



Tramitação Editorial:

Data de submissão (recebimento):
01/01/2020.

Data de reformulação: 10/02/2020

Data de aceitação (expedição de carta de aceite): 01/03/2020

Data de disponibilização no site (publicação): 20/03/2020

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4292361>

Publicado: 2020-03-20

AVALIAR OS MOTIVOS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO BIBLIOGRAFICA DE LITERATURA

EVALUATING THE REASONS FOR POST-DELIVERY DEPRESSION: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW OF LITERATURE

*Mylla Walleska Pereira Lopes¹
Jonas Rodrigo Gonçalves²*

Resumo

O tema deste artigo é: Avaliar os motivos da Depressão pós-parto: uma revisão bibliográfica de literatura. Investigou-se o seguinte problema: Quais os impactos gerados na vida de uma puérpera diagnosticada com Depressão pós-parto? Cogitou-se a seguinte hipótese: espera-se encontrar respostas para identificar precocemente uma gestante em risco de desenvolver a Depressão pós-parto e através disso direcionar o atendimento de qualidade a esse grupo de risco. Buscando também a melhor forma de fortalecer o vínculo mãe-filho, outrora fragilizado pela Depressão pós-parto. O objetivo geral é identificar os sintomas primários causados pela Depressão pós-parto e as intervenções eficazes para o tratamento segundo a literatura. Este trabalho é importante para os enfermeiros conhecerem a Depressão pós-parto e entenderem quando estão com DPP (Depressão pós-parto). Para a ciência, é

¹ Graduanda em Enfermagem pela Unip (SP). CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0083016923153375>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3720-9919>. E-mail myllalopes38@gmail.com.

² Doutorando em Psicologia (Cultura Contemporânea e Relações Humanas). Mestre em Ciência Política (Políticas Públicas, Direitos Humanos e Cidadania). Especialista em Letras (Revisão de Texto); Didática do Ensino Superior em EAD; Formação em EAD; Docência na Educação Superior; Gestão do Agronegócio. Licenciado em: Letras (Português/Inglês); Filosofia; e Sociologia. Professor das faculdades: Processus (DF); CNA (DF); Fasesa (GO); e Unip (SP). Escritor; Revisor; Editor. E-mail: professorjonas@gmail.com.

relevante conhecer cada fase da Depressão. Agrega à sociedade por orientar quando há o enfrentando de uma Depressão e seu devido tratamento. Trata-se de uma revisão bibliográfica com uso da dialética.

Palavras chave: Mulher. Depressão. Assistência de Enfermagem. Lactante. Maternidade.

Abstract

The theme of this article is: Assessing the reasons for postpartum depression: A literature review. The following problem was investigated: "What are the impacts on the life of a child diagnosed with postpartum depression?". The following hypothesis was considered: "It is expected to find answers to early identify a pregnant woman at risk of developing postpartum depression and, through this, direct quality care to this risk group. Also looking for the best way to strengthen the mother-child bond, once weakened by postpartum depression". The general objective is "To identify the primary symptoms caused by postpartum depression and the effective interventions for treatment according to the literature". This work is important for a nurse to know what postpartum depression is and to understand when she is with DPP (Postpartum depression); for science, it is relevant to know each stage of depression; it adds to society by the fact of knowing when it is facing a depression and if due treatment. This is a bibliographic review using dialectic.

Keywords: Women. Depression. Nursing care. Nursing. Maternity.

Introdução

Através de pesquisas e estudos serão avaliados os reais motivos da Depressão pós-parto (DPP). Os avanços do conhecimento científico dos fenômenos físicos em obstetria e ginecologia têm proporcionado habilidades fundamentais aos enfermeiros e médicos, permitindo a prática de assistência que supra as necessidades mais específicas das mulheres. No entanto, as condutas baseadas apenas nos aspectos biológicos são insuficientes, precisam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período reprodutivo.

Diante dessa necessidade surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), na década de 1980, enfocando o conceito de atenção integral e redimensionando o significado do feminino no contexto social, no qual as mulheres deixaram de ser vistas apenas como reprodutoras, ou parideiras, e o cuidado com a saúde passa a ser produzido com visão ampliada, sem restrição apenas ao ciclo gravídico-puerperal e ao binômio mãe-filho (BERETTA et al, 2008).

Este artigo propõe responder ao seguinte problema: quais os impactos gerados na vida de uma puérpera diagnosticada com Depressão pós-parto? A Depressão é uma epidemia que se alastra pela sociedade e atinge pessoas de diferentes faixas etárias. É classificada no grupo das doenças afetivas, ou seja, doenças que apresentam evolução cíclica, que alternam períodos depressivos com fases de absoluta sanidade. Os transtornos depressivos podem ser classificados de várias formas, podemos citar sinais como a desregulamentação do humor, o transtorno depressivo maior, o depressivo persistente, entre outros.

A palavra Depressão frequentemente é associada com reações diante do sofrimento e o sentimento de perda, é considerada uma doença pós-moderna. Por sua prevalência (uma em cada seis pessoas da população em algum momento da vida experiencia esta síndrome) e custos sociais é uma importante questão de saúde

pública da atualidade. Considerando o gênero, é a quinta doença mais onerosa para a saúde das mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p.03).

A hipótese levantada foi encontrar respostas para identificar precocemente uma gestante em risco de desenvolver a Depressão pós-parto. Considerando a importância de uma intervenção adequada na Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem como base o trabalho em equipe multiprofissional, interdisciplinar e a abordagem da família, os profissionais médico e enfermeiro estão em posição favorável para detectar precocemente e intervir, evitando o agravamento do processo da Depressão puerperal.

No processo de DPP é possível visualizar e identificar algumas características comuns, como a presença de humor triste, relato de vazio e irritabilidade. Apresentando inclusive alterações do sistema simpático e cognitivo, que afetam diretamente a capacidade de funcionamento mental do indivíduo. É interessante ressaltar que a diferença entre os transtornos ocorre através da duração dos eventos depressivos, caracterizados por episódios distintos de no mínimo duas semanas de duração (FURLAN et al, 2010).

Nesse mesmo contexto, o objetivo geral é identificar os sintomas primários causados pela Depressão pós-parto e as intervenções eficazes para o tratamento de acordo com a literatura. Podemos relatar que o diagnóstico é gerado por um único episódio, exigindo atenção especial para a verificação de suas peculiaridades, dentre elas a tristeza e o luto que podem ter intensidade distintas. A forma mais crônica da Depressão é o Transtorno Depressivo Persistente, que pode ser diagnosticado através da análise criteriosa dos relatos de evidências de perturbação do humor contínuo, por pelo menos dois anos em adultos e um ano em crianças.

De acordo com os estudos epidemiológicos a prevalência da Depressão ao longo da vida no Brasil está em torno de 15,5%. Segundo a OMS a predominância da Depressão na rede de atenção primária de saúde é de 10,4% isoladamente ou associada a um transtorno físico. A Depressão também ocupa o quarto lugar entre as principais causas de ônus, ou melhor, é responsável por 4,4% dos gastos em saúde pública. A época mais comum ao surgimento é o final da 3ª década da vida, podendo começar em qualquer idade (ALVARENGA, 2013, p. 402-410).

A incidência maior ocorre em mulheres, 20%, e em homens é de apenas 12%. Os objetivos específicos deste trabalho são: verificar segundo a literatura os motivos que desencadeiam a Depressão pós-parto e investigar formas mais eficazes de tratamento.

A Depressão em mulheres é documentada e discutida em diversos estudos, a Depressão pós-parto (DPP) alcançou maior evidência, pois acomete entre 10 e 20% das mães, em alguns casos chega a 40% de incidência e está associada a uma série de variáveis biológicas, sociais e psicológicas que por diversos fatores podem gerar doenças fisiológicas de risco para a gestação, o que levanta um alerta para a assistência de enfermagem em conjunto com uma boa equipe multidisciplinar para realizar o acolhimento dessas mulheres preventivamente (FURLAN et al, 2010).

É imprescindível produzir estudos que relatem a Depressão pós-parto, pois é uma patologia com sintomas e sinais que precisam de atenção da equipe multidisciplinar. Quando detectada precocemente pode ser efetuado o tratamento apenas com a intervenção da psicoterapia. Contudo, nas fases mais avançadas da doença a intervenção medicamentosa é necessária.

A realização desse estudo auxiliará a enfermagem na identificação dos sintomas causados pela Depressão e as intervenções eficazes para o tratamento, e tornará mais ágil a obtenção do tratamento.

Este trabalho agrega valor para a sociedade, pois auxilia na percepção da doença, suas características e estágios, na busca por ajuda médica, permitindo o início imediato do tratamento.

É uma pesquisa qualitativa, os dados foram obtidos por meio de pesquisa bibliográfica, considerando os aspectos e números de pacientes que portaram a doença no período de pós maternidade, com características iguais ou parecidas com a Depressão, profunda ou em outros estágios. O trabalho é uma revisão bibliográfica com o uso da dialética. A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisa bibliográfica nas seguintes bases de dados: Eletronic Libray online (Scielo), Periódicos da Capes e Biblioteca Virtual em saúde (BVS). Os descritores utilizados de acordo com o vocabulário de termos em Descritores em ciência de saúde (DECS) foram: mulher, depressão, assistência de enfermagem, lactante, maternidade.

Foram aceitos para esta revisão bibliográfica estudos originais e de revisão que estivessem disponíveis online e gratuitos em plataformas como o Google Acadêmico através das palavras chaves: Mulher, Maternidade e Depressão. Os estudos incluídos abrangiam o recorte temporal de 2010 até 2020. Apenas no idioma português. Foram excluídos artigos com mais de 10 anos, relatórios de pesquisas, editoriais, cartas ao editor, monografias, dissertações.

Diante da contextualização, o artigo propõe apresentar uma revisão de literatura dos trabalhos publicados de acordo com os critérios especificados anteriormente, leitura íntegra e seleção dos artigos de interesse coletivo para compor o trabalho, propocionando comparações sobre a metodologia, os resultados e as conclusões (GONÇALVES, 2019,p.30).

Avaliar os motivos da Depressão pós-parto: uma revisão bibliográfica de literatura

As evidências científicas mostram que a etiologia da Depressão pós-parto não está esclarecida, porém está associada ao relacionamento conflituoso com o pai da criança, com familiares, a ausência de apoio familiar, o desemprego, a escolaridade, o baixo nível socioeconômico, entre outros (SANTOS et al, 2015).

Os fatores fisiológicos como a privação de sono, a dor no pós-parto, as alterações hormonais durante a gestação e lactação, a produção de leite insuficiente e a falta de conhecimento sobre o aleitamento materno, e ainda as situações atípicas, como a gestação advinda de estupro, a gravidez na adolescência, e a gravidez não planejada são fatores que corroboram com a DPP (SANTOS, 2014, p.34).

É importante estabelecer uma peculiaridade, a tristeza pós-parto é quase fisiológica. Dependendo da estatística, de 50% a 80% das mulheres apresentam tristeza, disforia e irritabilidade que têm início normalmente no terceiro dia após o parto, dura uma semana, 15 dias no máximo, e desaparece espontaneamente. A depressão pós-parto começa algumas semanas depois do nascimento da criança e deixa a mulher incapacitada, com dificuldade de realizar as tarefas cotidianas. (NAVAS, 2011, p.14).

A DPP ocorre em fases que por suas características ímpares colaboram o quadro de Depressão. A primeira fase ocorre com as mudanças corporais e a aceitação da condição de gravidez. A segunda fase caracteriza-se pela aceitação de gerar um ser, com o início dos movimentos fetais e exames ecográficos, nos quais há a visualização do feto.

A terceira fase acontece quando a mulher deixa de se ver como filha e passa a se perceber mãe. Na quarta fase o relacionamento conjugal precisa se ajustar aos

novos papéis. A quinta fase corresponde ao último período da gestação, no qual a mulher se prepara fisiologicamente e emocionalmente para o parto, momento da separação (COSTA, 2012, p.06-11).

A sexta fase ocorre após o nascimento, vai de encontro com o bebê real, que pode ou não corresponder ao bebê imaginário. A sétima fase decorre da reconstrução do vínculo com os demais filhos, caso existam (COSTA, 2012, p.06-11).

A Teoria da Vinculação de Bowlby tem como objetivo explicar como ocorre o vínculo mãe e bebê através dos comportamentos e necessidades do bebê que está em adaptação com a figura cuidadora. Esta teoria organiza-se em quatro fases (SOARES et al, 2015).

É interessante ressaltar que existe uma teoria denominada Teoria do Apego, também de Bowlby, que propõe a necessidade emocional humana criando vínculos afetivos saudáveis, com o intuito de trazer conforto, proteção, carinho e amor, além do instinto de sobrevivência humano (SOARES et al, 2015).

Esses vínculos são de suma importância no processo de interação entre a mãe e o bebê, momento em que o enfermeiro atuará da melhor forma para que o processo seja eficaz, mesmo sendo um longo processo de trabalho é necessário que outros profissionais atuem em conjunto.

Embora se desconheça claramente sua etiologia, alguns fatores podem contribuir para a precipitação da DPP, como a baixa condição socioeconômica, a não aceitação da gravidez, o maior número de gestações, de partos e de filhos vivos. O menor tempo de relacionamento com o companheiro, a história de problemas obstétricos, o maior tempo para tocar no bebê após o nascimento, a violência doméstica, pouco suporte por parte do companheiro, sobrecarga de tarefas e experiência conflituosa da maternidade (SANTOS JUNIOR, 2009).

Além do trabalho interdisciplinar envolvendo a psiquiatria, a obstetrícia e a enfermagem é preciso compreender que o tratamento para a depressão pós-parto e a psicose puerperal são diferentes um do outro, diversificado caso a caso, pode ser leve, moderado ou grave.

Usa-se a escala de EDPE, que tem por finalidade a identificação e a mensuração da intensidade da DPP, trabalha através da pontuação de 0 a 3 para os sintomas apresentados pela mulher, o total de todos os sintomas pode variar de 0 a 30, sendo consideradas com Depressão as mulheres que pontuarem ≥ 12 (FONSECA et al, 2010).

Quando há caso de DPP e psicose puerperal pode ser recomendada intervenção medicamentosa adicional à psicoterapia, levando em conta os efeitos adversos para a mãe e o bebê, obviamente. Porém, essa recomendação é feita quando há o balanço dos riscos versus benefícios, e depende da gravidade da Depressão (FERNANDES et al, 2013).

A psicoterapia é considerada uma boa opção para os casos leves e moderados, por oferecer mais segurança para a criança e a mãe, não interferindo na amamentação e sem contraindicações. Essa intervenção contribui para que a gestante/puérpera compreenda sua patologia, os riscos que a cercam, os efeitos negativos, mas acima de tudo que é possível a remissão quando adere ao tratamento, dispondo ao sucesso (OLIVEIRA et al, 2016).

O tratamento fará com que se sinta segura e compreendida, desenvolvendo a autoconfiança fundamental para o sucesso do tratamento, pois a mulher verbaliza, expressa seus medos e sentimentos, reflete e permite o autoconhecimento sobre a maternidade em totalidade.

O tratamento farmacológico normalmente é recomendado para casos de maior

gravidade ou quando o tratamento psicoterápico não é eficaz. São mensurados os riscos do uso de antidepressivos durante a lactação, pois há risco de que esses fármacos alterem o leite materno, conseqüentemente é usada a Paroxetina e a Sertralina (OLIVEIRA et al, 2016).

É importante destacar que ao aceitar tratamentos medicamentosos é preciso consciência acerca dos efeitos colaterais, como a irritabilidade, as alterações do sono, a alimentação, as alterações de peso, as irritações cutâneas, entre outros. Também é importante frisar os riscos de abandono do tratamento, visto que a maioria dos fármacos da classe dos anti-depressivos necessitam da realização de desmame. É importante a adesão ao tratamento para obter os resultados esperados, a diminuição dos sintomas ou a total remissão da doença (OLIVEIRA et al, 2016).

Entre os fatores que podem contribuir para a precipitação da Depressão pós-parto, evidenciam-se os biológicos, obstétricos, psicológicos e sociais. A terapia medicamentosa pode não ser a mesma utilizada para outros tipos de Depressão, existem psicoterápicos (SILVEIRA, 2009, p.45)

A eletroconvulsoterapia poderá ser inserida no tratamento de casos mais graves da DPP, no caso da puérpera não responder positivamente à terapia medicamentosa e psicoterapia, em situações extremas, nas quais o risco de suicídio é maior (COSTA,2012, p.06-11).

Esta terapia consiste indução de convulsões generalizadas com intervalos de 20 a 150 segundos, através de uma corrente elétrica no encéfalo. Estudos mostram que o risco durante a gestação é mínimo, podendo ser realizado com segurança.

A Depressão Feminina no Puerpério

Para contextualizar o estudo da Depressão pós-parto, além da identificação da época de puerpério em que ocorrem os sintomas depressivos, é necessária a apresentação de suas características, seus principais sintomas e fatores associados. Há a indicação da sua prevalência em mulheres após o nascimento de um bebê, além dos instrumentos para o diagnóstico deste transtorno psicoafetivo.

Abordando especificamente a população feminina, conforme o estudo de Lara, Acevedo e Berenzon (2004,p.808), os dados epidemiológicos mostram que a prevalência da Depressão ocorre numa razão de duas mulheres para um homem. Especialmente depois do nascimento de um bebê, de acordo com Kaplan e Sadock (1990), entre 20% e 40% das mulheres têm sido evidenciada uma perturbação emocional ou disfunção cognitiva no período pós-parto.

Nesta perspectiva a experiência materna focalizada durante o puerpério merece ser compreendida e estudada, para que seja possível apreender o conhecimento oriundo do senso comum acerca da vivência materna mediada pelo adoecimento psíquico (SARAIVA, 2007, p.56).

O estudo da Depressão da mulher na fase do puerpério pressupõe a compreensão e a definição da intensidade dos sintomas humorais associados ao período após o nascimento do bebê que podem variar desde a melancolia da maternidade (baby blues) até as psicoses puerperais, passando pela Depressão pós-parto propriamente dita.

A melancolia da maternidade também denominada de tristeza pós-parto por Kaplan e Sadock (1990), caracteriza-se por um distúrbio de labilidade transitória de humor que atinge cerca de 50% das novas mães entre o terceiro e o quinto dia após o parto, tendo geralmente remissão espontânea. Muitas mães experimentam um

estado normal, com sentimentos de melancolia, disforia, choros frequentes, ansiedade, irritabilidade e dependência.

Estes sentimentos podem durar vários dias, têm sido atribuídos à rápida mudança nos níveis hormonais, ao estresse do parto e consciência da responsabilidade aumentada que a maternidade traz. Em casos raros, de 1 a 2 em cada 1.000 nascimentos, a psicose pós-parto pode desenvolver na mãe caracterizada por ansiedade severa, alucinações e delírios, frequentemente requer tratamento intensivo e hospitalização, ocorrendo entre as duas primeiras semanas após o parto.

A fim de caracterizar a Depressão pós-parto foram excluídos desta análise teórica os estudos sobre a melancolia da maternidade e a psicose puerperal, e foi definido como puerpério o período após o parto que varia entre 15 e seis meses de vida do bebê (SIERRA MANZANO et al, 2007).

A pesquisa de Schwengber e Piccinini (2003,p.403) apresenta uma revisão da literatura sobre as características da depressão pós-parto e os fatores de sua ocorrência, indicando que ocorre acompanhada de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos.

É conflituosa a experiência da maternidade como fator de risco para a Depressão da mãe, uma vez que implica mudanças profundas na identidade da mulher e a admissão de novos papéis. Mães deprimidas tendem a perceber a própria experiência de forma mais negativa do que mães não-deprimidas.

No estudo desenvolvido por Saraiva (op. cit.) com o objetivo de apreender as representações sociais da Depressão pós-parto e da experiência materna com mães de baixa renda da cidade de João Pessoa, Paraíba, responderam o teste de associação livre de palavras, entre outros instrumentos aos quais foram submetidas.

Suas evocações relacionaram a Depressão com tristeza, as mães com sintomatologia ancoraram a Depressão em elementos psico-orgânicos, enquanto as sem sintomatologia depressiva categorizaram-na em manifestações valorativas, histórico-factuais e orgânicas, destacando a palavra “aperreio”, expressão linguística utilizada na região Nordeste do Brasil.

Segundo os resultados da investigação de Schwengber e Piccinini (2003,p.403) há evidência de associação entre a ocorrência da Depressão pós-parto e o pouco suporte oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento. A ausência de planejamento da gestação, o nascimento prematuro, a dificuldade de amamentar, as dificuldades no parto e às vezes a morte do bebê também consistem em fatores associados ao aparecimento da Depressão materna.

Além destes fatores, a pesquisa dos autores citados apresenta alguns estudos que mostram associação entre a Depressão da mãe e eventos estressantes, como problemas de saúde da criança, dificuldades relacionadas ao retorno ao trabalho e adversidades socioeconômicas.

Variáveis sociodemográficas como idade, nível educacional e estado civil da mãe não têm apresentado uma associação consistente com a ocorrência da Depressão pós-parto. Contudo, entre esses fatores o estado civil tem aparecido em alguns estudos como mais associado a esse quadro, especialmente entre mães solteiras sem apoio social.

Segundo Cruz, Simões e Faissal-Cury (2005,p.181) a partir de evidências identificadas em estudo com uma amostra de 70 puérperas usuárias de um serviço público de saúde na cidade de São Paulo, quanto maior a percepção de suporte social do parceiro menor a prevalência da Depressão pós-parto.

Estes resultados corroboram com Saraiva (2007), no qual as mães puérperas

deprimidas ancoraram as representações sociais da Depressão puerperal em seus fatores desencadeantes, objetivados nas conflituosas relações sociais familiares e amorosas. A evidência da relação entre a qualidade do relacionamento conjugal e a Depressão materna é também confirmada com o resultado de um levantamento de estudos teóricos e empíricos realizado por Sotto-Mayor e Piccinini (2005,p.135).

A respeito das condições socioeconômicas, as pesquisas de Da-Silva et al. (1998), Sierra-Manzano et al. (2002), Moraes et al. (2006) e Saraiva (2007) apontam para a identificação do sofrimento materno com a situação de pobreza em que viviam as participantes investigadas.

De acordo com Inandi et al. (2002) a baixa educação, a pobreza e uma conflituosa relação familiar concorrem fortemente com o aparecimento da Depressão pós-parto. A baixa autoestima, os fatores socioeconômicos e a gravidez indesejada ou não-planejada são associados com a Depressão puerperal (BECK, 2001; SARAIVA, 2007).

Várias investigações no Brasil e em outros países abordam a prevalência deste transtorno nas mulheres após o parto. Dentre as pesquisas brasileiras, Saraiva (2007) e Da-Silva et al. (1998) relataram um predomínio entre 32% e 38% de Depressão puerperal em mulheres brasileiras de baixa renda. Os estudos de Santos, Martins e Pasquali (1999) e Cantilino et al. (2003) cujos achados apontaram, respectivamente, para a incidência da Depressão materna em 13,4% e 13,3% das amostras pesquisadas.

A prevalência de Depressão pós-parto encontrada no trabalho de Faisal-Cury et al. (2004), foi de 15,9% e no estudo de Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) foi de 19,1%. Moraes et al. (2006) identificaram a prevalência da Depressão pós-parto em torno de 19,1% das mulheres pesquisadas.

Estudos estrangeiros identificaram o percentual de ocorrência da Depressão pós-parto entre as mulheres no período do puerpério. Nos Estados Unidos da América esse percentual ficou em torno de 13% no estudo de Beck (2001) e 39% no estudo de Howell, Mora e Leventhal (2006).

Num estudo com mulheres dos Emirados Árabes foi registrada a prevalência de 18% de Depressão pós-parto (Abou-Saleh; Ghubash, 1997). Boyce et al. (2000) encontraram a incidência entre 10% a 15% de Depressão puerperal em mulheres australianas.

Na Índia os estudos de Chandran et al. (2002) estabelecem uma prevalência que varia de 16% a 19,8% . Na Turquia a pesquisa de Inandi et al. (2002) identificou o predomínio de 27,2% de mulheres com Depressão pós-parto. Na Espanha a pesquisa de Sierra Manzano et al. (2002) registrou a ocorrência de Depressão em 15,7% das mulheres puérperas. No Reino Unido Howard (2005) registrou a ocorrência entre 12% e 13% de Depressão puerperal na amostra estudada.

Segundo Camacho et al. (2006,p.92) além da avaliação e do diagnóstico clínico realizado por profissional especialista em saúde mental, o rastreamento da Depressão pós-parto para fins de pesquisa melhorou com o uso de escalas de avaliação psicológica com questões específicas sobre o humor deprimido em mulheres na fase do puerpério.

Pensando nessa praticidade foram criadas duas escalas desenhadas especificamente para o rastreamento de Depressão pós-parto: a Escala de Edinburgh (*Edinburgh Postpartum Depression Scale - EPDS*) em 1987, e a *Postpartum Depression Screening Scale - PDSS*, em 2000.

A Escala de Edinburgh, desenvolvida na Grã-Bretanha por Cox, Holden e

Sagovsky (1987) é o primeiro instrumento, encontrado na literatura, proposto para rastrear especificamente a Depressão pós-parto. A EPDS é um instrumento de auto-registro com dez questões de sintomas comuns de Depressão e utiliza formato de respostas do tipo Likert.

A mãe escolhe as respostas que melhor descrevem o modo como se sentiu na última semana. Esta escala possui tradução para onze idiomas e foi submetida a estudos de validade em vários países, inclusive no Brasil, por Santos, Martins e Pasquali (1999), com amostra de mulheres residentes em Brasília-DF e por Cantilino et al. (2003) com amostras de puérperas em Recife-PE.

Na literatura científica sobre a Depressão materna, registra-se a utilização da Escala de Edinburgh nos estudos de Da-Silva et al. (1998); Abou-Saleh e Ghubash (1997); Webster et al. (2000); Johnstone et al. (2001); Inandi et al. (2002); Sierra Manzano et al. (2002); Tam et al. (2002); Edhborg et al. (2003); Cruz, Simões e Faissal-Cury (2005); Azevedo e Arrais (2006); e Saraiva (2007).

A segunda escala de rastreamento da Depressão pós-parto, a PDSS é uma escala de autoavaliação do tipo Likert, que contém 35 itens que avaliam sete dimensões: distúrbios do sono/apetite, ansiedade/insegurança, labilidade emocional, prejuízo cognitivo, perda do eu, culpa/vergonha e intenção de causar dano a si.

Cada dimensão é composta de cinco itens que descrevem como uma mãe pode estar se sentindo após o nascimento de seu bebê (BECK; GABLE, 2000).

Após contextualizar o estudo da Depressão pós-parto, a seguir apresentaremos as aproximações teóricas sobre a temática, relacionando com a experiência materna.

Aspectos Conceituais

Estudos recentes de saúde mental relacionados ao parto desencadearam mudança no conceito específico de Depressão pós-parto (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 período (AUSTIN, 2004, p.07).

A Depressão pós-parto geralmente inicia da quarta até a oitava semana após o parto (por vezes mais tarde, mas ainda dentro do primeiro ano) e pode persistir por mais de um ano (Cooper & Murray, 1995; Klaus, Kennel & Klaus, 2000). De acordo com o DSM-IV-TR, (APA, 2000) o Transtorno Depressivo Maior pode ter como especificador o pós-parto, desde que este início ocorra no período de 4 semanas após o nascimento.

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 incapacidade de lidar com novas situações e queixas psicossomáticas. Uma mãe com Depressão pós-parto pode apresentar também sintomas como cefaléia, dores nas costas, erupções vaginais e dor abdominal, sem causa orgânica aparente (KLAUS e col., 2000).

A sintomatologia depressiva não difere daquela 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 delirante (APA, 2000, p.11).

Os transtornos do humor que acometem as mulheres no período pós-parto incluem também a melancolia da maternidade, conhecida ou denominada de baby blues (O'Hara, 1997; Souza, Burtet & Busnello, 1997), ou tristeza pós-parto (APA,

2000), além das psicoses puerperais. O baby blues é caracterizado por um curto período de emoções voláteis, que comumente ocorrem entre o segundo e o quinto dia após o parto, tendo geralmente remissão espontânea (O'HARA, 1997; SOUZA e col., 1997).

As psicoses puerperais manifestam-se através de sintomas intensos, incluindo ruminações graves ou pensamentos delirantes em relação ao bebê, e risco significativamente aumentado de danos ao mesmo. O infanticídio está associado com maior frequência com episódios psicóticos no pós-parto, alucinações de comando ou delírios de possessão envolvendo o bebê, requer tratamento intensivo e, por vezes, hospitalização.

Corroborando esses dados com um estudo prospectivo que objetivou identificar a presença de Depressão pós-parto, 570 gestantes foram avaliadas durante o último trimestre de gravidez, aos três meses e aos 18 meses após o nascimento foi constatado que a Depressão no último trimestre de gestação esteve mascarada, envolvendo manifestações de ansiedade e irritabilidade direcionada aos outros ou a si, foi destacada a dificuldade e a importância da detecção precoce deste transtorno (RIGHETTI, BOUSQUET & MANZANO, 2003).

Conceitos Epidemiológicos

A maioria dos estudos afirma que a DPP atinge de 10% a 15% das mulheres (Beck, 2001; Chandran, Tharyan, Muliylil & Abraham, 2002; Hanna, Jarman & Savage, 2004; Righetti e col., 2003) e nos Estados Unidos está presente em 10% a 20% das mulheres nos seis primeiros meses após o parto, elevando esta taxa para 25% ou mais em mulheres com história de Depressão pós-parto anterior (CLAY & SEEHUSEN, 2004, p.78).

A estimativa de prevalência de Depressão pós-parto e sua relação com a presença de eventos vitais e de padrões de enfrentamento foi investigada por meio de estudo que envolveu 113 mulheres no 10º dia de puerpério na Clínica Obstétrica da Escola Médica da Universidade de São Paulo. Nesse estudo a prevalência de DPP foi de 15,9% identificados pelo Beck Depression Inventory (1961), Holmes and Rahe Schedule of Recent Events (1967), Folkman and Lazarus Ways of Coping (1985) e por um questionário de dados sociodemográficos, porém as mulheres que participaram desta pesquisa apresentaram nível educacional mais baixo e tinham estratégias de enfrentamento menos adequadas, variáveis que podem ter influência na etiologia deste transtorno (FAISAL-CURY, TEDESCO, KAHALE, MENEZES & ZUGAIB, 2003, p.112).

A presença de sintomatologia depressiva no pós-parto foi também pesquisada em 125 gestantes acompanhadas até os 2 meses após o parto, foi encontrada uma incidência de 22,4% de quadros depressivos no puerpério (Alvarado e col., 2002). Em outro estudo com 73 mulheres, entre 16 e 40 anos, avaliadas no período de 3 a 6 meses após o parto, segundo a escala de Depressão pós-parto de Edinburgo (EDPS), verificou que 32,9% das mulheres da amostra apresentavam sintomatologia depressiva (COUTINHO, BAPTISTA & MORAES, 2002,p.44).

É importante a identificação da DPP em razão de seus efeitos devastadores sobre as crianças, esse processo diagnóstico foi efetivado por meio de diferentes escalas (Boukobza, 2000), entre elas a Edinburgo Postnatal Depression Scale (EPDS). Um estudo com 1.154 mulheres em que esta escala foi aplicada no 2º ou 3º dia pós-parto constatou ser um instrumento útil na identificação de mulheres com risco

de Depressão nesta fase (TEISSEDREL & CHABROL, 2004, p.32).

A incidência do baby blues é de 80 a 90% e é considerada uma reação normal no puerpério imediato, atingindo as mães na primeira semana após o parto, tendo remissão espontânea. É fundamental a distinção entre o episódio de humor pós-parto e a tristeza pós-parto, que afeta até 70% das mulheres nos 10 dias após o parto, é transitória e não prejudicial.

A psicose pós-parto é considerada mais rara, afeta 1 a 2 em cada 1.000 mulheres (APA, 2000; Gale, S. & Harlow, 2003; Klaus e col., 2000), tende a apresentar maior incidência em primíparas (APA, 2000). É importante a distinção destes transtornos do humor no pós-parto, pois podem trazer consequências a longo prazo, afetando o desenvolvimento social e psicológico da criança (GALE & HARLOW, 2003, p.45).

Considerações Finais

A partir dos artigos analisados por este estudo foi possível concluir que a Depressão pós-parto (DPP) é uma patologia que traz sintomas e sinais que precisam da dedicação de uma equipe multidisciplinar. Quando detectada precocemente há a possibilidade de tratamento apenas com a intervenção da psicoterapia. Porém, nas fases mais avançadas da doença a intervenção medicamentosa é necessária.

A Depressão pós-parto é um tema presente na discussão em ordem mundial, com crescente aumento de trabalhos científicos publicados entre a década de 1990 e a de 2000, com a predominância de pesquisas com abordagem quantitativa, evidenciando uma possível lacuna no enfoque qualitativo.

Estudos evidenciaram que a Depressão pós-parto é um problema latente e um campo aberto para exploração, uma realidade cada vez mais constante no cotidiano de trabalho dos profissionais da Atenção Básica, na qual médicos e particularmente enfermeiros estão em posição favorável para detectar precocemente e intervir, evitando o agravamento do processo da Depressão puerperal.

Além disso, é evidente que a família desempenha papel importante para o diagnóstico precoce e também para a cura. Diante da discussão dos artigos é interessante que mais pesquisas do tipo quantitativa e qualitativa sobre a temática sejam realizadas, pois este é um assunto que exige mais investigações científicas devido ao crescente aumento de incidência na atualidade e a seu viés subjetivo.

É fundamental refletir a importância da atenção precoce na DPP, visando intervenções profissionais que proporcionem o apoio que necessitam para enfrentar o desafio de ser mãe sem perder a identidade, a inserção social, a relação parental, entre tantos.

Referências

ALVARENGA P, Palma EMS: **Indicadores de Depressão Materna e a Interação Mãe-Criança aos 18 Meses de Vida**. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v.44, n.3,pp.402-410,jul/set.2013.

ASSOCIATION AP: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5ª. Ed. Transtornos Depressivos. Tradução: Nascimento MIC[et al.] dados eletrônicos. Porto Alegre:2014 p. 155-188.

ABOU-SALEH, M. T.; GHUBASH, R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity. In Dubai: a transcultural perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Aalborg, Dinamarca, v. 95, n. 5, p. 428-432, 1997.

BERETTA Mir; ZANETI Dj; Fabbro Mrc; FREITAS Ma; RUGGIERO Sem; DUPAS G: **Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal**. Rev. Eletr. Enf. 2008;10(4):966-78.

BECK, C.T. Predictors of postpartum depression: an update. **Nursing Research**, Chapel Hill, Carolina do Norte, v. 50, n. 5, p. 275-285, 2001.

BOYCE, P. M.; JOHNSTONE, S. J.; HICKEY, A. R. *et al.* Functioning and well-being at 24 weeks postpartum of women with postnatal depression. **Archives of Women's Mental Health**, Hamilton, Canadá, v. 3, n.3, p. 91-97, 2000.

COSTA, Ana. **R.F.M.O. Pedagogia: Representações Mentais de Mães com Depressão Pós-Parto e o seu Impacto nas Interações Mãe-Bebê**. Beja – Portugal – 2012.

CLAY, E. C. & SEEHUNS, D. A. (2004). A review of postpartum depression for the Primary Care Physician. **Southern Medical Journal**, 97(2), 157-161.

CANTILINO, A; ALBUQUERQUE, C; CANTILINO, G. *et al.* **Validação da escala de depressão pós-parto de Edinburg (versão em português) no Nordeste do Brasil**. Trabalho apresentado no XXI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2003, Goiânia, GO.

CAMACHO, R. S.; CANTINELLI, F. S.; RIBEIRO, C. S. *et al.* 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.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 181-188, 2005.

CHANDRAN, M.; THARYAN, P.; MULIYIL, J. *et al.* Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India: incidence and risk factors. **The British Journal of Psychiatry**, Londres, v. 181, n.6, p. 499-504, 2002.

FERNANDES, Francielle; COTRIN, Jane T. D. **Psicologia: Depressão Pós-Parto e suas Implicações no Desenvolvimento Infantil**. Barra do Garças – MT – 2013.

FONSECA, Vera R. *et al.* **Psicologia: Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna**. São Paulo – SP – 2010.

FONSECA, Mj. **Relato de experiência vivenciado com a promoção de saúde de um grupo demg gestantes: conhecendo sobre a depressão puerperal**.

Florianópolis. Monografia [Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem]- Universidade Federal de Santa Catarina-2014.

FURLAN Flp; BENUTE Grg; ROSELI Yn; FRÁGUAS R; LUCIA MCS; ZUGAIB M: **Depressão em gestantes cardiopatas e sua influência no vínculo materno-fetal.** *Psicologia Hospitalar*, 2010, 8(1),39-60.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Como escrever um Artigo de Revisão de Literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Ano II, Vol.II, n.5, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. Como fazer um Projeto de Pesquisa de um Artigo de Revisão de Literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Ano II, Vol.II, n.5, 2019a.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Artigo de Revisão de Literatura.** Brasília:Processus, 2019b.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Manual de Projeto de Pesquisa.** Brasília: Processus, 2019.

GONÇALVES, Jonas Rodrigo. **Metodologia Científica e Redação Acadêmica.** 8. ed. Brasília: JRG, 2019e.

GREINERT, Bruna R.M. et al. **Psicologia: A Relação Mãe-Bebê no contexto da Depressão Pós-Parto: Estudo Qualitativo.** Maringá – PR – 2018.

HOWELL, E. A.; MORA, P. M.; LEVENTHAL, H. Correlates of early postpartum depressive symptoms. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 10, n. 2, p. 149 - 157, 2006.

KLAUS, M. H., KENNEL, J. H. & KLAUS, P. (2000). Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: **Artes Médicas.**

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. *Compêndio de psiquiatria.* 2 ed. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 1990.

LARA, M. A.; ACEVEDO, M.; BERENZON, S. La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 818-828, 2004.

MORAES, I. G. da S., PINHEIRO, R. T., SILVA, R. A. da *et al.* Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n.1, p. 65-70, 2006.

OLIVEIRA, Isabel; BARBOSA, Flávia C. **Psicologia: Depressão Pós-parto e seus Efeitos na Relação Mãe-Bebê.** Sete Lagoas – MG – 2016.

PERRELLI JGA; ZAMBALDI CF; CANTILINO A; SOUGEY EB: **Instrumentos de avaliação entre mãe e bebê.** Rev. Paul Pediatr. 2014;32(3):257-265.

PINA, Leonara N.S. LOURES, Marta C. **Enfermagem: Puérpera com Depressão Pós-Parto: A Influência na Relação com o Bebê.** Goiânia – GO – 2014.

SANTOS, Luísa P; SERRALHA, Conceição A. **Psicologia: Repercussões da Depressão Pós-parto no Desenvolvimento Infantil.** Uberaba – MG – 2015.

SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Escala de autoavaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 2, ed. especial, p. 90-95, 1999.

SOUZA, C. A., BURTEF, C. M. & BUSNELLO, E. A. (1997). A gravidez como condição de saúde mental e de doença psiquiátrica. **Revista Científica Maternidade, Infância e Ginecologia**, 17(1), 38-47.

SOARES, Yndiara K.C. et al. **Enfermagem: Avaliação da depressão pós-parto: prevalência e fatores associados.** Teresina – Piauí – 2015.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 3, p. 403-411, 2003.

SOTTO-MAYOR, I. M. B. de; PICCININI, C. A. Relacionamento conjugal e depressão materna. **Psico**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 135-148, 2005.