



CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO

CICERA ARIELLE DOS SANTOS SILVA

FABIANA EUSÉBIO DA SILVA

**| CUIDADOS DE PREVENÇÃO A DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SUPORTE A
MULHERES NO PERÍODO PUERPERAL**

FORTALEZA – CE

2020

CICERA ARIELLE DOS SANTOS SILVA

FABIANA EUSÉBIO DA SILVA

CUIDADOS DE PREVENÇÃO A DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SUPORTE A MULHERES NO PERÍODO PUERPERAL

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Centro Universitário Fametro (UNIFAMETRO) como requisito para a obtenção do grau de Bacharel, sob a orientação do Prof.º Me. Antônio Adriano da Rocha Nogueira.

FORTALEZA

2020

CICERA ARIELLE DOS SANTOS SILVA

FABIANA EUSÉBIO DA SILVA

CUIDADOS DE PREVENÇÃO A DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SUPORTE A
MULHERES NO PERÍODO PUERPERAL

Esta monografia foi apresentado no dia 12 de junho de 2020 ao Curso de Enfermagem da (UNIFAMETRO) como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores abaixo:

Prof. Me. Antônio Adriano da Rocha Nogueira
Orientador – Centro Universitário Fametro - UNIFAMETRO

Profa. Dra. Regina Cláudia de Oliveira Melo
Membro – Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dra. Luciana Catunda Gomes de Menezes
Membro – Centro Universitário Fametro - UNIFAMETRO

RESUMO

Depressão pós-parto é uma condição muito comum, apresentada por mulheres no período puerperal, ocorrendo geralmente quatro semanas após o nascimento do bebê. Na gravidez a mulher passa por modificações e mudanças, havendo alterações corporais e hormonais devido ao crescimento do feto, acarretando efeitos físicos e psíquicos. O objetivo deste estudo foi descrever os cuidados de prevenção à depressão pós-parto e suporte a mulheres no período puerperal. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura iniciada no segundo semestre de 2019, com 23 artigos selecionados da plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que abrange várias bases de dados relevantes em saúde. Foram realizadas buscas por meio de cruzamentos dos seguintes descritores: 1.Depressão pós-parto; 2.Relações familiares 3.Saúde da mulher. Foram selecionados documentos do tipo artigo científico com texto completo disponível, no idioma português e publicados a partir de 2015. Esta seleção resultou em 23 artigos, dos quais 03 eram repetidos por serem encontrados em bases de dados diferentes dentro da BVS e outros 05 foram excluídos após leitura. Resultando finalmente em uma amostra de 15 artigos. Organizamos em duas categorias: 1.Depressão pós-parto, sinais, sintomas, prevenção e tratamento; 2.Epidemiologia; Cuidados e suporte à mulheres no puerpério ; O surgimento desse transtorno no período gravídico puerperal pode sofrer influências de fatores sociodemográficos, psicológicos, hormonais. Sendo necessário conhecimento técnico a fim de detectar mudanças físicas e emocionais precocemente na gestante acompanhada, realizando assim uma prevenção e acompanhamento da mulher, com encaminhamento para outros serviços quando necessário.

Descritores: Depressão pós-parto; Relações familiares; Saúde da mulher.

ABSTRACT

Postpartum depression is a very common condition, presented by women in the puerperal period, usually occurring four weeks after the birth of the baby. In pregnancy the woman goes through modifications and changes, with body and hormonal changes due to the growth of the fetus, causing physical and psychic effects. The objective of this study was to describe postpartum depression prevention care and support for women in the puerperal period. This is a narrative review of the literature initiated in the second half of 2019, with 23 articles selected from the Virtual Health Library (VHL) platform, which covers several relevant health databases. The following descriptors were cross-referenced: 1. postpartum depression; 2. family relations; 3. women's health. Documents of the scientific article type were selected, with full text available, in Portuguese language and published from 2015 onwards. This selection resulted in 23 articles, of which 03 were repeated because they were found in different databases within the VHL and another 05 were excluded after reading. Finally, this resulted in a sample of 15 articles. We organized in two categories: 1. postpartum depression, signs, symptoms, prevention and treatment; 2. epidemiology; care and support to women in the puerperal period; the emergence of this disorder in the puerperal gravitational period may be influenced by sociodemographic, psychological, hormonal factors. Technical knowledge is necessary in order to detect physical and emotional changes early in the pregnancy accompanied, thus performing prevention and monitoring of women, with referral to other services when necessary.

Keywords: Depression, postpartum; Family relations; Women's health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 OBJETIVO.....	9
3 METODOLOGIA.....	9
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	11
4.1 Depressão pós-parto: sinais, sintomas, prevenção e tratamento.....	14
4.2 Epidemiologia: Cuidados e suporte à mulheres no puerpério.....	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

Depressão pós-parto (DPP) é uma condição muito comum, apresentada por mulheres no período puerperal, ocorrendo geralmente quatro semanas após o nascimento do bebê. O grau de depressão varia de transitório leve a transtornos depressivos psicóticos (MEIRA *et al.*, 2015).

A mulher pode iniciar ainda na gestação, alterações de humor, associadas a aspectos de vida familiar, social, conjugal, profissional e pessoal (BRASIL, 2013).

Na gravidez a mulher passa por modificações e mudanças, havendo alterações corporais e hormonais devido ao crescimento do feto, acarretando efeitos físicos e psíquicos. Sentimentos diferenciados são vividos por cada mãe de forma intensa e marcante podendo trazer possibilidade de amadurecimento, ampliando e modificando sua consciência e personalidade.

Não obstante, isso ocorre de um momento para o outro, é um processo gradual e demorado necessitando de adaptações conforme as mudanças gravídicas, mudanças essas que não termina com o nascimento do bebê, mas se estende para o período pós-parto (DUQUE *et al.*, 2015).

no período puerperal que a mulher pode sofrer alterações no sono e no apetite, tristeza, desânimo, medo de machucar o filho, pensamentos obsessivos e/ou suicidas, são condições apresentadas por mulheres nesse período que desencadeiam essas modificações de comportamento (MEIRA *et al.*, 2015).

De acordo com dados indicadores da Saúde Mental do Ministério da Saúde, não existe uma única causa para a DPP, pois esta pode estar associada a fatores físicos, emocionais, estilo e qualidade de vida, além de ter ligação, também, com histórico de outros problemas e transtornos mentais (BRASIL, 2013).

Existem fatores que podem ser predisponentes para o desenvolvimento de uma depressão pós-parto, como o parto cesáreo, que tem sido realizado cada vez mais frequentemente e pode acarretar consigo transtornos de adaptação. A

episiotomia (incisão realizada na região do períneo, área muscular entre a vagina e o ânus, para ampliar o canal do parto), que segundo a OMS a indica apenas 10% a 15% dos partos normais, no Brasil ela é realizada em aproximadamente 90% dos partos normais, o que ressalta seus agravos pois, pode trazer consequências não apenas físicas mas também psicológicas à mulher no pós-parto (BOSKA *et al.*, 2016).

A ausência ou não permissão de um acompanhante durante o trabalho de parto e o momento do parto é também um fator predisponente para o desenvolvimento de uma DPP (BOSKA *et al.*, 2016).

Durante toda a gestação é importante a presença da família, do apoio prestado para tranquilizar a gestante. Quando o pai do bebê é presente passa proteção, envolve cuidados, oferecendo apoio físico e emocional (GERMANO *et al.*, 2010).

Partindo do que observamos em matéria de pesquisa como artigos, revistas e portais, identificamos problemas de diversos os aspectos que implicam diretamente na saúde dessas mulheres e do bebê. De acordo com a maioria dos achados, a prevalência da DPP está de 10% a 20% das novas puérperas. Essa discrepância entre os resultados se deve, provavelmente, ao método de diagnóstico utilizado, as diferenças econômicas e culturais e a dificuldade dos profissionais de saúde em diagnosticar (MORAES, 2006).

Segundo Miranda (2016) a cada quatro mulheres, mais de uma apresentam sintomas de depressão, após o nascimento do bebê, em um período de 6 a 18 meses.

Durante algumas práticas de serviços prestados a mulheres nesse período, que envolve gestação, parto e pós-parto, alguma dessas práticas de intervenção seja vista como modelo de assistência, que acomete a maus-tratos (MOYER, 2014).

De acordo com Salgado (2012) não respeitar os desejos e escolhas das mulheres durante esse período de maior prevalência da mulher acometer-se por sentimentos emocionais, poderá acarretar a danos irreparáveis a saúde, tanto física, como psicológica.

Agressão verbal, negligência, abandono, ameaça, incitação a cesariana contrária à vontade da mulher, desrespeito pela via de parto escolhida, marcação de cesariana sem consentimento, exposição do corpo nu da mulher, desconsideração do plano de parto, manifestação de crueldade, abuso anestésico, arrogância médica, tortura física e psicológica, preconceito de gênero, entre outros, são práticas que podem trazer consequências devastadoras para a vida das mulheres (SENA *et al.*, 2016).

Neste processo, conteúdos inconscientes podem tornar-se conscientes ou aparecer disfarçados sob a forma de sonhos e sintomas (PICCININI *et al.*, 2008). No entanto, muitas vezes somam-se a esse período outros fatores que podem predispor as mulheres a situações de maiores dificuldades emocionais, agravando sintomas, e instituindo transtornos mentais típicos deste período de gestação e pós-parto (PICCININI *et al.*, 2008).

Os transtornos mentais incluem: disforia puerperal, psicose pós-parto, transtornos de ansiedade e de depressão Camacho (2006) diz que a depressão pós-parto (DPP) um dos mais comumente, por ser das complicações mais comuns e graves da gravidez e do parto. Reforçando a busca do estudo, estimar os fatores de risco da DPP, determinar intervenções de cuidado, como, definir estratégias de prevenção, desenvolver atividades educativas durante as consultas de pré-natal, realizar escuta ativa, atribuir a mulher e seus familiares informações sobre a doença, como prevenir e tratar, para que consigam identificar sinais e sintomas da DPP, e assim diferenciá-los dos sintomas próprios da gestação, contribui na redução do impacto de fatores de risco ocorrentes para DPP.

De acordo com Valença (2010), envolver cuidados, oferecendo apoio físico e psicológico, a mulher precisa dessa base no seu emocional, assim sendo essencial esse serviço de informação nas consultas de pré-natal. Ressaltando essa ideia, devido à falta de informações embasadas na saúde mental de mulheres durante a gestação, e após o parto, é de suma importância apresentar um estudo que contribua no esclarecimento de dúvidas, assim ajudando na prevenção da DPP.

Os profissionais de saúde têm que passar segurança e confiança através de um atendimento qualificado, escutando e prestando atenção nos relatos das gestantes, sendo de grande importância a presença da família durante todo esse período que envolve gestação, parto e pós-parto (VALENÇA, 2010).

O programa de pré-natal psicológico é uma forma diferenciada dando assistência integral, trabalhando o processo gravídico puerperal, complementando o pré-natal, onde é trabalhado aspectos importantes como modificações, confiança, vínculo com o bebê, cuidados na amamentação, tomando um local para expressar medos e ansiedades (ARRAIS, 2014).

A DPP tem sido um tema de grande importância quanto a busca por adotar um rastreio sintomático durante as consultas de pré-natal, buscando identificar sinais de depressão ainda na gestação, traçando um planejamento de implementação de intervenções, através de orientações acerca do problema, atribuindo fatores de riscos e suas consequências. Com intuito principal de prevenir e orientar essas mulheres durante a consulta de pré-natal, mostrando-lhes a importância do cuidado com a saúde mental, durante a gestação e após o parto.

Diante disso pergunta-se: Quais os cuidados necessários para a prevenção à depressão pós-parto e suporte às mulheres em período puerperal.

O interesse pelo tema surgiu a partir da vivência em campos de estágios, onde observamos a falta desse cuidado com a saúde mental de mulheres gestantes durante a consulta de pré-natal. A ausência de informações sobre a DPP, suas causas e consequências, orientações de cuidado e prevenção nos levou a escolher o tema. Uma vez que sabemos que a DPP é uma doença bem comum e que pode trazer grandes consequências não só a saúde da mãe, quanto para saúde do bebê.

2 OBJETIVO

Descrever os cuidados de prevenção à depressão pós-parto e suporte a mulheres no período puerperal, a partir de uma revisão da literatura.

|

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura onde se tem uma perspectiva de analisar o que já existe em conhecimento significativo, e possíveis lacunas a serem investigadas sobre determinada área de estudo, sendo lida de maneira crítica as obras consultadas (BRIZOLA *et al.*, 2016)

Esse tipo de pesquisa segue etapas e estratégias na busca de formar um acervo sobre determinado assunto. De forma a constituir um documento de relevante evidência, explanando seus achados e mostrando novas necessidades de pesquisa em específico tema, descobrindo assim, onde existam hiatos para o meio científico e acadêmico produzir (GALVÃO; RICARTE, 2019).

De acordo com (GALVÃO; RICARTE, 2019) a revisão de literatura engloba diversos trabalhos que dissertam sobre assuntos de forma singular a temática proposta, apresentando a sociedades científica, quais especificações foram utilizadas para a estruturação da revisão.

A questão norteadora da revisão integrativa foi delimitada focalizando os conhecimentos centrados em buscar através desse estudo, conhecimento sobre o desenvolvimento da depressão pós-parto, os fatores de riscos, os cuidados necessários para a prevenção à DPP e suporte a mulheres em período puerperal.

Na segunda etapa, foram estabelecidos os critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura. Optou-se nessa fase pela busca no Portal Regional da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), que é composta de bases de dados bibliográficas como LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Base de Dados de Enfermagem). Foram realizadas buscas por meio dos cruzamentos dos seguintes descritores: 1. Depressão pós-parto; 2. Relações familiares 3. Saúde da mulher. Foram selecionados documentos do tipo artigo científico com texto completo disponível, no idioma português e publicados entre 2015 e 2020.

Esta seleção resultou em 23 artigos, dos quais 03 eram repetidos por serem encontrados em bases de dados diferentes dentro da BVS e outros 05

foram excluídos após leitura, devido à abordagem ser centrada em acompanhantes e na reabilitação de pacientes em fase crônica. Entrando para a amostra 15 artigos.

Na terceira etapa, foi realizada a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos. Inicialmente para a coleta de dados utilizou-se um instrumento adaptado, a fim de organizar as características das pesquisas, como: identificação (título do artigo, local, e ano de publicação); tipo de estudo; objetivo; metodologia; resultados; conclusões e as bases de dados.

Nesta etapa trabalhou-se ainda na leitura acurada dos artigos e identificação dos resultados e informações considerados relevantes, sendo determinadas as categorias a serem analisadas igualmente em cada um dos artigos. As categorias elaboradas nessa etapa foram: 1. Depressão pós-parto, sinais, sintomas, prevenção e tratamento; 2. Epidemiologia: Cuidados e suporte a mulheres no puerpério .

A quarta etapa foi o momento de avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, o que equivale à análise dos dados em uma pesquisa convencional. Para tanto, procurou-se por explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos, bem como comparar as informações obtidas entre eles (SCIELO, 2008).

A quinta etapa é a interpretação dos resultados, correspondente à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional e a sexta etapa é a apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Esta última tem como proposta reunir e sintetizar as evidências encontradas nos estudos, um delineamento conclusivo (SCIELO, 2008).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

No presente estudo foi realizado uma leitura inicial dos 15 artigos selecionados, com extração de algumas informações importantes como ano de publicação, local da pesquisa, método, objetivos e principais resultados, como está apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Apresentação da síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa.

Artigo/Ano/Local/ Método/Revista	Título do Artigo	Objetivo	Resultados e Conclusões
Artigo 1/ 2018 / Aracaju-Sergipe/ Estudo de Coorte Prospectivo / Revista: Cad. Saúde Colet.	A depressão pós-parto em mulheres que sobreviveram à morbidade materna grave	Avaliar a relação entre a morbidade materna grave (near miss) e os sintomas da depressão pós-parto.	182 (66%) das puérperas expostas à MMG/NM eram provenientes do interior do Estado de Sergipe. A análise a partir da regressão logística da amostra de expostas e não expostas à MMG/NM, referente à depressão pós-parto, observou uma forte associação. Conclua-se que a MMG/NM tem impacto negativo na saúde mental da mulher e eleva a sua vulnerabilidade para a doença mental.
Artigo 2/ 2018 / Maringá-PR / <i>Estudo qualitativo / Revista Saúde e Pesquisa</i>	A Relação mãe-bebê no contexto da depressão pós-parto: estudo qualitativo	Analisar como a sintomatologia depressiva em mulheres no período pós-parto influencia na relação mãe-bebê.	Verificou a ambivalência afetiva na díade, dificuldade no aleitamento materno e instabilidade no sono do bebê. Conclui-se que a sintomatologia depressiva em mulheres no período pós-parto afeta a relação mãe-bebê. A presença de sintomas depressivos maternos exerce influência sobre a relação mãe-bebê.
Artigo 3/ 2017 / <i>Revisão integrativa da literatura / Natal-RN / Revista: Ciência & Saúde Coletiva,</i>	Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa	Sistematizar o conhecimento produzido sobre as ações de programas de atenção pós-parto no âmbito da APS, tanto em nível nacional, como internacional.	Os resultados apontam baixa cobertura de consulta pós-parto e visita domiciliar; boa avaliação do incentivo ao aleitamento materno, porém com foco na criança. Conclui-se que o presente estudo serve de subsídio tanto para nortear a elaboração e melhoria das ações à mulher no puerpério na APS por parte de profissionais e gestores, como para direcionar a elaboração de estudos empíricos que possam investigar a integralidade da atenção puerperal.
Artigo 4/ 2016 / Um Estudo Longitudinal/ Salvador-BA / <i>Revista: Temas em Psicologia</i>	As Relações entre Depressão Materna e Relatos Maternos acerca do envolvimento Paterno: Um Estudo Longitudinal	Sistematizar o conhecimento produzido sobre as ações de programas de atenção pós-parto no âmbito da APS, tanto em nível nacional, como internacional.	No primeiro mês de vida da criança, dez mães (52,5%) apresentaram intensidade mínima de depressão, quatro (21,1%) tiveram intensidade leve e cinco (26,3%) tiveram intensidade moderada. Enquanto no 18º mês, sete mães (36,8%) apresentaram escores no nível mínimo, seis (31,6%) no nível leve e três (15,8%) no nível moderado. Conclui-se que a relação entre envolvimento paterno e depressão materna, indicam maior disponibilidade paterna no trigésimo mês de vida da criança, quando as mães apresentaram sintomas de depressão pós-parto, isto é, no primeiro mês de vida do bebê.
Artigo 5/ 2018/ SOF/ <i>Grande do Sul / BVS Atenção Primária em Saúde</i>	Como tratar a depressão pós-parto?	--	Aproximadamente 50% das mulheres são acometidas pelo "Blues" no pós-parto. Já a depressão pós-parto é mais preocupante. Conclui-se que o tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível para que haja melhora. É importante lembrar que alguns casos de transtorno bipolar podem se manifestar no período pós-parto através de depressão.

<p>Artigo 6/ 2017/ Guanambi-BA/ <i>Estudo qualitativo/descritivo/ Revista enferm UFPE online.</i></p>	<p>Conhecimento de enfermeiros da atenção básica acerca da depressão puerperal</p>	<p>Analisar o conhecimento dos enfermeiros das unidades de saúde da família sobre a depressão puerperal.</p>	<p>Identificou-se, no presente estudo, que os enfermeiros possuem conhecimento superficial sobre a DPP, reconhecem seus fatores de risco, porém desconhecem a existência do período baby blues e o confundem com a DPP, o que pode culminar em condutas inadequadas. Destaca-se, assim, a necessidade de investimentos em educação permanente e continuada para os profissionais das ESF, no intuito de compreender a importância dos cuidados em saúde mental no puerpério.</p>
<p>Artigo original 7/ 2019/ GIDEP / NUDIF / Um Estudo Qualitativo / longitudinal/ Revista: <i>Psico-USF, Bragança Paulista</i></p>	<p><i>Coparentalidade e Depressão Pós-parto Psico.</i></p>	<p>Investigar a coparentalidade no contexto de depressão pós-parto. Face ao exposto na literatura, é esperada uma estreita relação entre a depressão pós-parto e as interações dos membros da família, com implicações para o desenvolvimento individual e para a coparentalidade.</p>	<p>Com base nas quatro categorias componentes do modelo de coparentalidade proposto por Feinberg (2003), já definidas anteriormente: divisão de trabalho parental, apoio versus depreciação coparental, gerenciamento das interações familiares e acordo nos cuidados. Conclui-se que face aos resultados do presente estudo, ressalta-se a importância de intervenções, visando o acompanhamento e o tratamento da depressão pós-parto, com destaque àquelas que não se restrinjam exclusivamente à mãe, mas envolvam também o pai e o bebê.</p>
<p>Artigo 8/ 2017 / São Paulo-SP/ Estudo de prevalência- estatístico-transversal/ <i>USP</i></p>	<p>Cuidado materno livre de danos e prevalência de depressão pós-parto: Inquérito "Nascer no Brasil"</p>	<p>Verificar a frequência, e fatores associados, de danos causados pela assistência às puérperas e aos recém-nascidos do Sudeste brasileiro durante e após o parto, e a associação destes danos com sintomas de depressão pós-parto (DPP) entre 2011 e 2012.</p>	<p>Danos, separação mãe-bebê, cesarianas e traumas perineais apresentaram maior frequência (69,5%, 52,6% e 37,5%, respectivamente). Desrespeito, abuso e maus-tratos foram observados em 44%,6 das mulheres. A prevalência de casos prováveis de DPP foi de 25,8%. Conclui-se que a assistência ao parto, na Região Sudeste do Brasil, promove alta frequência de danos evitáveis, tratando-se de importante problema de saúde pública.</p>
<p>Artigo 9/ 2015 / FEPECS/SES-DF/ pesquisa longitudinal / Revista: <i>Psicologia: Ciência e Profissão</i></p>	<p>Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-natal Psicológico.</p>	<p>Identificar fatores socioeconômicos que estão associados à DPP, realizaram-se testes de associação com as variáveis: idade, religião, escolaridade, renda familiar e número de gestações.</p>	<p>Dos 23 fatores de risco para sintomas de DPP rastreados na amostra. Nota-se que o indicador que mais se mostrou frequente entre participantes desse estudo foi "ter passado por intercorrências na gravidez anterior/atual" (55), e em seguida aparece como o segundo indicador mais frequente "a cirurgia cesariana" (47). Conclui-se que fatores individuais e subjetivos de cada mulher, a cultura em que está inserida, a qualidade das relações com sua rede de apoio impactam diretamente a vivência de sua maternidade.</p>
<p>Artigo 10/ 2016 / Bauru-SP/ <i>estudo transversal/ Rev Pensando Famílias</i></p>	<p>Maternidade e Trabalho: Associação entre Depressão Pós-parto, Apoio Social e Satisfação Conjugal.</p>	<p>Identificar, entre mães trabalhadoras, ainda em licença gestante, aspectos relacionados ao bebê (cuidados, aleitamento), relação conjugal, volta ao trabalho, rede de apoio e conhecimentos sobre seus direitos e a associação destes aspectos com a DPP. Utilizando de instrumentos de avaliação da saúde emocional das mães nas rotinas de assistência nestes dois importantes períodos da vida da mulher: na gestação e puerpério.</p>	<p>Entre os resultados positivos, verificou-se satisfação com a rede de apoio disponível durante as fases gestacional e puerperal. A conjugalidade também se manteve preservada em ambos os períodos. Conclui-se que a depressão materna está presente em índices encontrados na população brasileira e indica que as mães brasileiras devem ser cuidadas, considerando as associações observadas em aspectos identificados desde a gestação, como a presença de transtornos mentais.</p>
<p>Artigo 11/ 2016/ <i>DF/ Recorte de um Projeto de Pesquisa / Psicologia: Ciência e Profissão</i></p>	<p>O Pré-natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto.</p>	<p>A fim de investigar os fatores de risco mais frequentes em ambos os grupos, sendo discutidos os seguintes aspectos: escolaridade média, trabalho estressante,</p>	<p>A primeira fase da pesquisa foi diagnóstica visando identificar os fatores de risco e de proteção presentes na história e vivência das gestantes internadas no setor de alto risco. Conforme afirma Gomes et al. (2010), o conhecimento desses fatores é importante para o planejamento e execução de ações preventivas,</p>

		situação socioeconômica desfavorável, ser solteira; gravidez não planejada, relacionamento conjugal insatisfatório e falta de apoio emocional do pai do bebê.	como o favorecimento de apoio emocional à família, amigos e companheiro, proporcionando segurança à puérpera. Pode-se concluir que o grupo de PNP, além da abordagem psicoterapêutica, forneceu informações sobre os estados emocionais do pós-parto,
Artigo 12/ 2016/ Minas Gerais/ SOF/ Revista: Biblioteca Virtual em Saúde – Atenção Primária em Saúde	Quais os sintomas da depressão pós-parto?	Mostrar de forma sucinta, os sintomas da Depressão Pós-parto, objetivando que a depressão pós-parto pode ser ocasionada por diferentes condições associadas as mudanças na condição de vida da mulher no processo de gestação/parto/puerpério e hormonais características da gravidez.	Nos casos graves a paciente pode ter a necessidade de ser medicada com psicotrópicos e/ou antidepressivos e deve-se observar a viabilidade ou não da amamentação do bebê e o desmame precoce. A depressão pós-parto pode ser um quadro agudo bem localizado na condição de vida da paciente ou se prolongar e tornar-se uma condição crônica. Cada caso é um caso e deve ser visto dessa forma. Concluindo que o trabalho em equipe é fundamental nessa condição.
Artigo 13/ 2018/ Uberaba-SP / estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal / Rev enferm UFPE online.	<i>Rastreamento a Depressão pós-parto em mulheres jovens</i>	Rastrear a depressão pós-parto entre mulheres jovens que estão na segunda semana e no sexto mês após o parto.	Identificou-se uma provável depressão pós-parto em 19,70% das puérperas e essa condição teve associação com os seguintes fatores: idade do bebê, multiparidade e baixo nível de escolaridade. Conclui-se que a depressão pós-parto precisa ser investigada na atenção primária em saúde, que deve valorizar os aspectos sociodemográficos e individuais para estabelecer um plano de cuidados integral desde o pré-natal, com vistas à prevenção desse frequente transtorno do puerpério.
Artigo 14/ 2016 / SOF/ Telessaúde-RS	Como tratar a depressão pós-parto?	Antes de iniciar o tratamento, é fundamental <i>pesquisar</i> o histórico de alterações de humor, tanto da paciente como de seus familiares, para realizar um diagnóstico mais preciso.	Conclui-se que o tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível para que haja melhora. É importante lembrar que alguns casos de transtorno bipolar podem se manifestar no período pós-parto através de depressão.
Artigo 15/ 2017 / Caxias do Sul-RS/ Estudo epidemiológico observacional transversal/ ABCS Health Sci.	Sintomas depressivos em gestantes da atenção básica: prevalência e fatores associados.	Medir a prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em gestantes atendidas na Atenção Básica	76 gestantes, destas 46,1% apresentaram SD. A média de idade foi de 26,6 anos (–5,95) e 72,4% estavam casadas ou em união estável. Houve associação significativa entre SD e estado civil (RP: 1,54; IC 95% 1,00-2,37; Conclui-se que os SD estão presentes em alguns casos na gestação, observando uma elevada prevalência. Ainda, identificou-se associação entre o desfecho com o estado civil e histórico de aborto, estes podem trazer problemas na gestação e no pós-parto.

Dentre a amostra dos 15 artigos, os fatores que foram mais recorrentes citados foram, sociodemográficos, como idade materna, tempo de estudo da mãe e estado civil. Foi também associado a DPP a relação afetada do binômio mãe-filho, prejudicando a amamentação e sono do bebê.

Os estudos revisados indicam também que enfermeiros em nível de atenção básica muitas das vezes percebem e conhecem os fatores de risco da DPP, porém, confundem ainda baby blues com DPP, sendo necessária essa diferenciação clara no atendimento a puérpera.

Nessa revisão com o intuito de aprofundar sobre esse assunto, serão tratadas categorias como Depressão pós-parto: sinais, sintomas, prevenção e tratamento; Epidemiologia: Cuidados e suporte à mulheres no puerpério.

4.1 Depressão pós-parto: sinais, sintomas, prevenção e tratamento

A DPP é uma das complicações mais comuns vivenciadas durante o puerpério, e pode atingir 15% a 20% das puérperas em nível de população mundial (GARFIELD *et al.*, 2015).

De acordo com Chiattonne (2007), 10 a 16% das pacientes preenchem critérios para o diagnóstico de DPP, que merece maior atenção. No decorrer da pesquisa, identificamos diversos os relatos de que 50 a 90% dos casos de DPP no mundo não são sequer detectados (ALMEIDA; ARRAIS, 2016, p. 2).

Durante a gestação, observam-se várias alterações no comportamento feminino e na vida do casal, as quais envolvem aspectos sociais, familiares, conjugais, profissionais e, principalmente, pessoais. Nessa fase, é comum que o humor tenha uma característica instável podendo resultar no surgimento de sentimentos conflitantes tanto em relação ao bebê quanto à vida da gestante (ALMEIDA; ARRAIS, 2016, p. 3).

Diante do exposto observamos que, uma série de fatores influencia a vulnerabilidade ou a proteção de uma mulher com episódios depressivos no pós-parto (ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2018, p. 2).

Entre os fatores significativos que contribuem para o surgimento da depressão pós-parto, incluem-se depressão pré-natal, ansiedade, história psiquiátrica pregressa, relacionamento conjugal conflituoso, eventos estressantes, atitude negativa em relação à gravidez e falta de apoio social (NORHAYATI, 2015).

Compreendeu-se que os fatores de risco são eventos ou situações já estabelecidas propícias ao surgimento de problemas físicos, psicológicos e sociais, que apresentam maior chance de surgir e maior intensidade no período

gravídico puerperal. Já os fatores de proteção são medidas preventivas, ou situações já estabelecidas que minimizem o impacto dos fatores de risco ou potencializam as influências positivas que transformam ou melhoram respostas pessoais (ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2018, p. 3).

Foi observado por Castro (2015) que esses fatores têm sido amplamente discutidos na literatura mundial, normalmente agrupados em três categorias: Fatores de risco e proteção psicossociais; Fatores de risco e proteção sociodemográficos/contextual; Fatores de risco e proteção físicos e suas respectivas subcategorias:

- Fatores de risco psicológico/psiquiátrico: Ter histórico de episódios depressivos pessoais anteriores à gestação (CASTRO *et al.*, 2015);
- Fatores de proteção psicológico/psiquiátrico: Participar de um Programa de Pré-natal com base numa abordagem psicológica, e ter uma Relação/ligação saudável das gestantes com suas próprias mães (ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2018, p. 3);
- Fatores de risco suporte social/relações interpessoais: Baixo apoio social e familiar (ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2018, p. 3);
- Fatores de proteção suporte social/relações interpessoais: Percepção de suporte social durante a gravidez, apoio social no puerpério, e relações sociais positivas (ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2018, p. 4);
- Fatores de risco e de proteção sociodemográficos/contextual: Idade materna (ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2018, p. 4);
- Fatores de risco físico/hormonal: História de síndrome pré-menstrual (MORAIS *et al.*, 2015);

Depois de uma ampla pesquisa conseguimos identificar que o fator de risco que se mostrou mais frequente nas pesquisas analisadas, foi o ter passado por intercorrências na gestação, tais como convulsões, sangramento, hematoma subcoriônico e hipertensão. A alta frequência de intercorrências na amostra estudada é inerente a gestação de alto risco, que exigiu a internação e

paralisação das atividades de rotina, na referida maternidade, podendo levar a mulher a sentir medo com a possibilidade do agravamento do quadro e a incerteza sobre futuros problemas no parto e com o bebê (ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2018, p.11).

O segundo indicador de risco mais frequente foi o nascimento via cesariana. Apesar de a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizar que a taxa ideal de cesáreas deveria ficar entre 10% a 15% do total de partos, a taxa de cesárea é muito superior no Brasil, com 47,8% dos nascimentos ocorrendo pela cirurgia cesariana em maternidades públicas e alarmantes 90,8% na rede particular (ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2018, p. 11).

Quanto à frequência de mulheres com algum indicador considerado de proteção para DPP foi possível identificar que o suporte familiar é o indicador dentre os fatores de proteção mais presente nas mães do estudo. Esse resultado é favorável ao que a literatura da área diz sobre a importância do apoio social no contexto da maternidade, tanto no período pré-natal e pós-natal (ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2018, p.12).

Em relação à evidência de associação entre gravidez não planejada e maior chance de DPP, esse resultado é concorde com as investigações de Castro *et al.* (2015) que encontraram dados semelhantes à Arrais (2018, p.12), destacando a experiência da maternidade como um momento de sentimentos ambivalentes e, com a chegada do bebê e as conseqüentes situações revividas pelas mães e/ou por suas características de personalidade, os sentimentos depressivos poderiam surgir.

Arrais, Araújo e Schiavo (2018, p.13) destacou ainda que por mais que a gravidez seja desejada, mesmo que não planejada, como ocorreu com metade das participantes, sempre existirão ambivalência, receios e expectativas normais quanto ao bebê e às mudanças na sua vida.

A ocorrência da depressão após a gestação é designada na literatura através de duas denominações: depressão pós-parto e depressão materna.

Os dois tipos de depressão distinguem-se em virtude do momento no qual os sintomas emergem (ALVARENGA, 2016, p. 2).

Alvarenga (2016), diz que o termo depressão pós-parto é utilizado quando se trata de um quadro detectado no período entre quatro e seis semanas após o parto, assemelhando-se ao que encontramos em citações expressa pela Organização Mundial da Saúde (OMS), 1997, enquanto o termo depressão materna, costuma ser empregado para referir-se a sintomas depressivos que acometem a mãe em qualquer fase do desenvolvimento da criança, excluindo-se o período logo após o parto (ALVARENGA, 2016, p. 2).

Ambos os quadros apresentam os mesmos marcadores típicos de outros transtornos depressivos, como humor deprimido, desânimo, baixa capacidade de concentração e distúrbios de sono e apetite (ALVARENGA, 2016, p 2).

Ressalta-se que esse transtorno é oriundo da associação de fatores biopsicossociais; aspectos como ser mãe solteira, gestação não planejada, falta de apoio familiar, social e conjugal, nascimento prematuro ou morte do bebê, história de transtorno psiquiátrico, complicações na gravidez, parto e puerpério, dificuldades de amamentar, perdas significantes, como emprego ou familiar, exercem forte influência na manifestação da DPP (BRASIL, 2016).

Conforme citação feita do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014), a depressão pós-parto inicia durante a gestação ou em até quatro semanas após o parto; sua avaliação deve levar em conta o diagnóstico diferencial em relação ao quadro de baby blues, o qual é transitório, incluindo sintomas como choro, irritabilidade, reatividade emocional e alterações no sono (FRIZZO *et al.*, 2019, p. 2).

Os sintomas de baby blues afetam em torno de 75% das novas mães, sendo que comumente iniciam nos dois primeiros dias após o parto e cessam espontaneamente em torno do décimo dia após o parto (FRIZZO *et al.*, 2019, p. 2)

Quando os sintomas, ainda que leves, ultrapassam o período de duas semanas, o diagnóstico mais provável é o de depressão pós-parto, e não de “Blues” (NÚCLEO DE TELESSAÚDE, 2018, n.p.).

Sintomas de depressão são relativamente comuns na transição para a parentalidade, de modo que, aproximadamente 15% das mães, preenchem

critérios clínicos para transtorno depressivo no primeiro ano após o nascimento de um filho (TISSOT *et al.*, 2016).

Frequentemente os sintomas incluem humor deprimido (triste ou irritadiço), perda de interesse por atividades outrora consideradas prazerosas, alterações no apetite e no sono, cansaço, dificuldade de concentração, sentimentos de inutilidade e culpa, bem como ideação suicida (FRIZZO *et al.*, 2019, p. 2).

Constatou-se a alta prevalência da patologia no país, cerca de 26,3% das brasileiras apresentaram sintomas depressivos após o parto, ou seja, uma a cada quatro mães foram atingidas pela DPP. A pesquisa revelou-se importante problema de saúde pública, pois a sintomatologia depressiva da mãe está associada a maior vulnerabilidade social vivenciada pela mulher, como baixa condição financeira, antecedentes de transtorno mental e hábitos não saudáveis (LEAL, 2016).

No período gravídico puerperal a mulher vivencia profundas transformações fisiológicas que interferem em sua produção hormonal e acarretam visíveis modificações corporais. Associado às alterações biológicas, a mulher pode apresentar dúvidas, angústias, medos e receios relacionados ao nascimento de um filho e à sua capacidade de cuidar de um bebê (GREINERT, 2015).

Assemelham-se as manifestações clínicas da DPP à depressão em geral com a presença de sintomas, como desânimo, choro frequente, baixa autoestima, sentimento de tristeza e desamparo, alterações do sono, sensações de incapacidade de vivenciar novas situações, desinteresse sexual, bem como pensamentos suicidas (OLIVEIRA, 2015).

Buscamos durante nosso estudo encontrar algo que nos estimasse como guia de busca preventiva a DPP.

E encontramos citações de Arrais, Araújo, Schiavo (2018) que indagou de citações já existentes, que a gestante tem benefícios com os grupos terapêuticos por poder compartilhar seu sofrimento com outras mulheres sob orientação profissional, ajudando, ainda, no diagnóstico precoce e tratamento, se for o caso. Assim, o PNP, além de instrumento preventivo, ajuda nessa relação a doenças psíquicas como a DPP (ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2018, p. 4).

Este tipo de pré-natal se propõe a prevenir situações adversas potencialmente decorrentes na gestação e no pós-parto, principalmente pelo seu caráter vivencial e interativo. Busca proporcionar as gestantes um entrosamento com outras mulheres que comungam sentimentos, sensações e emoções em um momento semelhante de suas vidas, porém vivido de forma idiossincrática por gestante ou casal (ARRAIS; ALMEIDA, 2016).

A presença do apoio social servirá como fator de proteção à maternidade. As mães precisam de uma rede de apoio que lhes ofereça ajuda nos cuidados domésticos, com o bebê e também na esfera do cuidado afetivo, de assistência para a mulher, companhia, encorajamento, disponibilidade, sem desautorizar, julgar ou se intrometer na relação da mãe e seu bebê (FILHA *et al.*, 2016).

A cada citação encontrada sobre o tratamento da DPP, observamos que é muito usado e tratado como uma depressão comum, variando de paciente para paciente, sendo que o tratamento da depressão pós-parto é geralmente estabelecido conforme a gravidade do quadro depressivo apresentado. Esse tratamento é baseado nos mesmos princípios que norteiam a terapêutica da depressão não relacionada com o pós-parto, podendo assim ser utilizada psicoterapia e/ou farmacoterapia (NÚCLEO DE TELESSAÚDE, 2018).

Para pacientes com depressão maior unipolar leve a moderada, é sugerido tratamento de primeira linha com psicoterapia interpessoal (TIP) ou terapia cognitivo comportamental (TCC) (NÚCLEO DE TELESSAÚDE, 2018).

Não havendo resposta à psicoterapia, a paciente é preparada para o uso de um medicamento ou se a paciente tenha realizado tratamento bem sucedido no passado com um algum psicofármaco, o uso de antidepressivo é uma ótima alternativa. Para pacientes com depressão maior unipolar grave, o quadro muda: sugere-se o uso de antidepressivo como primeira linha de tratamento, embora seja possível instituir o tratamento psicoterápico de forma associada. Quanto à escolha do fármaco, seja em casos de depressão leve, moderada ou grave, depende de a paciente estar ou não amamentando seu bebê (NÚCLEO DE TELESSAÚDE, 2018).

Mulheres que estão amamentando podem usar inibidores seletivos da receptação da serotonina (ISRS), pois são os fármacos mais estudados,

especialmente sertralina e paroxetina, pois são os que menos passam para o leite. Outras opções para mulheres que amamentam são: inibidores da receptação da serotonina e da noradrenalina, como venlafaxina, desvenlafaxina e duloxetina, ou bupropiona, mirtazapina e nortriptilina (NÚCLEO DE TELESÁUDE, 2018).

4.2 Epidemiologia: Cuidados e suporte a mulheres no puerpério

Num estudo epidemiológico brasileiro recente, a prevalência apontou um caso de depressão pós-parto para cada quatro nascimentos. Na amostra, destacavam-se os sintomas entre as mulheres das classes média e baixa, cor parda, com histórico de uso de álcool e com transtornos mentais (CARMO LEAL *et al.*, 2016).

A morbidade materna grave, também conhecida como near miss, é um evento de quase morte causado por complicações graves ocorridas com a mulher durante a gravidez, parto ou puerpério (SILVEIRA *et al.*, 2018, p.2).

Silveira (2018) faz citação conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), relatando que os diagnósticos de morbidade materna grave e near miss (MMG/NM) podem incluir várias patologias, tais como distúrbios hemorrágicos, distúrbios hipertensivos e outras doenças sistêmicas, edema pulmonar, insuficiência respiratória e convulsão durante a gravidez, além de indicadores de cuidados críticos, de transfusão de sangue, histerectomia e unidade de terapia intensiva.

A morbidade materna grave causa prejuízos psicológicos e sociais a longo prazo para a mulher e toda a família (SILVEIRA *et al.*, 2018, p. 2)

Considera-se que a morbidade materna grave pode repercutir no estado emocional da mulher em diversos aspectos, além de afetar negativamente a sua qualidade de vida por um longo período após o evento (SILVA, 2016).

Silveira (2018) faz concordância com a OMS, onde diz que cerca de 10% das mulheres grávidas e 13% das puérperas apresentam um transtorno mental,

e a depressão pós-parto pode atingir de 10 a 20% das puérperas (SILVEIRA *et al.*, 2018, p.2).

Segundo Silveira (2018) que destacou da American Psychiatric Association (2014), que 50% dos episódios de depressão que ocorrem no puerpério se desenvolveram no início da gravidez (SILVEIRA *et al.*, 2018, p. 2).

Silveira (2018) faz relato citado, destacando a mulher que apresenta o evento da morbidade materna grave pode ser acometida pela depressão pós-natal. E que as mulheres com complicações obstétricas graves foram significativamente mais propensas a ter depressão e ansiedade do que as mulheres com parto não complicado, constatando-se o efeito negativo da morbidade materna em suas vidas em todos os momentos da gravidez até o pós-natal (SILVEIRA *et al.*, 2018, p. 4).

Silveira (2018) cita que os fatores pré-natais, perinatais e pós-natais causam consequências negativas, podendo levar a óbito materno e infantil ou causar morbidades e deficiências durante o período pós-parto prolongado, em média de até um ano, que impactam negativamente na saúde do bebê, na saúde de outros filhos e na posição social e econômica da família.

As situações de gravidade, como sobrevivência da morbidade materna grave, atinge três dimensões que interagem entre si: a primeira diz respeito à ruptura da integridade física por meio das lesões, doença permanente e perda da força e resistência; a segunda abrange a economia doméstica por intermédio dos gastos com problemas de saúde e a perda da capacidade produtiva; a terceira abrange a interrupção da vida social, relacional/conjugal e familiar e as consequências negativas nos cuidados e na relação da díade mãe-bebê (SILVEIRA *et al.*, 2018, p.4).

Conforme publicações na World Health Organization (2020), nesse contexto, as síndromes depressivas que acometem mulheres nos primeiros meses após o parto afetam diretamente toda a família.

Efetivamente, em Saúde Mental, muitos estudos já foram feitos sobre o puerpério, revelando o interesse dos estudiosos por esse período, em que a condição de 'tornar-se mãe' se imbrica com a vulnerabilidade humana e pode

comportar riscos psiquiátricos. Entre os transtornos pesquisados, distinguem-se: o baby blues, o distúrbio de pânico pós-parto, as psicoses puerperais e a Depressão Pós-parto (DPP) (ARRAIS; ARAÚJO; SCHIAVO, 2018, p. 2).

O puerpério é um período no qual o corpo da mulher se recupera do desgaste físico da gravidez e do parto, e pode estar mais vulnerável à manifestação de transtornos mentais (MANENTE; RODRIGUES, 2016, p.2).

Diante do que observamos durante a experiência vivida nos campos de estágio, identificamos que o puerpério trata-se de um período negligenciado de assistência direcionada para a mãe, sendo a maior parte das atenções voltadas ao bebê, desconsiderando as transformações psicológicas que permeiam o período gravídico puerperal. Culturalmente, parece que há uma expectativa da mulher assumir prontamente a maternidade, sem grandes dificuldades, desempenhando bem o seu papel (MANENTE; RODRIGUES, 2016, p. 2).

A gravidez, sendo uma fase transitória do ciclo vital, induz a mulher a reorganizar sua identidade. Além das variáveis psicológicas e biológicas da gravidez, há ainda a situação socioeconômica, considerando que atualmente a mulher possui atividades profissionais e/ou sociais que lhe impossibilitam doação integral de tempo à maternidade, quadro que pode induzir ao aumento da tensão emocional (MANENTE; RODRIGUES, 2016, p. 2).

Conforme dito por WHO (2017) as taxas de mortalidade durante a gravidez e o parto permanecem elevadas nos países em desenvolvimento, apesar do seu decréscimo mundial nas últimas décadas, de modo que 99% dos óbitos maternos ocorrem nesses países. Óbitos evitáveis continuam ocorrendo em proporções alarmantes, sobretudo decorrente de doenças hipertensivas, hemorragias, sepse/infecções e complicações relacionadas ao aborto.

A saúde materna é considerada sensível à Atenção Primária à Saúde (APS), portanto, aumentar a qualidade desse ponto de atenção é fundamental para reduzir as taxas de mortalidade dessa população. Óbitos e morbidades que ocorrem durante a gravidez, parto e puerpério são passíveis de serem evitadas com a implementação de ações integradas e de acesso universal, por meio de tecnologias leves e cuidados primários (BARATIERI *et al.*, 2017, p. 2).

De acordo com a publicação na Nice (2015) e Correa (2014), a APS é a principal responsável pela atenção à mulher no pós-parto, por meio da integração do conhecimento técnico e a capacidade de acolher, apoiar e detectar mudanças físicas e emocionais precocemente, realizar prevenção, tratamento e acompanhamento da mulher, com encaminhamento para outros serviços quando necessário.

Conhecer as atividades desenvolvidas e resultados alcançados pelos programas de atenção puerperal é importante para o planejamento e melhoria do cuidado na APS voltado para a saúde da mulher no pós-parto.

Para tanto, de acordo com o Ministério da Saúde, Brasil (2016), as políticas de saúde em âmbito nacional e internacional evidenciam esforços e estabelecem diretrizes, ações e estratégias para atenção puerperal, em especial a cuidados primários, na compreensão de que, recursos adequados são requisitos fundamentais para atenção integral.

Enquanto muitas mulheres transitam pelo puerpério sem intercorrência, outras experimentam problemas significativos que podem persistir por semanas, meses ou mesmo por mais de 4 anos após o parto, indicando a necessidade de cuidado dessas mulheres ao longo do tempo (BARATIERI *et al.*, 2017, p. 7).

O puerpério é um período marcado pela saída da placenta no momento do parto, prolongando-se até a retomada do organismo materno às condições antes do parto, o que envolve processos anatômicos, fisiológicos e bioquímicos (ALMEIDA; ARRAIS, 2016, p. 3).

Almeida (2016) fez citação do Ministério da Saúde, relatando a esse período em três fases: o puerpério imediato que inicia no primeiro e vai até o décimo dia após o parto; em seguida, o puerpério tardio, que abrange desde o décimo até o quadragésimo quinto dia, e, por último, o puerpério remoto, aquele que vai além do quadragésimo quinto dia, ou seja, termina quando a mulher retorna a sua função reprodutiva (ALMEIDA; ARRAIS, 2016, p. 3).

Os transtornos mentais no pós-parto incluem: transtornos de ansiedade – devido à existência de sentimentos ambivalentes intensos na maternidade; transtorno afetivo bipolar – doença crônica e recorrente que apresenta

características do episódio depressivo maior; transtornos psicóticos – incidindo em cerca de 1 a 2% das puérperas, sendo caracterizado por intensa labilidade do humor, agitação psicomotora e ideação paranoide de base alucinatória e os transtornos depressivos (ALMEIDA; ARRAIS, 2016, p. 3).

Assemelhando-se ao Manual Técnico de Saúde da Mulher, Brasil (2006), outro transtorno mental comum no período puerperal é o baby blues, que acomete de 50 a 70% das puérperas, sendo definido como estado depressivo mais brando, com surgimento geralmente no terceiro dia do pós-parto. Esse período caracteriza-se por fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si e sentimentos de incapacidade, e tem remissão espontânea em duas semanas (ALMEIDA; ARRAIS, 2016, p. 3).

Sabemos que o período em que sucede ao nascimento, a gestante apresenta uma sensibilidade diferente do normal, a espera e expectativa pode trazer mudanças em seu comportamento, assim o nascimento de uma criança representa o rompimento do vínculo relacional entre a mãe e o bebê intraútero. Este processo de separação pode desencadear vivências depressivas e psicóticas pela mãe, reativadas por conflitos e lutos mal elaborados durante a infância, entre outros motivos (ALMEIDA; ARRAIS, 2016, p. 4).

Considerado pelo Brasil, MS, (2016) que a saúde materna é sensível à APS e que esse ponto de atenção deveria prestar o cuidado à mulher de forma longitudinal, há necessidade de qualificar tais ações a fim de acompanhar a mulher em todas as fases do puerpério, inclusive no remoto, negligenciado não somente por políticas públicas e diretrizes clínicas, mas também em estudos científicos.

Tem-se que o cuidado às puérperas consiste em visitas domiciliares no período de 7 a 10 dias de puerpério e ao retorno dessas mulheres e do recém-nascido aos serviços de saúde para uma consulta médica ou de enfermagem no período de 42 dias após o parto (BRASIL, 2016).

Define-se a consulta puerperal como a avaliação das condições psicoemocionais e sociais, a formação de vínculo mãe e filho, além do estado físico. Vê-se nesse contexto, a assistência de enfermagem é imprescindível para o reconhecimento da DPP, pois proporcionará o acolhimento e encaminhamento

adequado para a puérpera visando, assim, uma boa relação entre mãe e filho (BRASIL, 2016).

Entende-se, nesse sentido, que os enfermeiros sendo responsáveis por realizar consultas e visitas no período puerperal devem avaliar as mulheres em todas as dimensões, auxiliando no cuidado com o filho, dúvidas e medos relacionados à nova fase. Destaca-se, porém, que o profissional da saúde, sobretudo o enfermeiro, não possui um roteiro específico disponível pelo Ministério da Saúde para embasar a avaliação dessas mulheres no puerpério, fazendo-se necessário construir o seu próprio material, além de ser sua responsabilidade julgar o que seja importante para essa consulta (MAZZO, 2016).

Considera-se, assim, que a visita domiciliar contribui na diminuição da morbidade e mortalidade materna e neonatal, possibilita aos enfermeiros uma estratégia de facilitar o cuidado, criando um elo de aproximação com as puérperas, contribuindo também na adaptação da nova fase da vida dessa mulher, promovendo, dessa forma, um cuidado integral e individualizado de acordo com a necessidade de cada mãe (MEDEIROS, 2016).

O maior risco de mortalidade está durante o período pós-parto imediato e tardio, com maior taxa de morbimortalidade na primeira semana pós-parto, o que torna esse um momento crítico para a mulher e seu filho.

A consulta pós-parto é uma intervenção primordial para redução da morbimortalidade materna, por meio da prevenção, detecção precoce e tratamento de complicações, e prestação de aconselhamento sobre contracepção (BARATIERI, 2017, p. 7).

Destaca-se, com isso, que os enfermeiros das UFS devem conhecer e rastrear os fatores desencadeantes para o sofrimento mental no puerpério, como a depressão puerperal, uma vez que o retardo na detecção e encaminhamento inadequado dessas mulheres, interfere negativamente na relação mãe-filho, família, e no desenvolvimento da criança e agravamento do caso clínico (MEIRA, 2015).

Os profissionais de saúde da APS estão bem posicionados para fornecer apoio psicossocial a todas as mulheres no período perinatal e realizar abordagens preventivas entre as mulheres que podem estar com maior probabilidade de desenvolver DPP ou distúrbios relacionados, com particular importância no puerpério imediato. Esses profissionais devem ter papel ativo no rastreamento e seleção do tratamento de DPP, considerando fatores contextuais, como cultura, condição socioeconômica entre outros (NICE, 2015).

Mulheres com depressão pós-parto também podem apresentar dificuldades quanto à amamentação; estudos revelaram a associação entre a depressão pós-parto e o abandono do aleitamento materno exclusivo (GREINERT *et al.*, 2018, p. 2).

Diante da importância do aleitamento exclusivo pelo menos nos seis primeiros meses do bebê, ressalta-se a importância de acompanhar a saúde mental de puerpério durante esse período, uma vez que se trata de uma prática que pode exigir muito equilíbrio emocional das mulheres em puerpério imediato.

Visto desta forma Hassan (2016) indaga que a saúde mental da mãe está positivamente associada ao estado de desnutrição de crianças aos seis meses de vida.

Visando a necessidade de atenção à saúde mental das mães Lopes (2016) propôs em sua pesquisa a importância de propor intervenções que visem a prevenção de agravos e danos para o desenvolvimento infantil.

Dentre as principais teorias que abordam a saúde mental materna e sua associação com o desenvolvimento infantil, destaca-se a teoria winnicottiana. De acordo com Winnicott (2003) mães que apresentam depressão pós-parto possuem uma forma diferenciada para realizar os cuidados maternos quando comparadas às mães sem o transtorno (apud GREINERT *et al.*, 2018, p. 2).

De acordo com Fernandes (2013) em casos de depressão pós-parto, a maternagem, técnica empregada na psicoterapia que busca estabelecer no simbólico e no real, uma relação semelhante à que existiria entre uma "mãe boa" e seu filho, encontra-se comprometida e pode acarretar consequências à relação mãe-bebê e na capacidade da mãe em proteger e estimular a criança,

repercutindo negativamente sobre seu desenvolvimento. Mães acometidas por depressão materna podem apresentar dificuldades para identificarem as demandas do bebê. Tais mães não conseguem reconhecer no choro da criança seu real pedido, nem traduzir o verdadeiro significado de sua angústia (apud GREINERT *et al.*, 2018, p. 3).

Mulheres com depressão pós-parto podem apresentar sentimentos variados em relação à criança e que influenciarão sua relação com o filho, tais como rejeição, negligência, agressividade e maior hostilidade. Essas mães podem apresentar maior ansiedade para realizar os cuidados maternos e menos afetividade para com o bebê (SERVILHA, 2015).

A maternidade é considerada um momento que requer das mulheres intensas adaptações de sua vida e o aprendizado de novos cuidados dispensados a um bebê, tais fatores exigem da mãe maturidade emocional para lidar com as mudanças advindas deste período (GREINERT, 2018, p. 4).

A amamentação é um processo que ultrapassa a finalidade da nutrição, pois além de suprir as necessidades fisiológicas nas quais garante a sobrevivência do recém-nascido, também abrange os laços afetivos da díade, visto que é o primeiro contato do bebê com o mundo externo, sendo, desta forma, indispensável na constituição da relação mãe-filho (GREINERT, 2018, p. 5).

É também o início do processo da mulher no enfrentamento da sua nova experiência, a de ser mãe. Este momento pode começar com frustração e medo pela incapacidade de suprir as necessidades básicas do filho, o que gera um estado de nervosismo e estresse na mulher (BARBOSA MARS, 2016).

Identificamos durante nossa revisão que o aleitamento materno é um processo que envolve as condições fisiológicas e psicológicas da mulher, visto que as mães se encontram naturalmente em um momento de fragilidade emocional.

E em relação ao abandono do aleitamento materno, os sintomas de DPP estão caracterizados como uma variável relacionada ao desmame precoce, constatou-se que a depressão pós-parto e o parto traumático são as únicas variáveis para o abandono da amamentação exclusiva. Desta forma, pode-se

inferir que o estado emocional da mulher é fundamental para um bom desempenho do aleitamento (GREINERT, 2018, p. 5).

A amamentação ao recém-nascido está relacionada com a capacidade da mãe em adaptar-se às necessidades da criança, nos casos em que o bebê mostra-se incapaz de aceitar o seio materno não está associado a qualquer incapacidade inata sua, mas à dificuldade da mãe em proporcionar ao filho gratificação e satisfação por meio da amamentação. O prazer e a excitação do bebê, provenientes da experiência de ser amamentado, ficam contaminados pela angústia ou depressão materna (GREINERT, 2018, p. 5).

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde no Brasil (2010) recomendam o aleitamento materno exclusivo por seis meses, sendo o recebimento de informação sobre as vantagens da amamentação durante a gravidez estratégica para a garantia destas recomendações.

Para algumas mulheres a gravidez é um evento desejado e planejado, para outras, esse processo é raramente planejado, nem sempre marcado por alegrias e realizações Rosenberg (2007), sendo comum nessa fase o surgimento de sentimentos conflitantes tanto em relação ao bebê quanto à própria vida da gestante (ALMEIDA; ARRAIS, 2016, p. 2).

A coparentalidade se refere à maneira como os genitores ou as figuras parentais coordenam e se apoiam no processo de cuidar dos filhos, consistindo na responsabilidade compartilhada no papel de cuidadores (FRIZZO, 2019, p.1).

De acordo com citação feita por Frizzo *et al.*, (2019) o modelo de coparentalidade é composto por quatro dimensões: (1) divisão de trabalho parental, que se refere à forma como os cuidados são divididos e à satisfação com essa divisão; (2) apoio versus depreciação coparental, que envolve cooperatividade ou hostilidade entre os genitores; (3) gerenciamento das interações familiares, que diz respeito ao controle dos genitores sobre o modo como se comunicam e interagem nas relações familiares; e (4) acordo nos cuidados, envolvendo necessidades emocionais, expectativas de comportamento, disciplina e prioridades educacionais para o filho.

A transição para a parentalidade é um momento complexo notadamente para a mãe, pois além de gestar o filho, ela costuma ser a principal responsável pelos cuidados ao bebê Piccinini *et al.* (2012), mesmo nas famílias em que ambos os genitores têm emprego (SCHOPPE-SULLIVAN *et al.*, 2016).

Isso está associado tanto às demandas da amamentação, à maior disponibilidade de tempo, em função da licença-maternidade, mas também à tradicional divisão de papéis na família ocidental, em que as mães são as principais cuidadoras dos filhos (VERZA *et al.*, 2015).

Nesse sentido, evidências revelam a tendência de vulnerabilidade da mulher após o nascimento de um filho, Murray (2015), bem como o aumento da probabilidade de emergência de problemas de saúde mental, em particular a depressão, que pode acometer à mãe no puerpério (FRIZZO *et al.*, 2019, p. 2).

Além de trazer consequências negativas à mãe, a depressão afeta as relações entre todos os membros da família Pizeta (2016). Isso ocorre tanto pela seriedade da situação clínica, como pelo fato de que aquilo que acontece a um dos membros da família tende a impactar os demais, pois eles interagem e se influenciam mutuamente, como destacado pela teoria sistêmica (MCDANIEL *et al.*, 2016).

A depressão pós-parto pode trazer desdobramentos negativos às relações diádicas, tanto parentais, como conjugais, o fato de o pai não conseguir auxiliar a mãe deprimida a superar os sintomas, tende a ser uma fonte de angústia paterna (FRIZZO *et al.*, 2019, p. 2).

Um dos aspectos relativos à coparentalidade que pode afetar a saúde mental das mulheres é a divisão de trabalho parental, em especial no período de transição para a parentalidade, a assimetria na distribuição de tarefas e responsabilidades tende a se fazer presente e, mesmo quando ambos os genitores têm emprego, as mulheres assumem grande parte da rotina de cuidados ao bebê e de atividades domésticas, o que pode levar a maiores índices de depressão nas mães (FRIZZO *et al.*, 2019, p. 8).

Por outro lado, segundo Willians (2018), a saúde mental dos genitores costuma se relacionar à coparentalidade, de modo que, em casos de depressão, a tendência é de dificuldades na expressão de apoio.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos com base desta revisão que a nível global a depressão pós-parto pode atingir de 10 a 20% das puérperas, mostrando ser uma das complicações vivenciadas no período puerperal e em alguns casos ainda no período gestacional.

O surgimento desse transtorno no período gravídico puerperal pode sofrer influências de fatores sociodemográficos, psicológicos, hormonais. Sendo necessário um aparato de conhecimento técnico a fim de detectar mudanças físicas e emocionais precocemente na gestante acompanhada, e aliado a isso o profissional acolher, apoiar, realizando assim uma prevenção e acompanhamento da mulher, com encaminhamento para outros serviços quando necessário.

A atenção primária muitas vezes é a porta de entrada dessa gestante, sendo o local mais favorável para uma criação de vínculo e acompanhamento dessa futura mãe. Grupos terapêuticos, rodas de conversa, podem ser realizadas como terapia preventiva a essa gestante, lhe proporcionando troca de ideias, explanação de sentimentos e dúvidas em relação a esse momento de medos e incertezas na vida de uma mulher.

Diretrizes e estratégias para atenção puerperal, em especial a cuidados primários, são de suma importância para uma efetividade em um acompanhamento, oferecendo um atendimento humanizado à gravidez, parto e puerpério.

Diante disso, a assistência de enfermagem é fundamental para um reconhecimento precoce de DPP, e uma das ações que podem ser realizadas é a visita domiciliar no período puerperal, com o intuito de fortalecer o vínculo com

a mãe e avaliar condições psicoemocionais da mãe, o seu manejo no cuidado com o recém-nascido, e estimular a conexão do binômio mãe-filho.

REFERÊNCIAS

Almeida, Arrais: O pré natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto: **Psicologia ciência e profissão**, 2016 v. 36 nº4,847-863.

Alvarenga, Gomes, Freitas et al., As Relações entre Depressão Materna e Relatos Maternos acerca do Envolvimento Paterno: Um Estudo Longitudinal: *Temas em Psicologia* – 2016, Vol. 24, nº 3, 911-925.

Arrais, A.R., Mourão, M.A., Fragalle, B.O pré natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde Soc.:* vol. 23, n.1, p. 251-264, 2014.

Arrais, Araújo, Schiavo: Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-natal Psicológico; **Psicologia: Ciência e Profissão** Jun/Set.2018v.38nº4, 711-729.

Brasil, 2013; Ministério da Saúde; Depressão pós-parto.

Baratieri, Natal: Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa: *Ciência & saúde coletiva*, 2019.

BVS Atenção Primária em Saúde: Traduzindo o conhecimento científico para a prática do cuidado à saúde; Quais os sintomas da depressão pós-parto? **TelessaúdeRS**, 2016.

Boska, G.A., Wisniewski, D., Lentescck, M.H., Sintomas depressivos no período puerperal: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburgh. *J Nurs Health:* vol. 1, n. 1, p. 38-50, 2016.

BVS Atenção Primária em Saúde: Traduzindo o conhecimento científico para a prática do cuidado à saúde; Como tratar a depressão? **TelessaúdeRS**, 2018.

Dell'Osbel, Gregoletto, Cremonese: Sintomas Depressivos em gestantes da atenção básica: prevalência e fatores associados; **ABCS Health Sci. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, 2019; 44(3):187-194.

Frizzo, Schmidt, Vargas, Piccinini: Coparentalidade no Contexto de Depressão Pós-Parto: Um Estudo Qualitativo : **Psico-USF**, Bragança Paulista v.24, n.1, p.85-96, jan. / .mar, 2019.

Greinert, Carvalho, Capel et al., A relação mãe-bebê no contexto da depressão pós-parto: estudo qualitativo. *Saúde e pesquisa*, Maringá (PR), 2018.

Manente, Rodrigues: Maternidade e Trabalho: Associação entre Depressão Pós-parto, Apoio Social e Satisfação Conjugal; **Pensando Famílias**, 20(1), jul.2016, (99-111).

Martins, Rodrigues, Matos: Rastreado a Depressão pós-parto em mulheres jovens: Ensino clínico de fundamentos de enfermagem, **Rev enferm**; v.13,2019.

MAZZO, MHSN, Brito RS., 2016, Aug 27; 69(2):294-303. Manente, Maternidade e trabalho: Associação entre Depressão pós parto, apoio social e satisfação conjugal: Pensando famílias, 2015.

Meira, Bianca, et al., Desafios para profissionais da atenção primária no cuidado à mulher com depressão pós-parto. **Texto Contexto Enfermagem**, v.24, no. 3, 2015.

Moraes, Inácia et al., Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de saúde pública**, vol. 40, no.1, 2006.

Mayor, IMBS.; Piccinini, C. A. (2005). Relacionamento conjugal e depressão materna. *Psico (PUCRS)*, v. 36, n. 2, p.135-148.

Salgado, Cuidado materno livre de danos e prevalência de depressão pós-parto: Inquérito “**Nascer no Brasil**”, Região Sudeste, 2011 e 2012., São Paulo, 2017.

Segunda Opinião Formativa; Como tratar a depressão pós-parto? **TelessaúdeRS**, 2016.

Silveira, Gurgel, Barreto, Trindade: A depressão pós-parto em mulheres que sobreviveram à morbidade materna grave; **Cad. Saúde Coletiva.**, 2018 Rio de Janeiro, 26(4): 378-383.

Scielo: Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem; *enferm. V. 17,n.4 Florianópolis Oct. / Dec.. 2008.*

Souza, Santos, Boa sorte et al.,Conhecimento de Enfermeiros da Atenção Básica Acerca da Depressão Puerperal; **Rev enferm UFPE online.**, Recife, 12(35):2933-43, nov., 2018.

Servilha B, Bussad ver interação Mãe-criança e Desenvolvimento da Linguagem: A Influência da Depressão Pós-parto. **Psico.** 2015;46(1):101-109.

Valença, C.N., Germano, R.M. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Rev. Rene.** Fortaleza : vol 11, n.2, p. 129-139, 2010.