

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM

GABRIELLE SEGUNDO DUBEUX DANTAS

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A MULHERES COM DEPRESSÃO
PUERPERAL/PÓS-PARTO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Graduação em Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Maria das Graças de Faria Nóbrega (MSc)

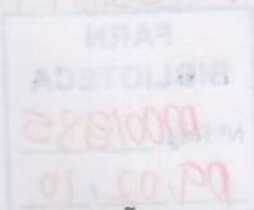
NATAL/RN
2009

GABRIELLE SEGUNDO DUBEUX DANTAS

FOLHA DE APROVAÇÃO

Monografia A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A MULHERES
COM DEPRESSÃO PUERPERAL/PÓS-PARTO apresentada como requisito parcial
para obtenção do Título de Graduação em Enfermagem da Faculdade
para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

Aprovada em _____



**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A MULHERES COM DEPRESSÃO
PUERPERAL/PÓS-PARTO**

Catálogo de Publicação — Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Dantas, Gabrielle Segundo Dubeux Atuação do enfermeiro frente a mulheres com depressão puerperal/pós- parto / Gabrielle Segundo Dubeux Dantas. — Natal: FARN, 2009.
Orientadora: Maria das Graças de Paiva Nicolette (Dr ^a .)
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) — Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.
CDU 61-085.2

Orientadora: Maria das Graças de Paiva Nicolette (Dr^a.)

Natal/RN
2009



618.6
D212a
2009
ex 01

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Dantas, Gabrielle Segundo Dubeux

Atuação do enfermeiro frente a mulheres com depressão puerperal: pós
– parto / Gabrielle Segundo Dubeux Dantas. – Natal: FARN, 2009.
xxf.

Orientador: Maria das Graças de Paiva Nicolete (Dr^a.)

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade Natalense para
o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Enfermagem – Monografia. 2. Depressão – Monografia. 3. Saúde da
Mulher – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 61-055.2

GABRIELLE SEGUNDO DUBEUX DANTAS
FOLHA DE APROVAÇÃO

Monografia **A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A MULHERES
COM DEPRESSÃO PUERPERAL/PÓS-PARTO** aprovada como requisito parcial
para obtenção do Título de Graduação em Enfermagem da Faculdade Natalense
para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

Aprovada em: ____, ____, ____.

Prof. Dra Maria das Graças de Paiva Nicolette
Orientadora
FARN-RN

Banca Examinadora (Avaliador 1.º)

Banca Examinadora (Avaliador 2.º)

Agradecimento Especial

A Professora Dra. Maria das Graças de Paiva Nicolão, por aceitar-me como orientando, sendo tantas a feições diário. Por ter acolhido em mim, e no projecto, por desprender tanta dedicação, não impondo limites ou limitações que comprometessem o desenvolvimento da Pesquisa. Pelo apoio em descrever tempo e espaço, dividindo comigo seu ensinamento. Obrigada por me aceitar.

Agradecimentos

A Deus pela força nos momentos difíceis, por ter me mostrado o melhor caminho, muitas vezes até pouco visível aos meus olhos. Por se fazer presente em toda a minha vida, segurando as minhas mãos nos momentos de fraqueza, nos momentos mais difíceis, onde tudo parecia pouco alcançável.

Aos Professores das diversas disciplinas. Aos Auxiliares de administração e de serviços gerais, os quais foram de suma importância em direccionar caminhos burocráticos que outrora me pareciam labirintos. Na suas pequenas ações tornavam o grande possível.

A Coordenadora do Curso de Enfermagem. Aos directores da administração.

Agradecimento Especial

A Professora Dra. Maria das Graças de Paiva Nicolete, por aceitar-me como orientando, tendo tantos a fazeres diário. Por ter acreditado em mim e no projeto, por desprender tamanha dedicação, não impondo limites ou limitações que compromettesse o desenvolvimento da Pesquisa. Pelo apoio em desprender tempo e atenção, dividindo comigo seu entendimento. Obrigada por me acolher.

"O que sabemos é uma gota de água, o que ignoramos é um oceano."

(Isaac Newton)

RESUMO

Com esta perspectiva, objetiva-se destacar a importância da atuação do enfermeiro na promoção e manutenção da saúde materna, assim como ainda os Enfermeiros a cerca da depressão pós-parto também conhecida como depressão puerperal. A depressão pós-parto é uma patologia frequente e a maioria das vezes é tratada de forma inadequada, sendo necessário ainda a atuação do enfermeiro para a identificação precoce da doença. O período gestacional e o parto são eventos que por si só favorecem o surgimento da depressão, no entanto outros fatores como um relacionamento conjugal pobre, situação econômica precária, falta de apoio por parte do marido e falta de suporte emocional e social também. O cuidado do Enfermeiro no período pós-parto tem por finalidade promover a saúde da mulher e da criança, além de garantir a adaptação da mãe ao novo papel de mãe e a adaptação da criança ao novo ambiente. A identificação precoce da depressão pós-parto é fundamental para a prevenção da doença e a recuperação da mulher. A atuação do enfermeiro é fundamental para a identificação precoce da doença, bem como as ações de intervenção e suporte emocional.

Palavras-Chave: Depressão pós-parto. Saúde materna. Contribuição do enfermeiro.

"O que sabemos é uma gota de água, o que ignoramos é um oceano."

(Isaac Newton)

Com esta pesquisa, objetiva-se destacar a importância da atuação do enfermeiro na promoção e manutenção da saúde materna, assim como munir os Enfermeiros a cerca da depressão puerperal também conhecida como depressão pós-parto. A depressão pós-parto é uma patologia insidiosa e desconhecida pela população e pelos profissionais de saúde, necessitando ainda de muitas informações a respeito do assunto. O período gestacional e o parto são eventos estressantes que por si só, favorecem o surgimento da depressão, no entanto, outros eventos como um relacionamento conjugal pobre, situação econômica precária, falta de apoio por parte do marido e falta de suporte emocional e social contribuem. O cuidado de Enfermagem no período pós-parto, tem por meta oferecer estratégias para auxiliar no enfrentamento e readaptação da puérpera e proporcionar melhor superação das dificuldades da depressão pós-parto, já que seus maiores aliados são o descaso e a subestimação do sofrimento da mulher, seja pela equipe de saúde, seja pela família e, principalmente pela sociedade. Nessa preocupação busca-se melhor entender o papel do enfermeiro, assim como melhor se familiarizar com o problema em questão, de modo que o conhecimento aferido possa contribuir para identificação precoce da doença, bem com as ações de intervenções pelos enfermeiros.

Palavras-Chave: Depressão pós-parto. Saúde materna. Contribuição do enfermeiro.

ABSTRACT

With this research, we aim to highlight the importance of the nurse in the promotion and maintenance of maternal health, as well as equip the nurses about postpartum depression also known as postpartum depression. The postpartum depression is an insidious disease and unknown by the public and health professionals, while requiring a lot of information about the subject. Gestation and birth are stressful events that by themselves, favor the emergence of depression, however, other events such as a poor marital relationship, precarious economic situation, lack of support from the husband and lack of emotional and social support contribute. The nursing care in the postpartum period, has the goal to offer strategies to assist in coping and adaptation of the mothers and provide better overcome the difficulties of post-partum depression, as their biggest allies are the indifference and neglect of women's suffering, either by health staff, whether by family, and by the society. In this concern we seek to better understand the role of nurses as well as better familiarize themselves with the problem at hand, so that knowledge can contribute to measured early detection of disease, as well as the actions of interventions by nurses.

Keywords: Postpartum depression. Maternal. Contribution of nurses.

LISTA DE SIGLA

AAP - Associação Norte-Americana de Psiquiatria	09
DP - Depressão	15
DPP - Depressão Pós Parto	15
DSM – IV - Manual Estatístico de Doenças Mentais - Classificação de Doenças Mentais	15
ESF – Estratégia Saúde da Família	20
PPP - (Pré-parto, Parto e Puerpério)	26
	31
	33
	34
	35

Sumário

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS	15
2.1 GERAL	15
2.2 ESPECÍFICOS	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 PUÉRPÉRIO: CONCEITO	16
3.2 SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS PÓS-PARTO: SINAL DE DEPRESSÃO ...	18
3.3 DEPRESSÃO PUERPERAL (DPP): CONCEITOS - QUADRO CLÍNICO E TRATAMENTO	20
3.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO E MANUTENÇÃO DA SAÚDE MATERNA	26
4 METODOLOGIA	31
5 RESULTADOS	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o acompanhamento do trabalho de parto e parto ocorria no ambiente domiciliar, no qual a mulher era assistida por outra mulher, geralmente uma parteira ou uma "aparadeira" de sua confiança, e apoiada pelos seus familiares.

No século XX, mais expressivamente depois da Segunda Guerra Mundial, em nome da redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil ocorre a institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital, e conseqüentemente a sua medicalização (TANAKA, 1995).

Desde a antiguidade as mulheres dotavam-se de todo o conhecimento e autoridade sobre o parto. Havia tradições e práticas orientadas pela observação e associadas ao culto de divindades, que direcionavam as condutas das parteiras.

A partir da Idade Média houve, por parte dos homens, interesse no conhecimento dessa prática. Assim sendo, a cirurgia foi incorporada à medicina e o parto passou a ser estudado como mecanismo físico. Em adição, a Igreja Católica passou a incentivar a que as intervenções fossem realizadas pelos médicos, contribuindo para a transferência do poder das parteiras para os mesmos, pois acreditava ser o corpo do pecado, principalmente o feminino, e as práticas médicas eram consideradas salvadoras (PRADO, 2001).

A institucionalização do parto foi um fator determinante para afastar a família e a rede social do processo do nascimento, uma vez que a estrutura física e as rotinas hospitalares foram planejadas para atender as necessidades dos profissionais de saúde, e não das parturientes (DINIZ, 2001).

Assim, a maioria das mulheres passou a permanecer internada em sala de pré-parto coletivo, com pouca ou nenhuma privacidade, assistidas com práticas baseadas em normas e rotinas que as tornaram passivas e impediram ou impossibilitaram a presença de uma pessoa de seu convívio social para apoiá-las.

Os procedimentos de internação em maternidade acontecem como um verdadeiro cerimonial, um rito de passagem, repleto de rotinas e normas de comportamento que são ditadas pela instituição (TANAKA, 1995).

Percebe-se até então de maneira geral, que existe uma contradição entre o que prescreve a ciência e a maneira como as práticas se organizam. Esta irracionalidade tem intrigado muitos estudiosos que lidam com a medicina perinatal,

os movimentos sociais, além dos antropólogos, segundo Diniz (2001) compondo o que se chama hoje de "antropologia do parto".

Nas últimas décadas, em hospitais do mundo, o suporte à mulher durante o trabalho de parto tornou-se mais uma exceção do que uma rotina. O interesse sobre o retorno desse apoio vem acontecendo como uma das estratégias de humanização do nascimento.

A presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto difere de acordo com o contexto social, a política de saúde do país e sua legislação, mas principalmente de acordo com a filosofia da maternidade. Assim, em alguns locais, essa presença é estimulada e permitida, em outros não é permitida ou há restrições (DINIZ, 2001). Alguns fatores de simples conduta, implantando políticas de humanização já preconizadas pelo governo federal no Brasil são condicionantes que tender a diminuir a predisposição a Depressão Pós Parto.

No Brasil, algumas maternidades estão adequando a sua área física para possibilitar a permanência de um acompanhante, escolhido pela parturiente, sem comprometer a privacidade das demais parturientes, e até mesmo implantando o modelo conhecido como PPP (Pré-parto, Parto e Puerpério), que possibilita que a assistência nos períodos clínicos do parto seja realizada no mesmo local, o que proporciona conforto e individualidade (BRASIL, 2005).

A gravidez geralmente é uma época alegre na vida da mulher. Porém, quando uma mulher anuncia sua gravidez, tanto a família como a sociedade, exige que a futura "mamãe" assuma a postura de mãe ideal, ou seja, que demonstre felicidade plena, tranquilidade, autoconfiança, disposição para amamentar e cuidar de seu bebê.

No entanto, os sentimentos de medo, insegurança, ansiedade e outras alterações emocionais, não são levados a sério.

Considerando que os primeiros dias após o parto são carregados de emoções intensas e variados, e que, fatores associados às condições existenciais e vivenciais nas quais se dá a gravidez podem influenciar a ocorrência da depressão pós-parto, faz-se necessário fornecer informações a respeito deste estado emocional que atinge grande parte das mulheres.

Esta pesquisa fundamenta-se na necessidade de destacar a importância da atuação do enfermeiro na promoção e manutenção da saúde materna, pois, mesmo que as alterações emocionais sejam esperadas e reconhecidas como típicas do

período, as mães necessitam de acompanhamento e atenção, quer seja na prestação de cuidados ou na realização de atividades educativas.

É possível que existam fatores biológicos associados à depressão que acomete mães ao longo do primeiro ano do bebê, mas a literatura ainda é bastante inconsistente quanto às variáveis envolvidas na etiologia deste transtorno, e tende a destacar mais a contribuição dos fatores psicológicos.

De acordo com Dias (2009), é plausível pensar que as inconsistências na literatura podem estar relacionadas ao fato de que depressão materna ao longo do primeiro ano de vida do bebê é multideterminada.

Neste sentido, um único fator não deve causar este transtorno, mas a combinação de diversos fatores adversos aumenta a vulnerabilidade da nova mãe de desenvolver a depressão.

Segundo Cabral (2007) o puerpério é um período crítico e de transição na vida das mulheres, que se inicia logo após o parto e possui duração variável. A complexidade do puerpério é conferida pelo entrelaçamento de aspectos biológicos, psicológicos, emocionais, comportamentais, relacionais, sócio-culturais, econômicos e por questões de gênero.

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.

Partindo do pressuposto de que o nascimento de um filho e as novas demandas da maternidade alteram significativamente a dinâmica de vida das mulheres e de suas famílias, o que requer a organização, adaptação e o auto-gerenciamento de sua rotina pessoal e familiar e, considerando as precárias condições sócio-econômicas de vida e o elevado número de filhos das mulheres atendidas, seja no campo da ESF, sejam nos hospitais, tendem de maneira substancial influenciar no humor das mulheres, aqui fruto da pesquisa, já que tais condicionantes são visíveis em quadro de depressão de naturezas diversas, em ambos os gêneros e idades.

Essas situações se complexifica, na medida em que as mudanças experimentadas pelas puérperas no campo biológico, social, econômico, cultural e

questões de gênero agregam-se a outras dimensões do puerpério relativas a aspectos emocionais.

As repercussões emocionais do puerpério na vulnerabilidade das mulheres vão depender do seu contexto de vida, das suas condições sócio-econômicas, das relações interpessoais e do suporte ou não, de uma rede de apoio neste período, de modo a possibilitar uma vivência do puerpério menos desgastante, pesada e estressante.

Os Enfermeiros de modo geral reconhecem que, no cenário onde atuam, sejam ESF ou Hospitais as vulnerabilidades das mulheres no puerpério também tem uma dimensão mais subjetiva, relacionada com os sentimentos e percepções produzidas no dia-a-dia da vida como puérpera (CABRAL, 2007).

A palavra depressão no seu uso habitual pode significar tanto um estado afetivo normal, quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s). Frequentemente, é associada a reações normais diante de determinados sofrimentos e sentimentos de perda.

Como síndrome ou doença, a depressão inclui alterações de humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Em face de sua alta prevalência e custos sociais, nos dias atuais, é importante problema para a saúde pública.

Os distúrbios psiquiátricos podem acometer os indivíduos em diversas fases da vida, uma vez que a vulnerabilidade é agravada por eventos naturais somados a predisposição psicosocial e psicológica.

Como já foi dito a fase puerperal corresponde a um momento importante da vida da mulher, lembrando que a mesma passa por mudanças biológicas como também transformações de ordem subjetivas. Sendo assim, os riscos para o aparecimento dos transtornos aumentam em face das preocupações, anseios e planejamentos realizados e sentidos pela puérpera.

Segundo Almeida (1992) estudos epidemiológicos, nos Estados Unidos, estimam a prevalência de depressão, para o tempo de vida, em 17,1% da população geral, sendo que o problema atinge principalmente as mulheres.

Estima-se que o risco de desenvolver depressão, ao longo da vida, seja de 10% para os homens e de 20% para as mulheres. No Brasil este fato também é confirmado por estudo realizado por Almeida (1992) que demonstram que a depressão ocorre mais em mulheres, variando de 3,8 a 14,5%.

Dentre os transtornos depressivos sofridos por mulheres está a depressão puerperal (DP), que pode acometer cerca de 6,8 a 16,5% das mulheres adultas e até 26% das adolescentes. Cabral (2007), em estudo transversal brasileiro, com mulheres no 10º dia de puerpério, encontrou prevalência de 16% de sintomas depressivos.

A ocorrência da doença apresenta características pessoais, como o fato de ser solteira, ser muito jovem, ter mais de uma criança pequena em casa, ou talvez uma gravidez indesejada. No entanto, outros fatores como: brigas com o marido, a família e os amigos; dificuldades financeiras, insatisfação no emprego ou desemprego, separações, mortes de entes queridos, abortos anteriores e desapontamento com o sexo do bebê, contribuem para a instalação do quadro patológico.

De acordo com Silva (2003), as famílias antigamente eram mais numerosas e era comum o filho mais velho cuidar do mais novo, dessa forma, sentia-se mais seguro quando tinha seus próprios filhos.

Atualmente, as famílias iniciam no mercado de trabalho muito cedo e o número de filhos parece ter diminuído, dificultando essa experiência.

Nos primeiros dias após o parto, a mãe pode exteriorizar as emoções nas formas mais intensas e variadas. Em alguns momentos, a euforia pela chegada da criança, tão esperada, pode dar lugar à depressão, e em alguns casos atingindo grande intensidade (MALDONADO, 1982).

A depressão pode afetar o desenvolvimento da criança, predispondo-a a problemas emocionais e de comportamento as famílias onde um dos genitores apresenta depressão tendem a ser menos coesas, menos adaptativas, mostram menos envolvimento e são mais superprotetoras do que famílias onde nenhum dos pais apresenta depressão.

A história de interações com uma mãe deprimida pode ter um efeito contagioso no estabelecimento dos padrões interativos próprios do bebê já que as interações se constituem em interjogos entre parceiros onde um influencia o outro em um processo contínuo de desenvolvimento, a partir de mecanismos de regulação recíproca. Além disso, as consequências da depressão podem se estender para além da própria infância, tendo-se em vista que as relações com os primeiros cuidadores servem como modelo para futuras relações.

Um dos motivos de apreensão que muitas mães apresentam, é a responsabilidade de prestar os cuidados necessários a um recém-nascido, principalmente nas primíparas, que por algum motivo, não tiveram experiências anteriores em relação ao banho do bebê, cuidados com o coto umbilical e o próprio comportamento habitual do bebê nos primeiros dias de vida (ARAÚJO, 2003).

Essas preocupações associadas ao despreparo, ou a condição prematura de ser mãe aqui levantada são as maiores preocupações desta pesquisa, de maneira a apresentar tais problemas como eles realmente se apresentam, para que diante dessas informações possa visualizar e conhecer melhor a situação da depressão pós-parto. Assim nos munindo de um maior número de informações que diretamente interfira em nossa prática diária na promoção a saúde no seu conceito mais amplo.

2.2 Especificações

- Caracterizar a Depressão Pós-Parto/Puerpéral nos aspectos conceitual, clínico, terapêutico e prognóstico;
- Descrever as principais patologias puerperais;
- Estabelecer um diagnóstico diferencial das síndromes puerperais puerperais;
- Caracterizar as ações de Enfermagem mediante um diagnóstico de DDP;
- Analisar a partir de relatos de literatura e de artigos acerca da Depressão Pós-Parto/Puerpéral visando a novos estudos e respeito ao impacto da Depressão Pós-Parto/Puerpéral para a interação mãe-bebê.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a atuação do enfermeiro na depressão pós-parto, seus fatores de risco associados à sua ocorrência, observando o impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê e as repercussões do estado depressivo da mãe no seu conceito social.

2.2 Específicos

- Caracterizar a Depressão Pós-Parto/Puerperal nos aspectos conceitual, clínico, terapêutico, e prognóstico;
- Descrever as síndromes psiquiátricas puerperais;
- Estabelecer um diagnóstico diferencial das síndromes psiquiátricas puerperais;
- Contextualizar as ações da Enfermagem mediante um diagnóstico de DPP.
- Examinar a partir de relatos da literatura e de artigos acerca da Depressão Pós Parto questões teóricas e estudos empíricos a respeito do impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PUÉRPÉRIO: CONCEITO

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que dela participam.

O nascimento é historicamente um evento natural. Como é indiscutivelmente um fenômeno mobilizador, mesmo as primeiras civilizações agregaram, a este acontecimento, inúmeros significados culturais que através de gerações sofreram transformações, e ainda comemoram o nascimento como um dos fatos marcantes da vida (BRASIL, 2001).

Conceitua-se puerpério o período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico. O puerpério inicia-se uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisível, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. Pode-se didaticamente dividir o puerpério em: **imediato** (1° ao 10° dia), **tardio** (11° ao 42° dia), e **remoto** (a partir do 43° dia) (BRASIL, 2001, p. 176).

A primeira e a segunda horas após o delivramento devem ser passadas no Centro Obstétrico ou sala de PPP, pois neste período podem ocorrer hemorragias. Corresponde ao chamado Quarto Período do parto Classicamente denomina-se 4° período do parto (ou de Greenberg) ao período de pós-parto imediato, após a dequitação. Não há na literatura consenso sobre sua duração exata, entretanto, inicia-se após a dequitação da placenta e estende-se pelas primeiras horas pós-parto. Para alguns, a primeira hora, para outros, até segunda hora após o parto. Passado este período inicial, estando a puérpera equilibrada hemodinamicamente e formado o globo de segurança de Pinard (útero ao nível da cicatriz umbilical e

firmemente contraído), poderá ser encaminhada ao alojamento conjunto, após serem seus sinais vitais avaliados e anotados (BRASIL, 2001).

As transformações que se iniciam no puerpério, com a finalidade de restabelecer o organismo da mulher à situação não gravídica, ocorrem não somente nos aspectos endócrino e genital, mas no seu todo. A mulher neste momento, como em todos os outros, deve ser vista como um ser integral, não excluindo seu componente psíquico.

Segundo Martins (2003) o puerpério, assim como outras fases do ciclo vital, é um período propenso a crises, por causa das mudanças físicas e psicológicas que o acompanham. A nova mãe precisa mudar o centro de sua identidade de filha para mãe, e até por vezes de profissional para mãe de família. Tal reorganização seria importante para ela poder alterar seus investimentos emocionais, sua distribuição de tempo, energia e suas atividades.

Martins (2003) denomina de "constelação da maternidade" a nova e única organização psíquica que surge com o nascimento do bebê. Já para Maldonado (1997), neste período a mulher entra num estado especial, denominado de "preocupação materna primária", em que ocorre um estado de sensibilidade aumentada, cujo objetivo é capacitar a mulher a se preocupar com seu bebê.

Zanotti et al (2003) afirma que na fase puerperal a mulher encontra-se exposta a maiores riscos de aparecimento de transtornos mentais em relação a outras fases da vida, uma vez que as suas defesas tanto físicas quanto psicossociais são direcionadas à proteção e vulnerabilidade do bebê.

Assim, percebe-se que o parto é um momento desencadeador de uma série de mudanças intra e interpessoal. Com o nascimento, estas alterações se processam num ritmo acelerado e em todos os âmbitos na família e propriamente na mulher.

Segundo Maldonado (1997), os primeiros dias após o parto são retratados por uma série de emoções e expectativas diversas vivenciadas pela mulher, e por sua vez, a turbulência destes sentimentos promovem uma instabilidade no quadro emocional que se alterna entre a euforia e a depressão. Assim, o perfil psicológico da mulher no puerpério caracteriza-se por uma série de sentimentos que serão traduzidos em reações diversificadas.

Deve-se ressaltar que o sentimento de incapacidade é muito freqüente nas puérperas, uma vez que em geral se doam completamente aos cuidados com o

bebê e aguardam ansiosas o reconhecimento de todos que a cercam e especialmente da criança, que pode ser demonstrados na figura infantil calma, tranqüila e satisfeita.

A puérpera pode vivenciar com o parto, segundo Maldonado (1997), a sensação de mutilação do seu corpo devido ao processo gravídico que confere a mulher o sentimento de que o feto é parte integrante de si, e psicologicamente o nascimento gera uma deficiência permanente.

A turbulência deste fato pode ser acentuada no caso de bebês que nascem com alguma deficiência física. O resultado pode ser traduzido em relações maternas extremamente protetoras.

Inúmeros fatores podem ser considerados como determinantes para um desfecho saudável do puerpério. Dentre eles pode-se destacar uma relação familiar harmoniosa e cooperativa, bem como o desejo e o planejamento da gravidez feita pelo casal. O papel do homem nesta fase merece destaque, uma vez que vivencia sensações psicológicas semelhantes à mulher, e por sua vez, o direcionamento dos fatos repercutirá de maneira favorável ou não no relacionamento do casal (MALDONADO, 1997).

3.2 SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS PÓS-PARTO: SINAL DE DEPRESSÃO

O fenômeno do nascimento representa uma experiência que é marcada por sentimentos de *ansiedade, expectativa, realizações, projeções entre outros*. Deste modo, com a chegada de um filho, inicia-se uma nova fase na vida da mulher denominada puerpério.

É uma fase marcada pela instabilidade emocional e vulnerabilidade feminina em relação às síndromes psiquiátricas no pós-parto. Apesar do ritmo acelerado de mudanças na fase puerperal, surgem exigências culturais, sociais, familiares e pessoais em relação à puérpera, no que corresponde ao desempenho das funções maternas adequadamente, ou seja, mesmo vivenciado um período de fragilidade, cabe a mulher a satisfação e o reconhecimento holístico das necessidades e demandas do bebê (ROCHA, 1999).

As síndromes psiquiátricas pós-parto constituem uma área pouco conhecida e conseqüentemente pouco pesquisada, cuja razão encontra-se ligada ao não reconhecimento do transtorno, visto a dificuldade de distinção dos sintomas.

Antigamente, associava-se os transtornos puerperais como distúrbios específicos desta fase, mas hoje sabe-se que o parto e todos os eventos que o sucedem funcionam como fatores desencadeantes dos processo mórbido (KAPLAN et al, 1999).

Vale ressaltar que a sociedade contemporânea constitui um evento estressante para a saúde da mulher, lembrando que o ritmo acelerado possibilita produzir na mesma sentimentos de ansiedade, expectativa, frustração, preocupações, tanto no âmbito pessoal, familiar e trabalhista, refletindo assim em comportamentos isoladores e introspectivos.

Atualmente, com a inserção da mulher no mercado de trabalho e o surgimento na maioria das vezes de jornadas extensas e dedicadas ao desenvolvimento profissional, ambos constituem fatores limitantes a realização de ações integralistas dos cuidados puerperais, principalmente em se tratando de condições sócio-econômicas desfavoráveis ou até mesmo risco a integridade social da família, que se alicerçava na contribuição financeira da puérpera.

Os transtornos psíquicos puerperais são definidos por Kaplan et al (1999) como doenças mentais com início no primeiro ano após o parto e que se manifestam por desequilíbrios de humor psicóticos e não psicóticos.

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. Se a puérpera estiver neste quadro de profunda depressão, sem poder oferecer a seu filho o acolhimento necessário, este também entrará em depressão. Neste caso, as características notadas na criança são: falta de brilho no olhar, dificuldade de sorrir, diminuição do apetite, vômito, diarreia e dificuldade em manifestar interesse pelo que quer que esteja ao seu redor. Conseqüentemente, haverá uma tendência maior em adoecer ou apresentar problemas na pele, mesmo que esteja sendo cuidado (SILVA, et al., 2003, p. 444).

Os transtornos psiquiátricos foram classificados de maneiras diversas na literatura. Na Décima Revisão Internacional das Doenças (CID-10), eles não são considerados distúrbios mentais específicos do puerpério, mas sim associados a ele,

ou seja, o parto atua como um fator desencadeante devido à fragilidade psicológica qual a mulher se expõe. Deste modo, os transtornos se classificam da seguinte maneira: Síndrome da Tristeza Pós-Parto; Depressão Puerperal ou Pós-Parto e Psicose Puerperal (CHENIAUX apud ZANOTTI et al, 2003).

Segundo Kaplan et al (1999) a etiologia das síndromes psíquicas pós-parto envolvem fatores orgânicos ou hormonais, psicossociais e a predisposição feminina. As alterações hormonais que se processam após o nascimento, são marcadas pela queda acentuada dos hormônios progesterona e estradiol, além da redução de cortisol sérico, relacionado a uma diminuição elevada das atividades secretoras da glândula pituitária imediatamente após o parto.

Os fatores psicossociais envolvem o estresse embutido nas transformações puerperais e que contribuem para a exacerbação dos sintomas psíquicos. História de infertilidade é também um fator que merece ser investigado, uma vez que em muitos casos funciona como potencializador de risco.

A predisposição representa uma parcela considerável na etiologia dos transtornos psiquiátricos puerperais. Determinadas situações ou experiências, expõem a puérpera ao maior risco de adoecimento, dentre os quais deve-se destacar: primiparidade e história familiar e pessoal de transtorno mental pós-parto.

Deste modo, prevenindo complicações e construindo um prognóstico satisfatório das síndromes mentais pós-parto, cabe destacar a importância da identificação dos sintomas iniciais que norteiam o quadro patológico puerperal, ou seja, quanto antes se detectar os indícios, reflexos positivos poderão ser oferecidos na assistência individual e familiar da puérpera.

3.3 DEPRESSÃO PUERPERAL (DPP): QUADRO CLÍNICO E TRATAMENTO

É um distúrbio do humor de grau moderado a severo, clinicamente identificado ao Episódio Depressivo que está descrita no DSM.IV (Classificação de Doenças Mentais da Associação Norte-americana de Psiquiatria) e no CID.10, este distúrbio tem início dentro de seis semanas depois do parto. A classificação da Depressão Pós-Parto, ainda não está definitivamente estabelecida (BALLONE, 2000).

O autor ainda ressalta, que as alterações psíquicas mais comuns do puerpério são divididas em três tipos:

- Tristeza Materna: caracteriza por irritabilidade, depressão, labilidade do humor, choro fácil e indisposição, desenvolvem-se nos 10 primeiros dias de pós-parto.

- Psicose Puerperal: é um quadro delirante freqüentemente alucinatório, grave e agudo que aparece do segundo dia a 3 meses depois do parto.

- Depressão Pós-parto: é um distúrbio do humor de grau moderado a severo, com início entre 06 e 08 semanas após o parto.

Segundo Zanotti et al (2003) é um transtorno mental de alta prevalência e que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Inicia-se de maneira insidiosa, levando até semanas após o parto.

Rocha (1999) caracteriza esta síndrome puerperal como uma depressão atípica, ou seja, uma variante de um quadro depressivo fisiológico mais comum em puérperas jovens ou de personalidade imatura. Sintomas neuróticos tais como ansiedade, irritabilidade estão presentes na depressão puerperal, mas não são exclusividade desta fase vivenciada pela mulher podendo ocorrer também em outros períodos e também serem características de outros tipos de patologias e de depressão.

As taxas de prevalência das síndromes psiquiátricas puerperais corroboram a importância de se conhecer e diagnosticar precocemente tais transtornos na assistência à Saúde da Mulher. Encontra-se dados de 50 a 80% de prevalência da tristeza pós-parto (ZANOTTI et al, 2003; KAPLAN et al, 1999).

De acordo com Kaplan et al (1999) em se tratando dos transtornos depressivos puerperais, os mesmos variam entre 10 a 15%. Segundo, Furtado (2000) em média, de 13% ressaltando avaliações feitas por Rocha (1999). Em relação aos quadros psicóticos, estes se apresentam com menor freqüência, ocorrendo entre 0,1 a 0,2% das mulheres na fase puerperal (ZANOTTI et al, 2003).

De acordo com Cabral (2007), tanto a gravidez quanto o parto, constituem-se em eventos estressantes para a mulher e familiares, além de atuarem na maioria das vezes como fatores desencadeantes da depressão puerperal, principalmente se vierem acompanhados de acontecimentos adversos.

Cabral, (2007) em estudos avaliou e concluiu que diversas condições de vida desempenham um papel fundamental no desenvolvimento do transtorno depressivo leve, sobretudo os fatos indesejáveis, além de fatores sociais.

Uma série de estudos tem demonstrado que a falta de apoio oferecido pelo parceiro e demais pessoas com quem a puérpera mantém relacionamento, influem consideravelmente na etiologia da DPP ; além de uma gestação não planejada, nascimento prematuro ou a morte do bebê e dificuldades em amamentar (SCHWENGBER, 2003).

Vale ressaltar que antecedentes familiares de depressão, antecedentes pessoais ou até mesmo um episódio de depressão puerperal (exemplo: uma multipara) são fatores de análise para o risco da depressão pós-parto; outros aspectos tais como: personalidade pré-mórbida, qualidade da saúde materna, complicações grávidicas, parto de risco ou complicado e o puerpério com algum comprometimento clínico são episódios que devem ser investigados no controle e prevenção do transtorno depressivo puerperal.

Schwengber, Piccinin (2003) traz em seu artigo referente a DPP uma série de estudos que avaliam diversos aspectos que envolvem a puérpera e que merecem destaque além dos fatores supracitados, pois os mesmos foram percebidos na realidade vivenciada pela mulher. Fatores como o estado civil tem sido associados principalmente em se tratando de mães solteiras sem o apoio social.

Alguns autores defendem que o encontro entre mãe-filho após o nascimento pode induzir a uma patologia específica, ou seja, o primeiro contato remete a mulher as preocupações e anseios em relação a maternidade, aumentando assim os riscos de adoecimento uma vez que vivencia uma série de emoções conjuntas em tempo real. Assim, pode-se dizer que os transtornos depressivos puerperais determinam-se mais pela interação do que propriamente por uma patologia pré-existente da mulher.

Nesse sentido em se tratando de fatores biológicos, existem hipóteses de que as alterações hormonais relacionam-se com o surgimento da depressão puerperal. Rocha (1999) afirmou que 4% das puérperas apresentam alteração de humor leve associada a disfunção da tireóide nos primeiros oito meses do puerpério; e apenas 1% apresentaram transtorno depressivo maior.

Desse modo, pode-se dizer que a etiologia da depressão puerperal não se determina por fatores isolados, mas sim por uma série de aspectos que devem ser abordados no diagnóstico e terapêutica da DPP, portanto, uma combinação de fatores psicológicos, sociais, obstétricos e biológicos.

De acordo com os critérios diagnósticos psiquiátricos (APA, 2000), a principal característica da DPP é uma depressão que ocorre por pelo menos duas semanas durante a qual uma mulher tem humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em atividades que eram antes prazerosas.

Outros sintomas depressivos devem estar presentes diariamente em número não inferior a quatro, como perda/ganho de peso, alteração em apetite, insônia ou hipersônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia sentimento de culpa e diminuição na capacidade de pensar ou concentrar-se, recorrentes pensamentos de morte com sem planejamento suicida. Quando perda de prazer ou de interesse estão presentes, são exigidos apenas três sintomas adicionais para o diagnóstico.

Alguns autores consideram o predomínio da ansiedade, agitação e pensamentos recorrentes como um Transtorno Obsessivo-Compulsivo pós-parto, e não como um subtipo de DPP (SICHEL; DRISCOLL, 2000).

Rocha apud Zanotti et al (2003) coloca em seus estudos que o quadro depressivo surge de forma insidiosa, e na maioria das vezes, nas duas primeiras semanas após o parto.

Os principais sintomas que caracterizam a depressão puerperal são tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, às vezes náuseas, distúrbios do sono, insônia inicial e pesadelo, fadiga principalmente envolvendo os cuidados com a criança, hipocondria, irritabilidade, dificuldade de concentração e memorização, perda do interesse sexual, idéias suicidas e sentimentos negativos em relação ao marido; culpa, preocupações envolvendo o bebê, ansiedade, sentimentos de incapacidade em relação a maternidade e temor do ciúme dos outros filhos em relação a criança, no caso de uma múltipara.

Rocha (1999) aponta que as medidas terapêuticas da depressão puerperal baseia-se na farmacologia, e na psicoterapia, e em casos extremos na eletroconvulsoterapia. Estes métodos são semelhantes aos empregados no tratamento de transtornos depressivos em outros períodos da vida, comprovando assim sua eficácia.

O uso de psicofármacos no puerpério apresenta determinadas contra-indicações devido ao aleitamento materno que pode ser comprometido com a excreção e concentração destes medicamentos no leite. Sabe-se que para a mulher que vivencia um transtorno depressivo puerperal, é fundamental promover de

maneira criteriosa o contato entre mãe-filho, considerando o seu estado de raciocínio e percepção da realidade, destacando assim formas passíveis e apropriadas de se fazer esse contato; a amamentação é um momento essencial para que se estabeleça o vínculo entre mãe-filho além de situar a puérpera no cenário maternal.

Rocha (1999) nesse sentido afirma que os efeitos dos medicamentos no organismo do bebê variam segundo o tipo de droga, farmacocinética e a sensibilidade individual.

Já as abordagens psicoterapêuticas são essenciais no tratamento da depressão puerperal, uma vez que o terapeuta juntamente com a puérpera e familiares, construirão novas estruturas a partir da realidade vivenciada; sendo assim, torna-se possível o entendimento, o planejamento de ações intervencionistas adequadas acerca desta nova realidade (ZANOTTI et al 2003).

A eletroconvulsoterapia é indicada em situações extremas em que a puérpera não responde a terapia medicamentosa anti-depressiva (ROCHA, 1999).

Segundo Kaplan et al (1999) tanto a depressão puerperal quanto a psicose pós-parto, apesar de apresentarem um quadro clínico severo e de início abrupto, podem cursar um bom prognóstico. Para isso, é necessária a identificação precoce dos sintomas iniciais e a partir daí o planejamento de terapêuticas adequadas.

A psicose pós-parto pode mais tarde evoluir para uma depressão durante este período. Se não forem tratadas, ambas as síndromes puerperais podem se tornar crônicas e refratárias ao tratamento, se estendendo até o terceiro ano após o parto e causando prejuízos psicológicos, morbidade e mortalidade.

Para isso o conhecimento dos fatores de risco da Depressão Pós-Parto são extremamente importantes no planejamento e implementações de ações preventivas.

Rocha (1999) aponta como medidas preventivas dos transtornos depressivos puerperais o máximo de apoio emocional e físico durante a gravidez, parto e puerpério (obstetra, enfermagem e pediatra); o máximo de apoio emocional da família, amigos e companheiro; discussão com o companheiro a respeito da importância da esposa se sentir amada e segura; e encaminhamento da mãe com risco elevado para depressão pós-parto para aconselhamento ou psicoterapia.

Para Simão apud Dias (2004) é necessário a criação de programas preventivos na rede pública voltados não só a saúde da gestante, mas da mulher no

geral, identificando assim, como já foi dito, os fatores de risco. Cabe a equipe de saúde um preparo e percepção acerca dos sinais iniciais da doença, intervindo de maneira segura e competente.

Segundo Rocha (1999) ainda não se pode afirmar a eficácia do uso profilático de antidepressivos em mulheres com história prévia de DPP, necessitando, portanto de estudos mais esclarecedores sobre a introdução de tais medicamentos.

Segundo Minzoni et al apud Silva (2001), a saúde mental é um componente fundamental da saúde humana, portanto promovê-la é um dever dos profissionais envolvidos no cuidado humano.

Vale salientar que os distúrbios depressivos puerperais afetam não só a interação do binômio mãe-filho, mas também promovem um desgaste progressivo na relação com os familiares e vida afetiva do casal; além disso, aumentam as possibilidades de auto e heteroagressões. Por sua vez, o desequilíbrio gerado pela DPP repercute negativamente no perfil econômico e social da mulher. Enfim, promovem alterações dramáticas na homeostase psicossocial e familiar da mulher (ROCHA, 1999).

Uma história detalhada e avaliações psicossociais podem auxiliar na identificação da DPP. Conhecer os fatores de risco e os sintomas pode detectar precocemente a DPP nas mulheres, estimulando a procura pelo tratamento. Por outro lado, é necessário avaliar os sintomas em relação à particularidade do período, uma vez que perda de peso e alterações em sono são sintomas comuns em mulheres no período pós-parto, nem sempre refletindo um quadro depressivo.

Fazer a correta distinção entre sintomas associados a uma depressão daqueles sintomas que ocorrem naturalmente no período pós-parto é um desafio. Isto é particularmente verdadeiro em relação aos sintomas somáticos, que são habitualmente encontrados nesta fase. Outros fatores que podem dificultar a identificação do quadro é a presença de fatores clínicos como anemia, disfunção tireoideana e diabetes (ROCHA, 1999).

Os sistemas classificatórios mais utilizados para os transtornos psiquiátricos são o Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (APA) e Manual Estatístico de Doenças Mentais (**DSM-IV, 1994**) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CIX- 10).

Atualmente o diagnóstico de DPP é feito com base em sintomas de Depressão Maior que se iniciam nas primeiras quatro semanas após o parto (APA, 2004). Não existe, portanto, uma classificação distinta deste transtorno, devendo ser diagnosticado como parte de Transtornos Afetivos ou de Humor nos sistemas anteriormente citados (DSM-IV e CID-X). O DSM-IV solicita ainda que seja especificado "com início no pós-parto" para diferenciar quadros depressivos e psicóticos que ocorrem dentro das primeiras quatro semanas após o parto. Na CID-X, similarmente, o episódio deve ser diagnosticado dentro de uma categoria principal, especificando a sua associação com o período puerperal (World Health Organization, 1993).

De acordo com os critérios diagnósticos psiquiátricos (APA, 2000), a principal característica da DPP é uma depressão que ocorre por pelo menos duas semanas durante a qual uma mulher tem humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em atividades que eram antes prazerosas. Outros sintomas depressivos devem estar presentes diariamente em número não inferior a quatro, como perda/ganho de peso, alteração em apetite, insônia ou hipersônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia sentimento de culpa e diminuição na capacidade de pensar ou concentrar-se, recorrentes pensamentos de morte com sem planejamento suicida. Quando perda de prazer ou de interesse estão presentes, são exigidos apenas três sintomas adicionais para o diagnóstico. Alguns autores consideram o predomínio da ansiedade, agitação e pensamentos recorrentes como um Transtorno Obsessivo-Compulsivo pós-parto, e não como um subtipo de DPP (ROCHA, 1999).

3.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO E MANUTENÇÃO DA SAÚDE MATERNA.

O objetivo principal dos profissionais que atendem partos, e seguramente também das mulheres que recebem seus serviços, é o de se obter ao fim da gestação, um recém-nascido saudável, com plena potencialidade para o desenvolvimento biológico e psico-social futuro; e também uma mulher/mãe com saúde e não traumatizada pelo processo de nascimento que acabou de experimentar.

Este objetivo ideal, contudo, é mais difícil de se atingir do que possa parecer à primeira vista. Envolve necessariamente o preparo e as expectativas da mulher,

seu companheiro e familiares; os determinantes biológicos e sociais relacionados à mulher e a gravidez/parto; a adequação da instituição ou local onde acontecerá o nascimento; a capacitação técnica do profissional envolvido com esta atenção e, fundamentalmente, sua atitude ética e humana (BRASIL, 2001).

Ao se examinar uma mulher no puerpério, deve-se inicialmente, se sua situação clínica permitir, fazer uma breve avaliação do seu estado psíquico, e entender o que representa para ela a chegada de uma nova criança. O estabelecimento de uma adequada empatia entre o examinador e sua cliente proporcionará uma melhor compreensão dos sintomas e sinais apresentados. É comum que neste momento a mulher experimente sentimentos contraditórios e sinta-se insegura. Cabe à equipe de saúde estar disponível para perceber a necessidade de cada mulher de ser ouvida com a devida atenção (BRASIL, 2001, 176).

O enfermeiro é o profissional que atua na prestação de cuidados a indivíduos, famílias e grupos da comunidade, aplicando seus conhecimentos na busca de resolução dos problemas que afetam a sociedade, tendo como principal objetivo, a promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças. O enfermeiro deve levar em consideração as mudanças ocorridas durante a gestação e a forma de readaptação após o parto. Durante o pré-natal, faz-se necessário avaliar a auto-estima, a rede de suporte social e a satisfação das futuras mães, para que após o parto, tenha o suporte necessário e disponível para enfrentar as mudanças e necessidades em sua vida.

Para Martins (2003) o tipo e a natureza do suporte recebido nessa fase pós-parto, são fatores que poderão contribuir, negativa ou positivamente para a melhor adaptação e alcance do papel materno. O apoio suportivo é essencial, quando o enfermeiro, ao conhecer a situação vivenciada, auxilia a puérpera a superar mais facilmente suas dificuldades.

O enfermeiro deverá estabelecer um relacionamento seguro, tranqüilo e de empatia com a família e com a criança, de forma a amenizar o impacto causado pela doença, a fim de evitar que uma reação normal se transforme e atinja níveis patológicos. Conseguir o maior número de informações adequadas sobre a patologia, com o intuito de amenizar o efeito da depressão pós-parto, bem como destacar a importância do papel do enfermeiro no atendimento a gestantes e puérperas de forma mais humana e condizente com as necessidades.

Martins (2003) acrescenta que no período gestacional, as atividades de promoção à saúde começam no pré-natal. Ao desempenhar o cuidado através da aproximação, da perspicácia e habilidade na observação, o enfermeiro deve ser capaz de identificar os indicativos da instabilidade emocional, e direcionar suas ações na superação das dificuldades.

A gravidez é um momento particular e privilegiado de intervenção, uma vez que a mulher está sujeita a um regime organizado de cuidados de saúde, na maior parte das vezes, a mulher encontra-se motivada e desperta.

Segundo Nascimento (2003), a maioria das depressões que ocorrem durante o período do pós-parto, tem repercussões em todo o sistema sócio-familiar que envolve a mulher e especialmente na interação com o seu bebê.

O apoio e preparação durante a gravidez, assim como o aumento de informação, contribui para o aumento do bem estar da mulher no final da gravidez, evidenciando-se menor ocorrência de problemas psicológicos e de depressão no período pós-parto.

Martins (2003), enfatiza que os profissionais de saúde dos cuidados primários e secundários deverão estar conscientes das mudanças sociais e do seu impacto nas perturbações perinatais, deverão também estar equipados para fornecer o saber no que diz respeito à prevenção e tratamento e deverão ter um papel de suporte, particularmente para os pais isolados socialmente.

O cuidado de enfermagem no período pós-parto, tem por meta oferecer estratégias de enfrentamento e adaptação à transição à maternidade, através da rede de suporte profissional, em que muitas informações são importantes e necessitam serem repassadas em um curto espaço de tempo, durante a internação ou quando de seu retorno para a consulta de enfermagem puerperal (ZAGONEL, 2003, p. 28).

Namora (1989) afirma que cabe aos profissionais de saúde, a responsabilidade de detectar e orientar situações de sofrimento quer físico quer psicológico. A enfermeira, ao apoiar-se em comportamentos e atitudes que se baseiam na proximidade (física, psicológica e sociológica) com a puerpera, tem

acesso privilegiado e por vezes facilitado para a detecção precoce de situações de risco em saúde mental infantil.

Não é papel do enfermeiro incutir modelos de atuação para as futuras mães e pais, mas sim compreendê-los como parte integrante de uma história e cultura num contínuo trans-gestacional e encorajá-los a descobrir, realçar e aceitar a particularidade de cada ser, de cada relação sempre numa perspectiva positiva de saúde. A promoção da saúde mental da mulher grávida traz benefícios diretos para a saúde mental do futuro bebê. A depressão pós-parto deve ser um dos alvos da preocupação dos profissionais de Enfermagem.

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. Trata-se de um trabalho preventivo, se tiver início junto com o acompanhamento no pré-natal e/ou de suporte ante a crise, no caso da depressão pós-parto já instalada.

Os benefícios dessa atuação precoce e preventiva não se restringem ao bem-estar exclusivo das mães. São atitudes que representam também um grande benefício às crianças pois, de acordo com as observações da literatura, existem boas evidências de correlação entre as desordens depressivas das mães e os distúrbios emocionais de seus filhos.

Sabe-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente, preconiza as unidades básicas como referencial ao primeiro atendimento de baixa complexidade e na maioria das vezes, observa-se que apesar dos recursos limitados de atenção básica, são os mesmos que acabam por encaminhar a níveis secundários e de competência adequada a demanda; portanto, os postos de atendimento básico caracterizam a inserção do usuário no sistema.

O enfermeiro é o profissional, conforme revela o cotidiano dos serviços de saúde, que mantém o primeiro contato com o cliente. Por isso, seja na rede básica, hospitalar ou ambulatorial, o enfermeiro deve estar preparado para lidar e direcionar uma demanda diversificada, principalmente quando se tratar de questões de ordem psicológica capazes de se camuflarem em intercorrências clínicas e dificultando assim o diagnóstico e tratamento adequado.

Desta forma, cabe ao enfermeiro o conhecimento a cerca da DPP, uma vez que constitui no serviço de saúde no qual encontra-se inserido uma porta de entrada

para o acolhimento e direcionamento adequado da puérpera no que corresponde a terapêutica e prevenção deste transtorno mental.

4.1 TIPOS DE ESTUDO

Neste estudo realizou-se uma pesquisa de natureza bibliográfica acerca da problemática da Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes com DPP. Para tanto, foi feita a pesquisa do tipo bibliográfica a fim de se verificar o conhecimento produzido acerca da temática até o momento.

Iniciando foram coletados os dados inerentes a proposta desta pesquisa, incluindo todo material bibliográfico disponível, consultando as Bancas de Dados Internacionais, as Bibliotecas virtuais, periódicas, livros, entre outros, todo material que aborde toda temática desta pesquisa.

Dentre os bancos de dados e as revistas utilizadas, podemos citar o SCIELO, no Banco de Dados de Enfermagem (BANDENF), no LILACS e nas seguintes revistas eletrônicas: Revista Mineira de Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Revista Latino Americana de Enfermagem, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Revista Online Brasileira de Enfermagem e Revista Científica de Enfermagem. Dentre os principais livros utilizados, tem-se Bures, além de utilizar-se textos, dissertações e monografias em que abordassem a temática proposta.

Para a busca deste material foram utilizadas as seguintes palavras-chave, a saber: sistematização de assistência de enfermagem, DPP, ações de enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, entre outras que surgiram no processo de desenvolvimento da pesquisa.

O critério de seleção dos trabalhos, artigos, livros que fizeram parte desta pesquisa foram aqueles que abordaram a temática em estudo, ou seja, que delivery em correspondência com o conteúdo do trabalho a que se propôs. Para selecionar o material a ser analisado foi feita a leitura do título ou resumo a fim de nos aproximarmos com maior familiaridade da temática em investigação e, posteriormente, do texto na íntegra. Aquelas que atenderem ao critério de seleção serão incluídas para a análise.

Para Gil (2006), esse tipo de leitura corresponde a leitura exploratória, em que durante essa etapa nem tudo é necessariamente lido, pois nem tudo é importante para alcançar o propósito da pesquisa, e o que não for pertinente é posto

4 METODOLOGIA

4.1 TIPOS DE ESTUDO

Neste estudo realizou-se uma pesquisa de natureza bibliográfica acerca da problemática da Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes com DPP. Para tanto, foi eleita a pesquisa do tipo bibliográfica a fim de se verificar o conhecimento produzido acerca da temática até o momento.

Inicialmente foram coletados os dados inerentes a proposta dessa pesquisa, reunindo todo material bibliográfico disponível, consultando os Bancos de Dados informatizados, as Bibliotecas virtuais, periódicos, livros, enfim, todo material que aborde toda temática desta pesquisa.

Dentre os bancos de dados e as revistas utilizadas, podemos citar: o SCIELLO, no Banco de Dados de Enfermagem (BANDENF), no LILACS e nas seguintes revistas eletrônicas: Revista Mineira de Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Revista Latino Americana de Enfermagem, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Revista Goiânia Eletrônica de enfermagem e Revista Cogitare de Enfermagem; dentre os principais livros utilizados, tem-se: Bruner, além de utilizarmos teses, dissertações e monografias em que abordassem a temática proposta.

Para a busca desse material foram utilizadas as seguintes palavras-chave, a saber: sistematização da assistência de enfermagem; DPP; ações de enfermagem a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca; entre outras que surgirem no processo de desenvolvimento da pesquisa.

O critério de seleção dos trabalhos, artigos, textos que fizeram parte desta pesquisa foram aqueles que abordaram a temática em estudo, ou seja, que estivera, em consonância com o conteúdo do trabalho a que se propõe. Para selecionar o material a ser analisado foi feito à leitura do título e/ou resumo a fim de nos aproximarmos com maior familiaridade da temática em investigação e, posteriormente, do texto na íntegra. Aqueles que atenderam ao critério de seleção serão incluídos para a análise.

Para Gil (2006), esse tipo de leitura corresponde a leitura exploratório, em que durante essa etapa nem tudo é necessariamente lido, pois nem tudo é importante para alcançar o propósito da pesquisa, e o que não for pertinente é posto

de lado. Nesse momento convém entrar em contato com a obra em sua totalidade, lendo o sumário, o prefácio, a introdução, as "orelhas", algumas passagens esparsas do seu texto.

Após esse processo, foi feita a leitura seletiva, que consiste numa leitura mais aprofundada das partes que interessam à pesquisa a fim de selecionar o material a ser analisado. Assim, foi apreendido todo o conteúdo a ser utilizado, fazendo logo em seguida o fichamento do material selecionado, retirando as citações, que vieram a compor o embasamento teórico.

Para Gil (2006), essas etapas correspondem à leitura do tipo analítica ao qual identificamos os temas-chave de acordo com as abordagens apresentadas nos textos que fazem parte do material empírico da pesquisa; a leitura interpretativa, na qual é feita uma relação entre conteúdos das fontes pesquisadas com outros. Para o as leituras analítica e interpretativa nem sempre ocorrem separadamente.

O critério de encerramento da coleta dos dados empíricos se dará no momento em que identificamos a saturação dos dados e apreendemos o objeto dessa pesquisa. Para análise dos dados empíricos será seguido os passos indicados por Gil (2006), a saber, ordenação dos dados; classificação dos dados e análise final.

Para finalizar pretendeu-se construir um embasamento teórico que concretize esse trabalho, a partir do material encontrado, além de fazer cumprir o objetivo e o cronograma proposto.

5 RESULTADOS FINAIS

É possível que existam fatores biológicos associados à depressão que acomete mães ao longo do primeiro ano do bebê, mas a literatura ainda é bastante inconsistente quanto às variáveis envolvidas na etiologia deste transtorno, e tende a destacar mais a contribuição dos fatores psicológicos

O conflito conjugal pode predispor a mãe à depressão, pois a relação conjugal tende a ser o relacionamento mais importante para a mãe no puerpério.

Os fatores de risco são sintomas depressivos durante a gravidez, histórico de depressão (mesmo que leve) e do chamado transtorno disfórico pré-menstrual, uma forma mais grave da conhecida TPM (tensão pré-menstrual).

A falta de suporte social é outro fator que tem sido relatado na literatura como fator de risco para a depressão materna ao longo do desenvolvimento do primeiro ano do bebê.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

De acordo com a literatura estudada e os resultados da pesquisa conclui-se que: É importante que os profissionais de saúde promovam a humanização, o preparo e as expectativas da mulher, seu companheiro e familiares; os determinantes biológicos e sociais relacionados à mulher e a gravidez/parto; a adequação da instituição ou local onde acontecerá o nascimento; a capacitação técnica do profissional envolvido com esta atenção e, fundamentalmente, sua atitude ética e humana.

Desta forma, cabe também ao enfermeiro o conhecimento acerca da DPP, uma vez que constitui no serviço de saúde no qual encontra-se inserido uma porta de entrada para o acolhimento e direcionamento adequado da puérpera no que corresponde a terapêutica e prevenção deste transtorno mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Porto, parto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.

CARVAL, FB. Vulnerabilidade da puérpera: o olhar das equipes do Programa Saúde da Família em Santa Maria/RS. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

OLIVEIRA, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; CURY, A. F. Tratamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. Rev. Bras. Saúde. Dist. v. 27, n.4, 2005.

OLIVEIRA, E. B. S. Identificação de fatores de risco pode evitar depressão pós-parto. 134. Notícias. Boletim n. 1526, 2004. Disponível em: <http://www.furp.usp.br/agen/bol/2004/nade1526.htm>

OLIVEIRA, E. B. S. A técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese de Doutorado. Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

KAPLAN, H. L.; SADOCK, B. J. Tratado de Psiquiatria. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A.M.S. **Alterações emocionais (A) típicas no pós-parto: O relato das mães**. 2003. Disponível em < <http://www.rio.rj.gov.br/saude> > Acessado em 26 fev. 2006.

ALMEIDA, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Rev ABP-APAL**. 1992.

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

BALLONE, G.J. **Depressão pós-parto**. 2000. Disponível em < <http://www.medsite.osite.com.br> >

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

CABRAL, FB. **Vulnerabilidade de puérperas: olhares de equipes do Programa Saúde da Família em Santa Maria/RS**. dissertação (Mestrado em enfermagem): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; CURY, A. F. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev.Bras.Ginecol. Obstet**, v.27, n.4, 2005.

DIAS, V. **Identificação de fatores de risco pode evitar depressão pós-parto**. USP Notícias. Boletim n. 1526, 2004. Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/bls/2004/rede1526.htm>>

DINIZ. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese de Doutorado. Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Tratado de Psiquiatria**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 14º. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MARTINS, M. C. F. N. **Humanização da assistência e formação do profissional de saúde**. 2003. Disponível em< <http://www.polbr.med.br>> Acessado em 30 de Abril de 2009.

NASCIMENTO, M.J. Preparar o nascimento. **Rev. Análise Psicológica**, v. 3 nº 21, p. 47-51, 2003.

ROCHA, F. L. Depressão puerperal: revisão e atualização. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Belo Horizonte, v. 48, n. 3, 1999.

SANTOS, et al.; **Depressão pós-parto: definição, sintomas e métodos profiláticos**. Trabalho de Graduação apresentado à Disciplina Científica do Curso de Psicologia da Universidade Braz Cubas. Mogi das Cruzes, SP, 1997

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estud. Psicol.** Natal, v.8 , 2003.

SILVA, M. C. Depressão: pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde. Dissertação (Mestrado) apresentada à Escola de Enfermagem/USP, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Ribeirão Preto, 2001.

SILVA, D.G.,et al. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. **Rev. Mal – Estar e Subjetividade**, 3 nº 2, 2003.

TANAKA, A.C.A. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995.

ZANOTTI, et al. Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: A colaboração do enfermeiro psiquiatra. **Revista Nursing**. v. 61, n. 6, 2003