

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

LORENA OLIVEIRA RODRIGUES

DEPRESSÃO PUERPERAL: Um desafio para a Enfermagem

Paracatu

2021

LORENA OLIVEIRA RODRIGUES

DEPRESSÃO PUERPERAL: Um desafio para a Enfermagem

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde mental

Orientador: Prof. Msc. Thiago Alvares da Costa

Paracatu

2021

LORENA OLIVEIRA RODRIGUES

DEPRESSÃO PUERPERAL: Um desafio para a Enfermagem

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Msc. Thiago Alvares da Costa

Banca Examinadora:

Paracatu-MG, _____ de _____ de 2021.

Prof. Msc. Thiago Alvares da Costa
Centro Universitário Atenas

Prof. Msc. Renato Philipe de Sousa
Centro Universitário Atenas

Prof. Douglas Gabriel Pereira
Centro Universitário Atenas

Dedico este trabalho à minha Família e a Deus, que me presenteia todos os dias com a energia da vida, que me dá força e coragem para atingir meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me deu energia e saúde todos os dias para que eu não pudesse desistir.

Aos meus pais e familiares que me incentivaram todos esses anos que estive na Faculdade.

Aos meus amigos que estiveram ao meu lado nesse tempo.

Ao meu orientador Thiago Alvares por me ajudar e sanar todas as minhas dúvidas.

Enfim agradeço a todas as pessoas que fizeram parte dessa etapa decisiva em minha vida.

Nunca despreze as pessoas deprimidas. A depressão é o último estágio da dor humana.

Augusto Cury

RESUMO

A depressão pós-parto é um termo para caracterizar quadros de transtorno depressivos manifestados após o nascimento do bebê até seu primeiro ano de vida. O puerpério é um período pós-parto compreendido entre o momento do desprendimento da placenta até o organismo materno restabelecer-se às condições precedentes à gestação. Dentre os fatores que contribuem para o desenvolvimento da depressão pós-parto (DPP) destacam-se mães com baixo nível escolar, que residem sozinhas e sem um companheiro para prestar apoio, que já fizeram ou fazem consumo de álcool ou cigarro, que sofrem alguma crise de estresse excessivo ou já possuem antecedentes depressivos. Cada indivíduo apresenta um quadro com sintomas de rejeição distintos, visto que a DPP é uma doença que não está relacionada a uma personalidade má da puérpera, mas sim uma desordem psicológica. Em situações em que a mãe não consegue suprir as demandas e necessidades do seu bebê ela pode vivenciar reações de ansiedade, culpa, raiva, vergonha e auto-depreciação. Várias são as consequências negativas principalmente para o desenvolvimento do bebê, advindas da depressão pós-parto, quando a doença não foi detectada e nem tratada de maneira adequada. Na maioria das vezes, proporciona dificuldades na formação dos vínculos afetivos, desencadeando graves problemas para o desenvolvimento do bebê.

Palavras-chave: Depressão. Puérpera. Enfermagem. Saúde.

ABSTRACT

Postpartum depression is a term to characterize depressive disorders manifested after the baby is born until its first year of life. The puerperium is a postpartum period between the moment of placental detachment until the maternal organism recovers to the conditions that preceded the pregnancy. Among the factors that contribute to the development of postpartum depression (PPD) stand out mothers with low educational level, who live alone and without a partner to provide support, who have already consumed or consume alcohol or cigarettes, who suffer from some excessive stress crisis or already have a depressive history. Each individual presents a picture with different rejection symptoms, since PPD is a disease that is not related to a bad personality of the puerperal woman, but rather to a psychological disorder. In situations where the mother is unable to meet her baby's demands and needs, she may experience reactions of anxiety, guilt, anger, shame and self-depreciation. There are several negative consequences, especially for the baby's development, arising from postpartum depression, when the disease was not detected and not treated properly. Most of the time, it causes difficulties in the formation of affective bonds, triggering serious problems for the baby's development.

Keywords: Depression. Postpartum. Nursing. Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 PROBLEMA	11
1.2 HIPÓTESES	11
1.3 OBJETIVOS	11
1.3.1 OBJETIVO GERAL	11
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	11
1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO	12
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	12
2 ASPECTOS GERAIS DA DEPRESSÃO PÓS PARTO	13
2.1 O PUERPÉRIO	13
2.2 A DEPRESSÃO	13
2.3 MANIFESTAÇÃO	14
2.4 SINTOMAS DA DPP	14
2.5 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	16
2.6 POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS QUANDO A DPP NÃO É IDENTIFICADA	16
3 ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO	18
3.1 ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM DESDE A FASE DO PRÉ-NATAL	18
3.2 TRATAMENTO DA DPP	21
4 A DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SUAS IMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

A depressão pós parto é um termo para caracterizar quadros de transtorno depressivos manifestados após o nascimento do bebê até seu primeiro ano de vida.

Inicia-se a partir do quarto ao oitavo mês de gestação intensificando-se nos primeiros seis meses após o parto e perdurando até o primeiro ano de vida da criança (SANTOS; ALMEIDA, 2016).

Assim a depressão pós-parto pode apresentar episódios maiores nas primeiras semanas do pós-parto. Segundo o Ministério da Saúde (MS) sua prevalência possui variáveis, pois muitos casos não são identificados e por consequência não recebem o tratamento necessário, chegando a índice de 10% a 25% (BOTH *et al*, 2016).

Dentre os fatores que contribuem para o desenvolvimento da depressão pós-parto (DPP) destacam-se mães com baixo nível escolar, que residem sozinhas e sem um companheiro para prestar apoio, que já fizeram ou fazem consumo de álcool ou cigarro, que sofrem alguma crise de estresse excessivo ou já possuem antecedentes depressivos ou familiar que apresentou depressão. (HARTMANN; SASSI; CÉSSAR, 2016).

Diante dos agravos que a DPP pode apresentar na vida de uma mulher, a enfermagem pode intervir auxiliando na prevenção e promoção da depressão pós-parto. Dentre as estratégias da prevenção sugere que estabeleça um vínculo de confiança com puérperas, o apoio com o bebê, a amamentação e o incentivo a manifestar seus sentimentos em relação aos membros da família que estão presentes no seu cotidiano. (GUERRA *et al*, 2014).

A depressão é conhecida como doença da sociedade moderna pode ser de forma grave ou apenas um sintoma manifestado por um estado melancólico. Os sintomas apresentados pelo indivíduo fazem com que ela tenha dificuldade em organizar os pensamentos, fazendo-se rotina e alterando suas atitudes e discernimento sobre si, afetando a sua vida social onde o mesmo passa a enxergar diferente o mundo em que se vive. (LANDIM *et al*, 2014).

1.1 PROBLEMA

Quais são as estratégias utilizadas por enfermeiros para minimizar os casos e dar suporte as mulheres com depressão puerperal?

1.2 HIPÓTESES

Cabe ao enfermeiro o conhecimento a cerca da DPP uma vez que este profissional constitui, no serviço de atenção básica, uma porta de entrada para o acolhimento e direcionamento adequado da puérpera no que corresponde à terapêutica e prevenção deste transtorno mental (SILVA et al, 2011).

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a importância do profissional da enfermagem na assistência à puérpera durante a depressão pós-parto.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conceituar depressão pós parto e descrever os malefícios ocasionados a mãe e ao RN.
- b) Classificar clinicamente os graus da depressão pós parto.
- c) Descrever a importância do enfermeiro no processo de depressão pós-parto, dando assistência a mãe quanto ao RN.

1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Puérperas lactantes com transtorno emocional, após a primeira semana, tendem a apresentar resistência no tratamento devido ao rejeição do recém-nascido. Cada indivíduo apresenta um quadro com sintomas de rejeição distintos, visto que a DPP é uma doença que não está relacionada a uma personalidade má da puérpera,

mas que é uma desordem psicológica que tem cura, envolvendo a quebra de estigmas que estão presentes nos familiares e até nos profissionais da área da saúde. Além dessas questões comportamentais, os dados relacionados e coletados na literatura não fornecem aos profissionais nenhuma definição clara acerca da doença. Assim, os profissionais de enfermagem acabam tendo uma formação acadêmica deficiente que prioriza as patologias, as técnicas assépticas e a conduta protocolada na atenção primária, abordando a formação generalista da enfermagem e suas atribuições em um Centro de Saúde da Família, porém não os capacitando no atendimento e cuidado da paciente com DPP.

1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO

Este tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito ou construir hipóteses esclarecer e modificar conceitos. (GIL, 2019).

Com base no objetivo geral e objetivos específicos deste estudo, a metodologia e as ferramentas utilizados foi pesquisa acadêmica exploratória em livros e periódicos da área de enfermagem e afins. Também foi feito estudo através de observação e levantamento de dados junto aos profissionais de enfermagem atuantes na área.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

Estruturalmente, este trabalho é dividido em quatro capítulos, sendo que no primeiro encontra-se a introdução, problema, hipótese, definição dos objetivos gerais e específicos, a metodologia e a estrutura dos capítulos.

O segundo capítulo consta os aspectos gerais do tema proposto, com conceitos sobre o puerpério e depressão, além da manifestação, sintomas e critérios para diagnóstico da Depressão Pós-parto.

O terceiro capítulo discorre sobre o acompanhamento e tratamento da depressão pós-parto e também da importância da atuação do profissional da enfermagem nessas fases.

O quarto e último capítulo ressaltam sobre a DPP e suas implicações no desenvolvimento infantil, mostra as consequências tanto para a puérpera quanto para o RN.

2 ASPECTOS GERAIS DA DEPRESSÃO PÓS PARTO

2.1 O PUERPÉRIO

Sabe-se que a gestação é a fase em que a mulher passa por várias mudanças, no qual ela vivencia sentimentos de forma intensa e marcante e pode afetar seu pensamento e personalidade. O puerpério é um período pós-parto compreendido entre o momento do desprendimento da placenta até o organismo materno restabelecer-se às condições precedentes à gestação, conhecido popularmente como resguardo ou quarentena. Nessa fase a mulher é chamada de puérpera, é um período de adaptação e ela encontra-se vulnerável e mais suscetível a ocorrência de depressão. (FRANTZ, 2021).

2.2 A DEPRESSÃO

A depressão é uma doença que compromete o físico, o humor e consequentemente o pensamento. É considerada uma doença afetiva ou do humor, não é sinal de fraqueza ou porque a pessoa não tem pensamentos positivos ou algo que pode ser superado com esforço ou pela força de vontade. A Medicina define a depressão como mau funcionamento cerebral, distinguindo-a da má vontade psíquica ou cegueira mental para as coisas boas que a vida pode oferecer. (SCHMIDT et al., 2005).

A Depressão Pós-Parto (DPP) é um transtorno mental de alta prevalência, que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. O diagnóstico muitas vezes é negligenciado pela própria puérpera, e/ou seus familiares, atribuindo os sintomas ao cansaço e desgaste naturais dessa fase, causados pelo acúmulo de tarefas rotineiras e os cuidados com o bebê. É um quadro clínico severo que requer acompanhamento psicológico e psiquiátrico, pois devido à gravidade dos sintomas, há que se considerar o uso de medicação. (MELO; SILVA; XAVIER, 2013).

Para Fernandes (2011), os transtornos psiquiátricos possuem uma multiplicidade de fatores causais abrangendo alterações neuroquímicas, hormonais, predisposição psicológica e biológica, sendo, portanto, muito difícil evitá-los, o que exige uma atenção integral na saúde física e mental da mulher, para que seja estabelecida a estratégia mais conveniente em cada situação e da forma mais precoce.

2.3 MANIFESTAÇÃO

A depressão pode se manifestar de várias formas e vários tipos, como comprometimento do ânimo, inclusive para as atividades que geram prazer. São fatores que influenciam nessa condição, a mudança do ritmo na fase puerperal, pressão psicológica de outras pessoas, exigências culturais e sociais, em relação à puerpera, no que se refere ao desempenho das funções maternas. (DUNCAN et al, 2006).

Segundo Duncan (2006), vários são os fatores de risco, os principais podem ser a idade inferior a 16 anos, história de transtorno psiquiátrico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, estado civil de solteira ou divorciada, desemprego (puérpera ou seu cônjuge), ausência ou pouco apoio social, personalidade desorganizada, espera de um bebê do sexo oposto ao desejado, relações afetivas insatisfatórias.

O conhecimento dos fatores de risco da DPP é importante para o planejamento e execução de ações preventivas como favorecer o apoio emocional da família, amigos e companheiro, proporcionando segurança à puerpera. A identificação precoce possibilitará o encaminhamento da mãe com risco elevado para depressão pós-parto para acompanhamento.

Com o nascimento do bebê nascem novas responsabilidades e diferentes papéis serão desempenhados pelos responsáveis, principalmente pela mãe que se ocupa dos maiores cuidados do bebê (FLORES et al, 2012).

2.4 SINTOMAS DA DPP

Os sintomas são instabilidade de humor, irritabilidade, tristeza, indisposição, insegurança, incapacidade de cuidar do bebê e baixa autoestima (IACONELLI,

2005), ocasionando a sensação e desinteresse por ele, chegando ao extremo de pensamento suicida e homicida em relação ao bebê. A depressão materna no período pós-parto é um dos fatores que geram desordens no vínculo da mãe e o bebê, prejudicando assim a interação. Em situações em que a mãe não consegue suprir as demandas e necessidades do seu bebê ela pode vivenciar reações de ansiedade, culpa, raiva, vergonha e autodepreciação. Estar cientes dos fatores de risco da depressão pós-parto é de grande importância para o planejamento e execução de ações preventivas que visem o apoio emocional da família, amigos e companheiros, fornecendo à puérpera segurança.

A gravidez não planejada, baixo peso ou prematuridade do bebê, intercorrências neonatais e malformações congênitas, desapontamento com o gênero sexual do bebê, fatores socioculturais, situação socioeconômica, instabilidade emocional, pouca idade da mãe, abortos anteriores, mãe ser solteira, grande número de filhos, desemprego após a licença maternidade, decepções pessoais ou profissionais, morte de pessoas próximas, separação do casal durante a gravidez, baixa autoestima, brigas com marido, família e amigos, histórico pessoal ou familiar de doença psiquiátrica, anteriores ou durante a gravidez (SGOBBI; SANTOS, 2008).

Segundo Iaconelli (2005), o que distingue a DPP da Tristeza Materna é a gravidade do quadro e o que ele tem de incapacitante, afetando a mãe e colocando em perigo seu bem-estar e o do bebê. Além da necessidade de cuidados da mulher, a DPP é fator de risco para a saúde mental do bebê, portanto, requer toda a atenção. Culturalmente, a maternidade é vista de forma idealizada e qualquer afeto negativo da mãe para com o bebê é julgado como algo inaceitável. A depressão puerperal para ser diagnosticada devem ser manifestados quase todos os dias como grande tristeza prolongada, crise de choro, fadiga, desmotivação, ansiedade, distúrbios do sono ou do apetite, irritabilidade, sensação de incapacidade para cuidar do filho ou desinteresse por ele, lapsos de memória e ideias obsessivas ou supervalorizadas de suicídio. As pessoas próximas podem ajudar sendo compreensíveis, apoiar a mãe neste momento único, sem cobrar atitudes idealizadas culturalmente e também através da mídia.

2.5 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

Os critérios de diagnóstico da DPP são os mesmos do transtorno depressivo maior, portanto, os sintomas devem estar presentes por no mínimo duas semanas, apresentando obrigatoriamente humor deprimido e perda do interesse e prazer, associados às alterações significativas do peso ou apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa, limitada capacidade de pensar, decidir e se concentrar, pensamentos de morte, suicídio, variação de humor e altos níveis de ansiedade. Sob o olhar endocrinológico a DPP está associada aos altos níveis de estrógeno e progesterona durante a gestação e a queda brusca que ocorre após o parto, fator de risco as alterações de humor (ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005).

2.6 POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS QUANDO A DPP NÃO É IDENTIFICADA

Várias são as consequências negativas principalmente para o desenvolvimento do bebê, advindas da depressão pós-parto, quando a doença não foi detectada e nem tratada de maneira adequada. Na maioria das vezes, proporciona dificuldades na formação dos vínculos afetivos, desencadeando graves problemas para o desenvolvimento do bebê. Spitz (1991) afirma que a mãe, no papel de cuidador, tem um papel totalmente abrangente no aparecimento e desenvolvimento da consciência do bebê, e tem, também, participação vital no processo de aprendizagem. A DPP pode repercutir negativamente na interação mãe-bebê e no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança e pode interferir em todas as relações interpessoais.

A não detecção da DPP implica em importantes consequências para o desenvolvimento infantil, especialmente em relação a problemas emocionais e de comportamento. Mães deprimidas tendem a ficar mais reclusas e introspectivas, elas podem ser mais hostis, menos afetuosas e comunicativas. O desenvolvimento da criança é resultante da interação entre suas capacidades potenciais e a influência de seu ambiente. As estimulações sensoriais, afetivas e sociais insuficientes, podem ter como consequência um atraso no desenvolvimento das esferas cognitiva, afetiva e relacional (CARLESSO, 2011).

Filhos de mães deprimidas podem apresentar dificuldades em utilizar seu potencial de entendimento, além de dificuldades para desenvolver o apego com a mãe. E podem ainda ficar mais vulneráveis a sintomas físicos e comportamentais, tais como dor de cabeça, dor de barriga, agitação, pesadelos, anorexia, entre outros. Justo (2004) afirma que o inconsciente é estruturado pela linguagem e na relação do sujeito com o “outro”. O inconsciente nasce da inscrição do sujeito na linguagem, inscrição essa dada pelo contato com seus semelhantes e por sua inserção na cultura. A interação mãe-bebê é a relação que permite que o inconsciente seja estruturado; é a partir do olhar do outro que o sujeito se constitui. O inconsciente não está nem no indivíduo nem fora dele, mas, exatamente, no espaço da relação que se estabelece entre o “eu” e o “outro”, aquele que cuida.

Alguns fatores podem agravar o quadro depressivo como a grande frustração das expectativas relacionadas com a maternidade, conflitos conjugais, baixas condições socioeconômicas e a falta de suporte social. O sentimento e o comportamento da mãe em relação a seu bebê são profundamente influenciados por suas experiências pessoais prévias, e esse padrão de relacionamento parental dará origem à forma como a mãe irá vincular-se ao bebê, provendo ou não suas necessidades físicas e emocionais. O estilo de comportamento da mãe e o quão disponíveis e apropriadas são suas respostas sustentarão as construções de apego nas relações que a criança irá estabelecer ao longo da vida (BORSA, 2007).

3 ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO

3.1 ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM DESDE A FASE DO PRÉ-NATAL

A assistência desde o pré-natal até o puerpério é de suma importância e o profissional da enfermagem deve prestar apoio humanizado, acolhedor e de qualidade. Essa iniciativa da enfermagem no sentido de prevenir a depressão pós-parto pode evitar problemas futuros e contribui para a promoção da saúde. Quando há o diagnóstico precoce da depressão pós-parto pode ser tomadas decisões e viabiliza o tratamento específico e a recuperação da saúde por profissionais habilitados. Nesse sentido, faz-se necessário que o profissional de saúde aborde a mulher na sua inteireza, considerando a sua história de vida, os seus sentimentos e o ambiente em que vive, estabelecendo uma relação entre sujeito e sujeito e valorizando a unicidade e individualidade de cada caso e de cada pessoa. Outra habilidade importante de ser desenvolvida pelos profissionais de saúde é a empatia, que se refere à habilidade de compreender a realidade de outra pessoa, mesmo quando não se teve as mesmas experiências. Uma presença sensível infunde serenidade e confiança à mulher. (BRASIL, 2005).

FIGURA 1 – ESTABELECENDO VÍNCULOS



Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

Cabe à Enfermagem conhecimento específico para realizar as práticas que possam a vir a se tornar estratégias e ferramentas para o tratamento da DPP e fazendo com que essa percepção antecipada proporcione à puérpera apoio necessário para superar os desafios. O pré-natal acolhe a mulher desde o início da gravidez, sendo esse o principal objetivo da atenção pré-natal, dessa maneira garantindo o bem-estar materno e neonatal. O papel do enfermeiro é fazer um acompanhamento deste por meio de consultas e intervenções. Uma atenção qualificada e humanizada é necessária, acontecendo com ações acolhedoras e sem intervenções desnecessárias. (BRASIL, 2006).

O profissional da enfermagem deve estar preparado e sensibilizado para notar os sinais iniciais da doença para agir de forma rápida, efetiva e competente. Ele deve elaborar estratégias preventivas como visitas domiciliares, criar grupos de gestantes para trocas de experiências, realizar palestras e treinamentos para essas gestantes para que possam saber lidar com as adversidades e práticas cotidianas. O acolhimento é um fator indispensável e fundamental, por parte desse profissional, a disponibilidade para ouvir a gestante é uma das ações mais preventivas, pois, através da interação, o profissional consegue perceber mudanças de comportamentos. Reconheça 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. Compreenda esse estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante para acolhê-la, sem banalizar suas queixas. Estabeleça relação de confiança e respeito mútuos. (BRASIL, 2005).

A atenção qualificada e humanizada deve ser com condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, se o serviço de saúde for de qualidade o mesmo irá suprir suas necessidades. Considerando o pré-natal e o nascimento como um momento único e especial para a mulher, o enfermeiro como educador deve assumir a postura de orientar, compartilhar saberes e buscar devolver à mulher a autoconfiança para vivenciar a gestação, o parto e o puerpério. É durante as consultas de pré-natal que ocorre a preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um processo de intenso aprendizado, oportunizando ao enfermeiro desenvolver a educação em saúde como dimensão do processo de cuidar (RIOS; VIEIRA, 2007).

Como o enfermeiro é o profissional que mais estreitamente se relaciona com a mulher durante o ciclo gravídico puerperal e tem importante papel nos programas de educação em saúde, aqui destacando o pré-natal, ele deve preparar a gestante para o aleitamento, para que no pós-parto o processo de adaptação da puérpera ao aleitamento seja facilitado e tranquilo, evitando assim, dúvidas, dificuldades e possíveis complicações (BRASIL, 2002).

A assistência no pré-natal, adicionada ao cuidado inclui a qualidade do enfermeiro, que deve ser competente, humano e dedicado. Competente para orientar convenientemente as gestantes, reconhecer precocemente os problemas que possam surgir e enfrentá-los de maneira correta de modo a evitar ou minimizar suas consequências (FREITAS, 2007).

Esse acompanhamento é de fundamental importância para preparar a mulher para a maternidade, não devendo ser encarada como simples assistência médica e sim, como trabalho de prevenção de intercorrências clínico-obstétricas e assistência emocional. Cabe salientar que, a atenção básica oferece uma proximidade maior com a população, facilitando para a promoção em saúde e proteção da saúde (SANTOS et al., 2012).

TABELA 1 – A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL

IDENTIFICA	Doenças pré-existent
ORIENTA	Hábitos saudáveis e uso de medicação
DETECTA	Problemas na mãe e no feto
AVALIA	Evolução da gestação
AUXILIA	Condutas para gestante

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

Um serviço de pré-natal bem estruturado deve ser capaz de captar precocemente a gestante na comunidade em que se insere, além de motivá-la a manter o seu acompanhamento pré-natal regular, constante, para que bons resultados possam ser alcançados. A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma

positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na (SANTOS et al., 2012).

3.2 TRATAMENTO DA DPP

Após diagnóstico da DPP o que pode ser feito para ajudar essa pessoa? Conforme Franco (2021) deve-se:

- não invalidar ou diminuir o sentimento da mulher, não julgar e sim demonstrar que está tudo bem, que ela tem uma rede de apoio e que o que ela está sentindo importa;
- mostrar apoio durante a gestação e após o parto, a nova mamãe precisa de apoio durante a gestação e também após o nascimento do bebê. É importante que ela reconheça sua rede de apoio, tendo a certeza que estarão presentes quando ela precisar;
- indicar a procura de um profissional, dar sugestão da ajuda de um profissional, que poderá iniciar o tratamento adequado. Apoiá-la e acompanhá-la a uma consulta demonstra interesse e suporte.

Franco (2021) afirma ainda que superar a tristeza pós-parto, é essencial para saúde da mãe e para o relacionamento entre ela e o bebê. Além disso, deve-se também procurar apoio familiar ou de algum amigo, se distrair com atividades de lazer, manter repouso, reconhecer as mudanças que ocorreram e tentar aceitá-las. O uso de remédios antidepressivos só é recomendado nos casos mais graves de depressão pós-parto e quando a psicoterapia não é suficiente.

Segundo Pinheiro (2021) o tratamento da depressão pós-parto costuma ser feito com sessões de psicoterapia e uso de medicamentos antidepressivos. Com tratamento adequado, a depressão pós-parto geralmente desaparece dentro de seis meses. Em alguns casos, o quadro pode durar mais tempo, tornando-se depressão crônica. Pacientes não tratados de forma adequada têm maior risco de evoluir para depressão crônica.

4 A DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SUAS IMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Schwengber e Piccinini (2003) afirmam que a depressão materna, após o nascimento do bebê, implica em importantes consequências para o desenvolvimento infantil, especialmente em relação a problemas emocionais e de comportamento da criança.

Conforme Spitz (1991) afirma que a “perda” da mãe que entra em depressão não é uma perda física, como quando a mãe morre ou desaparece, trata-se de uma perda emocional, tendo em vista que a mãe, ao mudar sua atitude emocional, altera os signos que a identificavam como um “objeto bom” para a criança. Mesmo a mãe mantendo-se fisicamente como era o objeto afetivamente investido pelo bebê está perdido com a depressão, posto que a mãe mostra-se emocionalmente mais distante.

Uma situação de privação parcial vivenciada pela criança é definida por Bowlby (2006) como uma situação em que a criança pequena, vivendo com sua mãe, sofre privação, quando a mãe é incapaz de proporcionar-lhe os cuidados amorosos de que necessita. Os efeitos da privação na criança podem variar, de acordo com seu grau. A privação parcial pode trazer consigo a angústia, uma exagerada necessidade de amor, fortes sentimentos de vingança, e, como consequência, culpa e depressão.

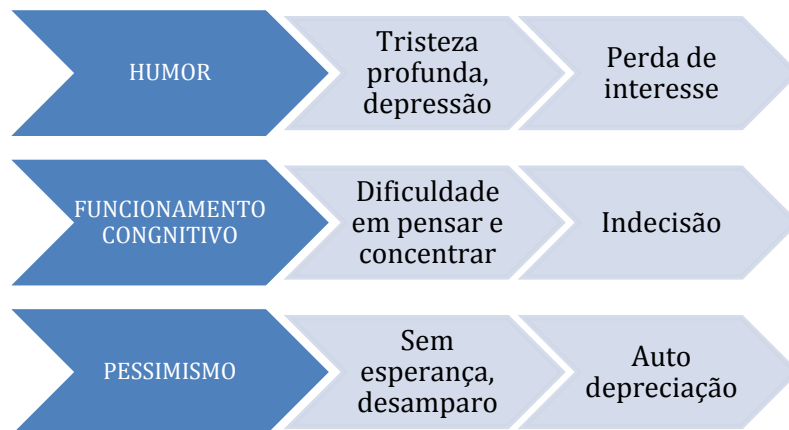
Carifete (2009) apresenta as principais repercussões da DPP no desenvolvimento infantil da seguinte forma:

- Problemas comportamentais: crianças mais propensas a problemas comportamentais como perturbações de sono, ataques de raiva, atitudes agressivas, déficits de atenção e hiperatividade.
- Atraso no desenvolvimento cognitivo: os filhos de mães deprimidas podem aprender a falar e a andar mais tarde que o habitual, podendo ainda apresentar dificuldades em nível de aprendizagem escolar.
- Problemas de socialização: as crianças podem apresentar dificuldades em estabelecer relações afetivas estáveis, dificuldades em fazer amigos na escola, podendo ser excluído socialmente.

- Problemas emocionais: as crianças tendem a apresentar baixa autoestima, revelando-se mais ansiosas e medrosas, passivas e dependentes.
- Depressão: o risco de desenvolver um episódio depressivo maior cedo na vida é particularmente alto para filhos de mães com DPP.

Bowlby (2006) afirma ainda que: Uma criança pequena, ainda imatura de mente e corpo, não pode lidar bem com todas estas emoções e impulsos. A forma pela qual ela reage a estas perturbações em sua vida interior poderá resultar em distúrbios nervosos e numa personalidade instável.

FIGURA 2 – SINTOMAS DA DPP



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Segundo Klaus et al. (2000), os sintomas depressivos interferem em todas as relações interpessoais, especialmente no desenvolvimento da interação mãe-bebê.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do presente estudo foi observada que o papel do profissional da enfermagem é fundamental na fase de assistência, a gestante se sente mais confiante em manter um diálogo efetivo com esse profissional, pois, mantém uma relação desde a fase pré-natal. As consequências são sempre positivas quando há a assistência técnica com embasamento teórico científico acrescido de bom relacionamento interpessoal, isso se percebe melhora no quadro emocional da gestante, maior valorização do período vivenciado e desenvolvimento saudável ao longo da gestação.

Acredita-se que é necessária a criação de espaços para a discussão sobre a prática educativa em saúde, visando tornar os profissionais de enfermagem hábeis em atuarem como agentes de mudanças através da educação, proporcionando não só a melhoria na assistência durante o pré-natal, mas sim em todos os procedimentos que possam ser beneficiados por esta prática.

Assim, esse projeto foi bastante proveitoso por proporcionar conhecimento e experiência com as atividades realizadas, pois, permitiu acesso às ferramentas importantes ao estudo, pesquisas exploratórias e discussão acerca do referido tema.

REFERÊNCIAS

ARLINGTON, Va. **Transtornos depressivos. In: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 5ª ed. American Psychiatric Association: 2013.

BOTH, Caroline Thaís et al. **Depressão pós-parto na produção científica da enfermagem brasileira: revisão narrativa.** Revista Espaço Ciência & Saúde, v. 4, n. 1, p. 67-81, 2016. Disponível em:<
<http://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/5251/789>>.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental.** 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília, 2006.

CARLESSO, J. P. P. **Análise da relação entre depressão materna e índices de risco ao desenvolvimento infantil.** Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Santa Maria - RS. 2011.

CARIFETE, N. Z. **Patologia afetiva pós-parto em mulheres angolanas.** Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2009.

Fernandes MA. **Entrevista para o Programa de Atualização em Enfermagem.** Saúde Materna e Neonatal PROENF- Saúde Materna e Neonatal; 2011.

FLORES, M. R. et al. **Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno.** Revista CEFAC, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 348-360, 5 jun. 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2012nahead/137-11.pdf>.

FRANCO, Sérgio. **Como saber se estou com depressão pós-parto? Saiba identificar os sintomas.** Disponível em:
<https://sergiofranco.com.br/saude/depressao-pos-parto>. Acesso: 11/05/2021.

FRANTZ, Nilo. **Puerpério: do que se trata?** Disponível em:
<https://www.nilofrantz.com.br/puerperio-do-que-se-trata/>. Acesso em: 10/05/2021.

FREITAS F., et al. **Rotinas em obstetrícia.** 5º ed. Porto Alegre: Artmed, 680p, 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GUERRA, Maria João et al. **Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Porto, n. spe1, p. 117-124, abr. 2014.

HARTMANN; J. M. Sassi; R.A.M. CESAR; J.A. **Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados.** Rio Grande do sul/ Brasil. 28 de Nov 2016.

IACONELLI, V. **Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna.** Revista Pediatria Moderna, v. 41, n. 4, 2005. Disponível em: <http://institutogerar.com.br/wpcontent/uploads/2017/03/dpp-psicose-pos-parto-e-tristeza-materna.pdf> .

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

LANDIM, L. S.; VELOSO, L. S.; AZEVEDO, F. H. C. **Depressão pós-parto: uma reflexão teórica.** Revista Saúde em Foco. Teresina, v. 1, n. 2, p. 41-59, 2014.

MELO, Gleice Rodrigues Gomes de; SILVA, Lucinalva Bezerra da; XAVIER, Sheila Maria. **Depressão pós-parto: revisão bibliográfica.** Recife, 2013.

PRATA, J. A. et al. **Tecnologias não invasivas de cuidado: contribuições das enfermeiras para a desmedicalização do cuidado na maternidade de alto risco.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200217&lng=pt&nrm=iso>.

PINHEIRO, Pedro. **Depressão pós-parto – sintomas e tratamento.** Disponível em: <https://www.mdsaude.com/gravidez/depressao-pos-parto/>. Acesso: 11/05/2021.

RIOS, C. T. F; VIEIRA, N. F. C. **Ações Educativas no Pré-Natal: Reflexão Sobre a Consulta De Enfermagem Como Um Espaço Para Educação em Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, maio 2007.

SANTOS, Jocilene Martins de Moura; ALMEIDA, Alexandro Barreto. **O entendimento do enfermeiro frente à identificação da depressão pós-parto.** Simpósio de TCC e Seminário de IC, 2016 /2º. Disponível em:< http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/0ad24fd0bdfbcf5561923038e9c38c07.pdf >

SANTOS, D. S. et al. **Sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde.** Revista brasileira de educação médica, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 62-67, mar. 2012.

SCHMIDT, E. et.al. **Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil.** Psico-USF, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005.

SCHWENGBER, D. D. S. & PICCININI, C. A. **O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê.** Estudos de Psicologia, UFRGS, v. 08, n. 03. 2003.

SGOBBI, D. A. de O.; SANTOS, S. A. dos. **Depressão pós-parto: consequências na interação mãe-bebê e no desenvolvimento infantil.** Cuidarte Enfermagem, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 92- 99, jul. 2008. Disponível em: <http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/ed02enfpsite.pdf> .

SILVA, R. M. D. et al. **Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto.** Ciência & Saúde Coletiva, Campinas, v. 17, n. 10, p. 2783-2794, jul./2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/26.pdf>>.

SPITZ, R. A. **O Primeiro Ano de Vida.** 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes. 1991.

ZINGA, D.; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. **Depressão pós-parto: sabemos os riscos, pode ser evitada?** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 27, n. 2, p. 56-64, out. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a05v27s2.pdf