vida do bebê e não necessariamente nas primeiras semanas após o seu nascimento”, o que dificulta ainda mais o diagnóstico da patologia (SCHWENGBER; PICCININI, 2003, p. 404).

Muitas vezes as próprias mulheres escondem os sintomas por medo da não aceitação de seus familiares, por vezes que estes sintomas podem ser atribuídos ao cansaço e desgaste do parto e puerpério. O diagnóstico correto é baseado no

reconhecimento destes sintomas a partir do período gravídico-puerperal; uma vez realizado o diagnóstico deverá se instalar um plano terapêutico conforme a necessidade e a evolução do quadro (SANTOS; ALMEIDA; SOUZA, 2009).

O diagnóstico da depressão pós-parto não é fácil, uma vez que muitos sintomas como alterações do sono, no apetite e fadiga são comuns no puerpério. Os sintomas da depressão pós-parto são similares àqueles da depressão que ocorre em período não-puerperal, com início típico nas seis primeiras semanas do puerpério, podendo incidir até seis meses após o parto, devendo o humor depressivo e a perda de interesse nas atividades estar presentes por no mínimo duas semanas. Outros sintomas como alterações do sono, adinamia, sentimentos de culpa ou desânimo, perda de concentração ou pensamentos suicidas também podem estar presentes (IBIAPINA, et al., 2007).

O diagnóstico precoce é fundamental e para isso é necessário um acompanhamento em todo ciclo gravídico-puerperal, sendo a melhor forma de evitar, atenuar ou reduzir a duração da depressão pós-parto (IACONELLI, 2005, p.1).

Outro motivo que interfere na dificuldade em se promover um rápido diagnóstico é a alta prevalência da DPP e ainda a falta de acompanhamento cuidadoso de mães, por meio de ação integrada das equipes de saúde; são variáveis que interferem no diagnóstico da DPP (MORAES, et al., 2006).

Justamente pela dificuldade de se diagnosticar a depressão pós-parto foi criado o Escore de Edimburgo, método baseado em informações fornecidas pela puérpera, de preferência no período compreendido entre duas semanas e seis meses de parto, onde uma pontuação igual ou maior que doze é indicativo de depressão pós-parto (IBIAPINA; et al., 2007 e HIGUTTI; CAPOCCI, 2003).

Para realização do diagnóstico da depressão pós-parto através do Escore de Edimburgo são realizadas dez perguntas às puérperas através de um questionário. Perguntas do tipo se a puérpera tem rido e visto o lado engraçado das coisas, se tem encarado o futuro com alegria, se tem estado triste ou arrasada, dentre outras, terão uma pontuação máxima de 30 pontos. Se a puérpera obtiver acima de dez pontos significa que ela tem um provável diagnóstico para depressão pós-parto (IBIAPINA, et al., 2007).

O Escore de Edimburgo é usado em vários países para diagnosticar a DPP, inclusive no Brasil, pode vir a ser particularmente útil, conforme os serviços de atendimento psicológicos ou psiquiátricos para a população, limitando praticamente ao acompanhamento, por profissional especializado (FREIRE; SANTOS, 2006).

PERGUNTAS	ESCORE	PERGUNTAS	ESCORE
1) Tenho sido capaz de rir e ver o lado engraçado das coisas?		6) As coisa tem “desabado em cima de mim”?	
Tanto quanto sempre fui.	00	Sim. Tenho conseguido lidar com a situação.	03
Agora, não tanto assim.	01	Sim. Não tenho lidado tão bem como era de costume.	02
Agora, definitivamente, não muito.	02	Não tenho lidado bem com a situação.	
De modo nenhum.	03	Não. Tenho lidado com as coisas como sempre lidei.	01 00
2) Tenho olhado para o futuro com otimismo?		7) Tenho me sentido tão infeliz que tenho dificuldade para dormir?	
Tanto quanto sempre olhei.	00	Sim. Na maioria das vezes.	03
Menos do que costumava.	01	Sim. Parte do tempo.	02
Definitivamente, menos do que costumava.	02	Não muito frequentemente.	01
Não.	03	Não. De modo nenhum.	00
3) Culpo-me quando as coisas vão mal?		8) Tenho me sentido triste ou miserável?	
Sim. Na maioria das vezes.	03	Sim. A maior parte do tempo.	03
Sim. Algumas vezes.	02	Sim. Parte do tempo.	02
Não muito frequentemente.	01	Não muito frequentemente.	01
Não. Nunca.	00	Não. De modo nenhum.	00
4) Tenho me sentido preocupada e ansiosa sem nenhuma razão para isso?		9) Tenho me sentido tão infeliz que tenho até chorado?	
Não. De modo nenhum.	00	Sim. A maior parte do tempo.	03
Quase nunca.	01	Sim. Muito frequentemente.	02
Sim. Às vezes.	02	Só ocasionalmente.	01
Sim. Muito frequentemente.	03	Não. Nunca.	00
5) Tenho me sentido preocupada ou em pânico sem nenhuma razão?		10) Já me ocorreu o pensamento de fazer mal a mim mesma?	
Sim. Muitas vezes.	03	Sim. Muito frequentemente.	03
Sim. Às vezes.	02	Às vezes.	02
Não. Não muito.	01	Quase nunca.	01
Não. De modo nenhum.	00	Nunca.	00

Quadro 1. Escore de Edimburgo.

Fonte: Fernandes et al. 2006

Todos os transtornos psiquiátricos puerperais podem refletir no quadro clínico da puérpera, inúmeros sintomas que em sua maioria das vezes podem ser confundidos com outros quadros de transtorno de humor. A seguir um quadro apresentando as diferenças entre os transtornos do humor com relação à DPP.

	Tristeza Puerperal	Depressão Puerperal	Psicose Puerperal
Conceito	Distúrbio leve e transitório	Psíquico de moderado a severo com início insidioso	Distúrbio do humor. Apresentam perturbações mentais graves.
Prevalência	50 a 80%	10 a 15%	0,1 a 0,2 %
Manifestação	Inicia-se no 3º até o 4º dia do puerpério	Início insidioso na 2ª a 3ª semana do puerpério	Início abrupto nas duas ou três semanas após o parto
Sintomas	Choro, flutuação do humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê	Tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios do sono, insônia inicial e pesadelo, idéias suicidas e perda do interesse sexual.	Confusão mental, agitação psicomotora, angústia, insônia, evoluindo para formas maníacas, melancólica e até mesmo catatônica.
Curso e prognóstico	Remissão espontânea de uma semana a dez dias	Desenvolve-se lentamente em semanas ou meses, atingindo assim um limiar, o prognóstico está intimamente ligado ao diagnóstico precoce e intervenções adequadas.	Pode evoluir mais tarde para uma depressão. O prognóstico depende da identificação precoce e intervenção no quadro.
Tratamento	Psicoterapia enfatizando a educação e o equilíbrio da puérpera	Psicoterapia, farmacologia. Eletroconvulsoterapia (casos raros)	Psicoterapia, farmacologia. Eletroconvulsoterapia Internação em casos especiais

Quadro 2. Diferencial dos distúrbios psiquiátricos puerperais

Fonte: Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 129-139, abr./jun.2010

3.4 Tratamento da depressão pós-parto

Segundo Silva, Souza e Moreira (2003, p.446) “o tratamento médico pós-parto deve envolver, no mínimo três tipos de cuidados: ginecológico, psiquiátrico e psicológico”. O envolvimento dos profissionais de saúde, da família e de terceiros do convívio da mulher, é muito relevante, uma vez que os cuidados sociais envolvidos no tratamento dizem respeito principalmente à qualidade de vida da puérpera bem como um excelente relacionamento a nível de mãe e bebê.

Zevalhos (2009) afirma que o tratamento da depressão pós-parto é realizado da mesma maneira que qualquer outro tipo de depressão; primeiramente deve ser usada a terapia psicológica e o tratamento farmacológico. O envolvimento da paciente externando seus sentimentos, suas inseguranças, bem como o envolvimento de seu esposo é de grande relevância na recuperação de tal puérpera.

O tratamento psiquiátrico da puérpera acometida de transtorno depressivo pós-parto é feito a partir da indicação de anti-depressivos isoladamente ou associado a outras drogas de efeito positivo para o resultado favorável da evolução do quadro; caso estes tipos de medicamentos não apresentem os resultados esperados podem ser substituídos por drogas antipsicóticas, estabilizadores do humor como o lítio e ainda eletroconvulsoterapia. Também podem ser associadas a estas formas de tratamento as terapias complementares, como terapia ocupacional, uma vez associadas podem contribuir muito para a melhoria da qualidade de vida da paciente (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

O tratamento da depressão pós-parto geralmente são estabelecidos conforme a gravidade do quadro depressivo apresentando. Esse tratamento é baseado no mesmo instituído para a depressão que não está relacionado como o pós-parto, podendo ser utilizado a psicoterapia e/ou a farmacoterapia e em caso de suicídio ou infanticídio a eletroconvulsoterapia. [...] os medicamentos mais eficazes e utilizados no tratamento da depressão pós-parto, são os inibidores seletivos da recaptção de serotonina e os antidepressivos tricíclicos (HIGUTI, CAPOCCI, 2003, p. 49).

Para Silva, Souza e Moreira (2003) “entre os cuidados psicológicos para as pacientes com depressão pós-parto tem-se destacado com o sucesso a abordagem cognitivo-comportamental, preferencialmente em grupos de terapia”, onde as mulheres podem aflorar os sentimentos que as levam a DPP.

Segundo Pereira (2009) apud Félix, Gomes e França (2008) a associação de terapias comportamentais e farmacologia são utilizadas na tentativa de acabar com os efeitos da depressão pós-parto; a paciente em tratamento necessita ser comunicada sobre todos os riscos benéficos a que está sujeita e, juntamente com seus familiares e médico deve ter a oportunidade de resolver quanto à aceitação de tal tratamento sugerido.

Quando a opção de tratamento se der por via farmacológica é importante lembrar que as medicações antidepressivas só podem ser prescritas por médicos. O enfermeiro é responsável por analisar o conhecimento cultural da puérpera, seus costumes, valores e principalmente seu interesse em realizar o tratamento farmacológico, bem como alertá-las sobre o custo/benefício que podem ser causados por cada medicamento. “A medicação é um excelente coadjuvante no tratamento da depressão, seja pós-parto, puerperal [...], mas é preciso que haja comprometimento do paciente em aceitar o tratamento bem como a psicoterapia associada (SOARES, 2009, p. 38).

Segundo Santos, Almeida e Souza (2009, p.5) o tratamento da depressão puerperal baseia-se em “métodos semelhantes aos empregados no tratamento de transtornos depressivos em outros períodos da vida, tais como a psicoterapia, farmacologia, acupuntura, massoterapia, e internamento em casos especiais”, incluindo também se necessário a eletroconvulsoterapia (ECT).

A ECT é indicada apenas em casos extremos, quando nenhuma outra forma de tratamento obteve resultado positivo; deve ser aplicada em gestantes ou puérperas severamente deprimidas, com idéias suicidas, que apresentam quadros de manias, catatonia ou psicose, podendo inclusive necessitar de internação (SILVA; BOTTI, 2005).

Em todos os estágios da depressão pós-parto, a mulher precisa de apoio para sentir segurança e se recuperar. Além da culpa dos hormônios e de uma possível tendência a ser deprimida, a tristeza pode surgir também por conta das dúvidas da mãe quanto à eficácia dos cuidados que ela tem com a criança. Como esse sentimento surge, geralmente, quando a mulher chega em casa e não tem mais a assistência dos enfermeiros e médicos, o papel do pai da criança é fundamental, pois ele é a pessoa mais próxima da mãe naquele momento (ADÁRIO, 2010, p. 2).

A depressão pós-parto não tratada pode durar muito tempo, apresentar sério comprometimento no trabalho, família e lazer, pode comprometer seriamente o desenvolvimento do bebê tanto afetivo como cognitivo. O tratamento pode durar de

8 a 12 semanas se for bem aderido pela mulher. A DPP mesmo tratada pode reaparecer. Por isto devem ser priorizados tratamentos clínicos que visam diminuir a intensidade e a duração dos sinais da ocorrência presente e especialmente prevenir sua repetição; em caso de nova gestação devem ser rigorosamente acompanhadas pelo serviço de pré-natal (PEREIRA, 2009).

Adário (2010) afirma que o fato de uma mulher apresentar depressão pós-parto não significa que ela será incapaz de cuidar do seu filho ou principalmente que não o ame. Com um tratamento adequado ela pode exercer seu papel de mãe e estabelecer um bom vínculo afetivo entre mãe e bebê.

A enfermagem deve se responsabilizar pelo acolhimento e bem estar da puérpera. O cuidado e a assistência de enfermagem estão interligados desde os tempos mais remotos e nunca devem ser esquecidos pelos profissionais de saúde.

3.5 Epidemiologia

A depressão pós-parto é um sério problema de saúde no ciclo gravídico-puerperal, atinge de 10 a 20% das mulheres nos seis primeiros meses após o parto, afetando a mãe, a criança, o parceiro e a família. Estima-se uma variação da prevalência nos países ocidentais entre 0,5 a 60% (ALT; BENETTI, 2008).

Schwengber e Piccinini (2003) relatam que a depressão pós-parto comumente associada ao nascimento de um bebê refere-se a um conjunto de sintomas que iniciam geralmente entre a quarta e a oitava semana após o parto, atingindo de 10 a 25 % das mulheres.

Para Moraes et al. (2006) a depressão pós parto ocorre entre 10 e 20% das mulheres. As variações entre os índices de prevalência devem-se provavelmente às diferentes formas de se realizar o diagnóstico. A depressão pós-parto (DPP) é um importante problema de saúde pública, afetando tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento de seu filho. A manifestação desse quadro acontece, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto e alcança habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses.

Segundo Coutinho e Saraiva (2008) no Brasil o transtorno depressivo pós-parto ocorre entre 32 e 38% das mulheres de baixa renda.

As taxas de prevalência das síndromes psiquiátricas puerperais corroboram a importância de se conhecer e diagnosticar precocemente tais transtornos. A prevalência da tristeza materna gira em torno de 50 a 80% dos casos; os transtornos puerperais giram em torno de 10 a 15% e os quadros psicóticos em torno de 0,1 a 0,2% dos casos que surgem em serviços de saúde.

3.6 Vínculo emocional mãe e filho durante a depressão puerperal

As mães depressivas demonstram-se menos afetivas e mais ansiosas. Os filhos destas mães demonstram frequentemente desordens do sono e da alimentação, choro freqüente, além de menor interação com a própria mãe e menor freqüência de sorrisos. Os sintomas de depressão interferem em todas as relações interpessoais que circundam a mulher, esse estado depressivo da mãe pode acarretar no filho no decorrer do seu desenvolvimento problemas como transtornos de conduta, comprometimento com a saúde física, ligações inseguras e até mesmo estados depressivos (SHIMIDT, PICOLOTTO E MULHER, 2005).

A depressão materna no período pós-parto também se constitui em um dos mais freqüentes fatores que afetam a contingência da interação mãe-bebê. [...] Até mesmo as formas mais brandas de depressão da mãe podem afetar o bebê, na medida em que ele perceberia as mínimas deficiências na contingência no comportamento materno. [...] A ocorrência da DPP nos primeiros meses de vida do bebê pode estar associada a uma série de dificuldades relacionais na díade, e pode ter importantes conseqüências no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança. O reconhecimento da DPP é importante não apenas para a compreensão e o tratamento da mãe, mas também por seus efeitos negativos sobre o relacionamento entre a mãe e o bebê, e sobre o aprendizado e desenvolvimento social e emocional da criança (SCHWENGBER; PICCININI, 2003 p. 405 e SHIMIDT, PICOLOTTO E MULHER, 2005, p. 65)

O vínculo afetivo entre mãe e filho pode se apresentar prejudicado quando as mulheres puérperas deprimidas tendem a ser menos responsivas quando solicitadas pelos seus filhos, estas não conseguem transformar suas mudanças de humor ou a rejeição sofrida em relação ao filho em momentos de conhecimento mútuo e de forma prazerosa. “A depressão materna afeta não só a mãe, mas também o bebê e até mesmo o próprio pai, tendo vista a influência deste quadro no contexto familiar (BORSA; FEIL; PANIÁGUA, 2007, p. 9).

As conseqüências da não efetivação do vínculo afetivo entre a díade mãe e filho podem surgir precocemente ou tardiamente para as crianças e mesmo para as mães. As mudanças precoces ocorrem nas crianças que se encontram privadas das necessidades principais para o seu desenvolvimento físico e psíquico. As tardias são de ordem cognitivas e afetivas incluindo problemas de relacionamento (PEREIRA, 2009) .

4 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

A prática de enfermagem, desde os primórdios integra os cuidados que devem ser prestados aos pacientes durante a assistência, bem como o alívio das dores e aflição dos indivíduos. Quanto à depressão puerperal, podem ser vivenciadas outras formas de prevenção e ou tratamento. A prevenção é uma das principais formas de se aliviar o medo que acomete as mulheres quando se encontram gestantes.

4.1 O Enfermeiro e a prática assistencial

O enfermeiro que atua em saúde pública pode se tornar um ícone na diminuição dos números de depressão pós-parto atuando na prevenção e promoção da saúde da mulher gestante, uma vez que ao promover o seu acompanhamento gravídico-puerperal é capaz de identificar os fatores de risco a que esta mulher encontra-se exposta. “Assim, podem ser resolvidos a resolução de eventuais conflitos quanto à maternidade e situações psicossociais adversas, o profissional de saúde tem a chance de atuar na perspectiva de prevenção e promoção da saúde”, revestindo sua conduta de potencial para mudar a alta prevalência e impacto social desse transtorno (VALENÇA; GERMANO, 2010, p.134).

O profissional da saúde enquanto enfermeiro deve partir em busca do conhecimento científico aprofundado acerca da DPP, uma vez que inserido em tal trabalho se torna responsável pelo acolhimento e direcionamento adequado destas puérperas à serviços especializados em saúde mental. O serviço único de saúde (SUS) preconiza as unidades básicas de saúde como primeira referência para estes tipos de atendimento, por isso a importância do enfermeiro estar embasado de informações, principalmente quando for de ordem psicológica (SILVA; BOTTI, 2005).

Dentre as funções do enfermeiro que atuam em programas de saúde da mulher, o planejamento, a programação e a execução de ações preventivas que proporcionem uma gestação e um puerpério emocionalmente sadio, devem ser priorizados na sua rotina cotidiana (SOARES, 2009).

Cabe ao enfermeiro orientar às gestantes quanto aos seus direitos de assistência básica, durante o pré-natal, parto e puerpério que visam a redução do seu nível de insegurança, enfatizar quanto aos cuidados que lhe serão prestados, como o respeito à sua privacidade, dignidade e confidencialidade. “Esses princípios asseguram a proteção, a promoção e o suporte necessário para se atingir um cuidado perinatal efetivo” (VALENÇA; GERMANO, 2010, p.134).

O Ministério da saúde enfatiza que toda mulher tem direito a uma gravidez saudável e a um parto seguro, sendo obrigação do Estado oferecer um atendimento de boa qualidade. A gestante tem o direito de ser atendida por profissionais atenciosos que possuam conhecimentos suficientes para informarem as pacientes sobre as ações de saúde que serão desenvolvidas para a mãe e o bebê. Esta gestante deverá realizar no mínimo seis consultas durante sua gestação, caso seja uma gestação de risco habitual; a cada consulta o enfermeiro deverá aferir a pressão arterial, verificar o peso, medir a barriga e auscultar os batimentos cardio-fetais, bem como solicitar todos os exames preconizados pelo Ministério da Saúde (ARAÚJO; SILVA, 2004).

O enfermeiro da equipe de saúde deve estar preparado para perceber os sinais iniciais da doença, intervindo de maneira ágil e competente. Neste contexto, foram citadas como estratégias preventivas importantes da depressão puerperal a abordagem psicológica da mulher, o incentivo à participação do parceiro nas consultas. Em face dessa realidade, é necessário que as equipes de saúde da família façam o planejamento de suas ações voltadas à saúde materno-infantil com base na realidade socioeconômica e cultural das gestantes, implementando medidas inter-setoriais de impacto na melhoria das condições de vida dessas mulheres sob pena de não obterem resultados satisfatórios na qualidade de saúde de mãe e conceito. Assim, é essencial que a equipe de saúde da família conheça o contexto em que a mulher se insere para a adoção de medidas adequadas para o transcurso de uma gravidez saudável e prazerosa no pré-natal” (VALENÇA; GERMANO, 2010, p.134).

O desenvolvimento de ações preventivas na saúde direcionadas à mulher e ao puerpério deve absorver também o homem, enquanto marido e pai; estes devem receber “informações que estimulem a compreensão da mulher e do companheiro em relação às fases críticas do puerpério, bem como emoções e sentimentos provenientes deste período” (SILVA; BOTTI, 2005).

Outras formas que podem ser utilizadas pelo enfermeiro quanto à prevenção da depressão pós-parto no serviço público são as visitas domiciliares e os grupos de gestantes para a educação em saúde. Nestes encontros podem ser promovidas

palestras educativas, vídeos explicativos que visam a tranqüilidade da parturiente no momento do parto e na vivência do puerpério, que deve ser vivido de forma prazerosa e reconhecido como um período de conhecimento inicial de mãe e filho (VALENÇA; GERMANO, 2010).

O conhecimento dos enfermeiros acerca do diagnóstico de enfermagem os capacita para o desenvolvimento de ações preventivas que devem ser empregadas tão logo seja realizado o diagnóstico da DPP; caso o diagnóstico alcance o estágio da psicose puerperal, deverão ser tomadas outras atitudes como uma maior presença do enfermeiro junto a esta paciente, mesmo que seja através do seu agente de saúde, visando unicamente a aplicação de medidas de proteção contra a vida da mesma. Estas atitudes devem ser evidenciadas à família ou cuidadores da puérpera, por isso é tão importante a parceria entre a equipe de saúde e os familiares (SOARES, 2009).

O enfermeiro tem um papel relevante no momento do nascimento do bebê. O comprometimento e a responsabilidade do enfermeiro durante o trabalho de parto proporcionam à parturiente satisfação e confiança; o enfermeiro deve ter uma visão holística e a capacidade de compreender o momento vivido pela mulher, o enfermeiro deve conhecer a situação da parturiente, para interpretar e obter uma compreensão do seu sofrimento. Este processo “objetiva selecionar estratégias mais adequadas para resolver as questões que envolvem a futura mãe, assim como quais os cuidados se deve ter com ela” (FIALHO, 2008, p.10).

Atitudes como providenciar medidas de conforto e preservar a privacidade da mulher em presença do sofrimento das dores do parto devem ser promovidas à parturiente. Com a progressão do trabalho do parto, a parturiente pode chegar à exaustão, com suas energias esgotadas, muitas vezes a paciente se conforta no enfermeiro, estabelecendo uma relação de pedido de ajuda para alívio das dores. O enfermeiro deve compreender este momento e promover-lhe o conforto necessário até que o trabalho de parto termine (COUTINHO, 2003).

O pós-parto representa um momento de alterações físicas e emocionais para a puérpera. Cabe ao enfermeiro manter sua postura profissional mediante as necessidades e demandas da mulher no puerpério, bem como praticar as intervenções de enfermagem, aprimorando a qualidade de assistência, promovendo um tratamento com excelência de recuperação.

Dentro da enfermagem obstétrica o papel do enfermeiro consiste em prestar os cuidados necessários para a mãe e criança, enfocando informações precisas sobre o parto, o puerpério, e puericultura, com o objetivo de minimizar os anseios e medos da cliente e que promovam um ambiente saudável para a readaptação física e emocional da mulher (RODRIGUES et al, 2006).

O enfermeiro deve no período puerperal visando a diminuição da depressão pós-parto e estabelecer um maior vínculo emocional entre mãe e filho estimular as mulheres puérperas a se adaptarem ao processo de aleitamento materno; o enfermeiro deve aplicar todos os seus conhecimentos quanto a arte de amamentação e procurar embutir na mente das mulheres a vantagens da amamentação tanto para o filho quanto para a mãe (FIALHO, 2008).

O enfermeiro pode utilizar como forma de proporcionar à mulher puérpera deprimida momentos de escuta onde a mesma venha a expor os seus sentimentos com relação às dificuldades encontradas neste novo período de sua vida; esta escuta pode ajudar a vencer a depressão, proporcionando a esta mulher momentos de reflexão que a traga de volta à realidade da sua nova condição de mulher e mãe.

A sistematização da assistência de enfermagem garante que as ações da equipe tenham visibilidade e especificidade. Ao realizar o processo de enfermagem, as ações se tornam efetivas e de maior qualidade, facilitando a adaptação da puérpera para o auto-cuidado e para os cuidados com o recém-nascido. Dessa forma, haverá uma maior adesão e sucesso no processo, diminuindo as complicações no puerpério e o tempo de internação; como consequência, gera-se economia para os setores de assistência à saúde da mulher e da criança (FIALHO, 2008, p.10).

A sistematização da assistência de enfermagem facilita o reconhecimento de situações de conflito psicológico que promovem o diagnóstico e oferece aos enfermeiros subsídios para o enfrentamento dos cuidados que devem ser dispensado a estas mulheres.

Importante ressaltar que no período do pré-natal o enfermeiro deve ficar atento para interpretar as ações e sentimentos da gestante, deve estar capacitado para reconhecer as sensações de ansiedade e medo que afloram nas gestantes; acolher e esclarecer as dúvidas da gestante quanto à gestação e ao puerpério, identificar o medo ou desejo de provocar aborto bem como as condições emocionais do gestante, se esta conta com o apoio emocional do marido ou companheiro, dos filhos, se tem apoio da família como mãe e irmãos (NETTINA, 2007).

4.2 O enfermeiro e a humanização

O enfermeiro deve ainda durante o pré-natal procurar estabelecer relações de confiança e respeito mútuos com a gestante. Proporcionar espaço na consulta para a participação do parceiro, para que ele possa, também, se envolver no processo gravídico puerperal ativamente, favorecendo equilíbrio e adequar nas novas relações estabelecidas com a chegada de um novo membro na família, bem como perceber sentimentos depressivos durante a consulta de enfermagem (SOARES, 2009).

Para que a prática da assistência humanizada se concretize é necessário que os profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro atue com criatividade e senso crítico; deve desenvolver ações que envolvam a promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação das mulheres com depressão puerperal. O enfermeiro deve estar preparado para atender e direcionar diferentes tipos de mulheres que são propensas à desenvolver a DPP, principalmente no que se refere a problemas de ordens psicológicas que dificultam a adesão destas pacientes a um possível tratamento (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Atitudes como priorizar e acompanhar a parturiente que está sozinha sem o acompanhamento de familiares; dar apoio emocional a mulher em trabalho de parto, elogiando-a, tranquilizando-a; proporcionar conforto físico como encaminhar a mulher ao banho, segurar sua mão, massagear suas costas; fazer os contatos com os profissionais e familiares que a mulher desejar; ser uma presença amigável e constante para a parturiente e seus familiares; incentivar a amamentação e a interação pais-bebê; são hábitos que transforma a prática humanizada no período do trabalho de parto como um excelente coadjuvante na prevenção da DPP (LEÃO; BASTOS, 2001).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O puerpério caracteriza-se como um período em que ocorrem inúmeras transformações na vida da mulher seja no campo biológico ou psicológico. A mulher deixa de ser e viver sozinha e passa a conviver com outra pessoa totalmente diferente e nova em sua vida. Este momento pode marcar profundamente a vida da mulher, caso ela não consiga entremear os seus novos sentimentos e os seus novos afazeres.

A depressão puerperal atinge mulheres em um período especial e não se sabe ao certo quais os motivos que envolvem o aparecimento desta patologia. Inúmeros fatores como a situação conjugal, situação socioeconômica dificultada, histórias pregressas dentre outras, são consideradas as possíveis causas do surgimento da depressão pós-parto. Este é um período em que a puérpera se encontra vulnerável e mais propícia a doenças psicológicas. A mulher necessita neste período de muita atenção, atenção esta que pode ser dispensada pelo serviço de enfermagem, familiares, esposo e até mesmo pessoas de seu círculo de convivências.

Percebe-se que a puérpera que apresenta depressão pós-parto tem o relacionamento de mãe e filho prejudicado desde o início; este é um período que deve ser considerado como o de conhecimento mútuo entre mãe e filho, deve ser vivido de forma prazerosa e, no entanto se torna um período de difícil interação para o binômio citado.

Espera-se que os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, possam desenvolver diversas ações no sentido de prevenir a patologia, bem como no sentido de prestar assistência à paciente com a doença já instalada. O atendimento à mãe deprimida deve ser realizado tão logo seja solicitado. O enfermeiro deve desenvolver um trabalho elaborado para tal caso, estabelecer uma relação de confiança com a mulher deprimida, buscando informações que indiquem o motivo do surgimento da patologia visando unicamente usar estes dados para o plano de assistência que será dispensado a esta paciente.

Percebe-se que a enfermagem liderada pelo enfermeiro pode proporcionar um vínculo sadio com estas mulheres no processo cuidar e cuidado e oferecer as mesmas oportunidades onde elas possam verbalizar seus sentimentos e ainda

transformar este momento de escuta da explanação de sentimentos da puérpera em um ato de concreta ajuda.

REFERÊNCIAS

ADÁRIO, D. D. **Depressão pós-parto**. Disponível em http://www.serpsicologia.com.br/artigos/Depressao_Pos_Partto.pdf. Acesso em 02 out. 2010.

ALT, M. S.; BENETTI, S. P. C. Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. **Revista Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 13, n. 2, p. 389-394, abr./jun. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722008000200022&script=sci_arttext. Acesso em 05 out.2010.

ARAÚJO, C.; SILVA, A. L. **Grávidas e puérperas de Francisco Morato: reflexos da integralidade e da regionalização**. Artigo (TCC). Instituto de Saúde. São Paulo. 2004. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/cristiane_araujo2005.pdf. Acesso em 10 out. 2010.

BORSA, U. C.; FEIL C. F., PANIÁGUA, R. M. **A relação mãe-bebê em casos de depressão pós-parto**. Psicologia.com.br – O portal dos psicólogos. Rio Grande do Sul 2007. Disponível em: <HTTP://WWW.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0384.pdf>. Acesso em 03 set. 2010.

COLBERT, M. **Acompanhamento médico pode evitar depressão pós-parto**. Disponível em <http://www.meionews.com.br/index.php/noticias/34-sa/2807-acompanhamento-medico-pode-evitar-depressao-pos-parto.html-2009>. Acesso em 05 set. 2010.

COUTINHO, E. C. **A experiência de ser cuidada na sala de partos**. Escola Superior de Enfermagem – ISPV. Disponível em www.ipv.pt/millenium/Millenium30/3.pdf. acesso em 02 out. 2010.

COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA E. R. A. **Depressão pós-parto: considerações teóricas**. Estudos e Pesquisas em Psicologia. Rio de Janeiro. v.8, n.3, dez. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812008000300014&script=sciarttext&tlng=PT>. Acesso em 05 set. 2010.

D'ALONSO et al. **Humanização no pré-natal e repercussão sobre o parto e o puerpério**. Assis. Disponível em http://WWW.assis.unesp.br/encontros_de_psicologia/Anais_do_XIX_encontro/33. Acesso em 03 set. 2010.

DALLY, P.; HARRINGTON, H. **Psicologia e Psiquiatria na enfermagem**. Ed. USP. São Paulo. 1978.

FÉLIX, F. M. A.; GOMES, A. P. R.; FRANÇA, P. S. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. **Compêndio Ciências e Saúde**. Brasília, v. 19, n1, p.51-60, mar. 2008.

FERNANDES, et.al. **Depois do Parto, a dor!** Licenciatura em Enfermagem. ESSaF. Faro. 2006. Disponível em <http://www.scribd.com/doc/7994314/Depressao-Pos-Parto>. Acesso em: 10 out. 2010.

FIALHO, T. C. **O papel do enfermeiro no parto humanizado**. Monografia (conclusão do curso de pós-graduação Latu Sensu em Saúde Públicas) Educação Avançada Ltda. Saúde Pública. Viçosa. 2008. Disponível em <http://www.evata.com.br/downloads/MONOGRAFIA%20MODELO%20TATIANA%20CUPERTINO%20FIALHO.pdf>. Acesso em: 30 set. 2010.

FLECK, M. P. A. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. Depressão. 3ª ed., Artmed. Porto alegre. 2004.

FREIRE, A. A. P.; SANTOS, S. A. **Depressão Puerperal. Uma revisão de literatura**. Monografia (Enfermagem) Centro Universitário Claretiano. Batatais. 2006. Disponível em <http://biblioteca.claretiano.edu.br/phl8/pdf/20002038.pdf>. Acesso em 05 set. 2010.

FURTADO, J. **Ansiedade e Depressão na Gravidez**. Medicina Ampliada. Disponível em www.juarezfurtado.com/content/view/91/89/. 2010. Acesso em 04 set. 2010.

GARRO, I. M. G.; CAMILLO, S. O.; NÓBREGA, S. S. Depressão em Graduandos de Enfermagem. **Revista Acta Paulista Enfermagem**. São Paulo. v.19, n. 2, p.162-7. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000200007&script=sci_arttext. Acesso em 09 out. 2010.

HIGUTI, P. C.; CAPOCCI, P. O. Depressão pós-parto. **Revista Enfermagem Unisa**. Santo Amaro.v. 4, p. 46-50. 2003. Disponível em www.unisa.br/graduação/biologica/enfer/revista.Arquivos/2003-11.pdf. Acesso em 18 set. 2010.

IACONELLI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Revista Pediatria Moderna**. São Paulo. v.41, n.4. Jul. 2005. Disponível em <http://www.portaldeginecologia.com.br/modules.php?name=News&file=article&sid=269>. Acesso em 15 out. 2010.

IBIAPINA, et al. Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências. **Revista Sistematizada Femina**. Fortaleza. v. 38, n. 3, Mar. 2010. Disponível em <http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20100500/1051.pdf>. Acesso 17 set. 2010.

LEÃO, M. R. C.; BASTOS, M. A. R. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v.9, n.3, Mai, 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000300014&script=sci_arttext. Acesso em 24 out. 2010

MACHADO, F. A. et al. **Humanização do parto e nascimento**. Disponível em <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=17>. 2003. Acesso em 17 out. 2010.

MARTIN D.; QUIRINO, J. M. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n.4, p.591-597, ago. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000400013&script=sci_arttext. Acesso em 23 ago. 2010.

MERIGHI, M. A. B.; GONÇALVES, R.; RODRIGUES, I. G. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília. v.59 n.6.Nov./Dec. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600010 Acesso em 23 ago. 2010.

MORAES, ET AL. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. v.40, n.1, p.65 -70. 2006. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n1/27117.pdf>. Acesso em 28 ago. 2010.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. Guanabara Koogan. v. 3 Rio de Janeiro. 2007.

PEREIRA, M. G.; SANTOS, A. C.; RAMALHO, V. **Adaptação à gravidez: Um estudo biopsicossocial**. Comunicação apresentada no Congresso de Medicina Familiar, Viseu; no Congresso de Psicologia da Saúde, Áustria. Disponível em www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a18.pdf. Acesso em 04 set. 2010.

PEREIRA, M. L. **Depressão pós-parto: Prevenção, conseqüências, tratamento e assistência do enfermeiro**. Monografia (graduação em enfermagem). FPM. Patos de Minas. 2009.

PORTO, J. A. Conceito e saúde. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. UFSP. São Paulo. vol. 2, maio. 1999.

RODRIGUES, D. P., et al. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Revista Texto contexto**. [online], v.15, n. 2, p. 277-286. Florianópolis, abr-jun. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 ago. 2010.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria**. Ciências do comportamento e Psiquiatria Clínica. 9 ed. Artmed. Porto Alegre. 2007

SANTOS, C. M.; ALMEIDA, G. O., SOUZA, T. S. Depressão pós-parto: revisão da literatura. *Revista Psicologia & foco*. Aracaju. v. 3, n. 2, jul./dez. 2009. Disponível em http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_014747_Formatado1-Depressao-pos-parto.pdf. Acesso em 01 set. 2010.

SANTOS, E. M.; BERVIQUE, J. A. Depressão e relação conjugal: um estudo de caso **Revista científica eletrônica de psicologia**. Ano V, n. 9, Nov. 2007. Disponível em <http://www.revista.inf.br/psicologia09/pages/artigos/edic09-anov-art06.pd>. Acesso em 31 ago. 2010.

SANTOS, M. R. C.; ZELLERKRAUT, H.; OLIVEIRA, L. R. Curso de orientação à gestação: repercussões nos pais que vivenciam o primeiro ciclo gravídico. **Revista O Mundo da Saúde**. São Paulo. v.32. n.4. p.420-429. 2008. Disponível em http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/02_Curso_baixa.pdf. Acesso em 15 out. 2010.

SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M.; MULLER, M. C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Revista Psico-USF**. Porto Alegre. v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005. Disponível em http://www.saofrancisco.edu.br/edusf/publicacoes/RevistaPsicoUSF/Volume_05/uploadAddress/psico-8%5B6419%5D.pdf. Acesso em 17 set. 2010.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**. Porto alegre. v. 8, n.3, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19962.pdf> Acesso em 28 ago.2010.

SILVA, D. G.; SOUZA, M. R.; MOREIRA, V. P. Depressão pós-parto: prevenção e conseqüências. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza. v.3, n.2, p.439-450, set. 2003. Disponível em http://www.unifor.br/joomla/images/pdfs/pdfs_notitia/163.pdf. Acesso em 19 set. 2010.

SILVA, E. T.; BOTTI, N.C.L. Depressão pós-parto: uma revisão de literatura. **Revista eletrônica de enfermagem**. Goiânia. v.7, n.2. 2005. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/revisao_01.htm. Acesso em 14 ago. 2010.

SOARES, C.; VARELA, V. D. J. **Assistência de enfermagem no puerpério em unidade de atenção básica: incentivando o autocuidado**. Monografia (Graduação em enfermagem). UFSC. Florianópolis. 2007.

SOARES, F. F. **Depressão no puerpério**. Monografia (graduação em enfermagem). FPM. Patos de Minas. 2009.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. **Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Manole. Barueri. 2008.

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. G. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Rev. Rene. Fortaleza**. v. 11, n. 2, p. 129-139, abr./jun.2010. Disponível em <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0480.pdf>. Acesso em 10 ago. 2010.

VEIGA, D. S. Psicologia da gravidez e parto sob uma ótica psicanalista. **Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**. Belo Horizonte, ano 3, n. 6, ago. 2007, jan, 2008. Disponível em <http://alamysusana.sites.uol.com.br/edicoes.html>. Acesso em 18 out. 2010.

ZEEVALLOS, P. **Sintomas e tratamento da depressão pós-parto**. Guia infantil. out. 2009. Disponível em <http://br.guiainfantil.com/depressao-pos-parto/384-sintomas-e-tratamento-da-depressao-pos-parto.html>. Acesso em 11 set. 2010.

ZINGA, D.; PILLIPS, S.D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? **Rev. Brasileira Psiquiatria. São Paulo**. 27(Supl. II): S56-64. 2005. Disponível em www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a05v27s2.pdf. Acesso em 17 ago. 2010.