

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: principais causas e consequências para a saúde da puérpera de acordo a literatura.

POSTPARTUM DEPRESSION: main causes and consequences for the health of postpartum women according to the literature

Lorena de Paula de Souza Barroso¹
Iromar de Sousa Barroso²
Ana Larissa Bendelaqui Cardoso³

Resumo: A maternidade, associada em nossa cultura a um momento de realização e felicidade, pode ser uma experiência de sofrimento emocional, marcada pela ambivalência entre o desejo e o medo de ser mãe. O objetivo é identificar as principais causas e consequências da DPP, bem como delinear suas principais formas de diagnóstico e descrever as evidências científicas sobre o tratamento. Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada entre o período 2014 a 2018, por meio de busca eletrônica. Os resultados encontrados verificaram como principal forma de tratamento o uso de antidepressivos e a psicoterapia; a forma de diagnóstica por meio da aplicação da escala de Edimburgo; as causas mais comuns para o desenvolvimento da DPP foi o uso de drogas ilícitas e a presença dos transtornos mentais; as consequências mais frequentes encontradas nas puérperas foram dificuldades nas relações interpessoais e a progressão para o suicídio; Em vista disso, cabe ao enfermeiro o cuidado e conhecimentos sobre os transtornos mentais no puerpério, em qualquer amplitude do atendimento, devendo estar qualificado, atendendo ao longo do pré- natal, objetivando a prevenção deste transtorno e a promoção da saúdemãe-bebê.

Palavras-chave: Depressão; Diagnóstico; Período Pós-Parto.

Abstract: Motherhood, associated in our culture with a moment of fulfillment and happiness, can be an experience of emotional suffering, marked by the ambivalence between the desire and the fear of being a mother. The objective is to identify the main causes and consequences of PPD, as well as to outline its main forms of diagnosis and describe the scientific evidence about the treatment. It is a bibliographic review, carried out between the period 2014 to 2018, through electronic search. The results found verified the use of antidepressants and psychotherapy as the main form of treatment; the form of diagnosis using the Edinburgh scale; the most common causes for the development of PPD were the use of illicit drugs and the presence of mental disorders; the most frequent consequences found in the puerperal women were difficulties in interpersonal relationships and the progression to suicide; In view of this, the nurse is responsible for the care and knowledge about mental disorders in the puerperium, in any ambience of care, and must be qualified, attending throughout the prenatal period, aiming at the prevention of this disorder and the promotion of mother-babyhealth.

Keywords: Depression; Diagnosis; Postpartum Period.

Depressão Pós-Parto: Principais Causas E Consequências Para A Saúde Da Puérpera De Acordo A Literatura.

¹Enfermeira, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Obstetrícia e Ginecologia pelo Instituto Carlos Chagas- INCAR

²Enfermeira, discente do Curso de Pós-Graduação em Centro Cirúrgico, CME eCCIH pelo Instituto Carlos Chagas- INCAR

³Enfermeira, discente do Curso de Pós-Graduação em Centro Cirúrgico, CME eCCIH pelo Instituto Carlos Chagas- INCAR

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema central a Depressão Pós-Parto e quais as suas Principais causas e consequências para a saúde da mulher no período puerperal.

Em virtude disso, para condução desta pesquisa, foram elencadas as seguintes questões norteadoras:

- Quais são as principais causas e consequências da Depressão Pós-Parto que acometem aspuérperas?
- Quais os conceitos e características para identificar um risco iminente?

O surgimento de um filho frequentemente incita um profundo impacto na vida da mulher. A maternidade, associada em nossa cultura a um momento de realização e felicidade, pode ser uma experiência de sofrimento emocional, marcada pela ambivalência entre o desejo e o medo de ser mãe. As mudanças corporais, a troca de obrigação social e a comprometimento de cuidar de uma criança constituem fatores potencialmente estressantes, aumentando a possibilidade de ocorrência de episódios de ansiedade e depressão na mulher (SADOCK; SADOCK, 2007).

Ainda segundo os mesmos autores, esta fase requer muita energia, boa alimentação, suporte social e tranquilidade, conciliando as múltiplas tarefas exigidas pela maternidade. Todavia, é comum, por exemplo, que nesse período as mães tenham dificuldades quanto ao seu descanso e execução de sua rotina, podendo piorar a situação caso estejam com um quadro depressivo.

A falta de energia pode fazer com que adie a marcação de suas próprias consultas médicas de rotina, como a revisão com o obstetra, dificultando sua recuperação física. É sempre importante pensar até que ponto sintomas como o cansaço, a exaustão, e a habilidade emocional não sejam expressão de uma adaptação normal do puerpério (BOTEGA; DIAS, 2006).

Para distinguir essas manifestações normais de quadros patológicos, pode-se utilizar alguns parâmetros. De acordo com Barlow e Durand (2008), um conjunto de sintomas só pode ser considerado como um transtorno psicológico quando ocorre uma disfunção, ou seja, uma interrupção na atividade cognitiva, emocional ou comportamental. Esta deve ser acompanhada de angústia ou incapacitação e de

uma resposta considerada atípica para os padrões culturais.

Logo, devido aos vários casos de Depressão Pós-Parto (DPP) e o fato do puerpério possui alterações biológicas, psicológicas e sociais na mulher, o que amplifica os riscos para transtornos psiquiátricos, justifica-se a importância deste estudo para a obtenção de um conhecimento mais aprofundado a fim de compreender os aspectos gerais da patologia, objetivando identificar as principais causas e consequências da DPP, bem como delinear suas principais formas de diagnóstico e descrever as evidências científicas sobre o tratamento.

A metodologia usada para desenvolvimento desta pesquisa inclui um levantamento bibliográfico eletrônico, de artigos publicados entre 2014 a 2018, nas seguintes bases de dados: Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Revista brasileira de enfermagem (REBEN), Base de dados de enfermagem (BDENF).

Para o desenvolvimento da pesquisa, utilizou-se os seguintes subtemas: Etiologia da Depressão Pós-Parto, Sintomatologia da Depressão Pós-Parto, Diagnóstico da Depressão Pós-Parto e Tratamento da Depressão Pós-Parto.

DESENVOLVIMENTO

ETIOLOGIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

O processo etiológico da DPP até então não foi totalmente elucidado. Sabe-se que as lesões teciduais, a involução uterina, a dor e o esgotamento emocional consequentes do parto fazem com que o corpo feminino inicie uma procura de reequilíbrio de sua condição física (CORWIN; PAJER,2008).

Nesse sistema, uma série de reações envolvendo o sistema imunológico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal são desencadeadas. Diversos estudos tentam explicar como a influência dessa desregulação poderia estar ligada à manifestação de sinais depressivos em algumas mulheres (CORWIN; PAJER, 2008, BLOCH et al, 2000).

Outros estudos tentam explicar a DPP através de modelos 15 animais e da epigenética, porém, ainda é fundamental que mais comprovações sejam descobertas (MELTZER-BRODY, 2011). Importante notar que os sinais e sintomas de DPP são experimentados em outros casos onde se torna difícil fazer associação com variáveis biológicas decorrentes do período puerperal, como as flutuações hormonais.

Assim como parir um bebê, adotar uma criança parece ser um processo que envolve felicidade e adaptação, podendo estar associado a níveis de esgotamento, depressão e ansiedade. Outros autores utilizam o termo “depressão pós-adoção” para denominar o conjunto de sintomas depressivos experimentados por algumas mulheres (PAYNE et al., 2010).

O estudo conduzido por Mott (2011), envolvendo 147 mães adotivas e 147 mães biológicas concluiu que os graus de depressão correlacionados à chegada das crianças eram parecidos. Entretanto, o grupo de mulheres que adotou relatou menores níveis de ansiedade e maior bem-estar. Os autores tentaram explicar essa diferença através da não-exposição aos estressores do pós-parto, como o estresse e ansiedade decorrentes de complicações relacionadas à cirurgia e sua recuperação. Os casos das mulheres adotivas e dos homens que experimentam sintomas depressivos ao se tornarem mães e pais indicam a importância das variáveis psicossociais no encadeamento de adequação à chegada de uma criança.

As variáveis biológicas, haja vista esses dados, parecem não serem as únicas responsáveis pelo adoecimento dos pais. Ainda que não exista uma etiologia definida, pesquisas vêm conseguindo identificar fatores de risco para o progresso de DPP. Essa medida possibilita a construção de ações de prevenção e tratamento a serem oferecidos em prol da saúde materna (O'HARA; SWAIN, 1996; BECK, 2001).

Um estudo prospectivo conduzido por Seto et al., (2005) identificou que mulheres com depressão crônica, em nível moderado ou severo, apresentavam grandes escores de depressão após o parto quando comparadas as que nunca tinham tido depressão ou apresentaram sintomas em uma só fase da vida. Nesse âmbito, Banti et al., (2011) concluíram que uma pessoa com um histórico depressivo pode ter um risco duas vezes maior de desenvolver o quadro no período perinatal. Índícios de tristeza materna foram correlacionados a uma maior chance de desenvolvimento de DPP e de transtornos de preocupação nos três primeiros meses após o nascimento da criança (RECK et al., 2009).

Nos últimos cinco anos vêm crescendo o número de pesquisas que apontam a violência como um fator de risco para a DPP (WU et al., 2012). Lobato et al., (2012), ao realizar um estudo sobre o uso de álcool pelos parceiros das puérperas foi relacionado à incidência de violência, que por sua vez foi associada consideravelmente a um maior risco de DPP.

Ainda segundo o mesmo autor, elas estão expostas a diferentes estressores cotidianos e tem pouco suporte social, baixo nível socioeconômico e pouco acesso a serviços de saúde de qualidade. Por estas razões, podem estar mais vulneráveis ao adoecimento psíquico, inclusive ao surgimento de sintomas depressivos.

Ter um fator de risco não significa adoecer, mas estar mais predisposto ao desenvolvimento de uma doença, dentro de um contexto maior, envolvendo múltiplos fatores. De posse dessas informações, é importante que os profissionais de saúde, principalmente aqueles ligados à saúde materno-infantil, estejam atentos a esses fatores de risco para que se tornem mais sensíveis a possibilidade de diagnosticar o quadro de DPP em suas pacientes (COELHO et al., 2011).

SINTOMATOLOGIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A apresentação clínica da DPP apresenta-se de maneira insidiosa e na maior parte das vezes nas primeiras quatro a seis semanas depois de o parto, alcançando sua intensidade máxima nos primeiros seis meses e difere daquela peculiaridade ligado ao da depressão maior não psicótica, que se apresenta em mulheres em outra épocas da vida (CAMACHO et al., 2006).

Estima-se que 25 a 35% das mulheres apresentam sintomas depressivos na gestação (ZINGA et al., 2005). A puérpera acometida por esta síndrome pode entregar sinais físicos que caracterizam a *stress puerperal*, como lombalgias, cefaléia, erupções vaginais e dor abdominal, sem nenhuma razão visível (SILVA; BOTTI, 2005).

Os sintomas mais comuns são modificações do sono, sentimento de culpa, desânimo tenaz, modificações na fome, dificuldade de concentração, amargura, lágrimas possível, redução da libido, ansiedade, baixa auto-estima, neurastenia, ideias suicidas, temor em machucar o bebê, dor de insuficiência em correlação a maternidade, sendo estas características comuns a modificações somáticas.

(FRIZZO; PIACCININI, 2005; SILVA; BOTTI, 2005).

Os sinais desta análise da causa e sintoma da doença frequentemente evidencia uma duração de tempo ajuizado, no entanto, são capazes de estorvar nas atividades normais da mulher (SILVA; BOTTI, 2005). Porém, vale realçar que várias mulheres com *stress* puerperal são assintomáticas (SANTOS; ALMEIDA; SOUZA, 2009).

DIGNÓSTICO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

O diagnóstico prematuro é indispensável para evitar ou reduzir os prejuízos causados a tríade mãe-bebê-familiares. Algumas vezes a DPP não é detectada pelo enfermeiro ou pelo obstetra no primeiro instante, devido os sinais iniciais poderem ser confundidos com o estado de ajustamento emocional da puérpera, o que bloqueia o encaminhamento a um tratamento exclusivo e um bom planejamento de terapia adequada (SANTOS; ALMEIDA; SOUZA, 2009).

Por esta razão, a identificação desta análise da causa e sintoma da doença torna-se fundamental em virtude de seus efeitos avassaladores tanto para a mãe como para o bebê, ressaltando os reflexos sobre a família (SANTOS; ALMEIDA; SOUZA, 2009). Com a intenção de oferecer o diagnóstico e a determinação da DPP, foram criados via, sendo a *Scale of Postpartum Depression Edinburgh* (EPDS) em Apêndice e a *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) as mais usadas. A EPDS é a mais estudada, até mesmo, usada em alguns protocolos internacionais, como o manual do Ministério da Saúde de Portugal (PORTUGAL, 2006).

Essa grandeza foi desenvolvida na Grã-Bretanha em 1987, traduzida para 11 idiomas até mesmo para o português, validada no Brasil por Santos, Martins e Pasquali (2000), sendo uma ferramenta de grande eficiência em pesquisas epidemiológicos, encaminhamentos, hipóteses diagnósticas relacionadas à DPP e um ajuda as intervenções. É instrumento de autoavaliação, abraçando dez questões de sinais comuns de stress, cujas opções são pontuadas de 0 a 3, de acordo com a figura e intensidade do sintoma. A puérpera escolhe as respostas que melhor descrevem o seu estado emocional proporcionalmente mais freqüentes (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005).

As questões (3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10) são cotadas inversamente (3,2,1,0) e cada item é apurado aos restantes para conquistar a pontuação completo. Sendo que, uma pontuação de 12 ou mais indica a autenticidade de stress, no entanto, não indica o seu peso (PORTUGAL, 2006). De acordo Buist et al., (2002), pesquisas recentes evidencia a comodidade do uso de escalas de auto-avaliação para triagem de mulheres predisponentes a DPP em serviços de atendimento básico.

Já o utensílio *Postpartum Depression Screning Escale* (PDSS) fabricada por Beck e Gable (2000) nos Estados Unidos, similarmente já traduzida e validada no Brasil. É uma grandeza de auto-avaliação do tipo likert, composta por 30, 19, 5 enunciados que avaliam sete dimensões: distúrbios do sono / fome, impaciência / dúvida, labilidade emocional, prejuízo cognitivo, redução do eu, crime / humilhação e desejo de provocar devastação a si. Cada espaço é formado por cinco itens que descrevem como uma puérpera pode estar se sentindo depois da invenção. (BECK; GABLE, 2000). O que diferencia a EPDS da PDSS é a receptividade da segunda em abordar outros componentes da DPP (CAMACHO et al., 2006).

O uso das via supracitadas é uma das técnicas importantes para o rastreamento da DPP, podendo ser usados por profissionais de saúde, especialmente pelo enfermeiro, que pode está reconhecendo prováveis transtornos, para possível encaminhamento para o médico da equipe ou especialista, que determinará o tratamento apropriado (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY,2005).

TRATAMENTO DA DPP

O tratamento da DPP frequentemente é prescrito de acordo com a magnitude dos sintomas apresentados pela puérpera. Algumas pesquisas na terapia da DPP têm utilizado técnicas semelhantes aos empregados no tratamento de transtornos depressivos em outros momentos da vida, de um modo completo, baseia-se na farmacologia e psicoterapia (SANTOS; ALMEIDA; SOUZA, 2009; HIGUTI; CAPOCCI,2003).

Para a maior parte dos autores, a terapia farmacológica mais eficaz no tratamento são os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (SSRI) sendo: (Fluoxetina, Paroxetina e Sertralina) e os antidepressivos tricíclicos (Nortriptilina e Desipramina). Ressaltando que as duas primeiras drogas deixem de ser

administradas em puérperas que amamentam, por causa do alto nível de antidepressivos nos lactentes expostos, efeitos nocivos e dificuldades de ganho de peso (MAGALHÃES et al., 2006).

Uma abordagem psicoterapêutica é indispensável no tratamento da depressão puerperal, uma vez que o profissional juntamente com a puérpera e familiares, construirão novos pilares a partir da existência vivenciada, além disso, a formação de grupos de ajuda ou controvérsia permite a essas mulheres a compartilharem suas vivências comuns em correlação à maternidade e as modificações consecutivas da gestação, objetivando o alívio dos sentimentos depressivos (AZEVEDO; ARRAIS,2006).

Outro fator fundamental a respeito da DPP é a comunicação do cônjuge tanto na relação, como com seu filho, mesmo que também timidamente, vem sendo abordado em pesquisas recentes, merecendo atenção (MAROFISKI, 2010). De acordo com o Ministério da Saúde (MS) (2006), o parceiro pode sentir-se participante ligado ou proscrito, dessa forma, o auxílio e a percepção desses estados é capaz de servir como fonte de renovação para o casal (BRASIL,2006).

De acordo com Silva e Piccinini (2009), a ajuda emocional paterna vem sendo destacado com grande valia na correlação com a mãe e no progresso de seu filho. Além disso, relatam que diversos aspectos da invenção são capazes de estar relativos à depressão materna, havendo uma influência mútua entre o ofício de estirpe e mãe nesse contexto.

Esta pesquisa reforça que as intervenções em saúde, precisam adicionar similarmente as interações familiares, ou seja, a comunicação do bebê e do esposo no tratamento desta análise da causa e sintoma da doença, uma vez que são capazes de coarctar o nível de stress da mãe e abraçar o desenvolvimento da responsabilidade do casal, tanto nos papéis de pais como na relação matrimonial, sendo que quanto maior o amparo comunitário do cônjuge, menor a prevalência da DPP (MAROFISKI, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a busca *on line* nas bases de dados mencionadas neste estudo, foram selecionados alguns artigos, teses e dissertações cujo título fizessem referência às “principais causas e consequências da Depressão Pós-Parto” de publicação da área da saúde de forma geral, no qual grande parte destes estavam potencialmente apropriados para serem incluídos na revisão sistemática.

A fim de identificar os principais fatores de riscos e de proteção para a DPP, Arraes e Araújo (2017) realizaram um estudo sistemático da literatura, onde encontraram 53 artigos que versavam sobre os fatores de risco e 11 sobre os fatores de proteção. Deste quantitativo, 43 artigos de proteção contra os fatores psicossociais, 23 trataram sobre os fatores sociodemográficos e 21 sobre fatores físicos.

No entanto, para Santos (2001), a importância a esta temática no Brasil era tão insignificante a ponto de suas publicações resumir-se a pequenos capítulos em livros de medicina sobre a gravidez e preparação para a maternidade.

DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL DOS RESULTADOS ENCONTRADOS

Os resultados apresentaram uma distribuição heterogênea durante o período de coleta, onde as variações mais significantes no que concernem as publicações foram observadas no ano de 2014, sendo encontrados 29% em detrimento aos 11,1% no ano de 2018 conforme a tabela 1.

Tabela 1- Distribuição dos artigos no período da pesquisa

PERÍODO	Nº DEARTIGOS	%
2014	13	29%
2015	9	20%
2016	8	17,7%
2017	10	22,2%
2018	5	11,1%
TOTAL	45	100%

Fonte: A autora.

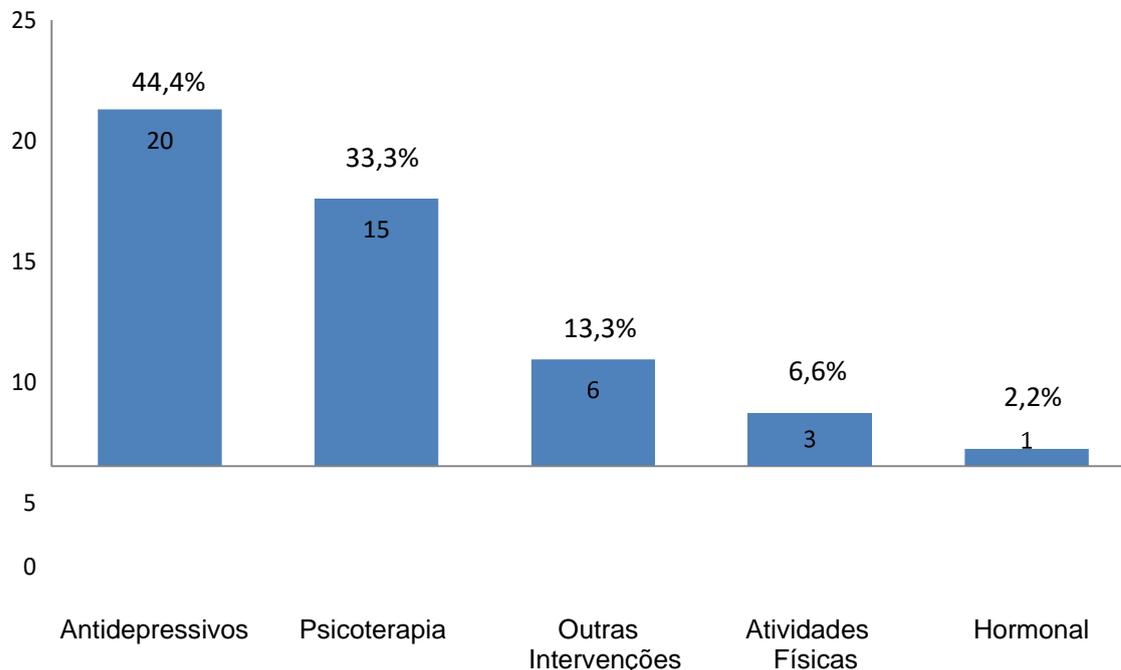
Conforme Braz et al., (2016), esta discrepância no número de casos durante o período da coleta, se deve provavelmente a fragilidade em estudos relacionados a esta patologia em sua integralidade, haja vista, as dificuldades encontradas pelos profissionais da enfermagem na detecção desta no quadro de saúde das puérperas.

Segundo Arraes e Araújo (2017) em um estudo realizado a fim de averiguar os principais fatores de risco e proteção da Depressão no período Pós-Parto, identificaram que grande parte das publicações encontradas durante a coleta de dados se deu no ano de 2014 com 10 artigos, seguido do ano de 2012 com 09 do total de publicações, já entre os anos de 2011 e 2015 apenas 08, e posteriormente os anos de 2010 e 2013 com apenas 04. O autor infere ainda que houve apenas um crescimento alternado ao longo do tempo e não linear como se esperava, haja vista dos grandes avanços nas tecnologias de saúde namodernidade.

PRINCIPAIS FORMAS DE TRATAMENTOS

Diante dos achados sobre a temática, foram identificados na literatura cerca de 44,4% (20) abordaram os antidepressivos como forma de tratamento, 33,3% (15) versaram sobre a psicoterapia como tratamento predominante, 2,2% (1) abordavam a reposição hormonal, 6,6% (3) mencionaram a atividade física e 13,3% (6) apresentaram outras atividades, massagem, deprivação do sono e eletroconvulsoterapia) como formas primordiais de tratamento contra a DPP como podem ser visualizadas no gráfico 2.

Gráfico 2- Principais formas de tratamento



Fonte: A autora.

Segundo Camacho et al., (2006), ao realizar um estudo sobre os transtornos psiquiátricos na gestação e puerpério verificou que as principais formas de tratamentos mais comuns são psicofarmacológico, psicossocial, psicoterápico e tratamentos hormonais, além da eletroconvulsoterapia (ECT), indicada para casos mais graves ou refratários, sendo a psicoterapia e a psicofarmacológico evidenciadas como as estratégias mais eficientes.

Para Magalhães (2006), na realização de estudos randomizados com uso de monoterapia e associações de fármacos, foi averiguado que o uso de fármacos associados não teve efeito superior á monoterapia, evidenciando que a utilização de apenas um destes seria suficiente para a realização do tratamento e recuperação daspuérperas.

Para Santos Júnior, Silveira e Gualda (2009), por meio da terapêutica medicamentosa para DPP, utiliza-se no Brasil quatro grupos de fármacos, a saber: Fluoxetina, Citalopram, Sertralina e Paroxetina, sendo que as duas primeiras não são indicadas para lactantes por serem cumulativos no organismo podendo acarretar efeitos colaterais nos lactentes.

PRINCIPAIS ABORDAGENS DE DIAGNÓSTICOS

Foi identificado na literatura sistematizada realizada neste estudo, que a maior parte abordava que a escala de *Edimburg Depression Postpartum Scale* (EDPS) é uma das formas mais eficazes de realizar o diagnóstico, em detrimento da minoria que apontaram a utilização de outras escalas (*Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS), *Hopkins Symptom Check List* (SCL-25) e *Self-Report Questinnaire 20* (SRQ-20)) como estratégia para diagnosticar esta patologia de cunhopuerperal.

De acordo com Santos Júnior, Silveira e Gualda (2009), o diagnóstico para a DPP não é fácil de ser realizado ainda que o profissional esteja totalmente munido com todas as tecnologias de saúde existentes na atualidade, pois não existem parâmetros fisiológicos para realizar tão ação. Desta forma, foram desenvolvidas escalas para medir e caracterizar tal patologia, sendo que no Brasil, a mais utilizada e validada é a *Edimburg Depression Postpartum Scale* (EDPS).

Segundo ScharDOSim e Heldt (2011), a utilização destas escalas de rastreamentos são mais comuns em pacientes que estão na eminência de desenvolver esta patologia. Porém, seus usos nas rotinas hospitalares assistenciais são escassas geralmente por falta de habilidades no ato de sua aplicação dentre os profissionais que atuam frente a esta patologia.

ETIOLOGIAS MAIS COMUNS

Foram encontrados como principais etiologias da DPP 55,5% (25) dos artigos que mencionavam o uso de drogas ilícitas como principais causas, 33,3% (15) que apontavam os transtornos mentais, 4,4% (2) versavam sobre o isolamento, 4,4% (2) inferiram os fatores emocionais e apenas 2,2% (1) mencionou os fatores físicos como causas maiscomuns.

Conforme Camacho et al., (2006), a etiologia da DPP não é completamente conhecida, atribuindo a esta patologia a multifatorialidade. Entretanto, o mesmo aponta os fatores hormonais e a hereditariedade como principais responsáveis, haja vista, das altas taxas destes hormônios durante a gestação, fato que pode estar

totalmente relacionado às mudanças de humor.

Schmidt, Piccoloto e Muller (2005), asseveram que os fatores provenientes do recém-nascido, como malformações congênitas; fatores socioculturais, como morte de familiares, decepções na vida pessoal ou profissional, retomada de atividade profissional e situação social de solidão; fatores físicos da mãe, como modificações hormonais; além de fatores psicopatológicos prévios estão intimamente relacionados ao desenvolvimento de DPP.

Murata et al., (2012), em estudos sobre a averiguação das causas depressivas em gestantes identificou como principais responsáveis o uso de Álcool, tabaco e outras drogas ilícitas as mais prevalentes, sendo esta última abrangendo cerca de 57,3% e os fatores emocionais e transtornos mentais juntos cerca de 62,7%, proporções que corroboram com os achados no estudo realizado.

PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS NO CONTEXTO BIOPSIKOSSOCIAL

Avaliando a frequência das principais consequências da DPP, verificou-se que há reflexo desta patologia para a puérpera, nos quais foram identificados artigos versando sobre as seguintes consequências: “dificuldades nas relações interpessoais 44,4% (20), suicídio 40% (18), comprometimento na relação mãe-bebê 11,1% (5) e sofrimento do cônjuge 4,4% (2)”.

Para Sgobbi e Santos (2008) a DPP compromete a qualidade da interação entre mãe e bebê, onde se observa menor nível de atividade afetiva, menor sensibilidade às necessidades das crianças, possuem comportamento apático além de se demonstrar menos responsiva em relação aos cuidados com a criança.

Neste sentido, Carleso (2011) assevera que mães deprimidas tendem a ficarem mais reclusas e introspectivas, menos afetuosas, menos habilidosas no trato com o bebê, elevado nível de hostilidade na interação com seus filhos, apresentando maior rejeição, negligência e agressividade.

Cantillino et al., (2010) em seus estudos, a fim de identificar os principais transtornos psiquiátricos na puérpera, verificou que a DPP pode ocasionar repercussões significativas para a qualidade de vida nas dinâmicas familiares, onde se evidencia a interrupção da amamentação, expressões negativas, menor nível afetivo para com o bebê e falta de habilidades na resolução de problemas com seus

bebês, corroborando desta forma com os achados neste estudo.

Após o parto ocorre um processo de queda nos níveis hormonais principalmente de estrogênio e progesterona, culminando desta forma na exacerbação dos transtornos repentinos de humor, isso por conta da função regulatória que estes exercem nos sistemas neuroendócrinos puerperais. Além destes, outros hormônios também podem desequilibrar este processo, a saber: a prolactina, ocitocina, cortisol e os tireoidianos (SGOBBI; SANTOS, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perante o andamento deste estudo, foi admissível evidenciar as principais etiologias e consequências frente ao desenvolvimento da DPP.

Não obstante, diversas questões ainda precisam ser esclarecidas no que diz respeito a um assunto tão extenso e importante quanto à saúde mental das mulheres no ciclo gravídico puerperal.

Para tanto, verificou-se nesta revisão de literatura o uso de drogas ilícitas e os transtornos mentais como etiologias mais frequentes. Neste sentido, suas principais consequências tiveram como reflexo no contexto biopsicossocial da puérpera, as dificuldades nas relações interpessoais e seu desenvolvimento para o suicídio como as mais frequentes.

As formas diagnósticas mais difundidas na atualidade foram o uso de escalas, sendo a mais utilizada e validada no Brasil a de *Edimburg Depression Postpartum Scale* (EDPS).

As formas de tratamentos mais comuns verificadas neste estudo foram o uso de antidepressivos e a adesão à psicoterapia. Salienta-se ainda que não há um consenso sobre o uso da monoterapia ou da associação de fármacos para este fim, haja vista, que ambas as formas apresentaram-se eficientes para o tratamento desta patologia.

O profissional deve observar a paciente durante todo o pré- natal de maneira holística, atentando- se aos elementos sociais e familiares da gestante, identificando fatores desencadeantes da DPP, especialmente por meio de monitoramentos durante o pré- natal, sendo nesta fase que a paciente deve ser melhor orientada sobre os perigos da DPP, atuando o enfermeiro de forma competente e hábil, buscando levar a paciente à autoconfiança para experimentar a gestação, o parto e o puerpério.

Apesar disso, estudos sobre a depressão no ciclo gravídico puerperal devem ser incentivados, objetivando a padronização de condutas, além da sensibilização dos profissionais de saúde quanto a esse relevante agravo de saúde pública, e desta maneira, o Ministério da Saúde deve posicionar-se sobre do tema orientando o diagnóstico e a conduta especialmente nas unidades básicas de saúde.

REFERÊNCIAS

ARRAIS, A. R; ARAÚJO, T. C . C .F. **Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de riscos e de proteção.** PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2017, 18(3), 828-84, ISSN - 2182-8407. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde – SPPS. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/362/36254714016.pdf>. Acesso em: 10 Dez 2019.

AZEVEDO, K. R; ARRAIS, A. R. **O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto.** Psicol. Reflex. Crít., Porto Alegre, v.19, n.2, p.269-276, 2006.

BANTI, S. et al. **From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression.** Results from the Perinatal Depression – Research & Screening Unit Study. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 343-351, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21683171>>. Acesso em: 05 Nov 2019.

BARLOW, H. David, DURAND, V. Mark. *Psicopatologia: uma abordagem integrada.* Trad: Roberto Galman. 4ª edição. São-Paulo: Cengage Learning, 2008.

BECK, C.T ; GABLE, R.K. **Postpartum depression screening scale: development and psychometric testing.** *Nurs Res*, v.49, n.5, p.272-282, set/oct, 2000.

BECK, C. T. Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50(4): 275-285, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11570712>>. Acesso em: 06 Nov 2019.

BLOCH, M et al. **Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression.** *American Journal of Psychiatry*, 157, 924-930, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10831472>>. Acesso em: 05 Nov 2019.

BOTEGA, N. J. & Dias, M. K. Gravidez e Puerpério. In: Botega, N. J. (org.) *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência.* Porto Alegre: Artmed, 2ª ed., 314-354, 2006. Disponível em :<<http://objdig.ufrj.br/30/teses/807952.pdf>>. Acessado em : 02 Nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAZ et al. **Incidência de gestantes admitidas com ruptura prematura de membranas em uma maternidade de alto risco no município de aracajusergipe.** *Revista a barriguda, campina grande* 6 [3] p. 618-638| set-dez 2016. Disponível em: <https://repositorio.ifs.edu.br/biblioteca/bitstream>. Acesso em: 03 Jan 2020.

BUIST, A. E. et al. **To screen or not to screen-That is the question in perinatal depression.** Med J. Aust (Suppl), p. 101-105, 2002. Disponível em: <http://www.mja.com.au/issues/177-071002/bui10367_fm.html>. Acesso em: 24 Nov 2019.

CAMACHO, R. S et al. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento.** Rev. Psiquiatria. Clínica, São Paulo, v.33, n.2, p.92-102, jul./dez, 2006.

CANTILLINO, A. et al. **Transtornos psiquiátricos no pós- parto.** Psiq Clín. 2010;37(6):278-84. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n6/a06v37n6>>. Acesso em: 17 Fev 2020.

CARLESO, J. P. P. & SOUZA, A. P. R. **Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: Revisão de literatura.** Rev. CEFAC., v. 13, n. 06. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n6/76-10.pdf>. Acesso em: 13 Fev 2020.

COELHO, H. F et al. **Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: a longitudinal study.** *Journal of Affective Disorders*, 129, 348-353, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20805004>. Acesso em: 07 Nov 2019.

CORWIN E. J; PAJER, K. **The Psychoneuroimmunology of postpartum depression.** *Journal of Women's Health*, 17(9), 1529-1534, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18710365>. Acesso em: 05 Nov 2019.

CRUZ, E. B. S; SIMÕES, G. L; FAISAL-CURY, A. **Rastreamento da depressão pós- parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família.** Rev. Bras. Ginecol Obstetra. ,v.27, n.4, p.181- 188,2005.

FRIZZO, G. B; PICCININI, C. A. **Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos.** *Psicol. estud.* [online]. Maringá, 2005, vol.10, n.1, pp.47-55. ISSN 1413-7372.

HIGUTI, P. C. L; CAPOCCI, P. O. **Depressão pós-parto.** Rev. Enfermagem. UNISA, p.46-50, 2003. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-11.pdf>>. Acesso em: 20 Nov 2019.

LOBATO, G et al. **Alcohol misuse among partners: a potential effect modifier in the relationship between physical intimate partner violence and postpartum depression.** *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47: 427-438, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21290096>>. Acesso em: 07 Nov 2019.

MAGALHÃES O. V. S. et al. **Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto.** Rev. Psiq. Clín. 33 (5); 245-248, 2006. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/862/>>. Acesso em: 24 Nov 2019.

MAROFISKI, F. O. **Atuação da Enfermagem na Prevenção e Enfrentamento da Depressão Pós-parto**. Universidade Federal do Pampa, Uruguiana, 2010. Disponível em: <<http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/enfermagem/files/2010/09/TCC-final1.pdf>>. Acesso em: 06 Dez 2019.

MELTZER-BRODY, S. **New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum**. *Dialogues Clin Neuroscience*, 13: 89-100, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21485749>>. Acesso em: 05 Nov 2019.

MOTT, S. L. **Depression and anxiety among postpartum and adoptive mothers**. *Archives of Women's Mental Health*, 14: 335-343, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3433270/>. Acesso em: 05 Nov 2019.

MURATA, M et al. **Sintomas depressivos em gestantes abrigadas em uma Maternidade social**. *reme – Rev. Min. Enferm.*;16(2): 194-200, abr./jun., 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/519>>. Acesso em: 08 Fev 2020.

O'HARA, M. W., SWAIN, A. M. **Rates and risk of postpartum depression—a metaanalysis**. *International Review of Psychiatry*, 8 (1), 1996. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.../09540269609037816>. Acesso em: 05 Nov 2019.

PAYNE, J et al. **Post adoption depression**. *Archives of Women's Mental Health*, 13:147-151, 2010. Disponível em: <<https://www.newsmedical.net/.../Symptoms-of-Post-Adoption>>. Acesso em: 05 Nov 2019.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. **Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde**. Lisboa: DGS, 46 p, 2006. Disponível em: <http://usffanzeres.minsaude.pt/educacao/Documents/Saude_Mental_e_Gravidez_Folheto_DGS_2005.pdf>. Acesso em: 18 Nov 2019.

QUIAN WU, HONG-LIN CHEN & XU-JUAN XU. **Violence as a risk factor for postpartum depression in mothers: a meta-analysis**. *Archives of Women's Mental Health*, 15, 107-114, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22382278>>. Acesso em: 07 Nov 2019.

RECK, C et al. **Maternity blues as a predictor of DSMIV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum**. *Journal of Affective Disorders* 113, 77–87, 5, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18573539>>. Acesso em: 05 Nov 2019.

SADOCK, B. J; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: ArtMed, 2007.

SANTOS JÚNIOR, H. P. O. **DEPRESSÃO PÓS-PARTO: um problema latente.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):516-24. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8062/6997>>. Acesso em: 19 Jan 2020.

SANTOS JUNIOR, H. P. O; SILVEIRA, M. F. A; GUALDA, D. M. R. **Depressão pós-parto: um problema latente.** Rev. Gaúcha Enfermagem., Porto Alegre, v.30,n.3, p.516-524,set,2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8062/6997>>. Acesso em: 03 Maio 2019.

SANTOS, C. M. T; ALMEIDA, G. O. I; SOUZA, T. S. **Depressão pós-parto: revisão da literatura.** Psicologia em foco, Aracajú, v.3, n.2, p.2-13, jul./dez,2009.

SANTOS, M. F. S. **Depressão após o parto.** Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília, Brasil, 2001. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0104...lng=en>. Acesso em: 16 Dez 2019.

SANTOS, M.F.; MARTINS, F.C.; PASQUALI, L. - Escala de auto-registro de depressão pós-parto: estudo no Brasil. In: Gorenstein, C.; Andrade, L.H.; Zuardi, A.W. (eds.). *Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria e psicofarmacologia.* São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 97-101.

SCHMIDT, E. B; PICCOLOTO, N. M; MULLER, M. C. **Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil.** Psico-USF, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n1/v10n1a08.pdf>>. Acesso em: 08 Feb 2020.

SETO, M et al. *Maternal and Child Health Journal*, 9, 263-271, 2005. Disponível em: <<https://link.springer.com/journal/10995>>. Acesso em: 05 Nov 2019.

SGOBBI; D. A. O; SANTOS, S. A. **Depressão pós-parto: consequências na interação mãe-bebê e no desenvolvimento infantil.** Guiarte de enfermagem 2008 janeiro-junho; 2(1):92-99. Disponível em: <<http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/ed02enfpsite.pdf>>. Acesso em: 13 Feb 2020.

SHARDOSIM, J. M; HELDT, E. **Escala de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 mar;32(1):159-66. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/86978/000782417.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 05 Feb 2020.

SILVA, E. T; BOTTI, N. C. L. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde** Rev. Eletrônica de Enfermagem., v. 07, n. 02, p. 231- 238,2005.

SILVA, E. T; BOTTI, N. C. L. **Depressão puerperal: Uma revisão de literatura.** Rev. Eletrônica de Enfermagem., v. 07, n. 02, p. 231- 238,2005.

SILVA, M. R; PICCININI, C. A. **Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura.** Est. Psicologia., Natal,v.14, n.1, p.5-12, abr. 2009.

ZINGA, D et al. **Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented?** Rev.Bras. Psiquiatria, v.27, supl I20, p. S56-S64, 2005. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462005000600005 &lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462005000600005&lng=en&nrm=iso). Acesso em 12 Nov2019.