



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Ilana Rafaelle de Araújo dos Santos

**Fatores determinantes da depressão pós-parto avaliados pelo enfermeiro
durante o acompanhamento do pré natal**

BRASÍLIA

2014

Ilana Rafaelle de Araújo dos Santos

**FATORES DETERMINANTES DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO AVALIADOS PELO
ENFERMEIRO DURANTE O ACOMPANHAMENTO DO PRÉ NATAL**

Trabalho de conclusão de curso,
apresentado no formato de artigo científico
ao UniCEUB como requisito parcial para a
conclusão do Curso de Bacharelado em
Enfermagem.

Orientador: Valéria Aguiar

BRASÍLIA

2014

FATORES DETERMINANTES DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO AVALIADOS PELO ENFERMEIRO DURANTE O ACOMPANHAMENTO DO PRÉ NATAL

Ilana Rafaele de Araújo dos Santos¹ Valéria Aguiar²

RESUMO

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura sobre a depressão pós-parto. Esse é um problema de saúde pública, atingindo de 8 a 25% das gestantes e pode levar a sérios riscos de saúde para a mãe e o bebê, aumentando o risco de complicações durante o parto e causando efeitos de longa duração ou mesmo permanentes no bem-estar e desenvolvimento infantil. Para tanto, foram delineadas os processos de transformação da maternidade que contribuem para a depressão e as questões biopsicossociais, além de salientar o papel do pré-natal e do enfermeiro na prevenção, diagnóstico e tratamento das gestantes. Com educação e apoio da equipe multiprofissional é possível fornecer avaliação, diagnóstico e cuidados para a maioria das mulheres com a depressão pós-parto.

Palavras-chave: depressão – pós-parto – gestantes – maternidade.

DETERMINANTS OF POSTPARTUM DEPRESSION EVALUATED BY NURSES DURING THE MONITORING OF PRENATAL

ABSTRACT

This work is in a review of literature on postpartum depression. This is a public health problem, affecting 8-25% of mothers and can lead to serious health risks for both mother and baby, increasing the risk of complications during childbirth and causing effects of long-term or even permanent in well-being and child development. For this, the processes of transformation of motherhood that contribute to depression and bio psychosocial issues were outlined, and emphasize the role of prenatal care and the nurse in the prevention, diagnosis and treatment of pregnant women. With education and support of the multidisciplinary team can provide assessment, diagnosis and care for most women with postpartum depression.

Keywords: Depression - Postpartum - pregnant women - motherhood.

¹ Aluna do curso de Enfermagem do UniCeub.

² Professora do curso de Enfermagem do UniCeub.

1. INTRODUÇÃO

Ter um bebê pode ser um dos maiores e mais felizes acontecimentos na vida de uma mulher. Enquanto a vida com um novo bebê pode ser emocionante e gratificante, também pode ser difícil e estressante às vezes. Muitas alterações físicas e emocionais podem acontecer quando ela está grávida e depois que ela dá à luz. Estas mudanças podem deixar as novas mães se sentindo tristes, ansiosas, com medo ou confusas. Para muitas gestantes, estes sentimentos desaparecem rapidamente. Mas quando esses sentimentos não desaparecem ou pioram, ela poderá desenvolver depressão pós-parto. Esta é uma condição séria que requer tratamento rápido a partir de um prestador de cuidados de saúde (NIHCM, 2010).

As gestantes comumente apresentam oscilações de temperamento durante a gravidez, causadas por alterações nos níveis hormonais, mudanças no corpo, no trabalho e nas relações sociais, menor tempo livre, privação de sono e preocupações com a habilidade como mãe. Esses fatores contribuem para que a mãe fique tensa, irritada e inquieta, podendo levar à depressão pós-parto (BRASIL, 2006).

A depressão pós-parto é um problema que apreende cada vez mais mulheres em seu processo reprodutivo, com estimativas de que 8% a 25% das mães podem apresentar depressão puerperal (MORAES; CREPALDI, 2011).

A depressão materna pode levar a sérios riscos de saúde para a mãe e o bebê, aumentando o risco de complicações durante o parto e causando efeitos de longa duração ou mesmo permanentes no bem-estar e desenvolvimento infantil. Apesar do fato, dos riscos de saúde e complicações associadas à depressão materna serem bem documentados, as grávidas com depressão muitas vezes não recebem o tratamento de que necessitam devido ao medo de discutir problemas de saúde mental com seus familiares ou a falta de educação sobre a depressão (NIHCM, 2010).

A sintomatologia da depressão pós-parto pode aparecer desde as primeiras horas do pós-parto a vários meses, podendo ser classificada como um problema de saúde pública visto que afeta tanto a vida da mãe quanto impacta o “bebê, outros filhos, companheiros e todas as pessoas com quem a mulher se relaciona” (TAVARES; BOTELHO, 2009, p. 26).

A importância desse artigo reside no fato de que a procura de ajuda de equipe multiprofissional é o ponto de partida para ajudar a depressão puerperal, num contexto em que é imprescindível superar a ideia social que não compreende o fato da maternidade não ser sempre sinônimo de alegria e realização.

Sendo a experiência gestacional um período muito característico na vida de uma mulher, e o nascimento do filho uma experiência única, merecem ser tratados de forma singular e especial por profissionais qualificados, pela equipe multiprofissional, por gestores e pelo governo (VIEIRA *et al.*, 2011).

Dessa forma, o presente artigo se configura enquanto uma revisão de literatura sobre os cuidados do enfermeiro nos casos de depressão pós-parto. O objetivo é explicitar os fatores determinantes para a depressão pós-parto, discutindo as formas de detecção, prevenção e tratamento da depressão pós-parto.

2. METODOLOGIA

A metodologia utilizada está baseada em revisão bibliográfica do tipo narrativa contendo levantamento de informações a partir de dados bibliográficos acerca do tema depressão pós-parto.

Na visão de Martins e Pinto (2001), a pesquisa bibliográfica tem por objetivo conhecer, esclarecer, analisar e debater sobre um tema com base em referências publicadas em livros, revistas, periódicos, internet, dentre outros.

Para encontrar os documentos a serem utilizados nesse levantamento foram descritos as palavras-chave: depressão, pós-parto, gestantes, maternidade. Dentre os encontrados, foram selecionados 24 artigos, sendo que os critérios de inclusão foram os artigos que estavam em português e inglês no período de 2006 a 2014 e os que não atendiam a esses critérios, foram excluídos. Foram também utilizados manuais técnicos do Ministério da Saúde e Revistas Brasileiras de Saúde que abordam o tema.

Esses artigos foram encontrados em base de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), Bireme (Biblioteca Virtual em Saúde) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

A pesquisa bibliográfica é indispensável ao aprofundamento teórico conceitual foi escolhida como estratégia para levantamento de informações capazes de contextualizar o objeto da pesquisa.

Após a revisão bibliográfica, serão compiladas as principais informações e redigido o texto com uma análise descritiva, buscando compreender e expandir o conhecimento sobre o tema e redigido o referencial teórico.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Maternidade - processo de transformação

A gravidez é uma fase crítica na vida feminina, uma vez que promovem diversas transformações de ordem biopsicossocial, contribuindo para o desenvolvimento de transtornos mentais, caso não seja oferecida uma rede de acolhimento e apoio à gestante (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Dessa forma, a gravidez é um período de mudanças e adaptações, podendo assim ser um período em que se observam aumentos de sintomatologias ou mesmo o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (BAPTISTA et al., 2006).

A gestação constitui um período de grandes mudanças na vida da mulher e nas funções que ela desempenha. Ao longo desse momento, ela sai da condição de filha e esposa e passa a vivenciar experiências pregressas e reorganizar sua vida conjugal, socioeconômica e seu emprego. Essas alterações causam impacto na vida emocional, financeira e social da grávida, principalmente nas primíparas (PICCININI *et al.* 2008).

O diagnóstico da gravidez faz com que a mulher encare variados sentimentos e sensações, que podem atingir as suas relações com a família e o próprio companheiro, posto que o nascimento de uma criança traz consigo responsabilidades e as alterações individuais refletem na dinâmica familiar, assim como, a adaptação às novas funções que serão exercidas na família e na sociedade (SOUSA; ROSA; BASTIANI 2011).

A gestação carrega consigo uma significação particular em cada mulher, variando conforme sua personalidade, associada à história de vida e o período emocional em que se encontra. A maternidade pode levar a distúrbios depressivos,

já que a gestação modifica várias questões na vida da mulher, levando-a rearranjar várias questões, tais como sua própria identidade, seu corpo, a relação com o progenitor do bebê e seus planos para a vida (BENUTE *et al.*, 2009).

Variadas e contínuas transformações ocorrem no corpo e na vida da grávida até o momento do nascimento do filho. Ao passar por estas mudanças, inicia-se período significativo de transformações e emoções. E o comportamento das gestantes durante esse período exige compreensão e sensibilidade da equipe de saúde (SOUSA; ROSA; BASTIANI, 2011).

A gravidez pode ser sobrecarregada por muitos transtornos do humor, em especial a depressão. No Brasil, os índices entre a classe média são de 13,7% a 20%, mas nas mulheres de baixa renda esse índice chega a 30% (GRECA; MENDONÇA, 2013).

Parte-se do princípio que nenhuma mulher nasce mãe, mas torna-se mãe. Entretanto, o senso comum acredita e idealiza uma mãe amável, paciente, capaz de fazer sacrifícios pelo filho, o que se torna contraditório para algumas mulheres que experimentam na prática esse sentimento que pode significar uma responsabilidade maior que ela imagina suportar (MORAES; CREPALDI, 2011).

No que diz respeito ao desempenho das funções maternas, as gestantes podem se mostrar inquietadas e hesitantes tanto em relação aos cuidados do bebê em si como ao seu desenvolvimento e criança (PICCININI *et. al.* 2008).

Na visão de Fernandes e Cotrin (2013), o período pós-parto é um momento de adaptação e enfrentamento de novos desafios, tanto fisiológicos quanto psicológicos, onde a mulher necessita adaptar-se a uma nova realidade e rotina, alterando seus hábitos, tendo novas responsabilidades inerentes à maternidade. Essa fase de transformação emocional, permeada por sentimentos ambivalentes torna-se muito propícia ao surgimento de problemas emocionais.

Muitas mulheres sofrem os sintomas de depressão caladas, pois a depressão pós-parto não é facilmente reconhecida e tratada de forma adequada, podendo perdurar mais de um ano (TAVARES; BOTELHO, 2009).

Além do mais, essa é uma temática que tende a ser silenciada ou de expressão proibida, devido aos “sentimentos de vergonha e inadequação das mulheres em manifestar mal-estar diante da criança ou ao mito do amor materno” (MORAES; CREPALDI, 2011, p. 63).

3.2 Pré-natal

O atendimento pré-natal tem como escopo a correta identificação de mulheres com maiores chances de apresentar uma evolução desfavorável, acolhendo-as desde o diagnóstico da gravidez. O principal papel dos profissionais envolvidos neste atendimento é a conversa, acolhimento e observação cuidadosa das pacientes, apoiando-as e passando confiança necessária para que possam guiar com autonomia sua gestação e parto (VALENÇA; GERMANO, 2010).

As mulheres que são acompanhadas durante o pré-natal, recebem informações e orientações para enfrentar as etapas da maternidade mais tranquilas, pois a falta de informações pode gerar conflitos desnecessários e expectativas frustradas (SOUSA; ROSA; BASTIANI, 2011).

Para Faisal-cury e Menezes (2012), depressão pré-natal e pós-natal são altamente prevalentes na rede básica de saúde, então, os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de mulheres grávidas devem ser treinados para oferecer intervenções simples e eficazes o mais cedo possível.

Assim, incumbe à equipe de saúde, no primeiro contato com a gestante, tanto na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família (BRASIL, 2006).

É durante o pré-natal, que um espaço de educação em saúde deve ser criado, a fim de possibilitar o preparo da mulher para viver a gestação e o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz (SOUS; ROSA; BASTIANI, 2011).

Sendo que, o envolvimento do pai no pré-natal contribui para o preparo do casal para receber uma nova criança. “A gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são eventos carregados de sentimentos profundos, momentos de crises construtivas, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais” (BRASIL, 2006, p. 15).

Muitas vezes, o período do pré-natal é a única oportunidade de assistência contínua à saúde, especialmente nas mulheres de baixa condição socioeconômica. Esse momento se torna essencial visto que as mulheres aprendem bastante e são estimuladas a compreender melhor as modificações ocorridas nesse período e após o parto, bem como os sentimentos envolvidos podendo integrar o

companheiro. Essa interação do pré-natal ajuda a um desenvolvimento saudável da gravidez e uma melhor recuperação puerperal (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Calife, Lago e Lavras (2010) defendem que o pré-natal deve ser encarado como a chance do Sistema de Saúde atender as pacientes de forma integral na promoção e recuperação das gestantes.

O acompanhamento pré-natal de gestantes alia esforços e conhecimentos de diferentes profissionais, sendo um ótimo momento para prevenir, detectar e tratar transtornos afetivos das gestantes e, conseqüentemente, de seus filhos (FALCONE, 2005).

A triagem de mecanismos de riscos potenciais para a DPP e transtornos de ansiedade deve começar durante uma assistência pré-natal da gestante. Na verdade, o rastreio não deve ser limitada aos períodos de pós-parto ou pré-natal, mas deve estar disponível para as puérperas em toda a vida, com a incorporação de visitas anuais domiciliares. Já que os profissionais de saúde podem preparar as mulheres e suas famílias com informações sobre fatores de risco, educando-os nos sintomas, fornecendo materiais educativos valiosos e organizando mecanismos de acompanhamento, com visitas domiciliares para acompanhar o seu progresso pós-parto (AWHONN, 2008).

A rede pública de saúde do DF proporciona as gestantes um novo conceito de pré-natal, o Pré-Natal Psicológico, que completa o tradicional, abordando maior humanização da gestação, do parto e a redução dos índices de DPP. O serviço visa integrar a grávida e a família ao processo gravídico-puerperal, por meio de reuniões com ênfase psicoterápica na preparação psicológica para a maternidade e paternidade (GRECA; MENDONÇA, 2013).

3.3 Depressão

A depressão consiste em uma patologia que afeta o físico, o emocional e o pensamento, destoando o modo como a pessoa enxerga o mundo e interage com ele. A incidência na população em geral gira em torno de 3% e 7% (BENUTE *et al.*, 2009).

A depressão em adultos tem um impacto significativo na qualidade de vida, produtividade e funcionamento social e não há nenhuma evidência de que

estes efeitos são diferentes para as mulheres durante o período pós-parto. Além da carga de morbidade substancial, há um risco significativo de mortalidade por suicídio. Além disso, a DPP pode aumentar o risco de mortalidade da criança por negligência, abuso ou homicídio (MYERS, 2013).

A classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças (CID-10, F-32), traz como sintomas de depressão rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos somáticos, por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes do habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

Baptista e Torres (2006) elencam como as principais características da depressão: o humor deprimido, sendo que a pessoa deprimida possui poucas atividades e não se interessa por elas, como por exemplo, manter relações sociais; e aumenta outros comportamentos, tais como os de fuga-esquiva. Essas respostas ocorrem com o objetivo de evitar o contato com o estímulo aversivo e podem apresentar-se como queixa de debilidade emocional, irritabilidade, lentidão para responder aos estímulos diários, pedidos de ajuda e idéias suicidas.

A depressão materna é um termo abrangente para uma gama de condições depressivas que podem afetar mães (até doze meses após o parto) e as grávidas. Estas condições incluem depressão, depressão pré-natal e pós-parto e a psicose pós-parto. A depressão materna é cada vez mais reconhecida como um problema de saúde pública mundial e o impacto negativo na vida do indivíduo é de grande alcance, afetando o trabalho, a família e a saúde e desenvolvimento do bebê (NIHCM, 2010).

3.3.1 Depressão pós-parto

A patologia está relacionada com o período fértil pode ocorrer durante a gravidez (depressão pré-natal), após o nascimento (depressão pós-parto), ou ambos. Com classificações semelhantes, a prevalência tanto de depressão pré-natal quanto pós-natal para a população em geral tem estimativas variando entre 12 e 20%, com uma estimativa comumente relatada de 13% (LEIGH; MILGROM, 2008).

No Brasil, vários estudos têm demonstrado uma alta prevalência de sintomas depressivos, durante a gravidez e no período pós-parto. Tanto no pré-natal e no pós-parto, a prevalência de sintomas depressivos foi associada com piores condições socioeconômicas. (FAISAL-CURY; MENEZES, 2012).

Entretanto, não é somente a depressão pós-parto que causa prejuízos. Faisal-Cury e Menezes (2012) defendem que a depressão durante a gestação aumenta o risco de prematuridade e baixo peso ao nascer. Depressão pré-natal e pós-natal estão associados com vários fatores ambientais, especialmente condições socioeconômicas, o apoio social, problemas conjugais e eventos desagradáveis em sua vida.

A patologia na gravidez pode diminuir a capacidade de autocuidado da mulher, incluindo alimentação inadequada, abuso de drogas ou álcool e mau atendimento às orientações do pré-natal, que pode comprometer a saúde física e mental da mulher e pode reduzir a monitorização fetal ideal ou restringir o crescimento e desenvolvimento do feto (LEIGH; MILGROM, 2008).

A DPP não tratada pode ter efeitos nefastos a longo prazo. Para a mãe, o episódio pode ser o precursor da depressão crônica. Para seus filhos, depressão contínua de uma mãe pode contribuir para problemas emocionais, comportamentais, cognitivos e interpessoais na vida adulta (PICCINI *et al.*, 2011).

Fatores de predisposição para a depressão pré-natal foram descritos e incluem idade jovem, baixa renda, menor nível educacional, história de depressão, de rescisão aborto e gravidez, abuso sexual na infância, de alta ansiedade concomitante na gravidez, a baixa autoestima e baixo apoio social. Parece haver uma escassez de pesquisas examinando os principais eventos de vida e estilo de atribuição cognitiva negativa e seu papel na depressão pré-natal. (LEIGH; MILGROM, 2008).

Outros fatores de risco para a depressão pós-parto incluem queda abrupta dos níveis hormonais sentir-se menos atraente, privação do sono, preocupação sobre a capacidade de cuidar da criança e de filhos mais velhos, problemas para amamentar, dificuldades financeiras e falta de apoio do parceiro (MILANI JÚNIOR, 2013).

As manifestações psicológicas mais comuns por mulheres no puerpério se apresentaram das seguintes formas *baby blues* mais frequente, acometendo de 50 a 70% das puérperas, sendo uma forma de estado depressivo mais brando, transitório, que aparece em geral no terceiro dia do pós-parto e tem duração aproximada de duas semanas (BRASIL, 2006, p. 38).

Tais manifestações são caracterizadas por fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria, sentimentos de incapacidade; depressão que manifestaram-se em 10 a 15% das puérperas com sintomas de perturbação do apetite, do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê, lutos vividos na transição entre a gravidez e a maternidade, perda do corpo gravídico e não retorno imediato do corpo original e separação entre mãe e bebê (BRASIL, 2006, p. 38).

A DPP consiste em um transtorno do humor que compromete a saúde da mãe e o crescimento do bebê e gera um conflito tanto no meio social quanto familiar (TAVARES; BOTELHO, 2009).

Segundo Moraes et al (2006), a prevalência da patologia era entre 10 e 20%. Com sintomatologia ideias suicidas, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas.

É preciso ressaltar que a DPP não é falha de caráter, personalidade ou fraqueza, mas uma complicação do parto. A mulher que apresenta depressão pós-parto, a identificação e o tratamento rápido podem ajudá-la a controlar os sintomas e, sobretudo, desfrutar de seu bebê (MILANI JÚNIOR, 2013).

3.4 Enfermeiro na prevenção e detecção da depressão pós-parto:

Tavares e Botelho (2009, p. 27) confirmam que os cuidados de enfermagem visam a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e

persegue, assim, os enfermeiros devem procurar ao longo de todo o ciclo vital, entre outros aspectos, prevenir a doença e promover os processos de readaptação”.

A equipe de enfermagem deve estar preparada para perceber os sinais iniciais da doença, intervindo rápida e adequadamente. Dessa forma, estratégias preventivas devem ser adotadas, como abordagem psicológica da mulher, o incentivo à participação do parceiro nas consultas, visitas domiciliares e grupos de educação em saúde para gestantes (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Conforme o Decreto nº 94.406/87 que Regulamenta a Lei n 7.498/86 sobre o Exercício Profissional de Enfermagem, o acompanhamento do pré-natal de baixo risco pode ser realizado pelo enfermeiro entre outras ações está os cuidados do pré-natal como realização de ações educativas para as mulheres e suas famílias; consulta de pré-natal de gestação de baixo risco; solicitação exames de rotina e orientação de tratamento conforme protocolo do serviço; encaminhamento de gestantes identificadas como de risco para o médico; realização de atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera; realização de visitas domiciliares, quando for o caso; atualização do cartão da gestante e coleta de exame citopatológico (BRASIL, 2006, p. 148).

Assim, percebe-se que o enfermeiro fica próximo da paciente e é o profissional mais indicado para perceber, ajudar a diagnosticar e tratar das mães que sofrem depressão, tanto pré-natal quanto pós-parto (BRASIL, 2006, p.148).

O progresso do conhecimento científico dos fenômenos físicos em obstetrícia tem proporcionado competências fundamentais a enfermeiros, permitindo-lhes a prática de atendimento que gera, na mulher, um maior estado de confiança. Entretanto, as condutas baseadas somente nos aspectos físicos são insuficientes. Elas necessitam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal, pois as mulheres estão vivenciando uma fase emocionalmente diferente trazida pela gravidez e de importante transição existencial (BRASIL, 2006).

Os enfermeiros desempenham um papel vital em maximizar as experiências de saúde e de cuidados de saúde das gestantes. As mulheres muitas vezes não percebem a importância da enfermagem, mas os enfermeiros desempenham um papel junto ao paciente sendo essenciais no diagnóstico e recuperação, possuem conhecimento suficiente sobre o humor pós-parto e transtornos de ansiedade, observam as mães e conseguem perceber quando algo

pode estar errado com a mesma, fornecem apoio, fazem os encaminhamentos adequados para que a gestante tenha acompanhamento adequado na recuperação, são essenciais na continuidade dos cuidados com a mãe (AWHONN, 2008).

Em se tratando de depressão no ciclo gravídico-puerperal torna-se imperativo identificar as gestantes com fatores de risco, por meio do atendimento no pré-natal, oferecendo-lhes a oportunidade de uma relação profissional de saúde/paciente. Portanto, eventuais complicações quanto à maternidade e ocorrências psicossociais podem ser solucionadas. Assim, o enfermeiro tem a chance de realizar seu papel na prevenção e promoção da saúde, direcionando sua conduta para transformar a alta prevalência e impacto social desse transtorno (VALENÇA; GERMANO, 2010).

3.5 Participação da equipe multidisciplinar na detecção da depressão pós-parto

A terapêutica deve ser ginecológico-obstétrico, visto que há o acompanhamento da gestação e, por conseguinte, um elo por possuir uma relação forte de seu estado depressivo através de sessões de apoio que podem vir tanto de enfermeiros, médicos e psicólogos (RIBEIRO; ANDRADE, 2009).

A criação de vínculos entre a equipe multiprofissional e a grávida facilita as ações de saúde voltadas às suas necessidades de maneira integral. A mulher precisa sentir-se acolhida para ter segurança, e confiar na equipe de profissionais. Essas condutas facilitam as relações interpessoais, e a assistência passa a ser integral, tornando o acolhimento humanizado e as ações de saúde de melhor qualidade (VIEIRA *et al.*, 2011).

Sendo assim, a inter-relação entre profissionais de saúde e a família pode transformar o momento da depressão pós-parto em uma fase em que a mulher poderá se sentir mais firme e confiante para expressar seus sentimentos, sentindo-se acolhida e compreendida (RIBEIRO; ANDRADE, 2009).

O tratamento da depressão pós-parto envolve farmacologia, psicoterapia, e em casos mais graves, a eletroconvulsoterapia. Estes procedimentos são parecidos aos empregados no tratamento da depressão em outros momentos da vida (SILVA; BOTTI, 2005).

É importante permitir que a gestante possa expressar-se livremente, falando sobre seus temores e ansiedades. Assim, a equipe profissional de saúde deve ser bem treinada para diagnosticar, cuidar, orientar, auxiliando a gestante a enfrentar as diversas situações de maneira mais segura no puerpério (RIBEIRO; ANDRADE, 2009).

O uso de medicamentos no pós-parto apresenta algumas contraindicações visto que o aleitamento materno que pode ser afetado com a excreção e concentração destes medicamentos no leite, passando para a criança. Dessa forma, a prescrição deve ser avaliada por médicos (SILVA; BOTTI, 2005).

A atuação do psicólogo é de suma importância, pois visa mostrar a realidade e possa acompanhar à terapia medicamentosa como uso de antidepressivos, tratamento hormonal ou a combinação desses métodos, dependendo da gravidade do caso. O psicólogo deverá acompanhar todo o tratamento (RIBEIRO, 2009).

O psicólogo também sabe lidar com a realidade vivenciada pela mulher e sua família, tornando possível o entendimento de suas ações e sentimentos para planejar corretamente as intervenções adequadas para essa mulher (SILVA; BOTTI, 2005).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação é um momento de incertezas, gerada sobre as inseguranças do parto e dos cuidados com o bebê. Nesse período a mulher fica fragilizada, sofrendo alterações físicas e psicológicas necessitando de acompanhamento profissional para esclarecimento e apoio profissional.

Os efeitos de depressão pós-parto na mãe, na relação conjugal, e nos filhos, a tornam uma condição importante para diagnosticar, tratar e prevenir. Assim, incumbe à equipe de enfermagem o conhecimento acerca da depressão pós-parto, já que os serviços de saúde são como a porta de entrada para o acolhimento e direcionamento adequado da puérpera no que corresponde à terapêutica e prevenção deste transtorno mental.

É interessante que o cuidado seja dado no princípio da gravidez, para que a depressão pós-parto possa ser diagnosticada e o tratamento seja precocemente implementado. Assim, salienta-se o papel do pré-natal para que se constitua uma adequada relação de respeito e confiança com as gestantes para que ela se sinta confortável com a equipe e consiga expor seus problemas pessoais e familiares.

A terapêutica dessa condição não deve ser orientada somente para as mães, mas também para a criança que nasce e para a família, já que todas as relações da mulher ficam comprometidas e são afetadas, levando em consideração que o filho depende totalmente da mãe e o seu desenvolvimento pode ser prejudicado posteriormente.

Por meio desta revisão bibliográfica, fica evidente que a maioria dos enfermeiros não está preparada nem capacitada para acolher às peculiaridades das mulheres com depressão pós-parto. Como resultado, a assistência desse grupo fica prejudicada, não contemplando os pressupostos do atendimento integral que compreende a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Com educação e apoio da equipe multiprofissional é possível fornecer avaliação, diagnóstico e cuidados para a maioria das mulheres com a depressão pós-parto. Ainda são escassos os estudos que demonstram resultados positivos de pacientes e o cuidado de enfermagem. Assim, este estudo contribui com as publicações referentes às implicações da depressão pós-parto, ressaltando a fundamental importância do enfermeiro nesse processo. Acredita-se que ele possa

contribuir para o aprimoramento de tratamentos voltados aos envolvidos, favorecendo o estudo de alternativas à família, quando da sua ocorrência.

Este estudo demonstrou que os desafios em relação à depressão pós-parto são grandes, tanto na detecção quanto no tratamento, mas que podem ser superados. Destaca-se, ainda, a necessidade de o enfermeiro receber melhor capacitação e atualização para valorizar o seu trabalho e atingir as expectativas e realmente tratar as pacientes e às suas famílias. Somente dessa forma, os pressupostos da atenção humanizada do parto se efetivarão. Também deve-se alertar os profissionais acerca das crenças e preconceitos que envolvem a depressão tanto da parte dos profissionais quanto da parte dos familiares e das próprias pacientes.

Espera-se que no futuro, os cuidados primários com a depressão, incluindo a depressão pós-parto sejam semelhantes aos cuidados de outras afecções crônicas, como hipertensão e diabetes, onde os pacientes são acompanhados no modelo primário de atenção à saúde, prevalecendo assim a promoção e a prevenção, no que compete o agravamento das doenças. Estes pacientes são vistos de forma integral nos padrões de avaliação biopsicossocial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTRETRIC AND NEONATAL NURSES (AWHONN). **The role of the nurse in postpartum mood and anxiety disorders.** Washington, jun/ 2008.

BAPTISTA, M. N; TORRES., E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 39-48, jan./jun. 2006.

BENUTE, G. R. G. [et. al.]. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 322-327, jan. 2009.

BRASIL. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.** Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CALIFE, K.; LAGO, T.; LAVRAS, C. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério.** São Paulo: SES/SP, 2010.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10). **Transtornos Mentais e de Comportamento.** Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f30_f39.htm#F32> Acesso em: 21 abr 2013.

FALCONE, V. M. [et al.]. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612-618, jul/ago. 2005.

FAISAL-CURY, A, MENEZES PR. A. Depressão ante-natal prediz fortemente depressão pós-parto na atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 446-450, dez. 2012.

FERNANDES, F. C; COTRIN, J. T. D. Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. **Revista Panorâmica online**, Barra do Garças – MT, v. 14, p. 15–34, jul. 2013.

GRECA, A. L; MENDONÇA, L. **Mulheres contam com atendimento diferenciado no Pré-natal.** Atualizado em: 25 jun 2013. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/3488-mulheres-contam-com-atendimento-diferenciado-no-pr%C3%A9-natal.html>> Acesso em: 1 maio 2014.

LEIGH, B.; MILGROM, J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. **BMC Psychiatry**, Londres, v. 8, p. 24-26, ago. 2008.

MARTINS, G. A; PINTO, R. L. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos.** São Paulo: Atlas, 2001.

MILANI JÚNIOR, R. **Depressão pós-parto.** *Revista Saúde Materno Infantil.* São Paulo, out. 2013. Disponível em: <http://www.aon.com/brasil/consulting/anexos/pos_parto_pdf.pdf> Acesso em: 23 abr 2014.

MYERS, E.R et. al. **Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression.** Rockville. abr, 2013.

MORAES, I. G. S [et. al.]. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p.65-70. Jan./fev. 2006.

MORAES, M.H.C.; CREPALDI, M.A. A clínica da depressão pós-parto. **Revista Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 1-2, p. 61-77, jan./dez. 2011.

NIHCM (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH CARE MANAGEMENT RESEARCH AND EDUCATIONAL FOUNDATION). **Identifying and Treating Maternal Depression: Strategies & Considerations for Health Plans.** Estados Unidos: Issue Brief jun, 2010.

PICCININI, C. A. *et. al.* Gestação e a constituição da maternidade. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.

RIBEIRO, W. G.; ANDRADE, M. O papel do enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto (DPP). **Informe-se em promoção da saúde.** Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.7-9, jan./jun. 2009.

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. Depressão Puerperal: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 2, p. 231-238. abr./jun. 2005.

SOUSA, Z. N. R.; ROSA, M. C.; BASTIANI, J. A. N. Maternidade: percepções de gestantes primíparas usuárias do Serviço Básico de Saúde. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 272-275, out./dez. 2011.

TAVARES, M.; BOTELHO, M. Prevenir a Depressão Pós-parto: Uma análise ao conhecimento existente. **Revista Pensar Enfermagem**, Lisboa, v. 13, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2009.

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 1-12, abr./jun. 2010.

VIEIRA, S. M. [et. al.]. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. especial, p. 255-262, dez, 2011.