

Artigo original

FATORES QUE INFLUENCIARAM MULHERES NO DESENVOLVIMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Gisetti Corina Gomes Brandão¹
Kalygia Domicia Nunes da Silva Bezerril²

RESUMO

A depressão pós-parto (DPP) é um distúrbio do humor que acontece a partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando sua intensidade máxima nos seis primeiros meses. Assim, este estudo teve por objetivos: analisar os fatores que influenciaram mulheres no desenvolvimento da DPP, caracterizar a população das mulheres acometidas por DPP com relação à faixa etária, perfil socioeconômico e cultural e resgatar os fatores que influenciaram na DPP. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com uma abordagem qualitativa, realizada na FACENE, através de um formulário de entrevista. Na análise dos dados, a faixa etária em estudo foi de 20 a 47 anos, e 80% das entrevistadas eram casadas. Um outro dado de destaque é que 60% das entrevistadas referiram não ter planejado a gestação. Relativamente ao apoio à mulher no pós-parto, foi dado pelo cônjuge, pela mãe da puérpera e por pessoas amigas. Portanto, esses dados confirmam a importância do apoio da família, especialmente o da mãe e do companheiro, e também a assistência dos profissionais de saúde em todo o ciclo gravídico-puerperal, contribuindo para um puerpério normal e possibilitando à criança nascer num ambiente saudável.

Palavras-Chave: Puerpério. Depressão. Parto.

INTRODUÇÃO

A fase puerperal corresponde a um momento importante da vida da mulher, sendo um período de transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento humano. Nessa fase, há grandes transformações, não só no organismo da mulher, mas no seu bem-estar, alterando seu psiquismo e o seu papel sociofamiliar (SILVA; BOTTI, 2006; FALCONE *et al.*, 2006).

A depressão pós-parto (DPP) é um grave problema de saúde pública, afetando tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento de seu filho. É um distúrbio do humor de grau moderado a severo, cuja manifestação acontece, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses (MORAES *et al.*, 2006; ARAÚJO, 2006).

De acordo com Porcu, Bagatin e Rossi (2006, p. 1) "esta condição depressiva é caracterizada por humor deprimido, perda de interesse pela vida, ansiedade, dificuldades para dormir, baixa auto-estima, sintomas somáticos (como cefaléia e perda de peso) e dificuldades para realizar tarefas diárias".

Existem vários fatores que contribuem para o surgimento do Transtorno Depressivo Pós-Parto, como: personalidade predisponente da mulher, condição genética favorável, falta de apoio familiar e/ou do parceiro, depressão familiar não tratada, a mudança de papéis

¹ Gisetti Corina Gomes Brandão. Enfermeira. Professora da FACENE. Mestre em Gestão Educacional. Endereço: R. Paulino Pinto, 545, bairro Tambaú, João Pessoa-PB. Tel: (83)9332-1451. E-mail: gisettibrandao@ig.com.br.

² Kalygia Domicia Nunes da Silva Bezerril. Enfermeira graduada pela FACENE. Endereço: R. Antônio Teotônio, 181, bairro Cristo Redentor, João Pessoa-PB. Tel: (83)9952-1881. E-mail: kalygiabezerril@hotmail.com

(de esposa para mãe, de marido para pai e de filha que se torna mãe). Dessa forma, o nascimento de um filho pode ser um importante gatilho neuroendócrino para o Transtorno Depressivo (PORCU; BAGATIN; ROSSI, 2006).

Outros fatores, como as frustrações e os fatos que ocorrem durante o período de internação, assim como a conscientização da nova realidade, que envolve por um lado a satisfação pela maternidade e por outro a responsabilidade de assumir novas tarefas, também influenciam esse período.

Segundo Araújo (2006, p. 3), "esses fatos ocorrem ao mesmo tempo em que é exigido por parte da mulher e da própria família, a postura de mãe ideal, que demonstra felicidade, receptividade, assim como disposição para amamentar e dispensar cuidados com o recém-nascido".

O interessante é que isto não se passa só no ambiente da família ou dos amigos, mas também das instituições de saúde que incentivam, criam mecanismos de apoio à grávida, mas, após o parto, tudo isto é dirigido sobretudo à criança, restando para a mulher uma consulta de revisão do puerpério, altura em que provavelmente muitas de suas dificuldades já foram vividas, e até ultrapassadas de forma mais ou menos adequada, deixando por vezes, algumas marcas.

Diante do exposto, foi possível estabelecer um questionamento como: Quais os principais fatores que influenciaram mulheres no desenvolvimento da Depressão Pós-Parto?

Para se evitar que este tipo de transtorno aconteça, é provável que um suporte social e emocional dos parentes e amigos, em particular da mãe e do companheiro, neste momento de transição da vida da mulher, sirva como fator protetor contra a DPP. É também importante que os profissionais de saúde desenvolvam ações preventivas voltadas não só à saúde da gestante, mas da mulher em geral.

Ao ter contato direto com mães da própria família e contatos informais com outras mães, a mãe, em meio a esta situação – deparando-se com atitudes que se mostram contraditórias, pois em lugar de alegria e satisfação pela chegada da criança esperada durante meses – apresenta uma série de alterações emocionais, gera-doras

de sentimentos de desamparo e de medo, nem sempre expressos, mas quase sempre sentidos pela mulher.

Assim surgiu a necessidade de analisar os fatores que influenciaram mulheres no desenvolvimento da Depressão Pós-Parto; caracterizar a população das mulheres acometidas por Depressão Pós-Parto com relação à faixa etária, perfil socioeconômico e cultural; e resgatar os fatores que influenciaram na Depressão Pós-Parto.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O pré-natal é considerado muito importante, sobretudo em países com características semelhantes às do Brasil onde, apesar das melhorias implantadas no sistema de saúde, são encontradas elevadas taxas de mortalidade. Em 2001, a taxa de mortalidade materna no Brasil foi de 74,5 mortes por 100.000 nascidos vivos.

Outra consideração importante é verificar que, embora a mortalidade infantil tenha decrescido em quase todo o país nas últimas duas décadas, a mortalidade perinatal estabilizou-se e até cresceu em algumas regiões, chegando a contribuir com mais de 50% do total da mortalidade até o primeiro ano de vida.

Por isso, a assistência pré-natal deve ser universalmente realizada, diferindo no objetivo, no conteúdo, no número de consultas e no tipo de pessoal que presta assistência seguindo o grau de risco que a gestante apresentar, pois as informações obtidas nesse período sobre o estado de saúde da gestante servirão de elo entre a assistência pré-natal e a assistência hospitalar (ARRIBAS; BARBOSA; ALMEIDA, 2004; BUCHABQUI *et al.*, 2006).

A assistência de enfermagem no pré-natal é realizada por meio de consultas individualizadas e de atividades em grupo que visam a cuidar do binômio mãe-filho no período de gestação, considerando o contexto familiar e social da gestante, ressaltando a importância do envolvimento do companheiro e/ou pessoa significativa para a gestante nesse processo, se assim ela o desejar, e prepará-la para um parto e puerpério mais seguros e saudáveis possíveis (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002; SANTO; BERNI, 2006).

O pré-natal também oportuniza a prevenção, detecção e o tratamento precoce de transtornos mentais na gestação. Durante as consultas, a equipe de saúde pode detectar a presença de fatores de risco assim como de alterações sugestivas de comprometimento da saúde mental. É importante observar a aparência geral, a interação com o examinador, a atividade psicomotora, o estado emocional, a linguagem, a presença ou não de alucinações, o nível de consciência, as características do pensamento (conteúdo, velocidade, preocupações, obsessões, agressividade), a orientação e a memória (ASSISTÊNCIA..., 2006).

Na vida da mulher, o diagnóstico da gestação é aquele que provoca as maiores emoções: desde alegria e bem-estar intensos, até a tristeza profunda e sensação de desamparo. Durante a gravidez, ocorrem no corpo materno profundas alterações fisiológicas, emocionais e psicológicas intensas.

Esses ajustes funcionais em resposta à carga fisiológica aumentada começam na primeira semana de gestação e continuam durante toda ela. O meio pelo qual a futura mãe responde a essas alterações dependerá de vários fatores, como seu planejamento anterior da gravidez, suas relações familiares, o número de filhos que tem, seus modos habituais de se ajustar a alterações e muitos outros (ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

Na mulher, durante a gestação, ocorre uma mudança em seu gênio, tornando-a menos sociável. Ela fica freqüentemente preocupada, mais dependente, deseja mais receber do que dar e procura mais amor e atenção. Sua habilidade emocional muda com freqüência, em parte devido à preocupação, em parte devido às alterações hormonais e em parte devido ao impacto da gravidez, tornando a mulher cada vez mais sensível e irritável.

Ela tem a mesma probabilidade de rir estrondosamente de algo que nenhum outro considera engraçado e de se derramar em lágrimas sem causa conhecida. A aceitação da criança por outros membros da família assume uma importância decisiva (ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

Por fim, ao chegar o término da gravidez, a gestante demonstra sentimentos contraditórios. Ela odeia a gravidez,

deseja a criança, mas teme o nascimento. Sua conduta no trabalho de parto poderá parecer como uma condenação das emoções e condutas de toda a gravidez. É como se fizesse um intenso resumo de todo o processo de evolução da criança, de tal modo que ela está pronta para começar a próxima etapa da maternidade. Caso ela tenha agido bem, particularmente quando estabeleceu um seguro sistema de apoio para si e para seu filho, mais provavelmente continuará a ter êxito como mulher e como mãe (ZIEGEL; CRANLEY, 1986).

O parto deve ser encarado como um momento crítico que gera ansiedade e insegurança. A incapacidade de saber exatamente como e quando vai se desenrolar o trabalho de parto, o torna um momento imprevisível e desconhecido sobre o qual não se tem controle. É como se estivesse dando um 'salto no escuro' (MALDONADO, 2000 *apud* SANTO; BERNI, 2006).

A atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar, pois o parto constitui um dos pontos fundamentais da vida psicossocial da mulher. Assim, quando é vivenciado com dor, angústia, medo e isolamento, pode levar a distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais, podendo influenciar o relacionamento mãe/filho, além de sua vida afetiva e conjugal.

O medo gera dor e a dor aumenta o medo. A equipe de saúde deve estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento. Isso deve facilitar a criação de um vínculo mais profundo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade (BRASIL, 2001).

No puerpério, especialmente durante a primeira semana, o corpo da mãe sofre rápidas e várias mudanças em todo o sistema fisiológico (principalmente nos órgãos pélvicos e nas mamas) e também no seu componente psíquico, sendo possível que distúrbios mentais possam aparecer. Durante essa fase, a mulher passa por uma adaptação gradual da situação de grávida para a de não grávida e mãe (BRASIL, 2001).

A mãe, devido ao seu envolvimento biológico em gerar uma criança e sua interdependência física com o filho durante

a amamentação, experimenta esse período de uma forma única. A necessidade de adaptar-se a mudanças tão intensas torna as mulheres sensíveis, confusas e ansiosas.

Essa vivência varia em cada mulher conforme o número de filhos que tenha tido, sua própria infância, sua relação com seus pais, a experiência da gravidez, o nível de relacionamento com o pai da criança, seu conceito próprio, os padrões gerais e muitos outros fatores (ZIEGEL; CRANLEY, 1986; BRASIL, 2001; HENTSCHEL; BRIETZKE, 2006).

Portanto, ao se examinar uma mulher no puerpério, deve-se inicialmente, se sua situação clínica permitir, fazer uma breve avaliação do seu estado psíquico, e entender o que representa para ela a chegada de uma nova criança. É comum que neste momento a mulher experimente sentimentos contraditórios e sintam-se insegura. Por isso ela deve ser vista como um ser integral, cabendo à equipe de saúde estar disponível para perceber a necessidade de cada mulher de ser ouvida com a devida atenção (ZIEGEL; CRANLEY, 1986; BRASIL, 2001).

As reações da mulher no período pós-parto terá grande influência no relacionamento familiar e principalmente em questões características da interação do binômio mãe-filho. Antigamente, associava-se os transtornos mentais puerperais como distúrbios específicos dessa fase, mas hoje sabe-se que o parto e todos os eventos que o sucedem funcionam como fatores desencadeantes do processo mórbido.

Apesar do ritmo acelerado de mudanças na fase puerperal, surgem exigências culturais, sociais, familiares e pessoais em relação a puérpera, no que corresponde ao desempenho das funções maternas adequadamente, ou seja, mesmo vivenciando um período de fragilidade, cabe à mulher a satisfação e o reconhecimento holístico das necessidades e demandas do bebê (ROCHA, 1999 *apud* SILVA; BOTTI, 2006).

A Depressão Pós-Parto ou Depressão Puerperal (DP) é um transtorno mental de alta prevalência e que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Inicia-se de maneira insidiosa, levando até semanas após o parto. Alguns autores consideram o Transtorno Depressivo Pós-Parto como qualquer transtorno

depressivo sem sintomas psicóticos presentes no primeiro ano que se segue ao nascimento de um filho.

O DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) especifica quatro semanas após o nascimento da criança, enquanto o CID-10 reconhece até seis semanas após o parto (ZANOTTI *et al.*, 2003 *apud* SILVA; BOTTI, 2006; PORCU; BAGATIN; ROSSI, 2006).

De acordo com Cruz, Simões e Faisal-Cury (2006, p.1) "a DP pode acometer cerca de 6,8 a 16,5% das mulheres adultas e até 26% das adolescentes. Faisal-Cury *et al.*, em estudo transversal brasileiro, com mulheres no 10º dia de puerpério, encontraram prevalência de 16% de sintomas depressivos".

A etiologia da DPP não se determina por fatores isolados, mas sim por uma série de aspectos que devem ser abordados no diagnóstico e terapêutica, portanto, uma combinação de fatores psicológicos, sociais, obstétricos e biológicos, aumentam a possibilidade de uma mãe recente sofrer de DPP. Entre eles, temos: falta de apoio oferecido pelo parceiro e demais pessoas com quem a puérpera mantém relacionamento, problemas de fertilidade, gestação não planejada ou não desejada, nascimento prematuro ou a morte do bebê, dificuldades em amamentar, doenças psiquiátricas familiares, presença de transtornos de humor prévios ao ciclo gravídico-puerperal, episódio de depressão durante a gravidez ou puerpério, problemas financeiros sérios, ter uma criança quando muito jovem (abaixo de 16 anos), ter uma criança depois dos 35 anos, incerteza quanto a querer ou não a criança, preocupações com a saúde do bebê, sentimentos negativos em relação à criança, ansiedade leve ou moderada durante os três últimos meses de gravidez, parto complicado, isolamento social, volta ao trabalho em condições subalternas, problemas da tireóide, ataques de pânico na gravidez, bulimia ou anorexia, mudanças hormonais, mulheres que sofrem de Tensão Pré-Menstrual (TPM), mães solteiras sem o apoio social, mulheres que perderam pessoas importantes ou um filho anteriormente ou cujo bebê apresenta anomalias, que se casaram em decorrência da gravidez, que vivem em desarmonia conjugal, possuem pouca ou nenhuma escolaridade, baixo

nível socioeconômico, baixa auto-estima, stress na vida e tentativa de interromper a gravidez (HENTSCHEL; BRIETZKE, 2006; SILVA; BOTTI, 2006; MORAES *et al.*, 2006; MCKENZIE, 2001).

De acordo com Rocha (1999 *apud* SILVA; BOTTI, 2006) os principais sintomas que caracterizam a DP são tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia ou ganho de peso excessivo, náuseas, distúrbios do sono, insônia inicial e pesadelo, fadiga, principalmente envolvendo os cuidados com a criança, hipocondria, dor de cabeça, dor no peito, palpitações no coração, falta de sensibilidade ou hiperventilação (respiração rápida e superficial), irritabilidade, dificuldade de concentração e memorização, perda do interesse sexual, falta de interesse em atividades prazerosas, idéias suicidas e sentimentos negativos em relação ao marido, sentimentos de 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.

O tratamento da depressão pós-parto baseia-se na farmacologia, e na psicoterapia, e em casos extremos na eletroconvulsoterapia. São métodos semelhantes aos empregados no tratamento de transtornos depressivos em outros períodos da vida, comprovando assim sua eficácia.

As conseqüências da falta de tratamento na depressão pós-parto incluem: risco de suicídio, como em qualquer outra situação depressiva; infanticídio (0,2% dos casos), negligências na alimentação do bebê, bebê irritável, vômitos do bebê, depressão do cônjuge e divórcio, criança maltratada, desenvolvimento cognitivo inferior, retardo na aquisição da linguagem, distúrbio do comportamento e psicopatologias no futuro adulto, perturbação nas relações interpessoais, 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 (GUEDES-SILVA; SOUZA; MOREIRA, 2006).

O conhecimento dos fatores de risco da Depressão Pós-Parto são extremamente importantes no planejamento e implementação de ações preventivas como, por

exemplo: o máximo de apoio emocional e físico durante a gravidez, parto e puerpério (obstetra, enfermagem e pediatra); o máximo de apoio emocional da família, amigos e companheiro; discussão com o companheiro a respeito da importância da esposa de se sentir amada e segura; e encaminhamento da mãe com risco elevado de depressão pós-parto para aconselhamento ou psicoterapia (SILVA; BOTTI, 2006).

É necessária a criação de programas preventivos na rede pública voltados não só à saúde da gestante, mas da mulher no geral, identificando assim, como já foi dito, os fatores de risco. Cabe à equipe de saúde um preparo e percepção acerca dos sinais iniciais da doença, intervindo de maneira segura e competente.

A Depressão Pós-Parto acarreta uma série de conseqüências, assim como a depressão em outras fases da vida da mulher, repercutindo de forma negativa na interação mãe e filho. Spitz (1998 *apud* SILVA; BOTTI, 2006) afirma que ocorre uma perda emocional na puérpera vítima da DPP, que será percebido pelo bebê, o qual irá tentar estimular o comportamento materno, mas com a persistência da depressão, a relação entre mãe-filho poderá se comprometer ao longo do desenvolvimento infantil.

A mãe deprimida interage menos com o bebê e quando a mesma percebe o fato, volta-se em tentativas a fim de superar a realidade imposta pela doença; a própria criança, como já foi dito, promoverá de maneira inconsciente alternativas que se traduzirão em pequenos eventos cotidianos e naturais, tais como um sorriso em direção a mãe, sempre na tentativa de resgatar a puérpera daquele quadro depressivo e retorná-la a sua função materna. Muitas vezes, as tentativas não são correspondidas e o binômio mãe-filho estabelecem uma relação falsa e distante emocionalmente da verdadeira interação maternal.

A DPP deixa a mulher mais introspectiva e menos responsiva aos estímulos afetivos do bebê; desse modo, a criança irá interpretar tal atitude como uma estimulação insuficiente do comportamento materno, e assim, poderá reagir com o mesmo distanciamento. Essa atitude do bebê causará um sentimento de ansiedade e frustração na mãe, que irá sentir-se rejeitada

e incapaz de assumir os cuidados com o próprio filho (SILVA; BOTTI, 2006).

METODOLOGIA

Este estudo enquadrou-se em uma pesquisa do tipo exploratório-descritivo com uma abordagem qualitativa, através de uma pesquisa de campo, utilizando como instrumento para a coleta de dados, um formulário de entrevista do tipo padronizado.

O desenvolvimento do trabalho foi na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, localizada no município de João Pessoa/PB com 10 mulheres acometidas por Depressão Pós-Parto, que se enquadraram nos seguintes critérios: mulheres com filho(s) vivo(s) e que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram avaliados quantitativamente através da identificação das mulheres, como também através de dados gineco-obstétricos e socioculturais para uma melhor compreensão dos resultados.

Quanto à análise qualitativa, foi feita da seguinte maneira: as respostas dos formulários foram transcritas na íntegra, seguido de uma leitura individualizada de cada resposta para a obtenção da idéia central de cada uma.

Após esse processo, foram realizadas leituras sucessivas de cada resposta para melhor compreensão de cada relato. Subseqüentemente foram identificadas as idéias centrais iguais ou equivalentes e suas respectivas expressões-chave e finalmente foram analisadas empregando a técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo.

Os aspectos éticos da confiabilidade e privacidade foram assegurados de acordo com a Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos e também foi norteado pela Resolução 240/2000, que institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados, evidenciou-se que a faixa etária dos 10 casos em estudo era entre 20 a 47 anos. Evidenciou-se também que a maioria delas era casada, representando 80% do total das

entrevistadas.

O principal papel do marido seria o de funcionar como matriz de apoio, protegendo a mãe fisicamente, provendo suas necessidades vitais, e por algum tempo afastando-a das exigências da realidade externa, para que ela possa dedicar-se inteiramente às tarefas relacionadas ao bebê e promover seu desenvolvimento psíquico-afetivo. (STERN, 1997 *apud* SOTTO-MAYOR; PICCININI, 2007)

O nível de escolaridade revelado pelas mulheres foi relevante para a pesquisa em virtude do nível que as entrevistadas eram estudante de graduação, graduadas e pós-graduadas, o que facilitou o processo de análise por se tratar de um assunto que envolve subjetividades. Do total, 60% haviam concluído o ensino superior. Esse dado leva a concluir que apesar do nível de escolaridade das entrevistadas não ser pouco e o conhecimento sobre a possibilidade de desenvolvimento de depressão após o parto não ser ausente, não evitou o desenvolvimento do transtorno.

A ocupação de todas as entrevistadas era fora de casa, como professora, secretária, entre outras funções. De acordo com Rocha (1999 *apud* ARAÚJO, 2006) as atividades rotineiras realizadas, talvez até o final da gestação, como o próprio trabalho, que acabam sendo interrompidas, podem contribuir para o aumento da sensibilidade, muito freqüente após o parto. Verificou-se que 70% das entrevistadas possuem uma renda familiar superior a três salários mínimos, o que sugere condições socioeconômicas razoáveis.

Foi constatado que 50% das mulheres entrevistadas eram primíparas e as outras 50% eram múltiparas. Esse dado se relaciona a insegurança e a dificuldade quanto aos cuidados com o filho, referido respectivamente por 70% e 50% das entrevistadas. Essa dificuldade e insegurança surgem principalmente após a alta da maternidade, pois é nessa altura que a mulher, sobretudo se é primípara, vive muitas vezes a primeira experiência de relação com uma criança totalmente dependente de si.

Além disso, as dificuldades nos primeiros dias são agravadas pelo fato da mulher ainda estar se recuperando do stress físico da gravidez e do trabalho de parto. Um outro dado importante a se destacar é que

60% das mulheres entre-vistadas referiram não ter planejado a gestação, o que pode ter sido um fator desencadeante para o desenvolvimento da DPP.

Relativamente ao apoio à mulher no pós-parto, apenas 10% das entrevistadas referiram não ter recebido nenhum apoio. Nas demais, o apoio foi fundamentalmente dado pelo cônjuge, pela mãe da puérpera e por pessoas amigas. É natural que o apoio venha principalmente de quem está mais próximo da puérpera. Quanto ao suporte no cuidado com o recém-nascido (RN), 80% das mulheres referiram ter tido. No entanto, no momento em que se presta algum cuidado para o filho, indiretamente estar se prestando um suporte à puérpera.

Em relação ao relacionamento com o marido após o nascimento do bebê, 20% disseram que o relacionamento com o marido após o nascimento do bebê melhorou, 40% disseram sentir-se mais realizado como casal, 20% relataram afastamento e 20% falta de desejo sexual. Para Afonso (2007), a Depressão Pós-Parto pode afetar a vida sexual das mulheres no período puerperal devido a situações vividas nesse período, como: baixa auto-estima, stress na vida devido à mudança na rotina, variação emocional por conta da queda hormonal, cólicas uterinas, medo de uma nova gravidez e cansaço devido aos cuidados com o bebê e com a casa.

No período puerperal, as mães podem se sentir mais sensíveis e apresentarem alterações em seu estado emocional, muitas vezes sem motivo aparente. Por encontrarem-se emocionalmente vulneráveis, tudo que ocorre ao seu redor pode de alguma maneira atingi-las. A maioria delas mencionou crises freqüentes de choro como fator desencadeante ou conseqüência dessas alterações emocionais no pós-parto, colocando-o como aspecto mais marcante desse período.

O choro pode ser usado como uma "válvula de escape" proporcionando o alívio da tensão vivenciada pelas mães, nesse período de intensas transformações e de adequação a uma nova realidade, pela chegada de um filho.

De acordo com Maldonado (1982 *apud* THOMAZ *et al.*, 2007) o aumento do nervosismo nas mães durante o puerpério é devido à fantasia criada durante a gesta-

ção em relação ao pós-parto acreditando que seus filhos teriam comportamento diferente das outras crianças e também pode estar relacionado à insegurança quanto aos cuidados a serem dispensados ao mesmo, principalmente nas primíparas, que por motivos diversos, não tiveram experiências anteriores em relação ao banho do bebê, cuidados com o coto umbilical e o próprio comportamento habitual dos primeiros dias de vida.

De uma maneira geral, as mães se sentem inseguras quanto ao bem-estar da criança, pela dificuldade de compreender o significado do choro (fome, cólicas, desconforto, sono ou necessidade de contato). Por isso, os profissionais de saúde e a própria família devem estar atentos para a necessidade de acompanhar a mãe, mesmo se tratando de um pós-parto de evolução "normal", para que a mesma desenvolva autoconfiança e habilidade para cuidar da criança.

Ao interrogar as mulheres sobre as intercorrências do parto, elas referiram ter sofrido muito no trabalho de parto e parto por ter sido demorado e também por apresentar problemas patológicos em seu organismo, tanto no momento do parto como também no puerpério, como pode ser notado nas falas a seguir:

"Sofri muito no parto, porque fiquei 8 horas em trabalho de parto" "[...] os meus pontos da vagina inflamaram" "[...] passei 15 dias sem consegui sentar" "[...] minha pressão arterial elevou."

Em todo o ciclo gravídico-puerperal essas reações comportamentais proporcionarão uma vivência singular na vida da mulher. Desse modo, a forma como serão emitidas estas respostas emocionais, o medo, o desejo, a dor, a alegria, a ansiedade, irão influenciar de certa forma nos sistemas motor e autônomo, juntamente com várias outras funções corporais.

Ao questionar as mulheres sobre a dificuldade em amamentar, a maioria referiu ter apresentado problemas físicos e emocionais que dificultaram e/ou as impediram de amamentar seus filhos, sendo abordadas nas falas a seguir:

"Não gostava muito" "[...] ela só queria mamar do lado direito não aceitava o

peito esquerdo" "[...] meu mamilo é plano, houve fissuras e rachaduras no mamilo e mastite" "[...] não consegui amamentar (15 dias), fiquei muito irritada" "[...] não conseguia ter leite e os meus seios doíam muito e eu ficava nervosa, aí o leite não chegava" "[...] era doloroso" "[...] o leite não conseguia sair pedrou, tive que drenar" "[...] não tinha leite suficiente para ele" "[...] tive um caroço no peito que tinha febre e frio muito forte."

O puerpério, por ser um período de importantes mudanças físicas, psicoemocionais e sociais, pode desencadear uma série de eventos para os quais as mães, nem sempre estão preparadas, como, por exemplo, a amamentação, deixando-as ainda mais nervosas. O aumento do nervosismo é reflexo da cobrança da própria mãe, no momento em que requer de si mesma a postura de mãe ideal, felicidade, tranquilidade, receptividade, paciência e disposição para amamentar, como também a exigência da própria família (ARAÚJO, 2006).

Em relação à questão sobre o apoio emocional recebido no pós-parto, a maioria das mulheres participantes da pesquisa teve o apoio emocional adequado e principalmente de quem elas gostariam de ter recebido esse apoio, fundamental para a superação da DPP. Mas também mostrou que um pequeno percentual gostaria de ter recebido esse apoio de outra pessoa. Essa percepção pode ser identificada pelas falas seguintes:

"Tive muito apoio da minha família" "[...] da minha mãe porque ela entendeu tudo o que eu sentia" "[...] marido e toda família e muitos amigos" "[...] fundamental para a minha recuperação" "[...] psicóloga, padre, familiares, marido" "[...] eram pessoas que eu confiava" "[...] da minha sogra, e de minhas irmãs" "[...] tinha minha mãe, que ficou comigo durante dois meses" "[...] meu marido, pois ele é muito companheiro e carinhoso, mas gostaria de ter tido essa compreensão de minha mãe que achava que era frescura."

O apoio à mulher e a família no pós-parto é fundamental para o reajustamento e equilíbrio pessoal e familiar, pois, sendo a gravidez e o nascimento de um filho considerados períodos de crise para a

mulher/casal, e atendendo às oportunidades que a crise pode representar, o apoio dado nesta fase da vida, é fundamental para a promoção da saúde e do bem-estar da mulher e da família, pois, como refere Figueiredo, "a maternidade providencia à mulher, e à família em geral, desafios e oportunidades particulares para a mudança, tendo conseqüentemente um elevado potencial para a melhoria da saúde". (1994, p. 98 *apud* AFONSO, 2007, p. 4)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro da atenção à saúde da mulher, destacamos o cuidado à saúde mental durante o ciclo vital feminino, particularmente no período gravídico-puerperal caracterizado pela grande mudança de humor. Por esse motivo, este estudo procurou analisar quais os principais fatores que influenciaram mulheres no desenvolvimento da Depressão Pós-Parto, a partir da vivência delas e da relação com a faixa etária, perfil socioeconômico e cultural.

O puerpério é caracterizado por apresentar profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher, ou seja, é um período marcado pela instabilidade emocional e vulnerabilidade feminina, sendo que a compreensão tanto da puérpera, mas principalmente dos familiares, constitui um fator essencial na determinação entre a saúde e o distúrbio psiquiátrico. Uma das razões para esta realidade corresponde ao ritmo acelerado de mudanças na fase puerperal, associada às exigências culturais, sociais, familiares e pessoais em relação a puérpera, principalmente em relação ao desempenho das funções maternas adequadamente.

A DPP é um distúrbio psiquiátrico importante e que acarreta uma série de conseqüências assim como a depressão em outras fases da vida da mulher. A maioria destas conseqüências repercute na interação mãe-filho e praticamente de forma negativa, na maioria das vezes. Além disso, promovem um desgaste progressivo na relação com os familiares e vida afetiva do casal. De forma semelhante aos demais transtornos puerperais.

Durante a realização da pesquisa, pudemos perceber, o quanto é importante

o apoio da família, especialmente o da mãe e do companheiro, e principalmente a assistência prestada pelos profissionais de saúde em todo o ciclo gravídico-puerperal. Pois é através de uma postura de acolhimento e disponibilidade para ouvir a gestante durante o pré-natal que o profissional pode prevenir e detectar variações de humor, de pensamento e comportamento sugestivos de eventual distúrbio psiquiátrico e propiciar, à família, um assistir voltado para os sentimentos, percepções e vivências que inconscientemente interferem na manutenção da saúde mental materna.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Esmeralda. **Dificuldades da mulher no puerpério e apoio nesse período**. Disponível em: <<http://homepage.oninet.pt/517mbw/Dificuldades%20da%20mulher%20no%20puerperio%20e%20apoio%20nesse%20periodo>>. Acesso em: 09 maio 2007.

ARAÚJO, Andrea Martins da Silva. **Alterações emocionais (A) típicas no pós-parto: o relato das mães**. Disponível em: <<http://>

FACTORS THAT INFLUENCED WOMEN IN THE DEVELOPMENT OF POSTPARTURITION DEPRESSION

ABSTRACT

The postparturition depression (DPP) it is a disturbance of the humor that happens starting from the first four weeks after the childbirth, reaching your maximum intensity in the first six months. Like this, this study had for objectives: to analyze the factors that influenced women in the development of DPP, to characterize the women's population attacked by DPP with relationship to the age group, profile socioeconomic and bring back those factors that influenced in DPP. It is treated of an exploratory-descriptive research with a qualitative approach, accomplished in FACENE through an interview form. In the analysis of the data, the age group in study was from 20 to 47 years and that 80% of the interviewees were married. Another prominence die is that 60% of the interviewees referred they have not planned the gestation. Relatively to the support to the woman in the postparturition, it was given by the spouse, for the mother and for people friends. Therefore, these data confirm the importance of the support of the family, especially the one of the mother and of the companion, and also the professionals' of health attendance in the whole period of pregnancy, contributing to a normal puerperal and making possible the child to be born in a healthy atmosphere.

Key-Words: Puerperal. Depression. Birth.

www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/alteracoesemocionais.doc>. Acesso em: 04 set. 2006.

ARRIBAS, Célia Morais de; BARBOSA, Maria Goretti de Medeiros Martins; ALMEIDA, Núbia Ferreira Castro. **Protocolo do enfermeiro nas ações básicas de atenção à saúde da mulher**. Pernambuco: COFEN, 2004.

ASSISTÊNCIA pré-natal. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/protocolos/cap1.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2006.

BARROS, Sônia Maria Oliveira de; MARIN, Heimar de Fátima; ABRÃO, Ana Cristina Freitas de Vilhena. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**.

São Paulo: Roca, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

BUCHABQUI, Jorge Alberto *et al.* Assistência pré-natal. In: FREITAS, Fernando *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

CRUZ, Eliane Bezerra da Silva; SIMÕES, Gláucia Lucena; FAISAL-CURY, Alexandre. **Rastreamento da depressão pós-Parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S0100-7203005000400004>. Acesso em: 06 set. 2006.

FALCONE, Vanda Mafra *et al.* **Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes.** Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25534.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2006.

GUEDES-SILVA, Damiana; SOUZA, Marise Ramos de; MOREIRA, Vilma Perez. **Depressão Pós-Parto: prevenção e conseqüências.** Disponível em: < <http://www.unifor.br/notitia/file/163.pdf> >. Acesso em: 04 set. 2006.

HENTSCHEL, Heitor; BRIETZKE, Elisa. Puerpério normal. In: FREITAS, Fernando *et al.* **Rotinas em obstetrícia.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MCKENZIE, Kwame. **Depressão.** São Paulo: Editora Três, 2001 (Isto É – Guia da Saúde Familiar).

MORAES, Inácia Gomes da Silva *et al.* **Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados.** Disponível em:<<http://test.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27117.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2006.

PORCU, Mauro; BAGATIN, Maria Cláudia; ROSSI, Robson Marcelo. **Prevalência de transtorno depressivo pós-parto no HUM.** Disponível em : <<http://www.des.uem.br/projetos/pesquisa3661.htm>>. Acesso em: 02 set. 2006.

SANTO, Lilian Córdova do Espírito; BERNI, Neiva Iolanda de Oliveira. **Enfermagem em obstetrícia.** In: FREITAS, Fernando *et al.* **Rotinas em obstetrícia.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SILVA, Elda Terezinha da; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. **Depressão puerperal:**

uma revisão de literatura. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_2/pdf/REVISAO_01.pdf>. Acesso em: 06 set. 2006.

SOTTO-MAYOR, Iara Backes de; PICCININI, César Augusto. **Relacionamento conjugal e depressão materna.** Disponível em: < <http://www.google.com.br>>. Acesso em: 23 maio 2007.

THOMAZ, Ana Claire Pimenteira *et al.* **Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais.** Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413294X2005000100016&script=sci_pdf>. Acesso em: 09 maio 2007.

ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem obstétrica.** 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.