



17º Congresso Nacional de Iniciação Científica

TÍTULO: DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP): VULNERABILIDADE DA MULHER DIANTE DOS FATORES DE RISCO

CATEGORIA: CONCLUÍDO

ÁREA: CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE

SUBÁREA: ENFERMAGEM

INSTITUIÇÃO: CENTRO UNIVERSITÁRIO CAPITAL

AUTOR(ES): NAIARA ALMEIDA GUEDES, LARISSA MIRELLE DE JESUS SANTOS RAMOS, LUANA DOS SANTOS RODRIGUES, RAQUEL CRISTINA GODOI DE CAMPOS, THAIS SOUSA ARAUJO

ORIENTADOR(ES): SORAYA EL HAKIM

Realização:



Apoio:



DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP): VULNERABILIDADE DA MULHER DIANTE DOS FATORES DE RISCO

Naiara Almeida Guedes, Luana dos Santos Rodrigues, Raquel Cristina Godoi de Campos, Larissa Mirelle de Jesus Santos Ramos, Thaís Sousa Araújo.

Orientadora: Soraya El Hakim

1. RESUMO

Objetivo: descrever fatores associados a ocorrência da DPP, abordando aspectos conceituais, epidemiológicos e psicológicos. **Introdução:** É grande o número de mulheres que se queixam de tristeza e irritabilidade no pós-parto, cabe ao profissional de saúde estar atento ao estado emocional em que a gestante se apresenta, prestando uma assistência humanizada. **Metodologia:** fez-se uma revisão dos artigos publicados em português, inglês, espanhol e italiano que tratassem o tema de estudo. As bases de dados exploradas foram MEDLINE, LILACS, BDENF, LIS, INDEX PSICOLOGIA. **Resultados:** Dos 12 artigos incluídos, 58,3% descreveram os fatores de risco da DPP, 16,6% descreveram a incidência da DPP e 25% descreveram fatores de proteção e prevenção da DPP. **Conclusão:** uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. A atenção à mulher na gravidez e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período.

Palavras-chaves: DPP, pré-natal, fatores de risco.

2. INTRODUÇÃO

A depressão é considerada um dos transtornos mentais mais comuns entre a população e representa uma das queixas psiquiátricas mais identificadas em instituições de saúde mental (Kessler et al., 2003). A sua incidência é quase duas vezes maior em mulheres do que em homens e seu início ocorre normalmente entre 20 e 40 anos. Dados epidemiológicos destacam que aproximadamente 15% das mulheres podem sofrer de depressão em qualquer momento de suas vidas, sendo que mães tendem a ser mais afetadas do que a população geral de mulheres. O período de maior incidência está em torno dos primeiros dias do pós-parto.

O pós-parto caracteriza-se como uma fase do ciclo gravídico-puerperal, período em que ocorrem diversos fenômenos de natureza hormonal, psíquica e

metabólica no organismo da mulher. Nesta fase bem como no pré-natal a puérpera necessita ter acesso a uma assistência de qualidade, em que haja a possibilidade de compartilhamento dos seus anseios e o esclarecimento de suas dúvidas, o que pode favorecer a nova fase de sua vida. (KESSLER ET AL., 2003)

É grande o número de mulheres que se queixa de tristeza e irritabilidade no pós-parto, cabe ao profissional de saúde está atento ao estado emocional em que a gestante apresenta, prestando uma assistência humanizada. Se esse sentimento desaparecer em alguns dias, não há motivo para preocupação, visto que na gravidez o organismo passa por mudanças hormonais que podem mexer com o sistema nervoso central. Há mulheres, porém, em que a tristeza aparece algumas semanas depois do parto e vai ficando cada vez mais intensa a ponto de torná-las incapazes de exercer as mais simples tarefas do dia a dia, e elas passam a demonstrar apatia e desinteresse por tudo que as cerca. Assim, o período pós-parto tem sido considerado um momento de elevada vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos em mulheres, principalmente em adolescentes. (O' HARA & SWAIM, 1996)

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco. Então o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

Ha vários fatores que tornam a puérpera mais suscetível a desenvolver a doença como: Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; História reprodutiva anterior; Intercorrências clínicas crônicas; Doença obstétrica na gravidez atual. (Atkinson, 1984; Cutrona, 1986; Gotlib, 1991; Graff, 1991; Logsdon., 1994; Whiffen, 1988, 1993).

Existem três distúrbios que são característicos do período puerperal (Cantilino e col., 2010). São eles a melancolia da maternidade (*baby blues*), a depressão pós-parto (DPP) e a psicose puerperal (Frizzo e Piccinini, 2005; Rosenberg, 2007). Para Frizzo e Piccinini (2005) a DPP é definida como um episódio depressivo não psicótico que é classificado assim sempre que iniciado nos

primeiros doze meses após o parto. Esse tipo de depressão apresenta uma incidência no Brasil de até 20% dos casos após o parto (Santos, 2001; Rosenberg, 2007), mas este índice aumenta para cerca de 30 a 40% se considerarmos as mulheres com perfil socioeconômico baixo e atendidas no SUS, segundo Lobato e colaboradores (2011). A pessoa sente uma tristeza muito grande de caráter prolongado, com perda de autoestima, perda de motivação para a vida, é incapacitante, requerendo na maioria das vezes o uso de antidepressivos (ROSENBERG, 2007).

3. OBJETIVOS

Objetivo geral: descrever fatores associados a ocorrência da Depressão pós-parto, abordando aspectos conceituais, epidemiológicos e psicológicos.

Objetivos específicos: avaliar a importância do pré-natal de qualidade; descrever aspectos emocionais e sugerir formas possíveis de abordá-los no espaço de interação do profissional com a gestante, visando, principalmente, a aliviar e trabalhar os problemas mais emergentes.

4. METODOLOGIA

Para que alcançássemos o objetivo, realizamos uma revisão integrativa da literatura, que sumariza pesquisas realizadas separadamente, mas que investigam problemas iguais ou similares sobre determinado descritor, delineando uma conclusão a partir deles.

O desenvolvimento desta revisão integrativa seguiu as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; busca na literatura dos estudos primários; definição das informações a serem extraídas das informações dos estudos primários; avaliação dos estudos primários incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e apresentação da revisão da síntese do conhecimento. A questão norteadora para a condução desta revisão integrativa foi: quais os fatores de risco e os fatores de proteção e prevenção da DPP?

Os estudos primários foram selecionados em cinco bases de dados eletrônicas, a saber: MEDLINE, LILACS, INDEX PSICOLOGIA, BDENF e LIS. Os critérios de inclusão adotados foram: artigos publicados em português, inglês, espanhol e italiano e que retratassem transtornos mentais em mulheres no ciclo gravídico-puerperal. As delimitações dos artigos foram do ano de 2013 a 2017, com o descritor: Depressão pós-parto.

5. DESENVOLVIMENTO

Podem ser incluídos como fatores de risco ou fatores predisponentes para DPP: ser primípara; ser mãe solteira; gravidez não planejada ou não desejada; conflitos e falta de apoio conjugal, familiar e social; condições socioeconômicas desfavoráveis; evento de vida estressante, como perda de emprego ou morte de familiar; histórico pessoal ou familiar de doença psiquiátrica, mas principalmente a existência de episódios depressivos anteriores e durante a gravidez; complicações obstétricas durante a gravidez ou imediatamente pós-parto; parto traumático; parto múltiplo e prematuro, abortos anteriores, partos de natimorto ou síndrome de morte súbita infantil, idealização da maternidade. (Rosenberg, 2007; Zinga e col., 2005; Harvey, 2002; (Baptista e col., 2004; Arrais, 2005; Cruz e col., 2005; Moraes e col., 2006; Rosenberg, 2007; Zinga e col., 2005; Baptista e col., 2004; Arrais, 2005; Rosenberg, 2007; Konradt e col., 2011; (Golse, 2002; Harvey, 2002; Baptista e col., 2004; Arrais, 2005; Zinga e col., 2005; Rosenberg, 2007).

O avanço do conhecimento científico dos fenômenos físicos em obstetrícia tem proporcionado habilidades fundamentais a médicos e enfermeiros, permitindo-lhes a prática de atendimento que gera estado de confiança maior na mulher. No entanto, as condutas baseadas somente nos aspectos físicos não são suficientes. Elas necessitam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal. O profissional de saúde deve, portanto, acrescentar à sua avaliação clínica da gestante, sua história de vida, seus sentimentos e suas ansiedades.

Hoje, os aspectos emocionais da gravidez, do parto e do puerpério são amplamente reconhecidos, e a maioria dos estudos converge para a ideia de que esse período é um tempo de grandes transformações psíquicas, de que decorre importante transição existencial. O objetivo aqui, portanto, é enumerar alguns desses aspectos emocionais – ansiedades, medos e mudanças nos vínculos afetivos – e sugerir formas possíveis de abordá-los no espaço de interação do profissional com a gestante, visando, principalmente, a aliviar e trabalhar os problemas mais emergentes.

O puerpério é o estado de alteração emocional essencial, provisório, em que existe maior vulnerabilidade psíquica na mulher, tal como no bebê, e que, por certo grau de identificação, permite às mães ligarem-se intensamente ao recém-nascido, adaptando-se ao contato com ele e atendendo às suas necessidades básicas. A

puérpera adolescente é mais vulnerável ainda, portanto, necessita de atenção especial. A chegada do bebê desperta muitas ansiedades e os sintomas depressivos são comuns. O bebê deixa de ser idealizado e passa a ser vivenciado como um ser real e diferente da mãe; As necessidades próprias da mulher são postergadas em função das necessidades do bebê; A mulher continua a precisar de amparo e proteção, assim como ao longo da gravidez. (Harvey, Erika, 2002).

Desde o acolhimento da gestante na unidade de saúde, o profissional deve se responsabilizar por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. Podendo assim levantar suspeitas de fatores que poderão levar a DPP. Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com a gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente. As condições existenciais e vivenciais nas quais se dá a gravidez podem influenciar a ocorrência da Depressão Pós-parto.

Foi de 23% a incidência de DPP em parturientes adolescentes, enquanto para pacientes adultas foi de apenas 11,9% (Piyasil, 1998). Também é maior a incidência de Depressão Pós-parto em pacientes que experimentam dificuldades adaptativas à gestação (Sugawara, 1997), como por exemplo, nos casos de gravidez não desejada, gravidez contrária à vontade do pai, situação civil irregular, gravidez repudiada por familiares, carência social e outros fatores capazes de desestabilizar emocionalmente a relação entre a paciente e sua gravidez.

A DPP não é diagnosticada precocemente porque a equipe muitas vezes não está preparada para prestar assistência a uma gestante, não passa confiança, deixando que o pré-natal não seja realizado como deveria, e é onde as consultas para a gestante não apresenta nenhum significado, ficando desmotivada a ir nas consultas de pré-natal (WISNER & WHEELER 1994).

A história que cada grávida traz deve ser acolhida com respeito, sendo parte desta história fatos, emoções ou sentimentos percebidos pelos membros da equipe envolvida no pré-natal. Contando suas histórias, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda. Assim, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher, aparecendo de forma individualizada. O diálogo franco, a sensibilidade e a

capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família. Uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesma, contribuindo para um nascimento tranquilo e saudável, garante mais saúde física e psicológica para a mãe e para o recém-nascido. (TERRY , 1996; CUTRONA, 1982; STUART, 1998).

Escutar uma gestante é algo mobilizador. As mulheres acreditam que terão benefícios quando procuram os serviços de saúde. Depositam confiança e entregam seus corpos aos cuidados de pessoas autorizadas, legalmente, a cuidarem delas e, é por isso que o profissional deve prestar uma assistência humanizada a essa gestante. Então é importante que o profissional de saúde: Reconheça o estado normal de ambivalência frente à gravidez. Toda gestante quer e não quer estar grávida. É um momento em que muitas ansiedades e medos primitivos afloram, daí a necessidade de compreender essa circunstância, sem julgamentos; Acolher as dúvidas que surjam na gestante quanto à sua capacidade de gerar um bebê saudável, de vir a ser mãe e desempenhar esse novo papel de forma adequada; Reconhecer as condições emocionais dessa gestação: se a gestante tem um companheiro ou está sozinha, se tem outros filhos, se conta com o apoio da família, se teve perdas gestacionais, se desejou conscientemente engravidar e se planejou a gravidez. Enfim, o contexto em que essa gravidez ocorreu e as repercussões dela na gestante; Compreender esse estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante para acolhê-la, sem banalizar suas queixas; Perceber que a gestante pode estar buscando figura de apoio; assim, o profissional fica muito idealizado e, por isso, passa a ser constantemente procurado, às vezes por dúvidas que possam ser insignificantes para ele, mas terrivelmente ameaçadoras para ela; Estabelecer relação de confiança e respeito mútuos; Proporcionar espaço na consulta para a participação do parceiro, para que ele possa, também, se envolver no processo gravídico-puerperal ativamente, favorecendo equilíbrio adequado nas novas relações estabelecidas com a chegada de um novo membro à família. (O HARA, 1983, 1983; WHIFFEN, 1988, 1993; GOTLIB S, 1993).

6. RESULTADOS

A tabela 1 apresenta as características dos artigos encontrados completos com o descritor Depressão Pós-parto. Dos quais foram encontrados o total de 1140, e nas bases de dados MEDLINE (1098), LILACS (32), Index psicologia (6), BDENF (4); nos idiomas inglês (1109), português (20), espanhol (17), italiano (2). O ano de publicação 2015 (337), 2013 (312), 2014 (293), 2016 (170) e 2017 (28). Desse total de artigos foram selecionados 12 artigos para leitura e análise, desses 12 artigos incluídos, 7 (58,3%) descreveram os fatores de risco da DPP, 2 (16,6%) descreveram a incidência da DPP e 3 (25%) descreveram fatores de proteção e prevenção da DPP. De modo geral os artigos tratavam o tema em questão, descrevendo os fatores de risco, a incidência, as formas de cuidados da equipe de saúde, incluindo médico, enfermagem e psicólogo bem como a atuação da família no bem-estar da puérpera, e as formas de prevenção da DPP. A tabela 2 apresenta a relação entre os fatores de risco e os fatores de proteção da DPP, mostrando as ações preventivas da DPP.

Tabela 1. Características dos artigos encontrados completos com o descritor Depressão Pós-parto.

Total	5146	
Completo	2823	
Base de dados	MEDLINE	4669
	LILACS	288
	INDEX PSICOLOGIA – Periódicos Técnicos Científicos	63
	BDENF	27
	LIS	3
Idioma	Inglês	4401
	Português	285
	Espanhol	169
	Italiano	24
Ano	2013	420
	2015	416
	2014	373
	2016	225
	2017	44

Observando os artigos estudados, todos mostraram os mesmos fatores de risco para a DPP. O conhecimento desses fatores é importante para o planejamento e execução de ações preventivas.

Tabela 2. Relação entre os fatores de risco e os fatores de proteção da DPP, mostrando as ações preventivas da DPP.

FATORES DE RISCO	FATORES DE PROTEÇÃO	AÇÕES PREVENTIVAS
Ser primípara; Gravidez não planejada; Gravidez não desejada; Relacionamento familiar e conjugal insatisfatório; Ser mãe solteira; Idealização da maternidade; Parto traumático e prematuridade; partos de natimorto ou síndrome de morte súbita infantil. Malformações no bebê; Condições socioeconômicas desfavoráveis; Histórico prévio de depressão, ansiedade, tristeza; Baixa escolaridade e baixa renda; Alterações de humor pré-menstrual (Tensão Pré-Menstrual);	Ser múltipara; Gravidez planejada; Gravidez desejada; Suporte familiar e relacionamento conjugal satisfatório; Apoio emocional do pai do bebê; Bom relacionamento com a família; Parto satisfatório; situação socioeconômica favorável.	Apoio emocional à família e companheiro, proporcionando segurança a gestante; Pré-natal humanizado; Ficar atento a sinais e sintomas que se configurem como desestruturantes e que fogem da adaptação normal das características do puerpério; Prestar o apoio necessário à mulher no seu processo de reorganização psíquica quanto ao vínculo com o seu bebê, nas mudanças corporais e na retomada do planejamento familiar.

Muitas mulheres são afetadas pela depressão logo após o parto. Essa depressão pode variar bastante de intensidade e, em alguns casos, seus sintomas

são bem severos. As causas são variadas, desde desequilíbrio hormonal, estresse e pressões da vida moderna até problemas mais complexos. O importante é que as mulheres saibam que isso pode ocorrer e, portanto, não tenham receio ou vergonha de pedir ajuda.

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. A atenção à mulher na gravidez e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período.

Enfermeiros e profissionais de enfermagem estão em uma posição ideal para avaliar fatores de risco preexistentes, pois são eles que estão em contado direto com a gestante, podendo nas consultas de enfermagem detectar qualquer fator que possa levar a DPP.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à mulher e ao recém-nascido no pós-parto e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde física e mental materna e neonatal. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, deve ser incentivado desde o pré-natal e na maternidade, para que se possa avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido; avaliar e apoiar o aleitamento materno; orientar o planejamento familiar; identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las; avaliar interação da mãe com o recém-nascido; complementar ou realizar ações não executadas no pré-natal.

No contexto da atenção integral à saúde da mulher, a atenção pré-natal e puerperal deve ser organizada de forma a atender às reais necessidades das mulheres durante a gestação e após o parto, mediante utilização dos conhecimentos técnico científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso.

A assistência no pré-natal e puerpério deve oferecer uma escuta qualificada e diferenciada sobre o processo da gravidez, fornecendo assim um espaço em que a mãe possa expressar seus medos e suas ansiedades, além de favorecer a troca de experiências, descobertas e informações, com extensão à família, em especial ao cônjuge e às avós, visando à participação na gestação e puerpério.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hughes, Linda Paine; Austin-Ketch, Tammy; Volpe, Ellen M; Campbell-Heider, Nancy - **Identification and Treatment of Adolescents With Perinatal Anxiety and Depression.** 2017.
2. Moraes, Gustavo Paranhos de Albuquerque; Lorenzo, Laura; Pontes, Gabriela Arruda Reinaux; Montenegro, Maria Cristina; Cantilino, Amaury. - **Screening and diagnosing postpartum depression: when and how?** - 2017.
3. Ugarte, Amaia Ugarte; López-Peña, Purificación; Vangeneberg, Carmen Serrulla; Royo, Julia Gemma Torregaray; Ugarte, Maria Asunción Arrieta; Compains, Maria Teresa Zabalza; Medrano, Maria Pilar Riaño; Toyos, Nerea Muñoz; Lamo, Edurne Arenaza; Dueñas, Maria Begoña Beneitez; González-Pinto, Ana. - **Psychoeducational preventive treatment for women at risk of postpartum depression: study protocol for a randomized controlled trial, PROGEA.** - 2017.
4. Maria de Lima Salum e Moraes; Luiz Augusto Marcondes Fonseca; Vinicius Frayze David; Lia Matos Viegas; Emma Otta. - **Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil** - 2015.
5. Patrícia Alvarenga¹; João Marcos de Oliveira; Quele de Souza Gomes; Luna Maiana Araújo Freitas. - **As Relações entre Depressão Materna e Relatos Maternos acerca do Envolvimento Paterno: Um Estudo Longitudinal** – 2016.
6. Danielle Rodrigues de Freitas¹, Bianca Dargam Gomes Vieira², Valdecyr Herdy Alves³, Diego Pereira Rodrigues⁴, Diva Cristina Morett Romano Leão⁵, Amanda Fernandes do Nascimento da Cruz, Capriata de Souza Azevedo ², Maria Aparecida Munhoz Gaiva. **Alojamento conjunto em um hospital universitário: depressão pós-parto na perspectiva do enfermeiro** – 2014.
7. Elizabeth Teixeira, Thayná Desireé Rodrigues Martins, Priscila Oliveira Miranda, Blenda Gonçalves Cabral, Bruna Alessandra Costa e Silva, Lena Simone Sarmiento Rodrigues. - **Tecnologia educacional sobre cuidados no pós-parto: construção e validação.** - 2016.
8. Patrícia Alvarenga, Emanuel M. Silva Palma, Luciana Maria Assis Silva, Maria Virgínia Dazzani. - **Relações Entre Apoio Social e Depressão Pós-Parto em Puérperas** – 2013.
9. Elza Alves de Moraes, Flavia Casasanta Marini, Antonio Carlos Vieira Cabral. - **Associação entre sintomas emocionais da tensão pré-menstrual e o risco de desenvolvimento de sintomas depressivos no pós-parto** – 2013.
10. Mendoza B, Constanza; Saldivia, Sandra. - **Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje.** - 2015.
11. Aceti, Franca; Giacchetti, Nicoletta; Meuti, Valentina; Carluccio, Giuseppe Mattia; Zaccagni, Michela; Marini, Isabella; Di Lorenzo, Flavia; Grillo, Alessandra; Mancini, Guido; Serio, Valentina; Rocchi, Giordana; Giancola, Orazio; Biondi, Massimo. - **Depressione perinatale e relazioni affettive: l'experience in close relationship in gravidanza.** - 2015.
12. Mirabella, Fiorino; Michielin, Paolo; Piacentini, Daniele; Veltro, Franco; Barbano, Gina; Cattaneo, Marina; Cascavilla, Isabella; Palumbo, Gabriella; Gigantesco, Antonella. - **Positivà allo screening e fattori di rischio della depressione post partum in donne che hanno partecipato a corsi preparto.** - 2014.