

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CONHECIMENTO SOBRE OS SINAIS E SINTOMAS EM PUÉRPERAS

Eraldo da Costa Tolentino¹
Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino²
Cláudia Germana Virgínio de Souto³

RESUMO

O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica sobre o conhecimento dos sinais e sintomas da doença depressão pós-parto. O objetivo é discutir sobre os sinais e sintomas da depressão pós-parto em puérperas e permitir a visibilidade deste assunto para as mães puérperas, profissionais da área, bem como para a sociedade em geral. A coleta dos dados se baseou em análise de 19 artigos científicos na área da psicologia, enfermagem e medicina. Para a aquisição dos artigos foram utilizadas plataformas de pesquisas como a Scielo e Capes, as quais são referências para a realização de pesquisas. Os artigos foram agrupados conforme o foco central do presente estudo, dessa forma, foram divididos em Definição da depressão, Depressão pós-parto, sinais e sintomas da Depressão pós-parto, diagnóstico e tratamento da Depressão pós-parto. Os resultados obtidos a partir da revisão bibliográfica sobre os sinais e sintomas da depressão pós-parto, mostrou que a mesma é uma doença atual que acomete boa parte das puérperas, e que os sinais e sintomas nem sempre é percebida. As manifestações iniciais da depressão pós-parto ocorrem nas primeiras quatro semanas após a realização do parto, tendo uma alta intensidade dos sintomas nos seis primeiros meses, e os fatores sociais e mentais contribuem para esta ocorrência. Dessa forma, os profissionais da área de saúde, no geral, possuem um papel importante na detecção dos sinais e sintomas da depressão pós-parto precocemente, com o intuito de impedir o sofrimento das mães e maiores consequências para o bebê.

Palavras-chave: Depressão. Enfermagem. Obstetrícia. Parto. Gestação.

¹ Enfermeiro e Acadêmico do curso de Pós-graduação em Enfermagem Obstétrica e Neonatologia da Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança da unidade João Pessoa – PB. E-mail: ec-tolentino@bol.com.br.

² Enfermeira. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Especialista em Saúde da Família e enfermeira assistencial do Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho. E-mail: dannyaurilia@hotmail.com.

³ Enfermeira. Coordenadora de Estágios da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Especialista em Metodologia do Ensino Superior. E-mail: claudiagermana1@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O período da gestação desencadeia na imaginação da gestante uma série de momentos belos que viverá junto ao seu bebê, porém, a realidade não segue necessariamente para tais momentos. A gestação é um momento de mudanças fisiológicas, sociais, familiares e psicológicas, podendo também ser um período em que se observa um aumento de sintomatologia ou de desenvolvimento após o nascimento do bebê.

As alterações citadas anteriormente acontecem de maneira aceleradas e em todos os âmbitos do ambiente familiar e propriamente na mulher. Nesse período, ela poderá ter diversas sensações, entre as quais estão a sensação de mutilação do seu corpo, em resposta ao processo gravídico. Dessa forma, a partir do nascimento do bebê, desencadeará na puérpera um sentimento de vazio, de solidão, em que as atenções não estarão voltadas para ela e sim para o bebê. Conseqüentemente, esses momentos vividos pela mulher podem desenvolver certos transtornos depressivos².

As condições de vida da mulher durante a gestação e pós-parto exercem um papel fundamental no desenvolvimento de um transtorno depressivo, sobretudo, os fatos indesejáveis, além de fatores sociais. A etiologia da depressão não se determina apenas por fatores isolados, mas, sim, por uma combinação de fatores psicológicos, sociais, obstétricos e biológicos³.

A depressão surgiu desde a antiguidade, onde sentimentos negativos se tornavam tão fortes e constantes que incapacitavam o indivíduo para atividades cotidianas. Hipócrates, um médico grego considerado atualmente o “pai da medicina”, usava o termo “melancolia” para esse distúrbio, isso a cerca de 400 a.C.⁴

Etimologicamente, a expressão depressão deriva da palavra melancolia que vem do grego *melano chole*, significando bÍlis negra. O termo depressão foi inicialmente utilizado no idioma inglês para descrever o desânimo, a falta de entusiasmo e predisposição para a realização de atividades em geral por algumas pessoas em 1660, e entrou para o uso comum em meados do século XIX.⁵

Atualmente, a depressão é definida como uma doença de caráter psiquiátrico, crônica e recorrente, que desencadeia alteração do humor caracterizada por uma tristeza profunda, sem fim, associada a sentimentos de dor, amargura, desencanto, desesperança, baixa autoestima e culpa, assim como, a distúrbios do sono e do apetite. A depressão tem duração de meses ou anos, podendo vir a atingir pessoas de ambos os sexos, em todas as faixas etárias, sendo que o risco de o homem sofrer a doença é de 11% e da mulher pode chegar a 18%⁴⁻⁶.

Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão se situa em quarto lugar entre as principais causas de ônus entre todas as doenças, sendo que os números dessa doença só tendem a aumentar. Dessa forma, se ocorrer a persistência da incidência da depressão até 2020, ela estará em segundo lugar. Em todo o mundo, somente a doença isquêmica cardíaca a suplantará⁷.

As mulheres gestantes têm uma predisposição para o desenvolvimento da depressão, inclusive no período pós-parto devido ao nascimento de um bebê, evidenciando perturbações emocionais ou disfunção cognitiva, sendo necessários estudos mais aprofundados sobre o assunto, enfatizando a experiência materna para conhecer o senso comum da vivência da mãe mediada pelo adoecimento psíquico⁸.

A depressão pós-parto (DPP) é considerada como uma patologia proveniente de fatores relacionados ao sofrimento biopsicossocial, muitas vezes, não podendo

ser controlada, atuando de forma implacável ao seu surgimento. A menoridade da mãe, ser solteira ou divorciada, condições socioeconômicas, eventos estressantes nos últimos 12 meses, história de transtorno psiquiátrico prévio e gravidez indesejada, são as principais vulnerabilidades que culmina para tal doença⁹.

A DPP tem se configurado como sério problema de saúde materna, pois provoca diversas alterações emocionais e comportamentais na mãe depressiva, e pode atingir de 10 a 15% de mulheres, após o nascimento do filho, exigindo tratamento adequado.

A manifestação da depressão pós-parto torna-se propícia pela inter-relação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos. Estudos indicam que problemas relacionados a esse tipo de depressão vão além do adoecimento da própria mãe, afetando diretamente o bebê¹⁰.

A DPP ocorre em todo o mundo, conforme a região e o instrumento de mensuração; sua incidência varia de 10% a 20%, na proporção de um caso para 1.000 mães¹¹.

No Brasil, a última publicação, de base populacional sobre o tema, realizada em Pelotas-RS, com 410 mulheres, divulgada em 2006, destacou uma prevalência de 19,1%. Outra publicação anterior, desenvolvida em São Paulo-SP, em 2005, identificou uma prevalência de 37,1% em uma amostra de 70 puérperas¹².

De modo geral, a DPP apresenta o mesmo quadro clínico característico da depressão em outros momentos da vida feminina, acrescido de particularidades relativas à maternidade em si e ao desempenho do papel de mãe. Sentimentos negativos, desinteresse pelo bebê e culpabilidade por não conseguir cuidar dele são frequentes e podem resultar em um desenvolvimento insatisfatório da interação mãe-bebê.

O afastamento ou separação da criança pela necessidade de ser cuidada por outra pessoa pode dificultar ainda mais o estabelecimento de vínculos afetivos e fortalecer a sensação de inadequação materna¹³.

O período inicial da DPP geralmente fica entre a quarta e oitava semana após o parto (por vezes mais tarde, mas ainda dentro do primeiro ano) e pode persistir por mais de um ano¹⁴.

Estudos recentes sobre saúde mental, relacionados ao parto, levaram a uma mudança no conceito específico da DPP, por considerá-la um espectro de transtornos depressivos e ansiosos que surgem no período perinatal. Esta mudança está associada ao crescente reconhecimento da necessidade de prevenção e intervenção precoce nesse período¹⁵.

Os sintomas de DPP incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, alterações alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações e queixas psicossomáticas.

Uma mãe com depressão pós-parto pode apresentar também sintomas como cefaleia, dores nas costas, erupções vaginais e dor abdominal, sem causa orgânica aparente¹⁶.

Em linhas gerais, a sintomatologia depressiva não difere daquele presente nos episódios não relacionados com o parto e incluem instabilidade de humor e preocupações com o bem-estar do bebê, cuja intensidade pode variar de exagerada a francamente delirante¹⁷.

A DPP não é difícil de ser diagnosticada, porém, muitas vezes, não é detectada pela equipe de enfermagem ou pelo obstetra em um primeiro momento, por conta dos sintomas iniciais poderem ser confundidos com o período de

ajustamento emocional pós-parto da puérpera denominada tristeza pós-parto. No entanto, um bom vínculo entre o profissional e a puérpera tende a favorecer ao diagnóstico precoce¹⁸.

O tratamento da depressão pós-parto geralmente é estabelecido conforme a gravidade do quadro depressivo apresentado. Esse tratamento é baseado no mesmo instituído para a depressão que não está relacionada com o pós-parto, podendo ser utilizada a psicoterapia e/ou a farmacoterapia e, em caso de suicídio ou infanticídio, a eletroconvulsoterapia¹⁹.

Com base em toda problemática envolvendo a depressão pós-parto, bem como a escassez de informação acerca do tema, o presente estudo tem como objetivo, discutir sobre os sinais e sintomas da DPP em puérperas e permitir a visibilidade deste assunto para com profissionais da área, bem como para a sociedade em geral.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma descrição com abordagem qualitativa, realizado através de um levantamento bibliográfico em diferentes plataformas de pesquisas como CAPES e SCIELO, temas relacionados sobre os sinais e sintomas da depressão pós-parto em puérperas, de modo a permitir a visibilidade aos profissionais da saúde, psicólogos e sociedade em geral para o sofrimento psíquico que alcança as mulheres durante sua fase reprodutiva.

O período do levantamento bibliográfico ocorreu no segundo semestre de 2014 (Agosto) até o início do primeiro semestre de 2015 (Janeiro), e foi montado um acervo bibliográfico com apenas artigos científicos.

Inicialmente, os artigos adquiridos foram analisados e conforme o foco central da pesquisa foi dividido em: Definição sobre a depressão, DPP, sinais e sintomas da DPP, diagnóstico e tratamento da DPP. Após essa divisão, foi possível realizar a construção do tema central deste estudo.

Os artigos-base utilizados correspondem aos anos de 1999 a 2013, de diferentes revistas e autorias, nas áreas de enfermagem, psicologia e medicina e apenas aqueles mais relevantes foram analisados. Após isso, a análise detalhada dos artigos se baseou primeiramente nos aspectos sobre a definição do que seria a depressão em si. Em seguida, foram analisados os artigos com foco na DPP, principalmente sobre os tópicos que discutiam a respeito dos sinais e sintomas da DPP, assim como o diagnóstico e tratamento.

Dessa forma, foi possível construir um referencial teórico acerca dos sinais e sintomas da DPP em puérperas, e a partir deste, discutir sobre esse tema que atualmente se apresenta em grande evidência, tanto em escala nacional quanto internacional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da revisão bibliográfica, a qual buscou discutir acerca da depressão pós-parto, foi possível observar que a DPP acomete uma grande quantidade de puérperas, e a sintomatologia nem sempre é percebida pelas mesmas.

Através das literaturas consultadas, foi possível definir a DPP como uma doença emergente que afeta a saúde da mulher, o que repercute em sua relação social com toda a família, e em especial com o seu bebê.

Às vezes, a detecção da DPP torna-se difícil, pelos sintomas serem facilmente confundidos com as de uma tristeza pós-parto. Quando detectado a DPP em puérperas, é recomendável a realização de intervenção e acompanhamento por especialista e, em alguns casos, é imprescindível o uso de drogas para o tratamento.

As manifestações iniciais da DPP ocorrem nas primeiras quatro semanas após a realização do parto, tendo uma alta intensidade dos sintomas nos seis primeiros meses. Alguns autores citam os sintomas mais comuns, que são o desânimo persistente, sentimento de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas.

Alguns fatores como o menor nível de escolaridade e o baixo nível socioeconômico são os fatores mais comumente associados à DPP. Já os fatores psicossociais que mais apresentam associação a DPP, aparecem o baixo suporte social vivida pelas mães, passado com doença psiquiátrica, tristeza pós-parto, depressão pré-natal, baixa autoestima, ansiedade pré-natal, estresse na vida, gravidez não planejada. Tais fatores citados acima aparecem como os principais sinais para o desenvolvimento de uma DPP. Além de que alguns autores relatam a relação da DPP com fatores genéticos.

A alta prevalência de DPP nos dias atuais (10 a 15% em puérperas) reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento. O acompanhamento cuidadoso de mães, em especial aquelas que possuem baixa renda, por meio de ação integrada que leve em conta as variáveis associadas à depressão, pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que decorrem da DPP.

O conhecimento prévio, sobre os aspectos que levam as mães a apresentarem diversos transtornos psicoafetivos após o nascimento do bebê, representa a possibilidade da realização de uma intervenção multidisciplinar mais efetiva e com resultados bem sucedidos a curto prazo.

Com isso, espera-se que os distúrbios psicológicos detectados no ambiente da maternidade sejam referenciados e seja criada uma escala de autoavaliação pelos profissionais da saúde mental, para a repetição de um modelo médico de atendimento psicoterápico individual, para com aquelas puérperas que venham a desenvolver a DPP, além de que algumas mães adquirem a doença e não têm à disposição os serviços de saúde adequados de tratamento, principalmente aquelas que vivem distantes dos centros urbanos.

Dessa forma, é importante a atuação preventiva de equipes da saúde capacitadas na área da psicologia, para que possa proporcionar apoio às mães, principalmente a enfrentar os eventuais episódios de depressão. Mais do que isso, o conhecimento e atendimento precoce à mãe, que venha a apresentar alguma tristeza que o faça ficar deprimida, representa a possibilidade da prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de interação com o bebê, o qual pode trazer importantes repercussões ruins para o seu desenvolvimento posterior.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados obtidos com o levantamento bibliográfico, pode-se inferir que o desenvolvimento da DPP por puérperas proporciona uma série de sintomas nas mesmas, e que os sinais apresentados podem advir de fatores sociais e mentais. Uma vez desenvolvendo a DPP, a puérpera apresentará sintomas que

mudarão a sua relação com a família, bem como a relação com o bebê, que, como consequência, irá afetar diretamente no desenvolvimento do mesmo.

Existe uma dificuldade para a detecção dos sintomas da DPP, principalmente pela falta de capacitação dos profissionais da saúde, bem como a falta de vínculo dos mesmos com a puérpera. A utilização de uma escala de autoavaliação, embora ainda seja pouco estudada, surge com uma alternativa que pode contribuir para a detecção e o diagnóstico precoce da DPP, além de possibilitar que as puérperas mais receosas possam transcrever os seus sentimentos.

E os profissionais da área da Enfermagem são um importante aliado na contribuição para a prevenção, orientação, e detecção precoce da DPP, podendo refletir sobre a qualidade do atendimento prestado às mães no período gravídico e também no pós-parto.

Contudo, é necessário ressaltar a importância dos profissionais da área de saúde no geral, sobre o papel em desempenhar na detecção dos sinais e sintomas da DPP precocemente, com o intuito de impedir o sofrimento das mães e maiores consequências para o bebê.

POSTPARTUM DEPRESSION: KNOWLEDGE ABOUT THE SIGNS AND SYMPTOMS IN MOTHERS

ABSTRACT

The study deals with a literature review on the knowledge of signs and symptoms of postpartum depression disease. The aim of discussing about the signs and symptoms of postpartum depression in mothers and allow the visibility of this issue for postnatal mothers, professionals, and to society in general. Data collection is based on analysis of 19 scientific articles in psychology, nursing and medicine. For the acquisition of research articles platforms were used as the Scielo and Capes, which are references to the conduct of research. The articles were grouped as the central focus of this study thus were divided into: Definition of depression, postpartum depression, signs and symptoms of postpartum depression, diagnosis and treatment of postpartum depression. The results from the literature review about the signs and symptoms of postpartum depression, showed that it is a current disease that affects much of the mothers, and the signs and symptoms are rarely noticed. The initial signs of postpartum depression occur within the first four weeks after the completion of the delivery, with a high intensity of symptoms in the first six months, and the social and mental factors contributing to this occurrence. Thus professionals in the health area in general, have an important role in the detection of signs and symptoms of postpartum depression early, in order to prevent the suffering of mothers and greater consequences for the baby.

Key-words: Depression. Nursing. Obstetric. Delivery. Pregnancy.

REFERÊNCIAS

1. Baptista MN, Baptista ASD, Torres ECR. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic Ver Psicol Vetor* Ed 2006;7(1):39-48.
2. Silva ET, Bottin NCL. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. *Rev Eletrônica Enferm* 2005;7(2):231-8.

3. Silva FCS, Araújo TM, Araújo MFM, Carvalho CML, Caetano JA. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta Paul Enferm* 2010;23(3):411-6.
4. Gonçalves CAV, Machado AL. Vivendo com a depressão: história de vida de mulheres. *Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo*. 2008;42(3):461-6.
5. Solomon A. *O demônio do meio-dia*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2002.
6. Falcone VM, Mader CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nobrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*. ago., 2005;39(4):612-8.
7. Organização Mundial de Saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança*: Geneva (CH): MS; 2001.
8. Lara MA, Navarro C, Acevedo M, Berezon S, Mondragon L, Rubi NA. A intervenção psicoeducativo para mulheres com depressão: uma análise qualitativa do processo. *Rev. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2004;20(3):818-28.
9. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Baguittoni E, Rennó JJ. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev. Psiqu. Clín, São Paulo*. 2006;33(2):92-102.
10. Francielle CF, Jane TDC. Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. *Revista Panorâmica On-Line. Barra do Garças-MT*. jul. 2013;14:15-34.
11. Leung S, Arthur DG, Martinson I. Stress in women with postpartum depression: a phenomenological study. *J Adv Nurs*. 2005;51(4):353-60.
12. Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(4):181-8.
13. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80(3):251-5.
14. Cooper P, Murraym L. The course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*. 1995;166:191-5.
15. Austin MP. Antenatal screening and early intervention for perinatal distress, depression and anxiety: Where to from here? *Archive of Woman Mental Health*. 2004;7(1):1-6.
16. Klaus MH, Kennel JH, Klaus P. *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para independência*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

17. APA - American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical of mental manual disorders. Fourth edition. Text revision. Washington-DC: American Psychiatric Association; 2000.

18. Barros SMO, Marin HF, Abrao ACFV. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: ROCA; 2002.

19. Lopez JRRA, Pedalini R. Depressão pós-parto: revisão epidemiológica, diagnóstica e terapêutica. Inf Psiquiatr 1999;18(4):115-8.

Recebido em: 11.08.15 Aceito em: 21.03.16
--