

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

LÍLIAN CRISTIANE SOUZA DE OLIVEIRA

DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
Uma proposta de estudo bibliográfico da enfermagem.

NATAL/RN
2009

LÍLIAN CRISTIANE SOUZA DE OLIVEIRA

DEPRESSÃO PÓS-PARTO:

Uma proposta de estudo bibliográfico da enfermagem

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado e apresentado pela aluna Lílian Cristiane Souza de Oliveira do 6º período do Curso de Enfermagem da FARN foi considerado aprovado pela Banca abaixo designada:

Natal, Novembro de 2009.

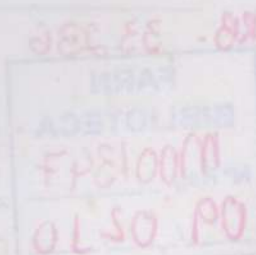
DEPRESSÃO PÓS-PARTO:

Uma proposta de estudo bibliográfico da enfermagem .

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 como requisito para obtenção de créditos para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Maria das Graças de Paiva Nicolete

NATAL/RN
2009



LÍLIAN CRISTIANE SOUZA DE OLIVEIRA

DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
Uma proposta de estudo bibliográfico da enfermagem

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado e apresentado pela aluna Lílian Cristiane Souza de Oliveira do 8º período do Curso de Enfermagem da FARN foi considerado aprovado pela Banca abaixo designada:

Natal, Novembro de 2009.

Aprovada em: __, __, __.

Prof. Dra Maria das Graças de Paiva Nicolete
Orientadora (Faculdade Natalense Para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte)

Banca Examinadora (Avaliador 1.º)

Banca Examinadora (Avaliador 2.º)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, quem me criou, me protege e me guia.

Aos meus pais, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, mostrando-me sempre o caminho da verdade para que eu pudesse sempre ser melhor.

Aos meus irmãos, que estiveram sempre ao meu lado, nos bons e maus momentos.

A toda minha família, que sempre acreditou e torceu por mim.

A Felipe, meu porto seguro, quem nunca deixou que eu desistisse dos meus sonhos, quem me incentivou a realizar coisas nas quais eu não acreditava, quem está sempre comigo e quem me conhece mais do que a mim mesma.

As minhas amigas Juliana e Valéria, que dividiram comigo momentos inesquecíveis e que estarão para sempre em meu coração.

A amarela - Milena - minha segunda mão, que sempre me consolou, acolheu, aconselhou, protegeu e torceu para o meu sucesso.

A minha segunda família, que está comigo em todos os momentos que eu preciso.

Aos meus amigos, que souberam como me ajudar nesse ano.

A professora Graça Nicoletti, um anjo, que caiu na minha vida de para-quedas e me fez acreditar que ainda sou capaz de fazer coisas boas, sempre fazendo o bem.

Enfim, a todos que me ajudaram a realizar esse trabalho, o meu muito obrigado!

Dedico este trabalho a todos aqueles que eu amo e aqueles que me ajudaram, direta ou indiretamente, a realizar este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, quem me guarda, me protege e me guia..

Aos meus pais, que me deram à vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, mostrando-me sempre o caminho da verdade para que eu pudesse sempre ser melhor.

Aos meus irmãos, que estiveram sempre ao meu lado, nos bons e maus momentos.

A toda minha família, que sempre acreditou e torceu por mim.

A Felipe, meu porto seguro, quem nunca deixou que eu desistisse dos meus sonhos, quem me incentivou a realizar coisas nas quais eu não acreditava, quem esta sempre comigo e quem me conhece mais do que a mim mesma.

As minhas amigas Juliana e Valêssa, que dividiram comigo momentos inesquecíveis e que estarão para sempre em meu coração.

A amarela – Milinha - minha segunda mãe, que sempre me consolou, acolheu, aconselhou, protegeu e torceu para o meu sucesso.

A minha segunda família, que esta comigo em todos os momentos que eu preciso.

Aos meus amigos, que souberam compreender a minha ausência durante todo esse ano.

A professora Graça Nicolete, um anjo, que caiu na minha vida de pára-quedas e me fez acreditar que ainda existem pessoas que se doam a outras, sempre fazendo o bem.

Enfim, a todos que me ajudaram a realizar esse trabalho, o meu muito obrigada!

RESUMO

Esta pesquisa tem importância fundamental como problema de saúde pública, trata da depressão pós-parto, um transtorno que acomete algumas mulheres após o parto afetando a saúde da mãe e do seu filho e conseqüentemente toda a família. Para certas mulheres, as semanas após o parto representam um período de vulnerabilidade a transtornos psiquiátricos. O objetivo desta pesquisa é a análise do transtorno da Depressão Pós-Parto e suas complicações. Segue uma metodologia bibliográfica com trajetória qualitativa. Os resultados dos estudos apontam, entretanto, que o mal é decorrente de complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. "Há ainda fatores de risco que incluem baixo suporte social e familiar, complicações durante o parto, a condição de solteira, conflitos conjugais, além de antecedentes pessoais e familiares de depressão pós-parto". A assistência de enfermagem prestada as puérperas minimiza estes fatores e proporciona benefício a essas mães promovendo tranqüilidade e segurança para elas realizarem o cuidado do bebê, desde como segurar o bebê até a maneira certa de amamentar.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto. Puerpério. Transtorno psiquiátrico da puérpera.

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

This research has fundamental importância as problem of public health because he/she treats of the postpartum depression, because it is a transtorno that attacks some women after the childbirth affecting the mother's health and of his/her son and consequently the whole family. For certain women, the weeks after the childbirth represent a vulnerability period to psychiatric upset. The objective of this research is to Analyze the upset of the Depressão Pós Parto and their complications. It follows a bibliographical methodology with qualitative path. The results of the studies appear, however, that the badly is due to complex interaction among factors biological, psychological and social. There are still "risk factors that include low social and family support, complications during the childbirth, unmarried woman's condition, matrimonial conflicts, besides personal and family antecedents of postpartum depression." The attendance of rendered nursing the healthy puérperas to minimize these factors and to benefit with larger satisfaction those mothers promoting peacefulness and safety for them to accomplish the baby's care, from as it holds the baby to the breast-feeding.

Keywords: Depressão Pós Parto, Puerpério, psychiatric Upset of the puérpera.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DPP: Depressão pós-parto	9
TPM: Tensão pré-menstrual	12
DP: Depressão	12
DPP: Depressão Pós-Parto DSM – IV - Manual Estatístico de Doenças Mentais - Classificação de Doenças Mentais	12
PPP: Pré-parto, Parto e Puerpério	14
FARN: Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.	78

2.1.1 Diferenças entre os quadros clínicos depressivos do período pós-parto	
2.1.2 DPP (Depressão Pós-parto)	18
2.2 PSICOSE PÓS-PARTO (TRANSTORNO SEVERO)	20
2.3 PRINCIPAIS SINTOMAS PARA UM DIAGNÓSTICO CORRETO	20
2.3.1 Diagnóstico diferenciado	26
2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	26
3 METODOLOGIA	29
4 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DPP: Depressão pós-parto	9
TPM: Tensão pré-menstrual	13
DP: Depressão	12
DPP: Depressão Pós-Parto DSM – IV - Manual Estatístico de Doenças Mentais -	13
Classificação de Doenças Mentais	13
PPP: Pré-parto, Parto e Puerpério	16
FARN: Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.	16

2.1.1 Diferenças entre os quadros clínicos depressivos do período pré-parto	17
Baixa (transtorno brando)	19
2.1.2 DPP (Depressão Pós-parto)	19
2.7 PSICOSE PÓS-PARTO (TRANSTORNO SEVERO)	20
2.3 PRINCIPAIS SINTOMAS PARA UM DIAGNÓSTICO CORRETO	20
2.3.1 Diagnóstico diferenciado	26
2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	26
3 METODOLOGIA	29
4 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 OBJETIVOS	12
1.1.1 Objetivo Geral	12
1.1.2 Objetivos Específicos	12
1.2 JUSTIFICATIVA	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 DEPRESSÃO PÓS-PARTO	16
2.1.1 Diferenças entre os quadros clínicos depressivos do período pós-parto:.. <i>Blues</i> (transtorno brando)	19
2.1.2 DPP (Depressão Pós-parto).....	19
2.2 PSICOSE PÓS-PARTO (TRANSTORNO SEVERO)	20
2.3 PRINCIPAIS SINTOMAS PARA UM DIAGNÓSTICO CORRETO.	20
2.3.1 Diagnóstico diferenciado.....	26
2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	26
3 METODOLOGIA	29
4 CONCLUSÕES	32
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo, apresentado como pesquisa para realização do trabalho de conclusão de curso, trata da Depressão Pós Parto (DPP), momento em que serão abordados conceitos e fatores que caracterizam esse transtorno, bem como a assistência da enfermagem à paciente portadora desse transtorno.

O parto constitui-se num processo de transição que coloca um ponto final no estado da gravidez e dá início ao puerpério ou pós-parto. Esta nova fase abrange um período de cerca de quarenta dias e se apresenta com características altamente relevantes para as pessoas envolvidas e, em especial, para a puérpera.

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. (SILVA, 2003).

A DPP é considerada um relevante problema de saúde pública, uma vez que se trata de um transtorno que acomete algumas mulheres semanas após o parto, afetando tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento de seu filho. Todo ciclo gravídico-puerperal é considerado período de risco para o psiquismo devido à intensidade da experiência vivida pela mulher. Esta experiência pode incidir sobre psiquismos mais ou menos estruturados. Mesmo mulheres com boa organização psíquica podem apresentar situações em que a rede social falha. A DPP acomete entre 10% e 20% das mulheres e a manifestação desse quadro acontece, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses. (MORAES et al, 2005).

"Para certas mulheres, as semanas após o parto representam um período de vulnerabilidade a transtornos psiquiátricos". (KENDEL et al, 1987).

O ônus das doenças pós-parto é significativo, pois elas não apenas afetam a mãe, como também podem ter impacto negativo sobre a vida familiar e o desenvolvimento do bebê.

Os transtornos do humor que acometem as mulheres no período pós-parto incluem também a melancolia da maternidade, conhecida ou denominada de baby blues. (O'HARA et al, 1997), ou tristeza pós-parto (APA, 2000), além das psicoses puerperais.

O baby blues é caracterizado por um curto período de emoções voláteis, que comumente ocorre entre o segundo e o quinto dia após o parto, tendo geralmente remissão espontânea (O'HARA; SOUZA e COL., 1997).

As psicoses puerperais manifestam-se através de sintomas intensos, incluindo ruminações graves ou pensamentos delirantes a respeito do bebê, relacionados a um risco significativamente aumentado de danos ao mesmo. Cabe ressaltar que, a DPP deve ser diferenciada de psicose puerperal, onde nesta última, pode a mulher ter alucinações ou delírios.

O infanticídio está associado, com maior frequência, a episódios psicóticos no pós-parto, com alucinações de comando ou delírios de possessão envolvendo o bebê, requerendo estes episódios tratamento intensivo e, por vezes, hospitalização (GALÉ; HARLOW, 2003). Do ponto de vista clássico, as condições emocionais que ocorrem durante o período pós-parto incluem melancolia, depressão e psicose pós-parto.

A psicose pós-parto é uma emergência psiquiátrica. Antidepressivos e Lítio, inclusive em combinação com um antipsicótico, são os tratamentos de escolha.

Nenhum agente farmacológico deve ser prescrito para mulheres que estão amamentando. Pacientes suicidas podem requerer transferência para uma unidade psiquiátrica para evitar as tentativas.

A mãe costuma se beneficiar do contato com o bebê, caso o deseje, mas as visitas devem ser supervisionadas, especialmente se ela está preocupada com a possibilidade de feri-lo.

A psicoterapia é indicada após o período de psicose aguda, e em geral é dirigida às áreas de conflito que se tornaram evidentes durante a avaliação. A

técnica pode ajudar a paciente a aceitar e sentir-se a vontade no papel de mãe. Mudanças em fatores ambientais também são recomendadas.

O maior apoio do marido e de pessoas próximas pode contribuir para a redução do estresse da mulher. A maioria dos estudos relata altas taxas de recuperação.

Diante das questões levantadas, podemos observar que os sintomas mais comuns são desânimos persistentes, sentimentos de culpa, alterações do sono, idéias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de idéias obsessivas ou supervalorizadas. (BALLONE, 2000).

Há fatores de risco que vêm sendo estudados e demonstram uma alta correlação com a DPP. Entre eles temos: mulheres com sintomas depressivos durante, ou antes, da gestação, com histórico de transtornos afetivos, mulheres que sofrem de tensão pré-menstrual (TPM), que passaram por problemas de infertilidade, que sofreram dificuldades na gestação, submetidas à cesariana, primigestas, vítimas de carência social, mães solteiras, mulheres que perderam pessoas importantes, que perderam um filho anterior, cujo bebê apresenta anomalias, que vivem em desarmonia conjugal ou que se casaram em decorrência da gravidez. (MALDONADO, 2000).

Esses fatores de riscos estão associados com uma história familiar ou pessoal de depressão, especialmente de depressão pós-parto, que aumenta significativamente o risco de episódio depressivo no puerpério. Mulheres com episódios prévios da doença possuem risco de 50% de recorrência nas próximas gestações e cerca de 30% das pacientes com depressão prévia desenvolverão o distúrbio. Outros fatores de risco incluem a ansiedade e a depressão durante a gravidez, suporte pós-natal deficiente, eventos estressores, instabilidade conjugal e gravidez não desejada.

Estudos mostram que, embora não tenha sido encontrada uma etiologia específica para explicar o início da doença psiquiátrica durante o período pós-parto, as prováveis causas residam em uma combinação de fatores biológicos/endocrinológicos e psicossociais.

A insatisfação com o casamento, o mau relacionamento com a mãe, manutenção do papel social de forma não espontânea diante do cônjuge e das outras pessoas, aumentam o risco de depressão pós-parto e ainda cabe ressaltar

que a faixa etária mais baixa e baixo nível socioeconômico também são considerados fatores de risco (MALDONADO, 2000).

Para melhor abordar essa temática, categorizou-se o referencial teórico nos seguintes itens: DPP, sinais e sintomas, formas de tratamento da DPP, psicoses associadas a DPP e suas consequências, serão também abordadas a assistência de enfermagem a paciente portadora desse transtorno.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar o transtorno da Depressão Pós-Parto e suas complicações.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar sinais e sintomas da depressão nas mulheres no período pós-parto;
- Descrever as formas de tratamento da depressão pós-parto;
- Descrever a assistência da enfermagem à paciente portadora desse transtorno

1.2 JUSTIFICATIVA

A escolha desse tema – Depressão Pós-Parto (DPP) - surgiu através de uma experiência vivida em um hospital escola no período de estágio da faculdade. O hospital escola é uma maternidade antiga da região e recebe um grande número de mulheres que esperam assistência dos profissionais que ali trabalham.

Quando se fala de maternidade vem logo o pensamento de nascimento, de vida, de felicidade, mas nem sempre isso condiz com a realidade. No caso dessa maternidade, várias gestantes procuram o serviço para interromper a gravidez, muitas vezes elas fazem a interrupção em casa e vão ao hospital para realizar uma curetagem, outras vão para dar a luz, mas sem a intenção de voltar pra casa com o filho recém nascido nos braços, outras desprezam os filhos, sem entender a real razão por tal desprezo, enquanto outras vão com a esperança de uma vida melhor para aquele bebê que acabou de nascer.

É notório que muitas mulheres desconhecem o tema e tampouco sabem lidar com a situação, bem como os familiares. Por isso é de caráter obrigatório que os profissionais da área de saúde tenham um melhor esclarecimento acerca do tema, pois são eles que vão trabalhar diretamente com as pacientes e se faz necessário o conhecimento sobre a patologia para um diagnóstico precoce e evitar traumas para a mãe, o filho e os familiares.

Acredita-se que este trabalho irá contribuir de forma positiva para um melhor esclarecimento sobre a DPP, proporcionando uma maior conscientização para os profissionais da saúde, pacientes e usuários sobre a importância dessa patologia.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Durante os longos meses de gestação, a mulher foi se adaptando às transformações internas e externas que ocorriam lenta e gradualmente. Com o nascimento do bebê, nasce uma família. As mudanças são bruscas e tudo muda em sua vida. Ocorre, então, uma mistura profunda de sentimentos: alívio e euforia por já ter passado pela experiência do parto e por ter sido constatado que o bebê nasceu perfeito e saudável, o que aumenta sua autoconfiança por ter sido capaz de procriar bem.

Quando o bebê nasce, todas as atenções se voltam para ele e os pais sentem o profundo impacto do compromisso assumido para toda a vida, o que os torna fragilizados e assustados. A primeira angústia que surge na puérpera é quanto ao aleitamento, questionando-se se terá leite suficiente ou mesmo se o bebê aceitará a amamentação e a partir daí várias questões surgem, causando mais angústia para os pais. (TANAKA, 1995)

O medo de não corresponder à figura de mãe idealizada une-se ao temor de não saber cuidar do bebê gerando a possibilidade de que adoeça e morra. Os primeiros dez dias do pós-parto são os piores. Com os seios inchados e doloridos e ainda sentindo dores se o parto foi cesárea ou mesmo normal, por causa da episiotomia (corte de cerca de quatro centímetros feito no períneo, antes do bebê nascer, para proteger os tecidos contra roturas e lacerações), o próprio estresse físico e emocional do trabalho do parto, a perda do ninho protetor que era o hospital, o não reconhecimento do próprio corpo, os deveres que a esperam, sem saber se dará conta, sua vida pessoal e profissional, tudo isso contribui para o aparecimento do baby blues ou depressão pós-parto. (MALDONADO, 2000).

Neste momento, torna-se fundamentalmente necessário o apoio familiar e de amigos, que auxiliem e estimulem a puérpera a exercer suas atividades maternas, revezando-as com ela, para que também possa descansar.

O confronto com o corpo atual é um aspecto difícil a ser superado, pois já havia se acostumado com a imagem do corpo grávido. Embora vazio, não o reconhece como sendo o mesmo anterior à gravidez e em nenhum outro momento de sua vida. A abstinência sexual vem fortalecer o sentido de fealdade (feiúria) na

mulher, de perda da sensualidade e do poder de sedução e que a leva, muitas vezes, a suspeitar da fidelidade do companheiro. (BALLONE, 2000).

Pode-se concluir que o pós-parto é um período muito delicado, porém riquíssimo em aprendizagens, aonde pais e filhos estarão exercendo a capacidade de se conhecer e de se reconhecer como família. Para tanto, faz-se necessário o principal aprendizado que é o sentido de doação, ou seja, que os pais deem a seu filho um lugar físico e psicológico, que antes era só deles, para que se sinta pertencente e acolhido emocionalmente pela própria família que o concebeu. (ARRAIS, 2005).

O parto constitui-se num processo de transição que coloca um ponto final no estado da gravidez e dá início ao puerpério ou pós-parto. Esta nova fase abrange um período de cerca de quarenta dias e se apresenta com características altamente relevantes para as pessoas envolvidas e, em especial, para a puérpera. (MORAES, 2005).

O puerpério, ou pós-parto, ou sobreparto, assim como outras fases do ciclo vital, é um período propenso a crises, por causa das mudanças físicas e psicológicas que o acompanham (MALDONADO, 2000).

De acordo com Stern (1997), 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. Stern (1997) denomina de "constelação da maternidade" a nova e única organização psíquica que surge com o nascimento do bebê.

Já para Winnicott (1978), 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. Assim, nesse momento, a mãe precisa desenvolver uma identificação com seu bebê, para que possa imaginar o que ele precisa e daí colocar-se em seu lugar (GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2003).

Conforme Aiello-Vaisberg e Granato (2003), a mãe precisa sobreviver aos ataques de cólera de seu bebê, à sua indiferença, à sua recusa ou extrema voracidade de se alimentar, à falta de sono que ele lhe impõe; em suma, precisa renunciar aos seus próprios interesses para poder cuidar de seu bebê. Mas ela consegue fazer tudo isso por causa desse estado especial em que se encontra.

Soma-se a isso o fato que o nascimento de um filho pode, por exemplo, reativar uma problemática antiga, que não tenha sido suficientemente elaborada pela mãe (DE FELICE, 2000), já que o puerpério é considerado uma fase propensa a crises emocionais (MALDONADO et al, 2000).

A incidência da DPP é de cerca de um por mil nascimentos, mas alguns relatos têm indicado que pode ser de até dois. Cerca de 50 a 60% das mulheres afetadas acabaram de ter seu primeiro filho, e em torno de 50% dos casos envolvem partos associados a complicações perinatais não-psiquiátricas. Cerca de 50% das mulheres afetadas têm história familiar de transtornos de humor. Embora esse tipo de psicose seja fundamentalmente um transtorno feminino, alguns casos raros afetam os pais. O marido pode se sentir substituído pela criança e tentar competir pelo amor e atenção da mãe. Esses homens, no entanto, têm um transtorno mental maior coexistente que foi exacerbado pelo estresse da paternidade.

A seguir serão analisados alguns conceitos que se acredita ser importante para um melhor entendimento da temática, entre eles: Pós-parto ou puerpério ou sobreparto, Depressão Pós-parto, entre outros.

2.1 DEPRESSÃO PÓS-PARTO

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.

Como a Medicina não é uma ciência exata, não se sabe ainda quais as causas da DPP, pelo menos não com precisão. Os estudos apontam, entretanto, que o mal é decorrente de complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. "Há ainda fatores de risco que incluem baixo suporte social e familiar, complicações durante o parto, a condição de solteira, conflitos conjugais, além de antecedentes pessoais e familiares de depressão pós-parto". (RENNÓ, 2005).

Questionado sobre se essa seria uma doença típica do estresse urbano e da competitividade profissional das últimas décadas, Rennó, (2005) admite que o problema pode também passar por esse viés. "Em se tratando de transtornos mentais, quaisquer fatores estressores vigentes – em uma sociedade que é extremamente capitalista e competitiva – podem servir como desencadeadores de vários quadros psiquiátricos, incluindo a depressão pós-parto. Porém, a predisposição biológica é fundamental para a eclosão da doença", raciocina.

No meio de tantas possibilidades, alguns médicos enfatizam mesmo é a questão clínica.

A predisposição maior é das mulheres que têm ou já tiveram uma patologia de base. A maioria das mulheres que têm a depressão pós-parto, já tiveram problemas parecidos antes, embora, claro, essa possa ser a primeira manifestação depressiva da vida de uma mulher. (TANAKA, 1995, p.53)

Dentre os eventuais transtornos emocionais do pós-parto, três tipos poderiam ser destacados: a melancolia da maternidade (baby blues), a psicose puerperal e a depressão. A melancolia da maternidade parece ser um estado mais reativo do que um estado de depressão propriamente dito e pode ser concomitante a mudanças neurofisiológicas normais no puerpério. Este quadro pode atingir de 70 a 90% das puérperas (DUNNEWOLD, 1997; SZEJER & STEWART, 1997). Já a psicose puerperal caracteriza-se por ser uma desordem psiquiátrica rara e grave, que normalmente exige internação (O'HARA, 1997). Quanto à depressão – foco do presente estudo - ela ocorre em cerca de 10% das puérperas e pode levar de seis semanas a três ou quatro meses para se manifestar. -

2.1.1 Sua etiologia parece ser multideterminada, podendo ter influências genéticas, de estressores psicológicos, do contexto cultural e de mudanças fisiológicas no seu desenvolvimento e severidade. (BALLONE, 2009).

Existem algumas dificuldades para detectar a DPP. Enquanto as situações mais graves são facilmente detectadas, episódios menos complicados podem ser ignorados pelos médicos e pelas mulheres, que os consideram consequência natural do período após o parto, o que leva à difícil identificação da depressão puerperal. (ARRAIS, 2005).

Um fator de complicação muito comumente encontrado é a ausência de vínculo estabelecido com um profissional de saúde ou com algum serviço de saúde com recursos para ajudar a mulher que enfrenta algumas dificuldades psicológicas.

Por último, os próprios médicos podem contribuir para o atraso no diagnóstico da depressão pós-parto, ao procurarem minimizar a angústia que aflige a nova mãe em um esforço para sentirem-se úteis em seu papel de médicos e ressegurarem a confiança da paciente neles.

Para detecção de mulheres com depressão no puerpério, com frequência elas são examinadas por seus obstetras ou clínicos gerais em consultas focadas na recuperação física após o parto. Além disso, são vistas por pediatras dos seus filhos de quatro a seis vezes durante o ano seguinte ao nascimento de seu bebê. Quando apresentam depressão, embora busquem ajuda mais comumente com esses médicos do que com profissionais de saúde mental, muitas vezes não são diagnosticadas ou reconhecidas como deprimidas de forma adequada. Trabalhos recentes vêm mostrando a utilidade do uso de escalas de auto-avaliação para triagem de mulheres com depressão pós-parto em serviços de atendimento primário (BUIST et al., 2002). A possibilidade de detecção de depressão pós-parto com essas escalas tem-se mostrado significativamente maior que a detecção espontânea durante avaliações clínicas de rotina por médicos nesses serviços.

As escalas serviriam para alertar clínicos, obstetras e pediatras para aquelas mulheres que possivelmente precisariam de avaliação mais profunda e tratamento.

suporte social e ocorrências estressantes durante a gravidez. (BALLONE, 2009).

2.1.1 Diferenças entre os quadros clínicos depressivos do período pós-parto:

Blues (transtorno brando)

Incide em universo entre 70% e 85% das mulheres. Aparece a partir dos primeiros dias após o parto ou até 14 dias depois do parto. A mulher apresenta instabilidade de humor, irritabilidade, ansiedade e chora facilmente. (BALLONE, 2000).

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). (ARRAIS, 2005).

2.1.2 DPP (Depressão Pós-parto)

Patologia que incide em aproximadamente 10% das mulheres. Surge a partir do primeiro até o quarto mês após o parto, com a mesma duração de um episódio depressivo em outra fase da vida, e assim como esses episódios, é incapacitante (impede a mãe de realizar tarefas corriqueiras, inclusive as que se referem ao bebê). A DPP pode ou não coincidir ou se confundir com o hipotireoidismo pós-parto (deficiência na glândula tireóide que leva a quadro clínico semelhante. (ARRAIS, 2005).

A mulher mostra-se deprimida, além de apresentar alto grau de culpa, ansiedade, medo de causar sofrimento ao bebê e pensamentos obsessivos.

Os fatores de risco para desenvolver uma DPP são históricos de uma depressão já vivida por ocasião da gravidez, histórico significativo de depressão – especialmente depressão pós-parto prévia, aquela em que a mulher já se mostra bastante deprimida pouco antes de ter o bebê –; problemas conjugais, falta de suporte social e ocorrências estressantes durante a gravidez. (BALLONE, 2000).

2.2 PSICOSE PÓS-PARTO (TRANSTORNO SEVERO)

É um transtorno raro que acomete cerca de 0,1% a 0,2% das mulheres. Normalmente surge no primeiro período pós-parto com duração variável de semana a meses.

Nesse período a mulher sofre confusão mental, alucinações e mudanças rápidas de humor, da euforia para a depressão. Pode acabar sendo bastante agressiva com o filho e cogitar a possibilidade de infanticídio, ou seja, de matar ou facilitar a morte do próprio filho recém-nascido. (ARRAIS, 2005).

São fatores de risco as pessoas com histórico pessoal ou familiar de transtorno bipolar do humor (uma doença psíquica) e/ou com episódio prévio de psicose – por exemplo, em uma gestação anterior. Normalmente, a psicose pós-parto atinge as pacientes primíparas (acabam de ter o primeiro filho), (RENNÓ, 2005).

Segundo Rennó (2005), psiquiatra do Hospital das Clínicas, informa que o tratamento dos transtornos pós-parto variam de acordo com a gravidade. “Pode envolver desde psicoterapia individual e em grupo, medicações antidepressivas e estabilizadoras de humor, além de antipsicóticos no caso da psicose puerperal”, informa.

Alguns estudos da associação de psiquiatria, diz que pesquisas comprovam a interferência da serotonina: substância neurotransmissora intimamente relacionada aos transtornos de humor – no processo que desencadeia a DPP na mulher, portanto, também é importante controlá-la. “É preciso usar medicamentos para recaptção da serotonina, que também está ligada a outros problemas, como a TPM (tensão pré-menstrual).” (ARRAIS, 2005).

2.3 PRINCIPAIS SINTOMAS PARA UM DIAGNÓSTICO CORRETO.

Humor deprimido, onde a intensidade e a profundidade da dor se tornam tão insuportáveis, que muitas vezes gera o desejo de morte como solução. Esse

sentimento dura um tempo bastante suficiente para parecer que é um estado permanente; (ARRAIS, 2005).

Sentimento de tristeza que ocorre de forma espontânea sem estar associado a nenhum fato relevante. Este sentimento resiste em ser modificado mesmo diante de uma observação clara, raciocínio lógico ou apelo e encorajamento externo; (MORAES, 2005).

Perda do interesse mesmo por coisas antes especiais e interessantes (anedonia). Muitas vezes pessoas deprimidas negligenciam e abandonam a maioria das coisas que antes valorizavam na vida, tais como família e profissão. Percebem sua própria tristeza e abandono afetivo, mas mesmo assim não conseguem reagir, mantendo a vida dentro de um dia a dia sem expectativas ou energia. (BALLONE, 2000).

Dificuldade de concentração, baixa auto-estima, perda de autoconfiança desesperança, auto depreciação, auto reprovação, sentimento de desvalor e incapacidade mesmo para coisas reconhecidamente capazes; (ARRAIS, 2005).

Perda da expectativa de vida, pensamento suicidas e a efetivação de "pequenos atos e ensaios suicidas" tais como expor-se a situações de risco e desconsiderar perigos; (MORAES, 2005).

Aumento e abuso no uso de substâncias especialmente cocaína, álcool e medicamentos; (MORAES, 2005).

Dor crônica ou outros sintomas corporais persistentes que não encontram justificativa clínica evidente – das queixas clínicas mais recorrentes encontram-se: resfriados constantes, dor nas costas, anorgasmia (ausência de orgasmo) tremores; alteração da pressão arterial, impotência, expressões cutâneas; perda de força muscular, outras; (BALLONE, 2000).

Presença de máscaras faciais (inexpressividade facial);

Pobreza na fala e nas expressões;

Incapacidade de se mover em direção ao necessário e até mesmo ao essencial, como tomar banho, comer, trabalhar etc.;

Agitação motora ou, por outro lado um certo retardo motor e intelectual que também podem oscilar entre si (bipolaridade). A agitação geralmente é acompanhada de ansiedade, irritabilidade e agressividade, em contraste com uma certa lentidão nos movimentos corporais; (ARRAIS, 2005).

Episódios severos de depressão incluem alguns sintomas psicóticos. Os mais comuns são as alucinações (ouvir ou ver) e as ilusões (pensamentos mágicos que sustentam opiniões de forma rígida e inexequível sem, no entanto estar baseada ou explicada por qualquer conceito da lógica); (BALLONE, 2000).

Outros sintomas comuns são a melancolia, as perturbações sutis ou profundas na alimentação e no sono, a diminuição do desejo sexual e desconforto corporal não especificado. (ARRAIS, 2005).

Alguns autores têm sugerido que, por vezes, os sintomas da depressão materna podem surgir em algum outro momento do primeiro ano de vida do bebê, e não necessariamente nas primeiras semanas após o seu nascimento, embora ainda fortemente associados à maternidade. (MORAES, 2005).

Além disso, a literatura recente tem enfatizado que existe pouca distinção entre as depressões que acometem as mães de crianças pequenas ao longo do primeiro e até mesmo do segundo ano de vida das crianças, nem a psicose puerperal nem a melancolia da maternidade são consideradas patologias específicas pelo DSM-IV ou pelo CID10. (ARRAIS, 2005).

Apesar da recente flexibilização no uso do conceito de depressão materna pós-parto até o segundo ano de vida do bebê, visando evitar confusões, optou-se no presente estudo por utilizar o critério do DSM-IV, que define depressão pós-parto como um episódio de depressão maior, que ocorre dentro das quatro primeiras semanas após o parto. Já a depressão que acomete mães após este período, especialmente no primeiro ano do bebê, será denominada depressão materna (APA, 2000).

Quanto à cronicidade, a depressão pode se estender por um período de seis meses a um ano. Em geral, a duração dos episódios de depressão pós-parto é de alguns meses e não difere, em relação ao tempo de duração, de episódios depressivos que não tiveram início no pós-parto. (BALLONE, 2000).

Caracteristicamente a depressão materna ao longo do primeiro ano de vida do bebê compreende alterações no apetite e sono, dificuldade de dormir especialmente após amamentar o bebê, crises de choro, desatenção, problemas de concentração, falta de energia e de interesse em atividades que antes eram consideradas agradáveis. Também podem ocorrer idéias de suicídio e sentimentos excessivos de culpa. (ARRAIS, 2005).

Os sintomas tendem a ter uma duração razoável de tempo e podem prejudicar as atividades normais da mulher. De modo geral, a literatura indica que a depressão ao longo do primeiro ano de vida do bebê tende a ser leve, entretanto, mesmo que sejam leves, estes sintomas podem trazer muito prejuízo para a nova mãe, especialmente porque no pós-parto é esperado que a mulher se sinta feliz com a chegada do bebê. (BALLONE, 2000).

De acordo com Steiner e Tam (1997), o fato de a depressão ao longo do primeiro anos de vida do bebê ser geralmente leve ou moderada faz com que freqüentemente ela não seja diagnosticada, podendo eventualmente tornar-se tão severa que uma internação seja necessária. Para Maldonado (2000), a severidade da depressão parece estar relacionada com uma grande frustração das expectativas relacionadas com a maternidade, com seu papel materno, com o bebê e com o tipo de vida que é estabelecido com a chegada da criança.

O conflito conjugal também pode predispor a mãe à depressão, pois a relação conjugal tende a ser o relacionamento mais importante para a mãe no puerpério. 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. (MORAES, 2005).

Bowlby (1989) sugere que o apoio de uma outra mulher, e mesmo do marido ou companheiro, no período peri e pós-natal, pode dar grande suporte emocional ou fornecer uma base segura para a mãe recente, tão necessária em momentos de estresse. No entanto, o fator que mais parece influenciar o desenvolvimento da depressão materna ao longo do primeiro ano do bebê é a história pessoal e familiar de transtornos do humor. Sentimentos negativos da futura mãe em relação ao casamento e a gravidez no período pré-natal apareceram fortemente correlacionados com depressão materna aos quatro meses de idade do bebê (FIELD et al, 1985). Já Murray et al (1996) relataram que o humor da mãe pode ser influenciado pelo desenvolvimento comportamental do bebê, pois a irritabilidade neonatal e o pobre funcionamento motor do bebê foram significativamente preditivos da depressão materna.

Alguns fatores parecem ser mais importantes para a depressão materna, como o ajustamento psicológico da mulher antes e durante a gravidez. Mulheres que vivenciaram muito estresse na gestação e no parto e mulheres que não podem contar com apoio social, especialmente do cônjuge, têm grandes chances de

desenvolver depressão. Além disso, a relação da mãe com a sua figura materna de identificação também deve ser considerado um importante fator que pode influenciar a qualidade das experiências emocionais durante o puerpério. (DE FELICE, 2000).

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).

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. Alguns fatores de risco podem predispor a mulher à depressão nesse período, como eventos adversos na vida, tais como desemprego materno e paterno, abandono por parte do pai da criança, grandes dificuldades financeiras e nascimento prematuro do bebê.

Estudos realizados apresentam na literatura pesquisada que a variável socioeconômica que apresentou associação com DPP foi renda familiar, resultado semelhante ao encontrado em outras investigações. A DPP é influenciada por dificuldades impostas pela pobreza. Porém, a presente investigação não permitiu inferir quais dessas dificuldades estariam relacionadas à DPP. Outra limitação do presente estudo refere-se à falta de avaliação de outras variáveis importantes como a existência de problemas psiquiátricos anteriores à gestação e a presença de depressão durante a gravidez. (MORAES, 2005).

Nas pesquisas desenvolvidas da bibliografia não foram encontrados associação entre os quadros depressivos no pós-parto e as variáveis demográficas e obstétricas. Por outro lado, a preferência pelo sexo da criança e ter pensado em

interromper a gravidez mostraram associação com DPP. Parece que a rejeição à maternidade entendida por cogitar em não ter o filho é um fator que aumenta a chance para depressão no pós-parto. (BALLONE, 2000).

Pode-se concluir que as precárias condições socioeconômicas da puérpera e a não aceitação da gravidez são os fatores que mais influenciam o aparecimento de depressão no puerpério. (MORAES, 2005).

A alta prevalência de depressão pós-parto encontrada reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento. O acompanhamento cuidadoso de mães, em especial as de baixa renda, por meio de ação integrada que leve em conta as variáveis associadas à depressão, pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que decorrem da DPP. (MORAES, 2005).

Segundo O'Hara (1997) não está claro quanto as variáveis demográficas, como idade da mãe, renda e nível socioeconômico, podem estar relacionadas com a depressão materna, sendo necessários mais estudos para investigar esse problema. 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.

Assim, alguns estudos têm destacado também as contribuições do próprio bebê para o contexto da depressão materna. Por exemplo, Murray e cols, (1996) revelaram que a irritabilidade do bebê e pobre desenvolvimento motor foram preditivos da depressão materna em mães que já eram vulneráveis à depressão. Estas duas características infantis não são contingentes e sensíveis às respostas da mãe, limitando as oportunidades de uma interação mãe-bebê mais satisfatória e engajada psicologicamente.

No entanto, aos dois meses da criança a interação mãe-bebê não foi relacionada com o funcionamento neonatal do bebê, talvez porque entre dez e quinze dias após o nascimento possa ter havido uma diminuição dessas características do bebê; ou ainda porque a responsividade materna ao bebê pareça ser afetada quando, além da depressão, há outros fatores de risco presentes, como a adversidade social (MURRAY e cols, 1996).

2.3.1 Diagnóstico diferenciado

Assim como em qualquer transtorno psiquiátrico, os clínicos devem considerar a possibilidade de um transtorno psicótico devido a uma condição médica geral ou um transtorno psicótico induzido por substâncias. Condições médicas potenciais incluem hipotireoidismo e síndrome de Cushing.

O transtorno psicótico induzido por substâncias pode estar associado ao uso de analgésicos como a pentazocina ou drogas hipertensivas durante a gravidez. Outras causas significativas incluem infecções, toxemia e neoplasias.

Mulheres com história de transtorno do humor devem ser classificadas como tendo uma recorrência do mesmo.

A psicose pós-parto não deve ser confundida com a chamada tristeza pós-parto, uma condição normal que ocorre em até 50% das parturientes.

A tristeza pós-parto tem duração limitada a alguns dias e se caracteriza por lacrimosidade, fadiga, irritabilidade e ansiedade que começam logo após o parto e diminuem em gravidade ao longo de uma semana.

A depressão não psicótica pós-parto não apresenta atividade delirante ou alucinatória, é mais grave do que a tristeza pós-parto transitória, ocorre em 10 a 20% das mulheres e se caracteriza por humor desesperançado, sentimentos de inadequação como mãe e transtorno do sono. Pode haver pensamentos ruminativos ou obsessivos de ferir o bebê, mas sem a convicção delirante. Estas pacientes devem ser observadas com cuidado, pois às vezes é difícil diferenciar delírios de obsessões e prever se vão ou não agir a partir do medo ou desejo de prejudicar o bebê.

2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Dentre os profissionais capacitados para prestar assistência adequada, destaca-se a enfermeira (o), que tem por objetivo de trabalho o cuidar. Considerando-se assistir em enfermagem fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar a auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se

auto cuidar, orientar ou ensinar, supervisionar ou encaminhar a outros profissionais (HORTA, 1979).

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 (ZANOTTI, 2003, p. 28).

A mulher no pós-natal apresenta diversas necessidades e expectativas. Entre elas destacam-se o que fazer com o bebê em casa, como inseri-lo no convívio familiar, como lidar com a experiência da maternidade, a busca de apoio e atenção na alta da maternidade e outras responsabilidades com os afazeres do lar. Tudo isso pode funcionar como fonte geradora de ansiedade, insegurança, inquietação e angústia e desencadear uma provável depressão por não saber como resolver esse problemas. Desta forma, a assistência de enfermagem prestada as puérperas são para minimizar estes fatores e para beneficiar com maior satisfação essas mães promovendo tranquilidade e segurança para elas realizarem o cuidado do bebê, desde a como segurar o bebê até a amamentação, (ZANOTTI, 2003).

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).

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.

Para os profissionais de saúde, objetivos ideais, contudo, são mais difíceis de 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).

Esta pesquisa fundamenta-se na necessidade de destacar a importância da atuação do enfermeiro como profissional da equipe de saúde 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.

A pesquisa bibliográfica consiste no exame desse material, para levantamento e análise do que já se produziu sobre determinado assunto como tema de pesquisa científica. Também pode ser vista como o conjunto das produções científicas para esclarecer as fontes, divulgá-las, analisá-las, para refutá-las ou para estabelecê-las, é toda a literatura originária de determinada fonte ou a respeito de determinado assunto, constituindo-se, portanto, em fonte secundária, e cujo objetivo é colocar o autor da nova pesquisa diante de informações sobre o assunto de seu interesse (LAKATÓS; MARCONI, 2001).

Com base nos autores acima consultados, pode-se afirmar que esta é uma pesquisa bibliográfica, uma vez que consistirá em analisar através de fontes secundárias, as colocações de vários autores sobre a depressão pós-parto, e a partir

3 METODOLOGIA

Este trabalho de conclusão de curso segue uma metodologia bibliográfica destacando como contribuição científica uma fundamentação teórica que embasa; depressão pós-parto. A pesquisa bibliográfica não deve ser confundida com a pesquisa documental, como freqüentemente ocorre. Entretanto, o levantamento bibliográfico é mais amplo que o segundo, e ainda pode ser realizado conjuntamente com ele e com a pesquisa de campo e de laboratório. Em qualquer de suas conotações, a pesquisa bibliográfica tem por finalidade conhecer as contribuições científicas que se efetuaram sobre determinado assunto. Dessa forma, a pesquisa bibliográfica permitirá comprovar que uma determinada hipótese não constitui objeto de estudo por parte de outros investigadores. Por outro lado, a pesquisa bibliográfica assume caráter de rotina, tanto para o pesquisador como para o profissional que necessita atualizar-se constantemente, diante do grande manancial de publicações (FERRARI, 2004).

As produções humanas foram comemoradas e estão guardadas em livros, artigos, revistas e documentos. (RUIZ 2005, p.26) Para ele, bibliografia é o conjunto de assuntos escritos por autores conhecidos e identificados ou anônimos pertencentes a diversas correntes de pensamentos através de livros, revistas, artigos entre outros, ao longo da evolução da Humanidade.

A pesquisa bibliográfica consiste no exame desse manancial, para levantamento e análise do que já se produziu sobre determinado assunto como tema de pesquisa científica. Também pode ser vista como o conjunto das produções escritas para esclarecer as fontes, divulgá-las, analisá-las, para refutá-las ou para estabelecê-las; é toda a literatura originária de determinada fonte ou a respeito de determinado assunto, constituindo-se, portanto, em fonte secundária, e cujo objetivo é colocar o autor da nova pesquisa diante de informações sobre o assunto de seu interesse (LAKATOS; MARCONI, 2001).

Com base nos autores acima consultados, pode-se afirmar que este é uma pesquisa bibliográfica, uma vez que consistirá em analisar através de fontes secundárias, as colocações de vários autores sobre a depressão pós-parto, e a partir

de então, interpretar e chegar-se a algumas conclusões levando-se em consideração a fundamentação teórica do trabalho.

O trabalho de conclusão de curso, trata-se de uma revisão de literatura de natureza quantitativa, onde, o estudo a busca pelas referencias foram dadas a partir da busca manual na biblioteca da Faculdade Natalense para o desenvolvimento para o Rio Grande do Norte (FARN), em artigos científicos, monografias, teses, dissertações.

No corrente trabalho, optou-se por citações e referências que datam de no máximo 10 anos, seguindo orientações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), no entanto sentiu-se a necessidade de utilizar trabalhos de autores com publicações mais antigas, para obter-se uma coerência e amplitude maior do assunto.

Assim sendo, para realização deste estudo foi utilizada pesquisa do tipo análise bibliográfica. Segundo Gil (2002), pesquisa bibliográfica tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. (GIL, 2002). Para este autor a pesquisa bibliográfica pode, portanto, ser entendida como um processo que envolve as seguintes etapas: a) escolha do tema; b) levantamento bibliográfico preliminar; c) formulação do problema; d) elaboração do plano provisório de assunto; e) busca de fontes; f) organização lógica do assunto; e g) redação do texto.

Para execução desta pesquisa, utilizamos as etapas de escolha do tema, que surgiu a partir de uma experiência vivida em uma maternidade escola no período de estágio da faculdade; levantamento bibliográfico preliminar, aonde foram feitas pesquisas em livros bibliográficos, artigos científicos, revistas científicas e textos explorados em sites pela Internet; formulação do problema, a partir da necessidade de informações para os profissionais da área de saúde, para um melhor diagnóstico precoce desses transtornos em pacientes que necessitam de tratamento; e a

organização lógica do assunto juntamente com a redação do texto, aonde serão escritos os conceitos, de uma forma ampla, sobre os principais pontos abordados a cerca do tema Depressão pós-parto.

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.

4 CONCLUSÕES

De acordo com a literatura estudada e os resultados da pesquisa conclui-se que:

Os estudos apontam, entretanto, que o mal é decorrente de complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. "Há ainda fatores de risco que incluem baixo suporte social e familiar, complicações durante o parto, a condição de solteira, conflitos conjugais, além de antecedentes pessoais e familiares de depressão pós-parto".

Menor escolaridade e baixo nível socioeconômico são os fatores mais comumente associados com DPP. Entre os fatores psicossociais que mais apresentam associação aparecem o baixo suporte social, história de doença psiquiátrica, tristeza pós-parto, depressão pré-natal, baixa auto-estima, ansiedade pré-natal, stress na vida, gravidez não planejada, tentativa de interromper a gravidez, transtorno disfórico pré-menstrual e sentimentos negativos em relação à criança.

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.

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.

Estudos realizados apresentam na literatura pesquisada que a variável socioeconômica que apresentou associação com DPP foi renda familiar, resultado semelhante ao encontrado em outras investigações. A DPP é influenciada por dificuldades impostas pela pobreza. Porém, a presente investigação não permitiu inferir quais dessas dificuldades estariam relacionadas à DPP. Outra limitação do presente estudo refere-se à falta de avaliação de outras variáveis importantes como a existência de problemas psiquiátricos anteriores à gestação e a presença de depressão durante a gravidez.

Nas pesquisas desenvolvidas da bibliografia não foram encontrados associação entre os quadros depressivos no pós-parto e as variáveis demográficas e obstétricas. Por outro lado, a preferência pelo sexo da criança e ter pensado em interromper a gravidez mostraram associação com DPP. Parece que a rejeição à maternidade entendida por cogitar em não ter o filho é um fator que aumenta a chance para depressão no pós-parto.

Pode-se concluir que as precárias condições socioeconômicas da puérpera e a não aceitação da gravidez são os fatores que mais influenciam o aparecimento de depressão no puerpério.

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

Resumidamente, os transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério são mais comuns do que se imagina, e muitos casos ainda são subdiagnosticados. Tem-se dado importância crescente ao tema, e pesquisas recentes têm focado também o prejuízo que essas patologias podem ocasionar não só à saúde da mãe, mas também ao desenvolvimento do feto, ao trabalho de parto e à saúde do bebê.

Múltiplos fatores de risco estão envolvidos, mas a etiologia exata ainda não foi estabelecida. Esses transtornos costumam acometer pacientes que já tenham história de patologia psiquiátrica prévia, portanto, uma boa medida de prevenção é o tratamento adequado desses episódios.

As medidas de tratamento ainda são amplamente discutidas, devendo-se levar em consideração a relação risco-benefício, sendo, assim, o bom senso do médico um aliado importante quanto à escolha do tratamento nesses casos.

DE FELICE, E. M. A psicodinâmica do puerpério. São Paulo: Vetor, 2000.

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

REFERÊNCIAS

- Carla, B. & Harlow, B. L. 2003. Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 24(3): 257-266.
- ABOU-SALEH MT, GHUBASH R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand*, v.95, n 5, p. 428-32, 1997
- AIELLO-VAISBERG et al. A preocupação materna especial. *Psicologia Clínica*, v. 14, p. 87-92. 2003
- APA - American Psychiatry Association. 2000. **Diagnostic and statistical of mental manual disorders**. Fourth edition. Text revision. Washington-DC: American Psychiatric Association.
- ARRAIS, A. R. **As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante**. 2005. Tese de doutorado – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, 2005.
- WALDONADO, A. **depressão Pós-Parto e a mulher**. Disponível on line
- BALLONE, G.J. **Depressão pós-parto**. 2000. Disponível em < <http://www.medsite.osite.com.br> > Acesso em 15 maio 2009.
- 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.
- _____. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2005.
- BUIST, A. & JANSON, H. Childhood sexual abuse, parenting an postpartum depression: A 3-year follow-up study. *Child Abuse and Neglect*. p. 909-921. 2001
- CAMACHO, R. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Disponível em: <<http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/92.html>>. Acesso em: 25 abril 2009.
- DE FELICE, E. M. **A psicodinâmica do puerpério**. São Paulo: Vetor. 2000
- DINIZ C.S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese de Doutorado. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo; 2001.

FERRARI, M. **Metodologia Científica**. Campinas: Autores Associados, 2004.

Gale, S. & Harlow, B. L. 2003. Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. **Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology**, 24(4), 257-266

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas 2002. 175 p.

HORTA, Wanda. **O processo de enfermagem**. 2 ed. São Paulo, 1979.

KAPLAN & SADOCK. **Compêndio de Psiquiatria**. In: **Outros transtornos psicóticos**. 9 ed. São Paulo: ABDR 2007.

LAKATOS E.M., MARCONI M.A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MALDONADO. **A depressão Pós-Parto e a mulher**. Disponível on line: (http://www.tutorzone.com.br/index.php?ind=reviews&op=entry_view&iden=2261) Acesso em: 20 out 2009.

MALDONADO, M. T. et al. **Nós estamos grávidos**. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

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

MORAES, I. et al. **Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados**. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40n1/27117.pdf>> Acesso em: 25 outubro 2009.

MURRAY, L. et cols. The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. **Developmental Medicine and Child Neurology**. v. 38, p. 109-119.

O'HARA apud SCHMIDT et al. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. 1997. **Psico USF**. Itatiba, v. 10, n. 1, p. 36 – 37, jun 2005.

RENNÓ JÚNIOR, Joel. **Depressão pós-parto dos homens**. 04 jul. 2005. Disponível em: <<http://saudentalmulher.zip.net/>>. Acesso em: 01 abr. 09

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

RUIZ, M. T. **Metodologia Científica**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

SCHMIDT, E. et al. **Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil**. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psicousf/v10n1/v10n1a08.pdf> Acesso em: 15 maio 2009.

SILVA, E.; BOTTI, N. Depressão Puerperal – Uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/880/1053> Acesso em: 15 maio 2009.

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

SILVA, D.G. et al. Depressão pós-parto: prevenção e conseqüências. **Rev. Mal – Estar e Subjetividade**, vol. 3 n° 2, 2003.

STERN, D. **A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê**. (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. 1997

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

WINNICOTT, D. **O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil**. p. 153-162. In *O brincar e a realidade*. Imago, Rio de Janeiro. 1978.

ZANOTTI, D. V.; SAITO, K. C.; RODRIGUES, M. D.; OTANI, M. A. P. **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