

**Aline Simões Gama
Amanda de Meira Viana
Camila Menezes Oliveira Souza
Regiane Teixeira da Costa**

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO: da tristeza à depressão – REVISÃO
DE LITERATURA**

**IPATINGA
2014**

**Aline Simões Gama
Amanda de Meira Viana
Camila Menezes Oliveira Souza
Regiane Teixeira da Costa**

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO: da tristeza à depressão – REVISÃO
DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Metropolitano de Ensino Superior – IMES/Univaço, como requisito parcial à graduação no curso de Medicina.

Prof.^a: orientadora: Ivana Vilela Teixeira

**IPATINGA
2014**

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: da tristeza à depressão – REVISÃO DE LITERATURA

**Aline Simões Gama¹, Amanda de Meira Viana¹, Camila Menezes Oliveira Souza¹,
Regiane Teixeira da Costa & Ivana Vilela Teixeira².**

1. Acadêmicos do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.
2. Docente do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES – Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientadora do TCC.

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o que dizem os autores sobre a depressão no ciclo gravídico puerperal. O pós-parto é um período de alterações biológicas, psicológicas e sociais. Essa é considerada a época mais propícia para a ocorrência de transtornos psiquiátricos. **MÉTODO:** Neste artigo é feita uma revisão da bibliografia acerca de transtornos psiquiátricos no pós-parto a partir de artigos encontrados nas bases de dados LILACS, BIREME e NO SCIELO, no idioma português, entre os anos de 1992 e 2013. Livros, teses e outros artigos considerados relevantes citados no material consultado também foram incluídos. **RESULTADOS:** A depressão pós-parto tem prevalência em torno de 13%, pode causar repercussões negativas na interação mãe-bebê e em muitos outros aspectos da vida da mulher e deve ser tratada. **CONCLUSÕES:** os achados sugerem que se faz necessário maior reflexão das autoridades públicas e médicas na realização de estratégias para atuar na promoção da saúde da mulher nesse quesito de relevância para proteção do binômio mãe-filho e de seus familiares.

Palavras-chave: Gestação. Parto. Puérperas. Depressão pós-parto.

1 Introdução

A gravidez e o parto constituem-se em eventos estressantes para a mulher e familiares, além de atuarem na maioria das vezes como fatores desencadeantes da depressão puerperal, principalmente se vierem acompanhados de acontecimentos favoráveis. (FERREIRA, 2011). O risco de depressão pós-parto é de 10 a 15%, mas a taxa é maior em mulheres com história de transtornos psiquiátricos (STUART; LARAIA, 2001).

A maternidade é um momento existencial e de grande importância na vida de uma mulher; consagra-se o vínculo mãe-filho que ficará para sempre; todavia, nem sempre ter um filho significa um momento de felicidade suprema, pode ser um momento de a mãe enfrentar uma dolorosa experiência devido a possibilidade de se instalar algum distúrbio.

Um distúrbio pós-parto é qualquer reação que ocorra em uma mulher durante o período neonatal; o período de lactação; ou nas primeiras seis semanas pós-parto. As reações pós-parto incluem aquelas desencadeadas pela fisiologia do parto, pela responsabilidade para com um novo bebê, ou por mudanças na dinâmica da família em resposta a qualquer um destes eventos (FERREIRA, 2011). Portanto, podem estar relacionadas a problemas de adaptação à situação da maternidade.

Escassos são os trabalhos que estudam a assistência realizada à mulher no período puerperal e, principalmente, na depressão pós-parto, que aborda sua experiência nesse período, alterações biopsicossociais e a assistência profissional, somente enfatizando as alterações fisiológicas do período.

Portanto, este trabalho foca-se na depressão pós-parto, cujo interesse pelo tema surgiu da importância atual da depressão, ao crescente número de casos novos, e, por ser uma doença tão recentemente divulgada, de relevância enorme para a população e também para os profissionais de saúde.

Diante disso, torna-se relevante um estudo que analise a depressão pós-parto, a fim de proporcionar subsídios para a reflexão acerca das necessidades de assistência à mulher. Há um grande número de mulheres que são afetadas por essa doença, resultando em uma desestruturação do ambiente familiar, além de prejudicar a mulher que é o sujeito do quadro instalado; atinge todos que a cercam, como parceiros e o bebê diretamente. A mãe além de perder a capacidade do autocuidado, torna-se limitada aos cuidados com criança, prejudicando o vínculo mãe-filho que começa a se estabelecer nessa fase.

Tratando-se de um sofrimento psíquico é importante que a equipe de saúde, esteja preparada para acolher a puérpera à manifestação de um transtorno, que pode se dar sob a forma de depressão, ou mesmo de uma psicose.

O objetivo central deste estudo é analisar em referências bibliográficas, o que dizem os autores sobre a depressão no ciclo gravídico-puerperal.

2 Métodos

O método adotado foi a revisão da literatura. Foram consultadas as bases de dados bibliográficos LILACS, SCIELO e BIREME. A busca foi realizada a partir dos descritores “Saúde da Mulher”, “Puerpério”, “Depressão pós-parto”. Os critérios de inclusão foram: artigos originais; disponibilizados na íntegra; publicados no período de 1992 e 2013; no idioma português, com definição do método, população estudada, apresentação consistente dos resultados encontrados. Os critérios de exclusão foram estudos que apresentaram resultados insuficientes. Foram selecionados, a princípio, 56 artigos. Após

analisados e excluídos aqueles que não atingiam os critérios de inclusão, permaneceram 20 artigos que compõem este estudo.

3 A gestação, o parto e o puerpério.

A gravidez, o parto e a lactação, para a mulher são, sem dúvida, um acontecimento muito importante tanto no aspecto biológico, como emocional; pode-se dizer que ela se completa com esses fatores. “A gravidez representa também o período do desenvolvimento do embrião/feto, corresponde igualmente ao período de desenvolvimento do papel materno, no qual a mulher conhece uma nova realidade, preparando-se para tornar-se mãe” (TEIXEIRA, 2001, p. 4.)

Todavia, conforme esclarecem Carvalho; Tamez (2002) toda gestação, por mais desejada que tenha sido, comporta dúvidas e conflitos “Ressaltamos também que nem toda gravidez desejada, e levada ao final, tem como motivação única, o desejo de um filho pela relação com o filho em si” (p. 102).

Maldonado (1992) escreve que a gravidez envolve grandes mudanças na anatomia, na fisiologia, na psicologia, nas relações familiares e sociais. Ao descobrir que está grávida, a mulher pode se ver frente a um conflito de sentimentos, que gira em torno do querer ou não querer ter o bebê, sentimentos estes que podem estar ligados ao medo de não ser boa mãe, de não ser capaz de enfrentar a gestação com as limitações que esta irá lhe infligir, medo de não aguentar as dores do parto. Além disso, muitas mulheres não conseguem viver com as mudanças corporais que ocorrem durante a gravidez em função dos padrões estéticos de beleza estabelecidos na sociedade atual.

As atitudes do parceiro em relação à mulher grávida contribuem imensamente para sua aceitação ou rejeição da gravidez, para a maneira como vai vivenciar uma série de outras modificações como, por exemplo, as alterações do esquema corporal (MALDONADO, 1992).

A prática assistencial da gestante tem enfatizado a atenção para o aspecto físico, para as mudanças fisiológicas, dando pouca atenção a outras alterações psicossociais tais como as novas responsabilidades, e as perdas e ganhos advindos do fato de estar grávida. Fatores esses, também importantes e predisponentes a um distúrbio mental, que no seu início pode passar despercebido pela família e profissionais, pois esses carecem de conhecimento específico para a identificação precoce dos sintomas (LUÍS; OLIVEIRA, 1998).

O parto se constitui como momento crítico por várias razões: é sentido como uma situação de passagem de um estado a outro, cuja principal característica é a irreversibilidade; uma situação que precisa ser enfrentada de qualquer forma; outra peculiaridade que contribui para o aumento da ansiedade e da insegurança com a proximidade da data prevista e a incapacidade de saber exatamente como e quando vai desenrolar o trabalho de parto, o que evidentemente implica na impossibilidade de controlar o processo (MALDONADO, 1992).

Na maioria dos hospitais públicos, o atendimento precário, massificado e impessoal não permite a construção de um relacionamento consistente entre o médico e a paciente: o sistema de rodízio nos ambulatórios faz com que a gestante seja vista por um médico diferente a cada consulta pré-natal; a insegurança com relação à assistência ao parto é enorme, pois a gestante não sabe, de antemão, em que hospital vai encontrar vaga. Quando, além disso, ela vive um clima de instabilidade e precariedade dos vínculos afetivos familiares, tem-se um campo fértil para a intensificação da angústia e, conseqüentemente, das manifestações psicossomáticas (MALDONADO, 1992).

A atmosfera do contexto hospitalar e a qualidade do atendimento da equipe de saúde são fatores relevantes para a diminuição ou aumento dos distúrbios da contratilidade uterina no período da dilatação ou no período expulsivo. Nos hospitais públicos, o isolamento das parturientes em salas de pré-parto, a indiferença e a falta de carinho e de assistência

eficiente, são fatores que contribuem para o sentimento de solidão, desamparo e de pânico: as contrações são sentidas como dores terríveis, trazendo um sofrimento sem fim e sem perspectiva. A mulher sente-se entregue à própria sorte, em meio a gritos de dor e de desespero. A criação de um ambiente “caseiro” e acolhedor no ambiente hospitalar tem a finalidade de dar acesso à família ao ato de nascimento de seu novo membro e de criar uma atmosfera propícia ao relaxamento e à tranquilidade emocional (MALDONADO, 2002).

Em se tratando do puerpério, Maldonado (1992) o considera como o “quarto trimestre” da gravidez, considerando-o um período de transição que dura aproximadamente três meses após o parto; particularmente acentuado no primeiro filho. Segundo o mesmo autor, nesse período, a mulher torna-se especialmente sensível, muitas vezes confusa, até mesmo desesperada; a ansiedade normal e a depressão reativa são extremamente comuns.

“A expectativa em torno de se terá ou não leite, se o bebê mama bem ou não, se é normal ou anormal, como é seu caráter, entre outras, compreende-se que os dias subsequentes ao parto não são nada fáceis” (SOIFER, 1996. p.65).

Os primeiros dias após o parto são cheios de emoções intensas e variadas. As primeiras vinte e quatro horas constituem um período de recuperação da fadiga do parto. A puérpera sente-se em geral debilitada e confusa, principalmente quando o parto é feito sob narcose. A sensação de desconforto físico devido a náuseas, dores e ao sangramento pós-parto é particularmente intensa, lado a lado com a excitação do nascimento do filho. A labilidade emocional é o padrão mais característico da primeira semana após o parto: a euforia e a depressão alternam-se rapidamente; esta última podendo atingir grande intensidade (MALDONADO, 1992).

É no puerpério que se instala a lactação. Esse período se caracteriza por momentos de alegria, mas também de insegurança, medo, conflitos, ansiedade. O processo de amamentação será muito mais tranquilo se a mãe aceitar o puerpério como um período de adaptação em que necessita de apoio, ajuda e certos cuidados. Assim como na gestação, ela está vivendo um período normal, porém muito especial de sua vida.

Do ponto de vista psicossomático, sabe-se que emoções como medo e ansiedade, bem como fadiga e dor, interferem negativamente no reflexo de ejeção do leite, através da inibição hipotalâmica da secreção de ocitocina e da liberação de epinefrina que elimina, em nível local, os efeitos da ocitocina nas células mioepiteliais. Acredita-se que o aleitamento ajuda tanto o bebê quanto a mãe a superarem o trauma da separação repentina, que é vivido com o parto. O desmame, diferentemente do parto, pode ser uma separação gradual, sem traumas. Os benefícios emocionais da alimentação ao seio também são indubitáveis. O recém-nascido humano não sobrevive sem cuidados e, principalmente, não se desenvolve sem carinho e afeto (CARVALHO; TAMEZ, 2002).

Nas primeiras semanas, mãe e filho se conhecem muito pouco, ainda não se estabeleceu entre eles um padrão de comunicação e, frequentemente, a mãe não sabe distinguir quais as necessidades do bebê que permanecem insatisfeitas.

O contato imediato entre mãe e bebê e o início das mamadas logo após o parto estimulam o surgimento de interações precoces cheias de matizes e de sutilezas, que colocam em marcha um complexo funcionamento bioquímico através do olhar, do contato de pele, do olfato e dos sons da comunicação entre mãe e filho (MALDONADO, 1992).

Os sentimentos para com o bebê, logo após seu nascimento, variam de mulher para mulher. A mudança do parto é brusca: de grávida, com um bebê por chegar; para mãe, com um filho nos braços. Podem ocorrer descontentamentos, frustrações, pois a realidade quase sempre é diferente ao que foi imaginado ou idealizado na gestação. Mas, a convivência com o decorrer do tempo fará com que ocorra adequação e aceitação, e o amor vai sendo cultivado. O bebê tem virtudes que a cada dia a mãe vai reconhecendo (MALDONADO, 2002).

A estranha sensação de “não ser” mãe após o parto também não é rara. Porém, o convívio com o bebê tecerá laços afetivos fortes. A mãe nasce para a maternidade quando a criança nasce para o mundo. Pelo seu ventre, ela pode acompanhar seu crescimento e desenvolvimento. Antes de o bebê nascer, sonhava com uma vida confortável e tranquila junto a ele, pois preparou “tudo” para isso (quarto, enxoval, brinquedos...). No entanto, após o nascimento, ela se depara com uma situação bem diferente. A mãe desconhece o comportamento natural do recém-nascido e as defesas que ele tem. Isso mostra que o preparo material tão esmerado não proporciona o preparo psicológico e emocional tão necessários. Logo após o parto surge uma série de receios: medo de manusear a criança, quebrar seu pescoço, sua coluna, afundar a moleira ou dar um “mau jeito”. Medo de curar o umbigo, dar banho no bebê, afogá-lo durante o banho, asfixiá-lo, fazê-lo engasgar, deixá-lo passar fome ou sede, sentir dor (UNHA, 2000).

Gradualmente, verifica-se a consolidação dos padrões de comunicação na díade mãe-filho. Após as primeiras semanas de tentativa de adaptação a mãe consegue decifrar melhor o código da criança e, conseqüentemente, a satisfazer mais eficazmente suas necessidades; por outro lado, o bebê lentamente supera as dificuldades iniciais de adaptação ao mundo externo, organiza melhor um ritmo próprio, torna-se mais tranquilo e consegue comunicar-se melhor; na medida em que aumenta a reatividade e que, lentamente, “descobre o mundo”. Através do olhar e do sorriso já gratifica a mãe de uma forma mais pessoal, consolidando, desta forma, uma verdadeira relação de troca (MALDONADO, 1992).

4 A Depressão e a depressão pós-parto

A confusão que cerca a palavra “depressão” é que ela serve para descrever ao mesmo tempo uma alteração de humor, uma síndrome e um transtorno específico, ou seja, transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada). A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas quer secundários a essas alterações do humor e da atividade, são facilmente compreensíveis no contexto dessas alterações. A maioria desses transtornos tende a ser recorrente e a ocorrência dos episódios individuais pode frequentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes, conforme reconhece a CID-10 (2003).

“Os níveis de estrógeno e progesterona são maiores em mulheres na gestação podendo ocorrer alterações de humor comum nessa fase. A queda destes hormônios no pós-parto estaria envolvida na etiologia da depressão puerperal (CAMACHO et al., 2006, p. 65).

Tolman (2009) destaca que a depressão é um transtorno emocional que pode variar de intensidade leve a grave, sendo estimado como um dos principais fatores mundiais de incapacitação. Para o autor, não há dúvida de que se trata de um problema grave e mundial de saúde pública.

Cantilino (2010, p. 88) caracteriza o pós-parto um período de alterações biológicas, psicológicas e sociais. Essa é considerada a época mais vulnerável para a ocorrência de transtornos psiquiátricos. A disforia puerperal, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto têm sido classicamente relacionadas ao pós-parto. Atualmente, tem sido observado que os transtornos ansiosos também estão associados a esse período.

A depressão é uma condição exclusivamente humana e, por conseguinte, seu diagnóstico se faz baseado nas características clínicas que evidenciam as alterações havidas no humor vital do indivíduo e que o levam a vivenciar alteração qualitativa de suas funções afetivas, cognitivas e intelectivas (NUNES FILHO; BUENO; NARDI, 2001).

Moraes *et al.* realizaram um estudo na cidade de Pelotas no ano de 2000 com o objetivo de avaliar a prevalência e os fatores associados à depressão pós-parto. Entrevistou mães no hospital e depois as visitou em casa 30 a 45 dias depois do parto, quando foi aplicada a Escala de Hamilton com o objetivo de medir e caracterizar a presença de sintomas depressivos. A prevalência de depressão pós-parto encontrada foi de 19%. Os achados sugeriram que baixas condições socioeconômicas de vida da puérpera e a não aceitação da gravidez são elementos-chave no desenvolvimento da depressão.

Andrade *et al.* (2006) escrevem que a Depressão pós-parto ocorre em 10% a 15% das puérperas em países desenvolvidos ocidentais e a maioria dos casos se resolve espontaneamente em 3 a 6 meses, mas o tratamento deve ser preconizado para abreviar o sofrimento materno.

“A etiologia da Depressão Pós-Parto é multideterminada, com uma combinação de fatores psicológico, psicossocial, obstétrico, hormonal e hereditário” (SANTOS *et al.*, 2009, p. 54). Para Veras *et al.*, (2008)) além da etiologia multideterminada sobressaem-se também fatores preditores como:

História familiar de depressão, gravidez não desejada, depressão perinatal prévia, alterações do sono no periparto entre outros, devem aumentar a vigilância e se necessário recomendar terapia preventiva nos casos mais graves, como história de negligência grave, ideação suicida e infanticida (VERAS *et al.*, 2008, p. 71).

A depressão pode apresentar os níveis: leve, moderado e grave, com ou sem aspectos psicóticos. A depressão psicótica é incomum, contudo, sendo responsável por menos que 10% de todas as depressões. A depressão maior pode começar em qualquer idade, embora geralmente comece na casa dos vinte ou trinta anos. Os sintomas desenvolvem-se ao longo de dias a semanas (STUART; LARAIA, 2001).

Os episódios depressivos típicos, nos três níveis de gravidade caracterizam-se pelos seguintes sintomas:

- humor deprimido;
- perda de interesse e prazer;
- energia reduzida levando a uma fadigabilidade aumentada;
- atividade diminuída;
- visões desoladas e pessimistas do futuro;
- ideias ou atos auto-lesivos ou suicídio;
- insônia ou sonolência;
- apetite diminuído (NUNES FILHO; BUENO; NARDI, 2001).

Segundo Ruschi *et al.* (2007), para ser diagnosticada como DDP a puérpera deve ter no mínimo cinco sintomas: humor deprimido, anedonia, mudança de peso ou apetite ou outros já citados.

Gomes *et al.* (2010) realizaram uma pesquisa com o objetivo de identificar os fatores de risco que podem contribuir para a Depressão Pós-parto (DPP), bem como identificar os sintomas que podem caracterizá-la no período puerperal imediato. Tratou-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, realizada entre abril e maio de 2008, com puérperas de uma maternidade de Referência da cidade de Fortaleza-CE/Brasil. Como instrumentos utilizaram-se: um formulário com informações socioeconômicas e da cidade de Fortaleza-CE/Brasil. A prevalência de depressão pós-parto encontrada foi de 24,2%. Os achados sugeriram que baixas condições socioeconômicas podem contribuir para o desenvolvimento de DPP e, apesar de ser uma enfermidade subdiagnosticada, os números

encontrados revelam alto percentual de puérperas suscetíveis a desenvolver sintomas depressivos após o parto.

Muitas evidências se acumularam sugerindo que a depressão mental poderia ser causada pela formação diminuída de norepinefrina ou serotonina, ou de ambas. Uma razão principal para acreditar que a depressão seja causada pela atividade diminuída dos sistemas da norepinefrina e da serotonina é que drogas que bloqueiam essas secreções, como a reserpina, frequentemente causam depressão (GUYTON; HALL, 1997).

É observação comum e universal que o transtorno depressivo é 50% a 75% mais diagnosticado em mulheres que nos homens. As causas de tal diferença são desconhecidas, e hipóteses variadas vinculam-na a influências hormonais, predisposição genética ligada ao cromossomo X, ao aprendizado de reações depressivas culturalmente mais observáveis no sexo feminino ou a maior facilidade do sexo feminino em expor suas emoções e procurar tratamento (NUNES FILHO; BUENO; NARDY, 2001).

No entanto, devido à elevada incidência de depressão na população em geral (há estimativas de que ocorra em um entre 12 pessoas), pode-se acreditar existir também uma incidência elevada de depressão entre aqueles pacientes que requerem cuidados de enfermagem (HOOD; DINCHER, 1995).

Lobato; Moraes; Reichenen (2010) realizaram uma revisão sistemática dos estudos sobre a magnitude da depressão pós-parto no Brasil, buscando e selecionando na literatura artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais nas bases de dados SCIELO E MEDLINE, estudos conduzidos em unidades básicas de saúde, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família ou em populações carentes apontaram uma prevalência entre 30 e 40% de DPP, enquanto pesquisas que incluíram amostras de base populacional e populações de unidades hospitalares terciárias revelaram uma prevalência de cerca de 20%.

A realização de uma avaliação e entrevista é útil não apenas para auxiliar no desenvolvimento de um plano terapêutico, mas também para ajudar o paciente a sentir-se compreendido e cuidado. Na avaliação de pacientes devido à depressão, é importante distinguir-se entre os tipos e a gravidade da depressão e reconhecer os componentes de cada uma delas (HOOD; DINCHER, 1995).

Seja qual for o local, é importante que o profissional de saúde evite tentar animar um paciente deprimido, ou dizer coisas do tipo: “As coisas não são tão ruins”. Ela deve evitar também ações e atitudes de rejeição que possam levar o paciente a irritar-se e impacientar-se, e a sentir-se com a autoestima bastante baixa. Ações que possam ajudar, por parte da enfermeira, incluem o encorajamento para que o paciente expresse a raiva e a hostilidade, o reconhecimento das declarações do paciente sobre sentir-se deprimido, triste, sem valor, sem cuidado, aceito e respeitado (HOOD; DINCHER, 1995).

Cerca de 70% dos pacientes deprimidos podem ser tratados efetivamente com drogas que aumentam os efeitos excitatórios da norepinefrina e da serotonina nas terminações nervosas, no entanto, a terapêutica dependerá do caso, da individualização do paciente. É importante comunicar o cliente que todo antidepressivo apresenta um período de latência para o efeito terapêutico de duas semanas, e caso haja remissão da depressão deve-se manter o tratamento por seis meses em média. O tratamento deve ser medicamentoso e psicoterápico e se preciso deve ser feita a internação (GUYTON; HALL, 1997)

Ruschi et al. (2007), declara que no Brasil cerca de 2% a 5% das mulheres sofrem com depressão pós-parto, devido a uma série de fatores relacionados à família, entre outros.

Botega; Silva; Nomura (2012) explicam que transtornos e sintomas psiquiátricos são frequentes especialmente no primeiro e no terceiro trimestres de gestação e nos 30 dias de puerpério. Além de alterações hormonais que provocam transformações no comportamento e no psiquismo, gravidez e maternidade implicam várias mudanças na inserção social e na organização familiar, na autoimagem e na identidade da mulher.

Aliane; Mamede; Furtado (2011) realizaram um estudo com objetivo de investigar fatores de risco relacionados à depressão pós-parto. Foi realizada uma revisão sistemática nas bases PUBMED, SCIELO E LILACS.

Descritores: postpartum depression, risk factors, epidemiological studies. Critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos cinco anos, idiomas inglês, português ou espanhol, amostra de mulheres acima de 18 anos, avaliação da depressão pós-parto realizada, no mínimo, 15 dias pós-parto. Foram selecionados 35 artigos e encontrados 70 fatores de risco para depressão pós-parto. Os fatores de risco mais frequentemente citados pertenciam ao agrupamento de fatores psicológicos/psiquiátricos. A evolução das investigações sobre depressão pós-parto tem privilegiado o estudo dos fatores psicossociais. Fatores hormonais/genéticos aparecem com baixa representatividade nesses estudos. Mulheres em situação de risco podem ser identificadas nas consultas pré-natais permitindo ações preventivas para a depressão pós-parto.

No período pós-parto aparecem síndromes de humor que são denominadas de blue puerperal, (Valadares *et al.*, 2012) sintomas disfóricos e melancólicos chamados de disforia; quais sejam: labilidade do humor, desânimo, tristeza, choro fácil, fadiga, ansiedade, cansaço, irritabilidade, alterações do sono. Esses autores ressaltam que esses sintomas aparecem geralmente entre o segundo e o quinto dias do pós-parto e desaparecem nos dez dias seguintes, acometendo pelo menos 70% dos pacientes, sendo considerado episódio depressivo se esse quadro persistir por mais de 14 dias. Todavia, uma vez os sintomas sendo monitorados pode-se evitar que o blues evolua para quadros depressivos.

O *postpartum blues*, pode se manifestar com intensidade variável, tornando-se um fator que dificulta o estabelecimento de um vínculo afetivo seguro entre mãe e filho. Tende a ser mais intensa quando há uma quebra muito grande da expectativa em relação ao bebê, a si própria como mãe e ao tipo de vida que se estabelece com a presença do filho (MALDONADO, 2002, p. 102).

Cantilino et al (2010) fizeram um estudo bibliográfico de transtornos psiquiátricos no pós-parto e encontrou como resultado que a disforia puerperal ocorre em 50% a 85% das mulheres, o quadro é leve e transitório e não requer tratamento.

A psicose pós-parto é rara, mas é o transtorno mental mais grave que pode ocorrer no puerpério. Ela tem prevalência de 0,1% a 0,2%, afetando 1 a 2 em cada 1.000 mulheres, sendo esse percentual maior em casos de mulheres bipolares (CHAUDRON, 2003).

Usualmente é de início rápido e os sintomas se instalam já nos primeiros dias até duas semanas do pós-parto (SIT, 2006).

Os sintomas iniciais são euforia, humor irritável, logorreia, agitação e insônia, aparecem, então, delírios, ideias persecutórias, alucinações e comportamento desorganizado, desorientação, confusão mental, perplexidade e despersonalização. O quadro psicótico no pós-parto é uma situação de risco para a ocorrência de infanticídio. Entre os fatores de risco para psicose puerperal, estão a primiparidade, complicações obstétricas e antecedentes pessoais ou familiares de transtornos psiquiátricos, sobretudo outros transtornos psicóticos. Como o quadro da psicose pós-parto é grave, geralmente é necessária internação hospitalar. Causas orgânicas devem ser excluídas e o tratamento deve ser o mesmo que o recomendado para transtornos psicóticos agudos (CANTILINO, 2010).

Já a depressão pós-parto é um transtorno mental que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas, que se iniciam normalmente no primeiro mês (CID 10, 2003). Sintomas neuróticos tais como: ansiedade, irritabilidade estão presentes na depressão puerperal. Em se tratando dos transtornos depressivos puerperais, os mesmos variam entre 10 a 20% segundo o MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, (DSM-IV², 2002). Guedes-Silva (2003, p. 66) acrescenta que “a depressão pós-

parto é uma patologia derivada de uma combinação de fatores biopsicossociais, dificilmente controláveis, que atuam de forma implacável no seu surgimento”.

A maioria dos estudos refere que a depressão pós-parto atinge de 10% a 15% das mulheres e nos Estados Unidos, está presente em pelo menos 10% a 20% das mulheres nos seis primeiros meses após o parto, elevando-se esta taxa para 25% ou mais em mulheres com história de depressão pós-parto anterior, podendo causar repercussões negativas na interação mãe-bebê e em outros aspectos da vida da mulher e deve ser tratada (SCHMIDT, 2005)

De acordo com Lima et al. (2009, p.2) a depressão pós-parto tem maior incidência nos três primeiros meses após o parto em decorrência da demora na identificação precoce dos sinais e sintomas depressivos durante pré-natal e com isso são admitidas com mais frequência nos hospitais psiquiátricos pelos distúrbios graves.

Diversas condições de vida desempenham um papel fundamental no desenvolvimento do transtorno depressivo e, sobretudo, os fatos indesejáveis, além de fatores sociais. Uma série de estudos tem demonstrado que a falta de apoio oferecida pelo parceiro e demais pessoas com quem a puérpera mantém relacionamento, influi consideravelmente na etiologia da Depressão pós-parto; além de uma gestação não planejada, nascimento prematuro ou a morte do bebê e dificuldades em amamentar (CARVALHO; TAMEZ, 2002).

Konradt, et al. (2011) realizou um estudo com o objetivo de verificar o impacto da percepção de baixo suporte social durante a gestação como fator de risco para a depressão no período de 30 a 60 dias pós-parto. O estudo teve como população-alvo gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde na cidade de Pelotas (RS). Para avaliar depressão pós-parto, foi utilizada a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) – (Escala de Edinburg) (ANEXO 1). Das 1.019 mulheres avaliadas, 168 (16,5%) apresentaram depressão pós-parto. Aquelas que não receberam suporte do companheiro, de familiares e de amigos demonstraram maior risco de ter depressão pós-parto.

Fonseca (2010) diz que entre os principais fatores de risco de depressão pós-parto figuram: história anterior de depressão, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego, ausência de suporte social, dependência de substâncias, violência doméstica e não aceitação da gravidez.

O Tratamento da depressão pós-parto (DPP) é baseado em diferentes formas desde tratamento farmacológico até psicoterapia. Outras abordagens de tratamento são várias, incluindo o exercício preventivo através da acupuntura, massagem, exposição à luz da manhã, e hipnose.

Há uma falta generalizada de ensaios clínicos de tratamentos antidepressivos na gravidez, bem como na DPP, em alguns estudos realizados, os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (SSRIs) são superiores ao placebo, mas não apresentam qualquer vantagem significativa quando combinado com psicoterapia versus apenas com psicoterapia. O estudo Yonkers et al produziu resultado semelhante relatando que os SSRIs são os antidepressivos mais utilizados no DPP.

As revisões sistemáticas sobre o uso dos antidepressivos pós-parto sugerem que a sertralina, paroxetina e nortriptilina são associados com efeitos adversos raros na criança e são menos propensos a mostrar quantidades detectáveis no leite materno. No entanto, quantidades detectáveis de fluoxetina e citalopram foram encontradas no leite materno, como acontece com a venlafaxina e escitalopram, diminuindo assim sua utilização. Efeitos colaterais pós-parto e em crianças são encontradas principalmente com fluoxetina e citalopram, e os tricíclicos como a doxepina também não são recomendáveis (ANDERSON; MAES, 2013).

A família pode muito ajudar no tratamento da paciente com depressão pós-parto, informando-se sobre a doença, tendo paciência para ouvi-la, cuidar para que os remédios sejam tomados, respeitar os momentos da paciente, entre outros cuidados.

Os principais sintomas que caracterizam a depressão puerperal são: tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, às vezes náuseas, distúrbios do sono, insônia inicial e pesadelo, fadiga principalmente envolvendo os cuidados com a criança, hipocondria, irritabilidade, dificuldade de concentração e memorização, perda do interesse sexual, ideias suicidas e sentimentos negativos em relação ao marido, culpa, preocupações envolvendo o bebê, ansiedade, sentimentos de incapacidade em relação à maternidade e temor do ciúme dos outros filhos em relação à criança, no caso de uma múltipara (MALDONADO, 2002).

Assim, ressalta-se que o objetivo deste estudo é analisar em referências bibliográficas do curso de Medicina, o que dizem os autores sobre a depressão na vida da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

5 Considerações finais

Com este estudo permitiu-se contextualizar a gravidez, o puerpério e a depressão pós-parto como fatores importantes na vida da mulher. A gravidez é o período que a mulher vive uma nova realidade, vai ser mãe! Mas ela pode se ver frente a um conflito de sentimentos, O puerpério é um período instável, caracteriza-se por se apresentar como uma etapa de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher. Todavia, diversos fatores podem ser determinantes para um desfecho saudável no puerpério.

A Depressão Puerperal, em geral, repercute na interação mãe-filho praticamente de forma negativa e promove um desgaste progressivo na relação com os familiares.

Tendo em vista o acima exposto, entendeu-se que a maternidade, embora sublime, pode colocar em evidência uma angústia. E ela se manifesta sob a forma de depressão, que pode ser um evento extraordinário na vivência da mulher.

6 POSTPARTUM DEPRESSION: from sadness to depression - LITERATURE REVIEW

Abstract

OBJECTIVE: To analyze what the authors say about depression in pregnancy and childbirth . The postpartum period is a biological, psychological and social changes . This is considered the most propitious time for the occurrence of psychiatric disorders . **METHOD :** This article reviews the literature on psychiatric disorders in postpartum from articles found in databases LILACS, SCIELO and BIREME. E, between the years 2006 and 2011 books, theses and other relevant papers cited in the material is made consulted were also included. **RESULTS :** Postpartum depression has a prevalence around 13 % , can cause adverse effects on mother-infant interaction and in many other aspects of women's life and should be treated . **CONCLUSIONS :** The findings suggest that further consideration is needed of the public and medical authorities in carrying out strategies to act in promoting women's health in this aspect of relevance for the protection of both mother and child and their family .

Keywords : Pregnancy. Childbirth . Postpartum . Postpartum depression.

7 Referências

- ALIANE Poliana Patrício; MAMEDE; Marli Vilela; Furtado, Erikson Felipe. Revisão sistemática sobre fatores de risco associados à depressão pós-parto. *Psicol. Pesq.* 5(2): 146 – 155, dez. 2011. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=648834&indexSearch=ID>>. Acesso em: 02 out. 2010.
- ANDERSON, G; MAES, M. *Postpartum depression: psychoneuroimmunological underpinnings and treatment.* *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013; 9: 277–287.
- ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, C. M.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo*, v. 33, n.2, p. 43-54, 2006.
- BOTEGA, Neury José (org.) *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.* 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- CAMACHO, R. S.; CANTINELLI, F. S. ; RIBEIRO, C. S.; CANTILINO, A.; GONSALES, B. K.; BRAGUITONI, E. ; JUNIOR, J. R. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo*, v.33, n. 2, p. 92-102, 2006.
- CHAUDRON, L.H.; PIES, R. W. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry.* 2003.
- CANTILINO, Amaury et al . Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 37, n. 6, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000600006&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>. >. Acesso em: 01 out. 2014.
- CARVALHO, M.; TAMEZ, R. N. Atuação de Enfermagem. In: *Amamentação: bases científicas para a prática profissional.* Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.
- CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. *Rev. Coord. Organiz. Mund. Da Saúde*, Porto Alegre: v. 3, n. 2, p. 15-21, set/nov. 2003.
- DSM-IV - *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.* 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

FERREIRA, F.G. *Aspectos culturais relacionados à gestação, parto e puerpério e sua importância para as estratégias de educação em saúde: um levantamento bibliográfico*. UFMG- Campos Gerais/ MG, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 2 out.2014.

FONSECA, Vera Regina J. R.M., SILVA, Gabriela Andrade da; OTTA, Emma. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad. Saúde Pública*, BIRENE/OPAS/OMS – Biblioteca virtual em saúde, v. 26, n. 4, p. 738-746, ISSN 0102-311x, abr. 2010.

GOMES, L. A.; TORQUATO, V. S.; FEITOZA, A. R.; SOUZA, A. R.; SILVA, M. A. M.; PONTES, R. J. S. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Rev RENE*. Porto Alegre, v.11, n. Esp. p. 117-23. 2010.

GUEDES-SILVA, Damiana et al . Depressão pós-parto: prevenção e consequências. *Rev. Mal-Estar Subj.*, Fortaleza , v. 3, n. 2, set/out., 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482003000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2014.

GUYTON, C. A.; HALL, J.E. O Sistema Nervoso Central. Neurofisiologia Motora e Integrativa. In: *Tratado de fisiologia médica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1997.

HOOD, G. H.V; DINCHER, J. R. Aspectos psicológicos do atendimento ao paciente. In: *Fundamentos e prática de enfermagem: atendimento completo ao paciente*. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

KONRADT, Caroline Elizabeth et al . Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Porto Alegre , v. 33, n. 2, 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082011000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2014. Epub, 29 Jul 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082011005000010>.

LIMA, M.O.P.; TSUNECHIRO. M.A. Repercussões materno-fetais da depressão na gravidez: uma revisão sistemática. *O mundo da saúde*, São Paulo, 2008.

LOBATO, Gustavo; MORAES, Cláudia; REICHENHEI, Michael, E. *Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática*. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 11 (4): 369-379 out. / dez., 20 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n4/v11n4a03.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2014.

LUÍS, M. A. V.; OLIVEIRA, E. R. Transtornos Mentais na Gravidez, Parto e Puerpério, na região de Ribeirão Preto/SP-Brasil. *Revista Escola de Enfermagem*. USP-Ribeirão Preto, ano 32, n. 4, dez. 1998.

MALDONADO, M. T. P. Aspectos Psicológicos da Gravidez do Parto e do Puerpério. In: *Psicologia da Gravidez: Parto e Puerpério*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. Psicossomática e obstetrícia. In: MELLO FILHO, J. de. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MATTAR, R. et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 470-477, 20 set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>. Adaptado de: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. O Cuidado em enfermagem materna. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002, 768, p.

MORAES, Inácia Gomes da Silva et al. **Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.40, n.1, pp. 65-70. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000100011>. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102006000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 02 out. 2014.

NUNES FILHO, E. P.; BUENO, J.R.; NARDI, A, E. Transtornos do humor. In: *Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais*. Reimpressão. São Paulo: Atheneu, 2001.

RUSCHI, G. E. C.; SUM S. Y. ; MATTAR, R.; FILHO, A. C.; ZANDONADE, E. ; LIMA, V. J. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 29, n.3, p. 274 -280, set./dez, 2007.

SANTOS, C. M. T.; ALMEIDA G. O.; SOUZA T. S. Depressão Pós-Parto: Revisão da Literatura. *Revista Psicologia em Foco*, Aracaju; v.3, n.2, p.1-13, jul/dez. 2009.

SCHMIDT, B. E.; PICCOLOTO, M. N.; MULLER, C. M. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*; Itatiba; v.10, n. 1, jun, 2005.

SIT D, ROTHSCHILD AJ, WISNER KL. A review of postpartum psychosis. *J Women's Health*. v.15, n. 4, p. 66-352. 2006.

SOIFER, R. Estudo Psicológico da Gravidez. In: *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

STUART, G. W. LARAIA, M. T. Respostas Emocionais e Transtornos de Humor. In: *Enfermagem psiquiátrica: Princípios e Prática*. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TEIXEIRA, C.B.P.V. *Ansiedade e depressão em mulheres e homens durante a gravidez*. 2001. 62 f. Tese de mestrado em Saúde Pública-Faculdade de Medicina Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. 2001.

TOLMAN, A. *Depressão em adultos: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

UNHA, U. H. P. A Puérpera: mulher de resguardo ou dieta. In:- *O Livro da Amamentação*. São Paulo: Artmed, 2000.

VALADARES, G. C.; FERREIRA, L. V.; Machado, M. C. L.; BRENES, A. C. Saúde mental da Mulher na Gravidez e no Puerpério. In: *Manual de Ginecologia e Obstetrícia – SOGIMIG/SOGIMIG*. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.

VERAS, A. B.; NARDI, A. E. Depressão na Mulher. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo; v. 65, n.6, p.153-163, jun. 2008.

8 Anexo 1

Escala de Edinburgh de Depressão pós-natal

Como você recentemente teve um bebê, gostaria de saber como você está se sentindo nos últimos dias. Por favor, marque com um x a resposta mais próxima ao que você tem sentido.

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:
 - 0- Como eu sempre fiz
 - 1- Não tanto quanto antes
 - 2- Sem dúvida, menos que antes
 - 3- De jeito nenhum

2. Eu sinto prazer quando penso no que está para acontecer em meu dia-a-dia
 - 0- Como sempre senti
 - 1- Talvez, menos que antes
 - 2- Com certeza menos
 - 3- De jeito nenhum

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas
 - 3- Sim, na maioria das vezes
 - 2- Sim, algumas vezes
 - 1- Não muitas vezes
 - 0- Não, nenhuma vez

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão
 - 0- Não, de maneira nenhuma
 - 1- Pouquíssimas vezes
 - 2- Sim, algumas vezes
 - 3- Sim, muitas vezes

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo
 - 3- Sim, muitas vezes
 - 2- Sim, algumas vezes
 - 1- Não muitas vezes
 - 0- Não, nenhuma vez

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.
 - 3- Sim, na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
 - 1- Sim, algumas vezes não consigo lidar bem como antes
 - 1- Não, na maioria das vezes eu consigo lidar bem com eles.
 - 0- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho dificuldade de dormir
 - 3- Sim, na maioria das vezes
 - 2- Sim, algumas vezes
 - 1- Não muitas vezes
 - 0- Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada
 - 3- Sim, na maioria das vezes
 - 2- Sim, muitas vezes
 - 1- Não muitas vezes
 - 0- Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado
 - 3- Sim, quase todo o tempo
 - 2- Sim, muitas vezes
 - 1- De vez em quando
 - 0- Não, nenhuma vez

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou pela minha cabeça
 - 3- Sim, muitas vezes, ultimamente
 - 2- Algumas vezes nos últimos dias
 - 1- Pouquíssimas vezes, ultimamente
 - 0- Nenhuma vez

Fonte: MATTAR, R. et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 470-477, 20 set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Adaptado de: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. O Cuidado em enfermagem materna. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002, 768, p.