



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

VANESSA VICTORIA LUNA JAQUE

ASSISTÊNCIA NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO.

SÃO PAULO  
2020

VANESSA VICTORIA LUNA JAQUE

ASSISTÊNCIA NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: ELISA PREZOTTO GIORDANI

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

A saúde mental no puerpério nos faz repensar em saúde no sentido gera. A gravidez que pode ser um evento na vida da mulher de muita felicidade, para outras pode ser de muita tristeza quando indesejado ou não planejado. Fisiologicamente ocorrem muitas mudanças no corpo da mulher, tanto fisicamente como psicologicamente. A gravidez pode ser sobrecarregada por muitos transtornos do humor, em particular pela tristeza profunda que para muitas mulheres leva até à depressão. A tudo isso se somam as condições econômicas, sobretudo as de classe média e baixa, ou as mulheres muito novas, que experimentam um sofrimento psíquico, físico e social no período perinatal e pós-parto. Temos visto que rotineiramente nessas fases, as mães relatam uma vivência de contínua tristeza ou de diminuição da capacidade de sentir prazer, as mulheres enfrentam essa crise familiar sozinhas, falta de apoio do parceiro assim como da família em geral, pelo fato de sentir que todos priorizam a nova vida. A tristeza poderá ser transitória ou irá se tornar crônica caso não sejam assistidas adequadamente. De modo geral, o transtorno depressivo puerperal apresenta o mesmo quadro clínico característico da depressão em outros momentos da vida feminina, sendo potencializado o stress, pela nova responsabilidade que a mulher sente carregar pelo próprio papel de mãe. Sente-se sobrecarregada do sentimento de incapacidade, sentimentos negativos, desinteresse pelo bebê e culpabilidade por não conseguir cuidar do filho. Existem três distúrbios que são característicos do período puerperal. São eles: a melancolia da maternidade (baby blues), a depressão pós-parto (DPP) e a psicose puerperal. Temos como objetivo descrever a depressão pós-parto, apresentar os fatores de risco que podem contribuir para a DPP, possibilitando ao profissional da nossa Unidade de Saúde uma reflexão na prevenção, e atuação precoce no diagnóstico e tratamento sobre este sofrimento psíquico, que acomete numa parcela significativa de mães após o nascimento de um bebê, com importantes implicações psicoafetivas na vida da mulher.

## **Palavra-chave**

Saúde Mental. Puerpério. Prevenção Primária. Pré-Natal. Diagnóstico Precoce. Depressão Pós-Parto.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

O nascimento de um bebê tem sido associado a situações de estresse em algumas famílias, diante das mudanças nas rotinas diárias relativas à gravidez, ao parto e ao pós-parto. A ocorrência da depressão materna, após o nascimento de um bebê, pode ser preocupante tanto para a mãe como também para a família, uma vez que esse período tem sido enfatizado como propício para o surgimento de problemas emocionais nas mães, destacando-se os transtornos psicoafetivos.

Doença depressiva é um aumento exagerado das sensações diárias que acompanham a tristeza, consistindo numa perturbação do humor, de gravidade e duração variáveis, que é freqüentemente recorrente e acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais,

A depressão da mulher na fase do puerpério se mostra com aparição alterações humorais associados ao período após o nascimento do bebê, e que podem variar desde a melancolia da maternidade (*baby blues*), passando pela depressão pós-parto, e em alguns casos chega até as psicoses puerperais, propriamente dita.

A melancolia da maternidade, também denominada de tristeza pós-parto, 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, consistindo de sentimentos de melancolia, disforia, choros freqüentes, ansiedade, irritabilidade e dependência. Estes sentimentos, que podem durar até vários dias, têm sido atribuídos à rápida mudança nos níveis hormonais, ao stress do parto e à consciência da responsabilidade aumentada, que a maternidade traz consigo. Em casos raros, de 1 a 2 em cada 1.000 nascimentos, a psicose pós-parto pode desenvolver-se na mãe e se caracteriza por ansiedade severa, alucinações e delírios, os quais freqüentemente requerem tratamento intensivo e, por vezes, hospitalização, ocorrendo entre as duas primeiras semanas após o parto.

Vale se atentar ao respeito das condições socioeconômicas, e ao grau de influência e importância na prevalência dos casos com sofrimento materno, tais como situação de pobreza, vulnerabilidade, baixa educação, relações conflituosas familiares, a baixa auto-estima, a gravidez indesejada ou não-planejada estão associados à depressão puerperal.

Criar filhos é uma das tarefas mais difíceis que as pessoas realizam na vida. Poucas mães mencionam a crise psíquica que acompanha o nascimento de um filho, o despertar de sentimentos enterrados há muito tempo a respeito da própria mãe, a mistura de poder e impotência, a sensação de, por um lado, ser levada e, por outro, de tocar novas potencialidades físicas e psíquicas.

Neste contexto, foi despertado nosso interesse pelo trabalho de puerpério em nossa Unidade de Saúde. Ele se apresenta como uma etapa de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher, caracterizando-se como um período instável, que demanda a necessidade de um profundo conhecimento desta etapa na vida feminina, um fator essencial na determinação do limiar entre a saúde e a doença.

## **ESTUDO DA LITERATURA**

Transtornos psiquiátricos associados ao puerpério têm sido identificados há muito tempo. Nos séculos XVII e XVIII, relatos de casos de "insanidade puerperal" começaram a aparecer na literatura médica francesa e alemã. Em 1818, Jean Esquirol foi o primeiro a fornecer dados detalhados e quantitativos de 92 casos de psicose puerperal retirados dos seus estudos na Salpêtrière. O médico francês Victor Louis Marcé, em 1856, sugeriu que mudanças fisiológicas associadas ao puerpério influenciavam o humor materno. Dentre todas as fases da vida da mulher, o pós-parto é o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos. (CARTILLINO, ZAMBALDI, SOUGEY, RENNÓ, 2010).

No puerpério, ocorrem bruscas mudanças nos níveis dos hormônios gonadais, nos níveis de ocitocina e no eixo hipotálamo-hipófiseadrenal, que estão relacionados ao sistema neurotransmissor. (CARTILLINO; ZAMBALDI; SOUGEY; RENNÓ, 2010).

De acordo com Magalhães et al. (2006), "a evidência mais intrigante para um papel hormonal significativo foi demonstrada por um experimento que simulou níveis suprafisiológicos de estradiol e progesterona no final da gravidez e subsequente retirada (ou seja, parto), em mulheres com ou sem história de PPD".

Além das alterações biológicas, a transição para a maternidade é marcada por mudanças psicológicas e sociais. No puerpério há necessidade de reorganização social e adaptação a um novo papel, a mulher tem um súbito aumento de responsabilidade por se tornar referência de uma pessoa indefesa, sofre privação de sono e isolamento social. Além disso, é preciso reestruturação da sexualidade, da imagem corporal e da identidade feminina (CARTILLINO, ZAMBALDI, SOUGEY, RENNÓ, 2010).

Este tipo de depressão parece ser fruto da adaptação psicológica, social e cultural inadequada da mulher frente à maternidade. Segundo alegam determinados estudos, mulheres com mais eventos estressantes de vida durante a gestação e no início do puerpério possuem níveis maiores de sintomas depressivos. Além disso, as diferenças culturais relacionadas aos costumes, rituais e aos papéis dos membros da família são também creditadas por desempenhar papel determinante na redução ou acentuação da DPP. Por fim, psiquiatras comentam que a etiologia das síndromes psíquicas pós-parto envolve a interação de fatores orgânicos/ hormonais, psicossociais e a predisposição feminina. (SILVA, ARAÚJO, ARAUJO, CARVALHO, CAETANO, 2010)

Antecedentes familiares de depressão, antecedentes pessoais ou, até mesmo, um episódio de depressão puerperal são fatores de análise para o risco da depressão pós-parto; outros aspectos são os seguintes: personalidade pré-mórbida, qualidade da saúde materna, complicações gravídicas, parto de risco ou complicado e o puerpério com algum comprometimento clínico. Foi identificado um artigo que avalia uma série de estudos sobre aspectos da puerpéra nesse quadro clínico, além dos fatores ora citados: estado civil tem sido associado principalmente no caso de mães solteiras sem o apoio social; também o encontro entre mãe-filho após o nascimento pode induzir a uma doença específica, ou seja, os riscos de adoecimento, visto que ela vivencia uma série de emoções conjuntas em tempo real. Assim, como se pode afirmar, os transtornos depressivos puerperais determinam-se mais pela interação do que propriamente por uma doença preexistente da mulher. (SILVA, ARAÚJO, ARAUJO, CARVALHO, CAETANO, 2010)

De acordo com o Manual Técnico de Saúde da Mulher (BRASIL, 2006), o 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

Magalhães, Pinheiro, Faria, Osório e Silva (2006) definem que embora a heterogeneidade da depressão como atualmente construída seja reconhecida, há consenso quanto à efetividade dos antidepressivos nas diretrizes atuais. Após um período de entusiasmo com fatores hormonais, a maioria dos pesquisadores não acredita atualmente em uma etiologia distinta para a DPP. Isso se deve a várias linhas de evidência. Os fatores de risco mais consistentes, por exemplo, são aqueles que revelam predisposição individual, como depressão antenatal e episódios passados de depressão; além disso, mulheres com DPP não diferem de mulheres saudáveis após o parto em variáveis hormonais, obstétricas ou psicossociais. O modelo patogênico, portanto, parece ser similar ao modelo de estresse-diátese da depressão.

## **AÇÕES**

- promoção de saúde na mulher, realizando planificação familiar.
- realizar pré-natal psicológico em grupos de gestantes
- prevenção de distúrbios psicológicos nas consultas pré-natal
- diagnóstico precoce na primeira visita domiciliar à puérpera e filho
- diagnóstico de saúde familiar
- tratamento oportuno com psicoterapias individuais e familiares
- tratamento multidisciplinar

## **RESULTADOS ESPERADOS**

- 1 Diagnosticar e tratar depressão pós-parto.
- 2 Identificar a principal assistência na prevenção da depressão pós-parto.



## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde, Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília, 2006.

CANTILINO, Amaury; ZAMBALDI, Carla Fonseca; SOUGEY; Everton Botelho; JR, Joel Rennó. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. Rev. psiquiatr. clín. vol.37 no.6 São Paulo 2010.

MAGALHÃES, Pedro Vieira da Silva; PINHEIRO, Ricardo Tavares; FARIA, Augusto Duarte, OSÓRIO, Camila Moreira; SILVA, Ricardo Azevedo. Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. Rev. psiquiatr. clín. vol.33 no.5 São Paulo 2006.

SILVA, Francisca Cláudia Souza da; ARAÚJO, Thiago Moura de; ARAÚJO, Márcio Flávio Moura de; CARVALHO, Carolina Maria de Lima; CAETANO, Joselany Áfio. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. Acta paul. enferm. vol.23 no.3 São Paulo May/June 2016.