

**FACULDADE INTEGRADA DE PERNAMBUCO – FACIPE
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**GLEICE RODRIGUES GOMES DE MELO
LUCINALVA BEZERRA DA SILVA
SHEILA MARIA XAVIER**

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

**RECIFE-PE
2013**

GLEICE RODRIGUES GOMES DE MELO
LUCINALVA BEZERRA DA SILVA
SHEILA MARIA XAVIER

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Integrada de Pernambuco, como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Msc. Karla Romana Ferreira de Souza Pires

Co-orientadora: Prof^a Ana Paula de Souza Tenório

RECIFE-PE
2013

GLEICE RODRIGUES GOMES DE MELO
LUCINALVA BEZERRA DA SILVA
SHEILA MARIA XAVIER

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Trabalho de Conclusão de Curso submetida à Comissão Examinadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Integrada de Pernambuco como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Banca Examinadora

Nome: Prof. Msc. Karla Romana Ferreira de Souza
Instituição: Docente da Faculdade Integrada de Pernambuco Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba

Nome: Prof. Ana Paula de Souza Tenório
Instituição: Especialista em Enfermagem em Saúde da Mulher pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrado em Saúde-HC/UFPE.

Nome: Liza Manuelle Batista Moreira da Silva
Instituição: Especialista em Enfermagem em Saúde da Mulher pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrado em Saúde-HC/UFPE.

Aprovada em ____ de _____ de 2013.

Dedico este trabalho a todas as pessoas que acreditaram em mim, à minha família que esteve sempre ao meu lado me ajudando, e colaborando direta e indiretamente para o meu sucesso. Obrigada!

Gleice

Dedico essa minha grande vitória e realização à grande mulher da minha vida, minha mãe. Ao meu grande amor, meu pai (in memoriam) e a minha vida, que é meu filho.

Lucinalva

Dedico este trabalho à minha mãe (in memoriam), que nessa hora estaria orgulhosa da minha vitória. Quero agradecer ao meu marido e minhas filhas que contribuíram para o meu sucesso nessa empreitada.

Sheila

AGRADECIMENTOS

Agradecemos em 1º lugar a DEUS que nos ajudou e nos deu forças para enfrentarmos as dificuldades encontradas no decorrer do curso, e aos nossos familiares que estiveram presentes nos mostrando que é possível realizarmos nossos desejos, nos apoiando nas horas mais difíceis e mostrando que podemos chegar onde nós estamos.

RESUMO

A pesquisa objetivou identificar os fatores e risco que podem contribuir para a Depressão pós-parto (DPP), bem como identificar os sintomas que podem caracterizá-la no período puerperal imediato. Trata-se de uma revisão bibliográfica acerca de transtornos psiquiátricos no pós-parto a partir de artigos encontrados no SCIELO, Lilacs, PubMed. Artigos publicados nos últimos cinco anos, nos idiomas inglês, português ou espanhol. Foram selecionados 25 artigos e encontrados 35 fatores de risco para a DPP. Os fatores de risco mais frequentes citados pertenciam ao agrupamento de fatores psicológico/psiquiátricos. A evolução das investigações sobre depressão pós-parto tem privilegiado o estudo dos fatores psicossociais. Mulheres em situações de risco podem ser identificadas nas consultas pré-natais, permitindo ações preventivas para a depressão pós-parto.

Palavras-chave: Depressão pós-parto. Período pós-parto. Saúde da mulher. Fatores de risco. Transtorno mental.

ABSTRACT

The research aimed to identify risk factors that may contribute to postpartum depression (PPD), as well as identifying symptoms that may characterize it in the postpartum period immediate. Trata is a literature review about psychiatric disorders in the post-delivery from articles found in SciELO, Lilacs, PubMed. Artigos published in the last five years, English, Portuguese or espanhol. Foram selected 25 articles and found 35 risk factors for PPD. The risk factors most frequently cited belonged to the group of psychological factors / psiquiátricos. A evolution of research on postpartum depression has focused on the study of factors psicossociais. Mulheres at risk can be identified in the antenatal allowing preventive actions to postpartum depression.

Keywords: Post-partum depression. Postpartum period. Women's health. Risk factors. Mental disorder.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo que pueden contribuir a la depresión posparto (PPD), así como la identificación de los síntomas que pueden caracterizar en el puerperio inmediato. Trata es una revisión de la literatura acerca de los trastornos psiquiátricos en la post-la entrega de los artículos que se encuentran en SciELO, LILACS PubMed. Artigos publicados en los últimos cinco años, Inglés, portugués o español. Foram seleccionado 25 artículos y encontró 35 factores de riesgo de PPD. Los factores de riesgo más frecuentemente citados pertenecen al grupo de los factores psicológicos / psiquiátricos. A evolución de la investigación sobre la depresión posparto se ha centrado en el estudio de los factores psicossociais. Mulheres en riesgo pueden ser identificados en las acciones preventivas que permitan prenatales a la depresión pós-parto

Palabras clave: Depresión de posparto. Período de posparto. Salud de la mujer. Factores de riesgo. Trastorno mental.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	3
3 METODOLOGIA.....	4
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	4
4.1 Sintomatologia da Depressão Pós-Parto.....	5
4.2 Fatores de Risco para o desenvolvimento da Depressão Pós-Parto	7
4.3 Consequências e Repercussões da Depressão Pós-Parto.....	9
4.4 Tratamentos da Depressão Pós-Parto	11
4.5 Atuações dos Profissionais de Saúde	12
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	14
6 REFERÊNCIAS.....	15

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA¹

POST-PARTUM DEPRESSION: LITERATURE REVIEW

LA DEPRESIÓN POSPARTO: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Gleice Rodrigues Gomes de Melo², Lucinalva Bezerra da Silva², Sheila Maria Xavier², Karla Romana Ferreira de Souza³

1 INTRODUÇÃO

A Doença depressiva é um aumento exagerado das sensações diárias que acompanham a tristeza, consistindo numa perturbação do humor, de gravidade e duração variáveis, que é frequentemente recorrente e acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica⁽¹⁾.

É uma doença afetiva ou do humor, não é sinal de fraqueza, de falta de pensamento positivo ou uma condição que possa ser superada apenas pela força de vontade ou com esforço. A medicina define a depressão como mau funcionamento cerebral, distinguindo-a da má vontade psíquica ou cegueira mental para as coisas boas que a vida pode oferecer^(2,3). A depressão é um grave problema de saúde global. Ela cria um enorme fardo econômico na sociedade e nas famílias e tem

¹ Artigo apresentado à FACIPE como requisito parcial de conclusão do curso de Bacharelado em Enfermagem.

² Graduandos do curso de Bacharelado em Enfermagem pela FACIPE. E-mail: raenemelo@hotmail.com, lubezerra_silva@hotmail.com, sheilinha_live@hotmail.com.

³ Professora Orientadora da FACIPE, Enfermeira Mestre em Enfermagem pela UFPB. E-mail: karlaromana@ig.com.br

grave e penetrante impacto na saúde do indivíduo e de sua família⁽⁴⁾.

O período pós-parto, considerando uma das vivências mais complexas da experiência humana, caracteriza-se por uma vulnerabilidade emocional que, associada às mudanças fisiológicas, sociais e culturais, propicia o aparecimento de transtornos mentais maternos.

A depressão pós-parto, por não diferir qualitativamente da depressão que ocorre em outras fases da vida, durante muitos anos não foi considerada entidade clínica psiquiátrica distinta. Somente em 1994 a Associação Psiquiátrica Americana (APA) reconheceu a Depressão Pós-Parto (DPP) como um grupo específico de transtorno do humor, incluindo-a no “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)” e definindo-a como duração de pelo menos duas semanas e que apresenta no mínimo cinco dos seguintes sintomas: humor deprimido, anedonia, mudanças do apetite ou peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimento de culpa ou inutilidade, capacidade diminuída de concentração, raciocínio ou indecisão, e pensamentos recorrentes de morte.

A depressão pós-parto se caracteriza como transtorno mental de alta prevalência que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Inicia-se de maneira insidiosa, levando até semanas após o parto. Podendo considerá-la uma patologia derivada da combinação de fatores biopsicossociais, dificilmente controláveis, que atuam de forma implacável no seu surgimento⁽⁵⁾.

A depressão, um dos transtornos mentais mais frequentes após o parto, é considerada séria e atualmente problema de Saúde Pública, devido à sua alta prevalência e pelo impacto negativo que exerce na estrutura e dinâmica familiar.

A prevalência de depressão pós-parto, referenciada na literatura, varia

entre 6,5% a 27,5%. Essa amplitude de valores se deve fundamentalmente à diversidade nas metodologias de investigação, em termos dos instrumentos adotados para o diagnóstico de depressão pós-parto⁽⁶⁾.

A prevalência média de depressão pós-parto é de 24%, onde se observar um indicador bastante elevado quando em comparação a outros estudos brasileiros, onde a prevalência da depressão pós-parto fica entre 15 a 25%⁽³⁾.

Estudos realizados no Brasil, descrevem a prevalência de DPP, variando de 7,2% a 43%. Essa grande variação, provavelmente, deve-se a fatores culturais e aos instrumentos utilizados para o diagnóstico⁽⁷⁾.

O nascimento de um bebê tem sido associado a situações de estresse em algumas famílias, diante das mudanças na rotina diária, relativas à gravidez, ao parto e ao pós-parto. A ocorrência da depressão materna, após o nascimento de um bebê, de acordo com Sotto-Mayor e Piccinini⁽⁸⁾, pode ser preocupante tanto para a mãe, a criança, comprometendo a saúde materna, o desenvolvimento da criança e as relações familiares.

Assim, diante do exposto e frente às experiências vivenciadas pelas autoras junto a adolescentes grávidas durante o período de estágio curricular, justifica-se a escolha da presente temática.

2 OBJETIVOS

Identificar os fatores de risco que podem contribuir para a Depressão Pós-parto, bem como identificar os sintomas que podem caracterizá-la no período puerperal.

3 METODOLOGIA

Para atingir os objetivos, utilizou-se a revisão integrativa da literatura baseado no referencial de Mendes, Silveira e Galvão⁽⁹⁾, a fim de obter um melhor entendimento sobre a temática, baseado em estudos anteriores. Segundo Mendes, Silveira e Galvão⁽⁹⁾, “Este método tem a finalidade de reunir e sistematizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado” (p.759).

Buscaram-se publicações científicas brasileiras, nas Bibliotecas Virtuais em Saúde (BVS), indexadas na base de dados LILACS e SCIELO, com os seguintes descritores: Enfermagem, depressão pós-parto, depressão, sintomas de DPP, e que tinham dentre os objetivos a análise de um ou mais fatores associados a DPP.

Quanto aos fatores de risco descritos pelos artigos selecionados, foram listados 70 (setenta) fatores, os quais foram agrupados em 8 (oito) categorias, genéticos (1 fator), hormonais (1 fator), obstétrico (2 fatores), psicológicos/psiquiátrico (25 fatores), saúde do bebê (3 fatores), saúde materna (9 fatores), socioeconômicos/cultural (15 fatores) e suporte social/relações interpessoais (14 fatores).

Os artigos selecionados para esta pesquisa foram publicados em língua inglesa e portuguesa, com ano de publicação de 2003 a 2013. Como critério de exclusão, optou-se por não utilizar textos incompletos e artigos que não estivessem disponíveis na íntegra, on-line.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos pesquisadores do assunto utiliza o termo Depressão Pós-Parto (DPP) para designar qualquer episódio depressivo que ocorra nos meses que se seguem ao nascimento do bebê, havendo estudos que consideram dois meses, três meses, seis meses, e até um ano⁽⁷⁾.

O diagnóstico da DPP muitas vezes é negligenciado pela própria puérpera, marido e familiares, atribuindo os sintomas ao “cansaço e desgaste” naturais do puerpério causado pelo acúmulo de tarefas caseiras e cuidados com o bebê⁽¹⁰⁾.

Percebe-se que é de extrema importância detectar fatores de risco e saber reconhecer sintomas de depressão puerperal, diferenciando-os da vulnerabilidade emocional, comum ao puerpério, que estão sujeitas as mulheres em pós-parto, para que haja a prevenção como estratégia adequada.

4. 1 Sintomatologia da Depressão Pós-Parto

Geralmente, o quadro inicia-se entre duas semanas até três meses após o parto, ocorre humor deprimido, perda de prazer e interesse nas atividades, alteração de peso e/ou apetite, alteração de sono, agitação ou retardo psicomotor, sensação de fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldade para concentrar-se ou tomar decisões e até pensamentos de morte ou suicídio⁽⁷⁾.

É importante ressaltar que a preocupação obsessiva da mãe em relação ao bebê, a resposta totalmente ansiosa ao choro do bebê e o medo irreal de machucá-lo, podem ser sintomas da depressão. Relata-se também, que os sintomas são os mesmos da depressão maior: essencialmente o humor deprimido, a alteração do apetite, a alteração do sono, o sentimento de desvalia e a irritabilidade além do

normal. Dentre esses fatores, podemos destacar, conforme Silva e Botti⁽¹¹⁾:

- tristeza. É o sintoma mais frequente. A paciente sente falta de ânimo, sente-se desgraçada, infeliz e chorosa, especialmente em determinados momentos.
- irritabilidade. A mãe se mostra irritável e agitada com seu marido, sua família, inclusive com seus filhos e o recém-nascido. Sente certa desorganização em seus pensamentos, e algo de incapacidade quanto às suas tarefas.
- cansaço. A paciente se sente esgotada, constrangida e cansada para realizar suas primeiras tarefas de mãe. Sente-se incapaz e inútil.
- insônia. A mãe sente dificuldade para dormir.
- perda de apetite. A paciente, normalmente, não tem tempo nem vontade de comer, o que pode levá-la a sentir-se mal humorada e cansada. Outras mães fazem o contrário, comem em excesso para aliviar o mal estar psicológico.
- ansiedade. A mãe sente medo de ficar sozinha com o bebê, de não poder cuidá-lo, de que o bebê fique doente, sente-se culpada por não estar o suficiente “enamorada” do seu bebê como deveria estar. O ama muito, mas não pode com ele, porque não se sente suficientemente animada e forte.

Levando em consideração que a sintomatologia psicopatológica após o parto prediz a depressão materna três meses depois, seria desejável a realização da avaliação do estado psicológico materno antes de ser dada a alta hospitalar após o parto^(11,12).

4.2 Fatores de Risco para o desenvolvimento da Depressão Pós-Parto

A gravidez e a maternidade são processos dinâmicos, de construção e desenvolvimento. A maternidade transcende o desejo de ter um filho ou mesmo o de ser mãe, sendo que o processo gravídico e até mesmo a programação da gravidez têm como papel fundamental, ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afetivamente à criança, iniciar o processo de restauração de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e aprender a aceitá-lo como pessoa única, com vida própria⁽¹³⁾.

Neste contexto, o puerpério se apresenta como uma etapa de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher, caracterizando-se como um período instável, que demanda a necessidade de um profundo conhecimento desta etapa na vida feminina, um fator essencial na determinação do limiar entre a saúde e a doença^(14,15).

Segundo Coutinho e Saraiva⁽¹⁶⁾ há uma hipótese de que as mulheres estão mais propensas à depressão no período pré-menstrual, pós-parto e menopausa. Há ainda evidências de que muitas mulheres que apresentam DPP já estavam deprimidas durante a gestação, no período em que os hormônios são diferentes.

Múltiplos fatores de riscos estão envolvidos com alterações no período de DPP, incluindo ainda, idade inferior a 16 anos, estado civil de solteira ou divorciada, desemprego (puérpera ou seu cônjuge), personalidade desorganizada, a espera de um bebê do sexo oposto ao desejado, relações afetivas insatisfatórias, suporte emocional deficiente e abortamento espontâneos ou de repetição⁽¹⁷⁾.

Podemos inferir que a depressão nas adolescentes se torna um risco

iminente, pois envolve o fato da imaturidade afetiva, do abandono precoce dos estudos, da separação repentina dos amigos e colegas de “curtição”, além da frustração nos relacionamentos amorosos com que elas se envolvem.

A falta de apoio oferecido pelo parceiro e demais pessoas com quem a puérpera mantém relacionamento, constitui fator que influencia consideravelmente na etiologia da DPP⁽¹⁸⁾.

Além disso, Brum e Schermann⁽¹⁹⁾ esclarecem que a menor escolaridade e o baixo nível socioeconômico, são fatores mais comumente associados à DPP. Já Azevedo e Arrais⁽²⁰⁾ acrescentam que o mito de mãe perfeita e a ambivalência do papel de mãe, guardam estreita relação com possíveis causas dessa patologia.

Situação de condições de moradia inadequada contribui para elevada prevalência de transtornos mentais na população brasileira⁽²⁾. Assim podemos imaginar as inúmeras dificuldades que uma grávida, morando na rua, pode enfrentar, pois o cidadão em circunstância de rua não é visto como igual, nem como integrante da mesma espécie, apenas não é visto⁽²¹⁾.

Segundo Cantilino⁽⁷⁾ também são considerados fatores de riscos: psicose pós-parto; transtornos ansiosos; transtornos de ansiedade generalizada (TAG); fobia social; transtorno do pânico; transtorno obsessivo-compulsivo (TOC); no puerpério.

Sendo assim, é importante considerar os fatores psicossociais e sociodemográficos que aumentam a vulnerabilidade para DPP como: história de distúrbio do humor na família, ausência de apoio social, em geral do pai da criança, episódios depressivos passados, baixa autoestima materna, estresse relacionado aos cuidados com o bebê, dificuldades temperamentais do bebê e gravidez não planejada/não desejada, situação socioeconômica e relações conflituosas com o parceiro e a família⁽²²⁾.

4.3 Consequências e Repercussões da Depressão Pós-Parto

No puerpério há necessidade de reorganização social e adaptação a um novo papel, a mulher tem um súbito aumento de responsabilidade por se tornar referência de uma pessoa indefesa, sofre privação de sono e isolamento social. Além disso, é preciso reestruturação da sexualidade, da imagem corporal e da identidade feminina⁽⁷⁾.

As Consequências da depressão pós-parto dividem-se em precoces e tardias. As consequências precoces incluem: suicídio e/ou infanticídio (0,2% dos casos), negligências na alimentação do bebê, bebê irritado, vômitos do bebê, morte súbita do bebê, machucados “acidentais” no bebê, depressão do cônjuge e divórcio. As consequências tardias seriam: criança maltratada, desenvolvimento inferior, retardo na aquisição da linguagem, distúrbio do comportamento e psicopatologias no futuro adulto. Desta forma, as repercussões de uma depressão pós-parto são múltiplas⁽⁷⁾.

A mulher que está sofrendo da síndrome, corre o risco de suicídio, como em qualquer outra situação depressiva; as relações interpessoais são perturbadas; o casal, se for o caso, também sofre, o que pode provocar uma ruptura e, por fim, as interações precoces mãe-bebê são alteradas, comprometendo o prognóstico cognitivo comportamental do bebê⁽⁷⁾.

Mães com DPP, quando comparadas às mães não deprimidas, gastam menos tempo olhando, tocando e falando com seus bebês e apresentam mais expressões negativas que positivas. Lidam com seus bebês de forma indecisa, pouco afetuosa e confusa por lhe faltarem habilidades de resolução de problemas ou persistência necessária para estabelecer interações afetivas com suas crianças.

Elas se expressam menos face a face, e são menos efetivas na interação com bebê. Mães deprimidas podem interromper a amamentação mais precocemente⁽⁷⁾.

A maternidade é um momento de crise na vida do casal, pois exige uma redefinição de papéis, trazendo repercussões na vida da grávida, por exemplo: apetência alimentar, instabilidade no humor, alterações na intensidade e apetência sexual, alterações na sensibilidade e introversão do companheiro e dos filhos (se já existirem). Prova disso é que a vida sexual do casal é bastante influenciada pelo nascimento de um filho⁽¹³⁾.

Vale salientar que distúrbios depressivos puerperais afetam a interação do binômio mãe/filho; promovem desgaste progressivo na relação da puérpera com seus familiares, principalmente na vida afetiva do casal; além disso, aumentam as possibilidades de auto e hétero agressões. Por sua vez, o desequilíbrio gerado pela DPP repercute negativamente no perfil econômico e social da mulher, gerando alteração dramática na homeostase psicossocial e familiar⁽¹⁷⁾.

Bebês de mães deprimidas quando comparados aos de não deprimidas, exibem menos afeto positivo e mais afeto negativo, têm menor nível de atividade e menos vocalizações, costumam distanciar o olhar, apresentam mais aborrecimentos, protestos mais intensos, mais expressões de tristeza e raiva, menos expressões de interesse e uma aparência depressiva com poucos meses de idade⁽¹⁷⁾.

Os bebês se aconchegam pouco, Têm pouca reciprocidade com suas mães e expressões emocionais diminuídas, são irritadas e choram mais, têm mais problemas de alimentação e sono, e menor desenvolvimento motor⁽¹⁷⁾.

Crianças de mãe com DPP têm menos segurança afetiva, apresentam maior incidência de distração, alterações de comportamento, atraso no desenvolvimento cognitivo e transtornos afetivos⁽⁷⁾.

4.4 Tratamentos da Depressão Pós-Parto

Enfatiza-se a necessidade para o tratamento da depressão pós-parto, não apenas objetivando a qualidade de vida da mãe, mas, sobretudo, prevenindo distúrbios no desenvolvimento do bebê e preservando um bom nível de relacionamento conjugal e familiar⁽²³⁾.

Neste contexto, o puerpério se apresenta como uma etapa de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher, caracterizando-se como um período instável, que demanda a necessidade de um profundo conhecimento desta etapa na vida feminina, um fator essencial na determinação do limiar entre a saúde e a doença⁽¹¹⁾.

O tratamento médico da depressão pós-parto deve envolver, no mínimo, três tipos de cuidados: ginecológico, psiquiátrico e psicológico.

Embora alguns clínicos ainda defendam o uso de progesterona no período pós-parto, com finalidade curativa ou preventiva, tal conduta tem sido controversa. O trabalho de Silva e Botti⁽¹¹⁾ apontaram a existência de correlação entre níveis desse hormônio e alterações do humor pós-parto. Seus resultados apontam associação com o cortisol, diminuído precocemente no puerpério em pacientes que desenvolveram depressão pós-parto. Avaliação da função tireoidiana deve ser enfatizada e eventuais necessidades de correção são extremamente relevantes.

Psiquiatricamente, o tratamento com antidepressivos tem indicação para os casos em que a depressão está comprometendo a função e o bem estar da mãe. Silva e Botti⁽¹¹⁾ recomendaram a avaliação da relação custo-benefício do tratamento antidepressivo durante e depois da gravidez, e considera-o geralmente de baixo

risco.

Atualmente, muitos antidepressivos estão sendo estudados em relação à lactação e os Inibidores Seletivos da Re-captção da Serotonina (ISRS), foram os menos presentes no leite materno. Entre estes, a serotonina e paroxetina parecem as melhores alternativas⁽²⁵⁾.

Os estudos confirmaram pesquisas anteriores, mostrando que a grande maioria das crianças que se amamentam de mães que fazem uso terapêutico de sertralina, tiveram níveis sanguíneos baixíssimos, tanto de sertralina (3 ng/ml), quanto de seu metabólito N-dimetilsertralina (6ng/ml ou menos). E em relação ao uso de sertralina, paroxetina e fluvoxamina (todos ISRS) durante a gestação, concluíram não haver nenhum aumento de riscos teratogênicos para o feto nas doses terapêuticas habituais⁽²⁵⁾.

Além da preocupação dos profissionais de saúde com o problema, são muito relevantes os cuidados sociais, comumente envolvidos com o desenvolvimento da depressão no período puerperal⁽²⁵⁾.

Entre os cuidados psicológicos para as pacientes com depressão pós-parto, têm-se destacado com sucesso, a abordagem cognitivo-comportamental, preferencialmente em grupos de terapia⁽²⁵⁾.

4.5 Atuações dos Profissionais de Saúde

A ocorrência de depressão pós-parto, alerta sobre a importância da intervenção dos profissionais da saúde, não só no âmbito da saúde da puérpera, mas, em geral, na saúde da mulher, principalmente, durante a sua gestação. Viabiliza-se a realização de intervenções, sendo um dos objetivos principais o de

apoiá-las neste momento importante de transição⁽¹⁴⁾.

A fim de prevenir complicações e construir um prognóstico satisfatório, cabe destacar a importância da identificação dos sintomas iniciais que desencadeiam o quadro patológico no puerpério. Logo, quanto antes se detectar os fatores de risco, melhor assistência poderá ser oferecida à puérpera. Para isso, no entanto, é necessária a preparação dos profissionais para abordar essas mulheres e identificar precocemente os riscos, de forma que estas possam ser encaminhadas para aconselhamento ou tratamento, evitando, assim, o aparecimento ou aumento desse transtorno mental⁽²⁶⁾.

A ESF encontra-se em uma posição favorável para detectar precocemente e intervir, evitando o agravamento do processo de depressão puerperal, uma vez que a equipe faz-se mais presente na vida da população por ela assistida, além de contar com profissionais de várias categorias⁽²³⁾. Porém, as doenças psíquicas, sobretudo a depressão, são pouco enfatizadas pelas ações de promoção à saúde, e quando isso acontece estas são direcionadas na atenção básica apenas a grupos específicos, ignorando, na maioria das vezes, a gestantes e puérperas⁽²⁶⁾.

Dentro da rede básica de saúde, presenciamos o despreparo por parte dos profissionais de enfermagem em identificar e acompanhar possíveis fatores de risco no desenvolvimento da depressão pós-parto. O conhecimento dos fatores de risco da depressão pós-parto é importante para o planejamento e execução de ações preventivas como favorecer o apoio emocional da família, amigos e companheiro, proporcionando segurança a puérpera. A identificação precoce possibilitará o encaminhamento da mãe com risco elevado para depressão pós-parto para aconselhamento ou psicoterapia, possibilitando, assim, construir um precioso

instrumento de prevenção destes transtornos⁽²⁶⁾.

Destacam-se os estudos de Frizzo e Piccinini⁽²⁷⁾, que descrevem haver uma grande importância em acompanhar e oferecer suporte para paciente, uma vez que a relação mãe-filho pode ser afetada e é no puerpério que se inicia concretamente o vínculo mãe-bebê. Assim, a equipe de saúde tem oportunidade de atuar não apenas no diagnóstico, mas também em uma perspectiva de prevenção e promoção da saúde, revestindo sua conduta de potencial para modificar a elevada prevalência e impacto social desse transtorno⁽²⁸⁾.

Sugere-se o planejamento de estratégias que avaliem o estado emocional e psíquico da puérpera, aumentando os conhecimentos de toda a equipe acerca da depressão puerperal, uma vez que esta doença pode afetar não só a mãe, mas também, o filho e o relacionamento no seio familiar⁽²³⁾.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscando compreender a depressão puerperal, observa-se que dados epidemiológicos, apontados pela literatura, indicam a importância da avaliação precoce da depressão durante a gestação. Da mesma forma, o conhecimento sobre os aspectos multifacetados dos transtornos psicoafetivos da mãe, após o nascimento do bebê, representa a possibilidade da realização de intervenções multidisciplinares, tão logo os sintomas sejam detectados. Esta situação demanda a necessidade de abordá-la no bojo de programas de saúde pública, voltados não só para a função reprodutiva da população feminina, mas também para a saúde integral da mulher.

O desenvolvimento e validação de instrumentos no Brasil que visem a

avaliação de fatores de riscos para depressão pós-parto, também têm muito a contribuir, podendo servir como ferramenta de trabalho para os profissionais que atuem nessa área. Além disso, pesquisas delineadas para avaliar fatores de proteção para depressão pós-parto, teriam muito a acrescentar, uma vez que auxiliaram na elaboração de estratégias de prevenção para este transtorno.

6 REFERÊNCIAS

- 1 Wilkinson G., Moore P. Tratar a depressão. Lisboa: Climepsi; 2003.
- 2 Gomes LA et al. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. Rev. Rene [internet], 2010 [acesso em 2013 mai 25];11(Esp.):117-123 disponível em: www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a13v11esp_n4.pdf.
- 3 Aliane PP, Mamede MV, Furtado EF. Revisão sistemática sobre fatores de risco associados à depressão pós-parto. Psicol. pesq. [internet]. 2011 [acesso em 2013 mai 27];5(2):146-155. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1982-12472011000200007&script=sci_arttext.
- 4 Hegadoren K et al. As muitas faces da depressão na atenção primária. Texto contexto - enferm. [internet]. Florianópolis, Mar. 2009. [acesso em 2013 mai 27];18(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100019.
- 5 Zanotti DV, Saito KC, Rodrigues MD, Otani MAP. Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: A colaboração do enfermeiro psiquiatra. Nursing. 2003; 61(6):36-42.
- 6 Costa R, Figueredo B, Pacheco A, Marques A, Pais A. Questionário de antecipação do parto (QAP), *psychologica*. 2005;38:265-295.
- 7 Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Renno Júnior J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. Rev. psiquiatr. clín. [internet]. 2010 [acesso em 2013 mai 27];37(6):288-294. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000600006.
- 8 Sotto-Mayor IMB, Piccinini CA. Relacionamento conjugal e depressão materna. *Psico*, Porto Alegre, 2005;36(2):135-148.
- 9 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto

- Contexto Enferm [internet]. Florianópolis, 2008 Out-Dez. [acesso em 2013 mai 27]:17(4):758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
- 10 Cruz EBS, Simões GL, Cury AF. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(4):181-188.
 - 11 Silva ET, Botti NCL. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* [internet]. 2005. [acesso em 2013 mai 27]:07(02):231-238, Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
 - 12 Costa R, Pacheco A, Figueiredo B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Rev. psiquiatr. clín.* [internet]. 2007. [acesso em 2013 mai 27]:34(4):157-165. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832007000400001&script=sci_arttext
 - 13 Fróis DMRGS. Atitudes das grávidas face à interrupção da gravidez por malformação fetal. [Dissertação de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica] [internet]. Instituto Politécnico de Viseu; Julho 2012. [acesso em 2013 mai 27]. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1684/1/FROIS%20De%20olinda%20Maria%20Rodrigues%20Gon%C3%A7alves%20Silva%20-%20Disserta%C3%A7ao%20mestrado.pdf>
 - 14 Silva ET, Botti NCL. Depressão puerperal: uma revisão da literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [internet] 2005 [acesso em 2013 mai 27];7(2):231-238. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista72/revisão>.
 - 15 Saraiva ERA. A experiência materna mediada pela depressão pós-parto: um estudo das representações sociais. [Dissertação de Mestrado em Psicologia Social]. João Pessoa: Faculdade de Psicologia; Universidade Federal da Paraíba; 2007.
 - 16 Coutinho MPL, Saraiva ERA. Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Estudos e pesquisas em psicologia. UERJ* [internet], RJ; 2008. [acesso em 2013 mai 27];8(3):759-773. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v8n3/artigos/pdf/v8n3a14.pdf>
 - 17 Camacho RS, Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiquiatr Clín.* [Internet]. 2006 [acesso em 2013 jun 02];33(2):92-102. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200009&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000200009>.
 - 18 Schwengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud Psicol.* 2003;8(3):403-411.
 - 19 Brum EHM, Schermann L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. *Psico, Porto Alegre, mai/ago.*, 2006;37(2)151-158.

- 20 Azevedo KR, Arrais AR. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [internet]. Porto Alegre, 2006 [acesso em 2013 jun 02];19(2):269-276. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
- 21 Mattos RM, Ferreira RF. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. *Psicol Soc.* 2004;16(2):47-58.
- 22 Higuti PCP, Capocci PO. Depressão pós-parto. *Rev Enferm UNISA* 2003;4:46-50.
- 23 Almeida GM et al. Depressão pós-parto no âmbito da Estratégia Saúde da Família, EFDdesportes.com, Revista Digital [internet]. 2012 [acesso em 2013 jun 02]. Disponível em: <http://www.efdesportes.com/efd165/depressao-pos-parto-da-estrategia-saude-da-familia.htm>
- 24 Kulin NA et al. Evolução da gravidez após a utilização dos novos inibidores da recaptação seletiva da serotonina pela mãe. *JAMA Brasil*, 1998;2:948-956.
- 25 Guedes-Silva D, Souza M, Moreira V, Genestra M. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. *Rev. Mal-Estar Subj.* [internet]. 2003 [acesso em 2013 jun. 27];3(2):439-450. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482003000200010&script=sci_arttext.
- 26 Souza AR, Estresse e ações de educação em saúde: Contexto da promoção da saúde mental no trabalho. *Rev Rene*; 2007.
- 27 Frizzo GB, Piccinini CA. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*. Maringá; jan./2005; 10(1):47-55.
- 28 Félix GMA et al. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. *Comissão de Ciência e Saúde*. Brasília DF; mar./ 2008; 19(1):51-60.