

A percepção das puérperas acerca da depressão pós-parto

The perception of who has recently given birth about postpartum depression

Marianne Lourenço Soares¹
Maria Madalena Guimarães Rodrigues²

¹ Enfermeira Obstetra egressa da Residência de Enfermagem Obstétrica ESCS-2018.

² Enfermeira, Mestre em ciências da saúde pela Universidade de Brasília, Preceptora da residência de Enfermagem Obstétrica.

RESUMO

A gestação, o nascimento de um recém-nascido e o período pós-parto correspondem a eventos propícios ao surgimento de questionamentos e alterações emocionais para os pais e principalmente para a mulher. O pós-parto é um período que gera enfrentamento de novos desafios, não só fisiológicos como também psicológicos em que é necessário adaptar-se a uma nova realidade. A depressão pós-parto é uma condição clínica séria, gerando um impacto negativo para a mãe, criança e família. O diagnóstico precoce adequado diminui os prejuízos sobre a mãe e bebê, bem como as complicações decorrentes da doença. Objetivo: Identificar a percepção das puérperas acerca da depressão pós-parto. Metodologia: Trata-se de um estudo com metodologia qualitativa, de cunho descritivo e exploratório, realizado na Unidade Básica de Saúde nº 1 do Paranoá (Brasília-DF). O estudo foi realizado a partir de entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas, transcritas e agrupadas em categorias seguindo a Análise de Conteúdo de Bardin. O estudo possibilitou identificar que parte das mulheres encontra dificuldades em se auto avaliar e em perceber alterações de ordem psicológica, por isto não expõem seus sentimentos, demoram ou não procuram por ajuda profissional, gerando aumento do risco de desencadear alterações psicológicas. Assim, é necessário evidenciar a importância do pré-natal de qualidade, a realização de grupos de educação perinatal, a consulta de pós-parto e a terapia familiar para a prevenção da DPP, o diagnóstico precoce e tratamento, no intuito de empoderar a puérpera e sua rede de apoio, diminuindo a possibilidade de interferência na vida de todos os inseridos no processo de significação do puerpério.

Palavras- Chave: Análise qualitativa, Depressão pós-parto, Período Pós-Parto, Cuidado Pré-natal.

ABSTRACT

The pregnancy, the birth of a newborn and the postpartum period correspond to propitious events of questions and emotional changes from the parents, especially for the mom. The postpartum period is a period that generates, not only physiological but also psychological new challenges, in which it is necessary to adapt to a new reality. The postpartum depression is a serious clinical condition which causes a negative im-

Endereço:
Q.2, conj: A-5. Ed: Ubatuba. Apt: 315.
Sobradinho-DF. Tel: 9.99240609. E-mail:
mariunb08@gmail.com

pact for the mom, the child and the family. The early and adequate diagnosis reduces its negative impacts and complications resulting of the disease. The objective: To identify the perception of who has recently given birth about the postpartum depression. Methodology: It is a qualitative, descriptive and exploratory study carried out at Paranoá's Basic Health Unit No. 1 (Brasília-DF). That study stem from semi-structured interviews recorded, transcribed and grouped in categories following the Content Analysis according to Bardin's perspective. The study enables to identify which part of women find more difficulties with the self-evaluation and understand psychological changes, for this reason, they don't expose their feelings, take too long or don't look for professional help, increasing the risks of a biggest psychological condition. Because of this, it is necessary to emphasize the importance of a good prenatal care, perform groups to learn about the perinatal period, postpartum consultation and the family therapy to prevent the postpartum depression, the early diagnosis and treatment with the intention of empower this women and their support network, reducing the possibility of interference in the life of all those inserted in the meaning process of the puerperium.

Keywords: Qualitative Analysis, Postpartum depression, Postpartum Period, Prenatal care.

INTRODUÇÃO

A gestação, o nascimento de um recém-nascido e o período pós-parto correspondem a eventos propícios ao surgimento de questionamentos e alterações emocionais aos pais e principalmente à mulher, pois são marcados pela apropriação de responsabilidades, desenvolvimento da família, por profundas mudanças biológicas, existência de sentimentos ambivalentes e também transformações de ordem subjetivas ⁽¹⁾.

As alterações que permeiam a gestação se acentuam no período do pós-parto, onde a mulher passa por certa confusão em sua própria identidade e junto ao seu papel na sociedade, no que se refere à transição de filha para mãe, que se sobrepõe à execução de suas outras funções sociais como dona de casa, esposa, profissional, entre suas demais funções. Por isso o puerpério torna-se um período no qual grandes reflexões e responsabilidades vêm à tona, isto provoca uma regressão psíquica que a conduz a uma possibilidade complexa de identi-

ficações de como sua mãe foi, de como ela é, ou deveria ser enquanto mãe ⁽²⁾. Ou seja, este período gera enfrentamento de novos desafios, não só fisiológicos como também psicológicos em que é necessário adaptar-se a uma nova realidade ⁽¹⁾.

O pós-parto é marcado por diversas emoções, expectativas e por uma disfunção cognitiva, gerando uma turbulência de sentimentos, e a promoção da labilidade no quadro emocional da mulher, que se altera entre euforia e depressão. Sendo assim, os riscos para o aparecimento dos transtornos aumentam em face dessa ambivalência emocional sentida pela puérpera, podendo ser uma fase propícia ao surgimento de problemas emocionais, que incluem a depressão pós-parto (DPP) ⁽¹⁾.

A DPP é qualificada como um transtorno depressivo que gera um impacto em toda família, provoca alterações emocionais e necessita de tratamento adequado. A constatação do diagnóstico de depressão pós-parto não é simples, uma vez

que muitos sintomas como, alterações do sono, do apetite e fadiga são comuns no puerpério. Os sintomas da depressão pós-parto são parecidos com os da depressão que ocorre em período não puerperal ⁽³⁾. No entanto, a DPP segundo os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V (2013), ocorre nas primeiras quatro semanas após o parto, tendo, frequentemente, início durante a gestação e podendo incidir até seis meses após o parto, devendo o humor depressivo e a perda de interesse nas atividades estar presentes por no mínimo duas semanas ⁽⁴⁾.

A depressão pós-parto abrange um conjunto de sintomas, os mais comuns são: diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas ⁽⁵⁾, irritabilidade, choro frequente, sentimentos de culpa, incapacidade, autodepreciação e desesperança, considerar-se inútil ao não conseguir compreender o significado do choro da criança e poder satisfazê-la, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, desinteresse em cuidar da sua cria, transtornos alimentares e do sono, a sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas ⁽¹⁾.

Já os principais fatores de risco para a depressão DPP são: Gestante solteira, conflitos conjugais, falta de apoio do pai do bebê, histórico pessoal ou familiar de depressão, depressão e ansiedade gestacional, gravidez não planejada ou não desejada, suporte social fraco, eventos estressantes e adversos a gravidez, idealização da maternidade, histórico de violência intrafamiliar, presença de dificuldades financeiras no pós-parto, de estresse no cuidado com o bebê, complicações obstétricas maternas durante a gestação ou no puerpério, má relação com a própria mãe, falta de autoconfiança, o temperamento da criança, entre outros fatores ^(6,7).

No Brasil, em média, 25% das mães apresenta sintomas de depressão no período de 6 a 18 meses após o nascimento do bebê. A prevalência global de DPP encontrada, é de 26,3%, mais alta que a estimada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para países de baixa renda, que é de 19,8%. Porém, é mais alta que os 13,4%, em uma amostra de puérperas de nível socioeconômico elevado ⁽⁶⁾.

Segundo a OMS 75% dos pacientes nunca recebem o tratamento adequado, e quando se trata

de depressão pós-parto, apenas 50% dos casos são diagnosticados, ficando o índice de mulheres que são devidamente acompanhadas abaixo de 25% ⁽⁵⁾.

A depressão se encontra em quarto lugar entre as principais causas de agravante entre todas as doenças. Sugerindo que em 2020 ela estará em segundo lugar se ocorrer a persistência da incidência ⁽⁹⁾.

Algumas mulheres costumam não reportar seus sintomas depressivos com medo do estigma associado à doença, afinal a sociedade tende a esperar que o nascimento do recém-nascido seja um evento que naturalmente direciona a mulher para a maternagem, desta forma intensificam-se as dificuldades para aceitar comportamentos relacionados à tristeza ou depressão nesse período ⁽⁴⁾.

Neste contexto, existem várias escalas disponíveis no intuito de prevenir, rastrear e diagnosticar precocemente a DPP, a mais usada é a Edinburgh Postnatal Depression Scale- EPDS. A EPDS se trata de uma escala de autoavaliação de sintomas depressivos, usada como instrumento adequado de triagem da depressão pós-parto, podendo ser implantada na rede pública de saúde devido a sua facilidade, rapidez de aplicação, baixo custo e possibilidade de aplicação por qualquer profissional de saúde ⁽³⁾.

Participar de atividades em grupo durante o pré-natal é importante para que as gestantes possam discutir assuntos da maternidade ⁽³⁾. Acredita-se que os enfermeiros e os demais profissionais devem estar atentos, e quando necessário deverão relatar à família que algo não está dentro do esperado com a gestante. Assim, será proporcionada uma melhor superação das dificuldades da depressão pós-parto, já que o descaso e a subestimação do sofrimento da mulher pela equipe de saúde ou pela própria família são fatores que influenciam no desenvolvimento deste transtorno. É imprescindível que a puérpera tenha uma rede de apoio para possibilitar o acolhimento e o suporte social, os quais se tornam possíveis fatores protetores para DPP ⁽⁶⁾.

A experiência e a vivência materna durante o puerpério merece ser compreendida devido à incidência significativa da depressão pós-parto e pela relevância como problema de saúde pública, merecendo especial cuidado por parte dos

profissionais que atuam na atenção à saúde por ser uma doença que afeta de maneira importante a saúde materna, o desenvolvimento da criança e o relacionamento da família.

Sabendo que o conhecimento acerca de tal acometimento favorece o diagnóstico precoce adequado, diminuindo os prejuízos sobre a mãe e bebê e as complicações decorrentes da DPP, o presente estudo surgiu da necessidade de fazer um levantamento sobre o que as mulheres sabem sobre depressão pós-parto, os sinais e sintomas, os fatores de risco, a importância da rede de apoio e, por fim, os sentimentos que são trazidos pela maternidade. Assim, este estudo tem como objetivo principal: Identificar a percepção das puérperas acerca da depressão pós-parto.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de cunho descritivo e exploratório, realizado em uma Unidade Básica de Saúde de Brasília-DF, de maio a agosto de 2017. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CAAE: 66572417.4.0000.5553).

A abordagem qualitativa não se preocupa com a representatividade numérica, mas sim a compreensão detalhada dos significados. Preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais, de um determinado grupo ou organização. Neste estudo sua relevância científica se encontra na compreensão das particularidades dos relatos de cada puérpera⁽¹⁰⁾.

Já as abordagens descritiva e exploratória exigem do pesquisador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Nesse tipo de abordagem é possível descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade tendo como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com intuito a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses⁽¹⁰⁾.

As participantes foram captadas aleatoriamente na consulta de Crescimento e Desenvolvimento do recém-nascido na Unidade Básica de Saúde nº 1 do Paranoá, este local executa serviços de saúde multidisciplinar à população da região leste de Brasília. Foram 15 puérperas entrevistadas, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido, que atenderam aos critérios de inclusão, e foram identificadas ao longo do artigo pelo código P (puérpera) acrescido do número referente à ordem das entrevistas (exemplo: P. 07), com o objetivo de manter o sigilo e anonimato dos sujeitos.

Foram incluídas puérperas, que tenham dado à luz independente da via de parto, idade gestacional, paridade e condições de nascimento do recém-nascido. Foram excluídas mulheres que não aceitaram participar da pesquisa ou que não estavam a espera da consulta de Crescimento e Desenvolvimento do RN. Não foi necessário usar o termo de assentimento, pois não foram entrevistadas puérperas abaixo de 18 anos.

A abordagem à puérpera foi feita a partir de uma apresentação inicial da entrevistadora e do objetivo do estudo. Após a aceitação e preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido, utilizamos de um local reservado para a realização da entrevista, no qual estavam presentes apenas entrevistada, recém-nascido e entrevistadora. As entrevistas duraram cerca de quinze minutos, no momento das entrevistas não foram realizadas anotações a fim de não gerar barreiras com as participantes, ao término das entrevistas foram feitas anotações em um diário de campo e posteriormente as gravações foram transcritas.

O processo de análise das informações foi realizado pela composição dos dados da entrevista semiestruturada, no qual foi feita a transcrição das entrevistas gravadas mantendo-se o conteúdo das falas de maneira integral. Posteriormente a execução das entrevistas, usamos a técnica de análise do conteúdo de Bardin⁽¹¹⁾, sendo possível elencar quatro unidades de análise: 1) “Os sentimentos relacionados à maternidade”; 2) “Conhecimento das puérperas sobre Depressão Pós-parto”; 3) “Suporte no puerpério”; 4) “Pré-natal e o pós-parto”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aqui será apresentada a interpretação, considerando as unidades de análise anteriormente referidas.

Quanto a caracterização das participantes, estão na faixa etária de 19 a 43 anos; 2 possuem o Ensino Fundamental Incompleto, 3 possuem o Ensino Fundamental Completo, 2 possuem o Ensino Médio Incompleto, 3 o Ensino Médio Completo, 1 o Ensino Superior Incompleto, 2 o Ensino Superior

Completo e 1 refere ser analfabeta; Quanto ao estado civil, 3 possuem união estável, 9 casadas e 3 solteiras; Quanto a cor 2 referem ser da cor branca, 9 pardas e 4 negras; Quanto a paridade 8 são primíparas, 3 secundíparas e 4 múltiparas (sendo consideradas múltiparas mulheres que já tiveram 3 ou mais partos). O período pós- parto em que foram entrevistadas variou de 02 dias a 59 dias.

1) Os sentimentos relacionados à maternidade.

Esta categoria emergiu quando as mulheres foram questionadas acerca de como estavam se sentindo com a maternidade. Diante dos relatos ouvidos, pode-se evidenciar que os sentimentos de 13 das puérperas entrevistadas eram de felicidade, de realização, como pode ser vistos nos relatos a seguir:

P2: *“Para mim é o maior sentimento. Um amor incondicional. Não tem explicação”.*

P4: *“Ah é um privilégio, é um privilégio muito grande ser mãe. Sentimento de felicidade, realizada”.*

Por outro lado, ao passo em que a maternidade proporciona alegria, também pode proporcionar desespero e angústia, fazendo a recém-mãe vivenciar certa ambivalência emocional. No relato abaixo, a puérpera planejou a gravidez, porém não se preparou para a sua maternidade.

P7: *“... nunca me vi como mãe, sempre como tia, e agora tô passando por fases da vida.. que nunca imaginei...Acho que a ficha ainda não caiu... A realidade da maternidade.... É uma mistura, ao mesmo tempo que ela é tudo, você desespere, e pensa vou me jogar pela janela...”.*

Fica demonstrada em sua fala a dificuldade que há em assimilar o novo papel como mãe em compreender o rito de passagem que está vivenciando, fazendo-a entrar em contato com sentimentos de medo, dúvida e desespero diante de um contexto que lhe é novo e desafiador.

Outros sentimentos oriundos de uma mudança de vida e mudança de rotina após a maternidade emergiram das falas de aproximadamente cinco entrevistadas. Alguns destes sentimentos podem ser visualizados nos relatos abaixo:

P3: *“Ah! Eu me sinto bem, mas as vezes...eu fico*

pensando... foi muita coisa que eu tive que parar...A gente se sente feliz por eles e tudo...Mas assim, em relação que você tem que deixar sua vida toda pra viver em função só daquilo dali”.

P11: *“Tô achando bom, uma fase gostosa. Na primeira foi pior, eu tinha uma sensação de solidão, ai não arrumava ninguém. As roupas não serviam mais, sentia tristeza”.*

P12: *“Ah, alegria né?! Esse eu descobri com dois meses, não planejei. Fiquei desesperada, pensei em até dar, entrei em desespero. Mas depois pensei, foi Deus que mandou eu vou acolher. Hoje eu sinto muita alegria, muito orgulho. Presente de Deus.”*

A privação de liberdade na vida social, a comparação com vivências anteriores e até tristeza foram mencionadas pelas entrevistadas.

A puérpera cujo relato encontra-se abaixo falava sobre seus sentimentos em tom de pergunta, talvez fosse uma tentativa de ouvir algo sobre seus sentimentos.

P10: *“Ah, é normal. Não sei falar. Às vezes bate uma tristeza, mas é normal né? Depois passa né?”.*

Um grupo de educação em saúde na gestação e no pós-parto ajudaria muito essa mulher, ou seja, o atendimento em grupo funciona como amparo às mulheres, contendo as apreensões e facilitando trocas de experiências e reflexão acerca do momento que estão vivendo. A possibilidade de falar, refletir e receber informação científica favorece a redução dos medos e contribui para o alívio da ansiedade relativa à gravidez e ao puerpério, aumentando as hipóteses de adaptação. Assuntos como cuidados com o recém-nascido, amamentação, alterações psicológicas, sexualidade do casal, retorno ao trabalho e rede de apoio podem ser ofertados nos grupos de pós-parto ⁽⁶⁾.

Alterações hormonais, variações no humor e a mudança na rotina podem sugerir explicações sobre as variações de sentimentos, característicos do pós-parto ⁽⁴⁾. Comumente a maternidade proporciona diversos tipos de questionamentos e emoções, como surpresa, alegria e, algumas vezes, medo. Vários fatores contribuem para o predomínio da vivência de sentimentos positivos, como por exemplo, o planejamento, o histórico

pessoal e obstétrico. Mas quando ocorre o contrário, sobretudo na primeira experiência, seja a primeira gestação ou via de parto diferente da anterior, ou por decorrência da abdicação de liberdade na vida social, da falta de planejamento e de apoio do companheiro ou da família, misturam-se sentimentos de insegurança e solidão, o que dificulta a mulher de ter gratificação pela maternidade ⁽¹²⁾. Tais aspectos podem contribuir para o surgimento de sintomas depressivos e, conseqüentemente, da DPP ⁽¹³⁾.

Assim, podemos perceber que por ser um momento de grande alteração emocional, cada puérpera vive conforme suas próprias condições psíquicas, além de viver conforme fatores sociais, crenças e valores, que as fazem ter diferentes sentimentos. E faz-se necessário acrescentar que a DPP pode surgir até mesmo em momentos considerados felizes, alegres, de comemorações e de conquistas ⁽¹³⁾.

2) *Conhecimento sobre Depressão Pós-Parto.*

Faz-se relevante mencionar que a Depressão Pós-Parto é um episódio marcado por perturbação emocional, humoral e reativa, que ocorre no período puerperal, no qual a queda da energia e da atividade, a diminuição da concentração, os distúrbios do sono, a presença de sentimentos de culpa, baixa autoestima, entre outros, podem estar presentes. A DPP pode afetar mulheres de todos os níveis de escolaridade, como também no caso de filhos desejados e não desejados, após o nascimento do primeiro filho ou dos demais ⁽¹⁴⁾.

Ao abordar o tema Depressão Pós-Parto seis entrevistadas mencionaram não saber o que é DPP ou já ouviram falar, mas não sabem comentar a respeito.

Para nove mulheres a tristeza, estresse, choro, não querer amamentar, reclusão, isolamento, renegar o filho **são sinais e sintomas que as mulheres com depressão pós-parto podem apresentar.**

P3: “Acho que é um pico de estresse ...Com relação a mudança da vida toda.. Você vai privar de muitas coisas, ai juntando isso tudo a mulher não aguenta”.

P13: “A tristeza, ficar quieta demais, não dar conta de amamentar, não produzir leite. Eu tive uma tristeza”.

P15: “Tinha um menina falando que ela não queria amamentar a criança, não gostava de pegar a criança no colo. Acho que é rejeitar a criança mesmo”.

É válido mencionar que a depressão pós-parto pode ser confundida com o baby blues ou tristeza materna, sendo este caracterizado por um quadro melancólico, como disforia, choro frequente, ansiedade, irritabilidade e dependência, mas é transitório, pode está associado a ação hormonal e/ou estresse físico ou emocional. O conhecimento é importante até pra acalmar a mulher de que este quadro emocional é esperado até duas semanas pós-parto ⁽⁴⁾.

Quanto aos sinais e sintomas ao questionar P2 e P7 sobre que é DPP, quais sintomas, quais mulheres são mais propícias a apresentar, elas não souberam responder, até mesmo a P7 que mencionou ter depressão crônica. No entanto, relacionaram algumas alterações que estavam sentindo com a DPP.

P2: “Eu acho que eu estou passando por uma fase de quase isso... Esses dias mesmo eu fui parar no hospital, tremia muito o corpo, senti/M a muito fraca. E fiz todos os exames e não deu nada”.

P7: “... às vezes eu acho que eu ando tendo, que eu até desconfio que essas inflamações e inchaços sejam depressão também”.

A partir destes relatos, é válido mencionar que uma mãe com depressão pós-parto pode apresentar além dos sintomas já citados, também pode apresentar cefaleia, dores nas costas, erupções vaginais e dor abdominal, sem causa orgânica aparente ⁽⁹⁾.

Quando são questionadas sobre o que pode contribuir para a depressão pós-parto, algumas comentaram não saber, mas oito entrevistadas evidenciaram a rede de apoio deficiente, a falta do parceiro, estresse na gravidez e no pós-parto, a vivência do parto e a gravidez não planejada.

P3: “A mulher não ter o parceiro perto ou o parceiro abandonar, não dar o apoio. Ai a mulher se sente só... Ai você tem que parar de estudar, parar de fazer tudo na sua vida e você ver a outra pessoa seguindo em frente, seguindo a vida dela e você ali estacionada cuidando do seu filho”.

P11: “Acho que as mulheres que sofrem na gravidez, principalmente que tem problemas sentimentais, com o marido ou que o marido não ajuda, ou problemas familiares. A forma como é tratada na gravidez e parto, ela leva isso pra depois do parto... a gente acha que na gravidez vai ser super bem tratada e tem outro tratamento, já deixa a pessoa mais triste, mais vulnerável”.

P13: “Acho que as que são sozinhas, não só com relação a marido. Mas não ter ninguém pra ajudar, um amigo, família, não ter apoio”.

Neste sentido é válido mencionar que os aspectos psicológicos, sociais e hormonais influenciam diretamente no desenvolvimento da patologia, tais como: os antecedentes da depressão, o papel familiar na gestação e no puerpério, a presença de eventos estressores durante a gestação, as vivências na gravidez e no parto ⁽¹⁴⁾.

Com relação à prevenção da depressão pós- parto nove participantes não sabem como prevenir e duas ressaltaram a rede de apoio como um fator que por um lado pode desencadear a DPP, e por outro ser uma forma de prevenção deste transtorno.

P1: “Ah! Ter uma convivência melhor com a família. As pessoas mais de perto ajudar, dar conselho, conversar, não ficar sozinha”.

P13: “Ter sempre alguém por perto, pode parecer pouca coisa mais o elogio é bom, faz bem. O reforço positivo”.

Nota-se nas falas o grande impacto da presença e do apoio da rede social, representada principalmente pela figura paterna, sendo que o apoio do marido/ parceiro parece ter impacto mais profundo quanto ao bem-estar da mãe. Espera-se que a figura paterna forneça segurança à companheira, indispensável à formação do vínculo mãe-filho. O apoio ofertado à puérpera influencia favoravelmente na aceitação desta mulher como mãe e deixa a experiência da maternidade mais suave, além de proporcionar vivências de sentimentos e emoções mais positivas. Desta forma, é importante inserir o pai e a família no cuidado à mulher, bem como no compartilhamento de responsabilidade pela criança ⁽¹²⁾.

Para três entrevistadas, outra forma de prevenir a DPP é não deixar que este transtorno ocupe

espaço, ou seja, não focar o pensamento em sentimentos negativos.

P5: “Não ficar pensando só em uma coisa, ficar com aquilo, com coisas ruins na cabeça. Se o bebê está com alguma coisinha não ficar preocupada demais, tem coisas que é normal”.

P8: “Ser feliz com você mesmo, independente de ter filho ou não. Saber que aquilo não é o fim, mas sim o começo né?”.

No momento em que a mulher começa a ter pensamentos deprimidos, a depressão pode ser reflexo de um conjunto de distócias de raciocínio, no qual a pessoas não se aceita e não quer conhecer maneiras de evitar cenários piores. Ou seja, o conhecimento é o melhor antídoto para os pensamentos negativos onde elas fantasiam e imaginam coisas ruins com seus bebês, isto acontece por falta de acesso a informação. Se ela tirasse a dúvida rapidamente, não ficaria sofrendo e tecendo hipóteses sobre algo ser ruim ou normal.

Nesta categoria faz-se necessário comentar que no pré-natal, estas mulheres deveriam ser rastreadas como população de risco pra DPP, pois estão em contexto de vulnerabilidade, e deveriam ter um melhor acompanhamento do serviço de saúde no pós- parto. Diante das percepções das puérperas, fica evidente que o atendimento pré-natal deixa a desejar, isso pode acontecer, muitas vezes, em razão do pouco diálogo entre profissional e cliente e do olhar técnico do profissional. Fazem-se urgente a mudança de conduta e a adoção de práticas pautadas na educação em saúde e na humanização.

3) Suporte no puerpério.

Nesta categoria foi abordado o desejo da mulher em procurar por alguma orientação, e caso sentisse alguns dos sintomas elencados por ela mesma, o que faria.

Cerca de cinco das puérperas disseram não saber o que fazer e uma delas referiu a dificuldade da própria pessoa aceitar que está com o problema, esta posição que a mulher adota pode ser devido a um processo de negação, às vezes uma pessoa precisa de uma exposição repetida à mesma ideia a partir de várias fontes para que possa refletir sobre esse assunto. Numa primeira fase a pessoa possa não querer admitir que estar desanimada com a sua

vida, que o seu humor está alterado, estado em que se verifica que a negação da depressão por processos inconscientes impõe uma interrupção no amadurecimento da aceitação da doença⁽¹⁵⁾.

P2: “... não sei... Eu penso que seja isso que esteja acontecendo comigo uma depressão pós- parto, as vezes a gente sente até vergonha de falar, porque eu que já fui mãe uma vez, é como se eu já soubesse tudo”.

P11: “Eu não procurei na primeira, porque acho que é muito difícil a pessoa aceitar que tá com problema, acho que são poucas. Mesmo que alguém chegue e fale. Então não sei qual reação eu teria. As pessoas não gostam de achar que o problema está com ela. A gente sempre vai colocar a culpa no outro, acho que é porque não aceita mesmo, principalmente problemas psicológicas”.

Já, aproximadamente oito das entrevistadas referiram que se sentissem algum sentimento que para elas fosse além do “normal”, elas procurariam orientação profissional ou espiritual. A fala da P6, por exemplo, demonstra que procuraria ajuda profissional.

P6: “Eu procuraria um médico. Quando eu sentisse tristeza. Acho que na depressão a mãe perde o amor pela criança”.

Em seu relato, P7 parece estar em um estado emocional alterado, visto que seu discurso é de estresse, de ansiedade e às vezes de desespero. A puérpera apresenta sintomas depressivos, no entanto não sabe referi-los como algo que necessita de atenção, nem a forma de tratar e tampouco forma de prevenir. Refere que procuraria ajuda, mas não sabe se o que está sentindo é motivo. Curiosamente em seu relato mencionou que fazia acompanhamento psicológico antes da gestação devido à depressão maior.

P7: “... hoje eu já chorei bastante, não sei se foi questão do cansaço e estresse, tô até agora virada... Meu marido começa a reclamar, a brigar também comigo, que eu tô reclamando, que eu tô chorando. Eu não tenho tempo mais pra mim, o tempo todo é pra ela e quando sobra um tempo que dá pra mim ai tem que dá atenção a ele e a casa”.

Vale mencionar que as condições apresentadas pelas puérperas, envolvendo aspectos biológicos e

psicossociais são fatores de risco associados à DPP como: o episódio depressivo prévio (aumentando o risco em 25% a 50%); o histórico familiar de transtornos; conflitos familiares; exposição a eventos estressores durante a vida; o pouco suporte social e financeiro; conflitos conjugais; gravidez na adolescência; gravidez indesejada; complicações no parto e dificuldades em lidar com o bebê decorrentes do comportamento, temperamento ou doenças. Desta forma, variáveis relevantes como: fatores de proteção, como o suporte social adequado tanto da família quanto da relação conjugal ou de serviços que auxiliem na preparação física e psicológica, são cruciais para as mudanças advindas da maternidade⁽⁴⁾.

Três puérperas relataram que procurariam por ajuda devido ao medo de renegar o filho ou de ter atitude que possa causar dano à criança: então, elas apresentam algum conhecimento prévio, popular, de que a alteração emocional doentia pode fazer com que elas tenham um comportamento nocivo com a criança.

P1: “Eu procuraria sim, porque você sofrer na dor do parto e depois chegar a renegar. Igual teve a mulher que jogou o bebezinho no lago. Se eu chegasse nesse nível eu procuraria por ajuda, com certeza!”.

P4: “Eu procuraria ajuda. Porque não é normal, você chegar ao ponto de jogar o filho no lago, isso é sério”.

P11: “Ai, como a pessoa vai achar que não é psicológico ou coisa assim, vai ficar adiando. Mas acho que é importante procurar, principalmente se tiver vontade de maltratar a criança”.

Com os relatos expostos acima foi possível perceber que algumas mulheres confundem os diversos tipos de alterações psicológicas, nestes casos confundiram depressão pós- parto com psicose puerperal e, ainda comentaram que procurariam ajuda caso sentissem o desejo de cometer infanticídio ou viessem a renegar o filho. Desta forma é válido comentar que a psicose pós-parto é um quadro mais grave e pouco frequente na população, acometendo uma em cada 1.000 mães. Os sintomas envolvem ansiedade severa, alucinações e delírios; exigem acompanhamento terapêutico e medicamentoso intensivo além de supervisão por conta da possibilidade de suicídio ou agressões ao bebê⁽⁴⁾.

É possível evidenciar nos relatos acima e nos relatos expostos abaixo que há uma dificuldade das mulheres em perceber quais sentimentos são esperados com a maternidade e quais sintomas caracterizam uma DPP, com isto elas trazem em seus relatos desejos em procurar por ajuda, mas não sabem qual momento oportuno.

É válido comentar que o momento certo de procurar ajuda não existe, considerando que cada pessoa tem limite emocional, demandas diferentes, contextos diversos, o adequado é que todas as mulheres tivessem o profissional de saúde como referência para se consultarem sempre que sentirem que precisam de ajuda, sendo este momento “certo” ou “não”.

P2: “...Se pudesse hoje, eu procuraria ajuda, porque eu creio que eu preciso. Não sei se é coisa da minha cabeça, mas eu acho que eu preciso procurar”.

P7: “Eu procuraria por ajuda, mas eu não sei se isso é motivo, sei que estou diferente”.

P9: “É tipo, os médicos falam que quando você tá gestante seu humor muda, tudo muda em você né? Ai, eu não sei se alguns sentimentos no pós- parto é isso que os médicos falam, ou se é por causa de alguma coisa... que podem causar uma tristeza profunda”.

P12: “De vez em quando vem uma tristeza, mas acho que é normal né?”.

Das entrevistadas, cinco não souberam referir onde encontrariam suporte. Já cerca de quatro das puérperas apontaram o centro de saúde e duas mencionaram o hospital como locais que devem ser procurados na existência de algum sintoma, que para elas seria de depressão pós- parto, e no final fazem uma pergunta para saber se estão certas.

P6: “No hospital... acho que na clínica médica, não é? Não sei, depois que você tem filho você pode ir lá na obstetrícia, pode?”.

P12: “Não sei, nunca ninguém falou sobre isso.” “Acho que é no posto, né?!”.

Aproximadamente quatro apontaram o centro de saúde como um local que seria procurado pelas puérperas, este deveria ser um dos locais mais

apontados por elas, afinal passam a gestação indo às consultas no centro de saúde, no entanto, isso não foi evidenciado. Então, é necessário fomentar que o cuidar da equipe multiprofissional e principalmente da enfermagem, durante a gestação e puerpério, deve também enfatizar os aspectos físicos do pós-parto e o psicoemocional, bem como as alterações negativas que influenciam a vida da mulher e sua relação maternal ⁽¹⁶⁾, desta forma a mulher enxergaria o centro de saúde de sua região como referência para qualquer dúvida ou conflito emocional.

Apenas duas das mulheres mencionaram a psicóloga como uma profissional que ajudaria neste momento, no entanto, não sabem dizer onde achá-la.

P2: “Ah, em uma psicóloga. Mas não sei onde acharia”.

Ou seja, apenas duas mulheres mencionaram o profissional de psicologia como agente que seria requisitado para prevenção e/ ou tratamento da DPP. Neste contexto é relevante reforçar que uma quantidade expressiva de puérperas apresentam alguma questão relacionada ao sofrimento mental. E já que o psicólogo é um profissional que está presente na formação da equipe multidisciplinar nos núcleos de atenção a saúde da família, este profissional deveria ser requisitado pelas equipes da atenção básica e a população deveria ter o conhecimento de sua atuação, bem como ter contato direto com ele em terapias e grupos de educação em saúde, pois este profissional contempla um grande espectro de teorias e técnicas, atuando de forma preventiva e quando necessário no tratamento, proporcionando apoio às mães e família, principalmente a enfrentar os episódios de depressão ⁽⁹⁾.

Uma entrevistada procuraria a igreja, outra falaria primeiramente com o pai da criança, já que é a pessoa mais próxima dela e uma referiu que tentaria passar pela situação sozinha e caso não conseguisse procuraria o posto de saúde.

P3: “Eu acho que a gente precisa disso, tem hora que a gente dá vontade de chorar, que a gente se sente presa... Na hora que eu tenho vontade de chorar eu choro... levanto e bola pra frente. Acho que se eu não conseguisse me levantar, eu procuraria a pediatra aqui no postinho”.

Diante dos relatos acima é possível evidenciar que as mulheres demandam de suporte no puerpério e que muitas vezes esse período, tão crucial para o desenvolvimento da mulher enquanto mãe e da criança, é deixado de lado, seja porque a mulher não consegue captar as ambivalências da maternidade, ou não quer enxergar que algo de diferente está acontecendo com ela, seja porque não tem apoio do serviço de saúde ou de pessoas próximas. Estas circunstâncias levam a puérpera a vivenciar situações sozinhas, sem o devido suporte e acabam apresentando sintomas que poderiam ser evitados, os quais refletem diretamente na experiência da maternidade.

Nesta categoria evidenciamos a importância do suporte no puerpério. As mulheres demandam primeiramente do suporte da família, do parceiro, de sua mãe, no entanto, o suporte do serviço de saúde é fundamental para que as puérperas consigam vivenciar e mediar as ambivalências da maternidade. Mas, considerando que as ações de saúde dirigidas às mulheres no puerpério nem sempre são prioritárias para o serviço de saúde, afinal a maioria das entrevistadas não receberam informação e não souberam referir o local e momento em que se deve procurar por ajuda, essa problemática tende a passar despercebida no âmbito dos serviços de saúde. Então, se faz necessário olhar com atenção esta necessidade de qualificação dos profissionais, para que os riscos sejam evitados ou para que consequências da DPP sejam enfrentadas de maneira que possam ser minimizados os seus efeitos na puérpera e na criança ⁽¹⁶⁾.

4) O pré-natal e o Pós-Parto.

Esta categoria surgiu em detrimento da percepção do atendimento pré-natal não apenas como um momento de detecção de patologias na gestação e preparo para o parto, mas sim como um momento de oferecimento de informação e de escuta qualificada.

Aproximadamente catorze das entrevistadas disseram não ter recebido informações sobre o ciclo puerperal durante a gestação.

P3: “Não, nadinha. Nem sobre o parto direito não falam (risos). Só exame, o que você está sentindo, se tá bem, se tá inchando se não tá”.

P4: “Não, nada. Porque assim, a consulta de pré-natal seria um grande passo para

saber se a mulher vai ter depressão... Devia alertar mesmo, mas acho que com relação a depressão pós parto ninguém fala. É muito grave, é um assunto encoberto, ninguém fica sabendo”.

Aproximadamente sete das puérperas também referiram não ter procurado informação além do pré-natal. Outras citaram a internet, a experiência anterior e da família como fontes de informação acerca do puerpério.

P2 “Por mais que eu tenha tido outra gestação, está sendo novidade tudo... Mas assim, só a minha mãe mesmo, conheço depressão pós- parto pelo que minha mãe me fala, só. Profissional nenhum nunca chegou em mim e disse alguma coisa sobre”.

P3 “Assim, eu já tive dois filhos, então. Não é muito novidade pra mim”.

No momento em que é questionado se elas estão sentindo falta de ser informada sobre o pós-parto, dez responderam não estarem sentindo falta, seja por conta de experiências anteriores, seja por que está recebendo ajuda de algum familiar ou pela fé que tem em Deus.

P4: “Pra mim não, porque eu tenho Deus em primeiro lugar na minha vida. Porque acredito que a depressão acontece pela falta de Deus na vida da pessoa, mas tem pessoas que não entendem assim”.

P13: “Nessa não porque eu já tinha um pouco de experiência, mas na primeira eu não sabia de nada. Não fui informada de nada. Tanto que meus pontos eu fui tirar depois de um mês, e eu não sabia. Eles só falam ali da gestação, dos nove meses. Do pós às vezes falam bem por cima mesmo”.

No entanto, falas significativas foram evidenciadas nos discurso de aproximadamente cinco das puérperas no que diz respeito à falta de informação sobre o puerpério durante o pré-natal.

P2 “Sim! Eu sinto falta, eu acho um perigo... Se tivesse ia ser muito bom, porque ai eu seria mais informada e veria se é isso mesmo que está acontecendo comigo... Aparece tanta coisa que eu não sei onde que sai da minha cabeça. Então eu queria muito saber...”.

Para o público entrevistado a realização de palestras durante a gestação e realização de grupos de pós-parto, bem como o fornecimento de informação, inclusive sobre a DPP e, reconhecimento de alterações por parte do profissional são alternativas fundamentais para a compreensão acerca do puerpério e para que a mulher se sinta mais segura, empoderada e capaz de perceber alterações físicas e emocionais.

P2: "...palestras né, poderia ter algum profissional que poderia falar pra gente, essas questões, o que poderia vir depois do parto, os sintomas. Porque as vezes a gente sente alguma coisa e pensa que é normal, depois pensa que é depressão e acaba não sendo, mas a gente acha que é... eu penso que seja isso que esteja acontecendo comigo uma depressão pós parto. As vezes, a gente sente até vergonha de falar, porque eu que já fui mãe uma vez, é como se eu já soubesse tudo. Mas essa gravidez está sendo bem diferente...Nossa, pra mim é muito triste".

P8: "Assim, ainda mais quando é de primeira viagem né? Então assim, tem que ter um trabalho com a mulher, antes, durante e depois do parto. Porque a gente passa por muitas coisas e passa por situações que não sabemos nem como lidar. Então falta informações pra dar pro parceiro, cursos onde as mulheres participem. O homem está precisando de informação, de ser inserido no pré-natal, no pós-natal...".

O acompanhamento pré-natal tem o objetivo de acompanhar a fisiologia da gestação, diminuir as dúvidas, medos, os fatores e comportamentos de risco para que assim as mulheres possam ter um ciclo gravídico e puerperal saudável. Além de fornecer orientações, prestar apoio emocional e psicológico ao companheiro e à família, para que todos possam participar do processo de gestar, parir e nascer⁽¹⁷⁾.

No entanto a fala das puérperas demonstra carência de assistência profissional, pode-se perceber que o serviço de saúde tem uma abordagem superficial, rotineira, pouco integrada, apressada, faz pouca educação em saúde, oferece um atendimento técnico. Neste estudo, por exemplo, é possível perceber que as mulheres citam o atendimento pré-natal como superficial, com ausência de informação, ou seja, com uma má relação terapêutica e ausência de diálogo⁽¹⁸⁾.

Desta forma, as próprias mulheres trazem alternativas, afinal viu-se a grande relevância na fala das entrevistadas quanto à realização de grupos e palestras de educação perinatal para gestantes e suas famílias, para que haja troca de experiências entre os participantes, assim o profissional pode identificar os mitos que cercam a gestação e o puerpério, além da oportunidade de fortalecer adesão ao pré-natal, bem como perceber precocemente mulheres que apresentam predisposição e estão expostas a fatores de risco para a depressão pós-parto⁽¹⁷⁾.

No entanto, não basta apenas a mulher expor seus sentimentos, é imprescindível que o profissional tenha conhecimento prévio sobre os aspectos que levam as mães a apresentarem diversos transtornos psicoafetivos após o nascimento do bebê, possibilitando a realização de uma intervenção multidisciplinar mais efetiva e com resultados bem sucedidos a curto prazo, bem como a prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de interação da mãe com a própria maternidade⁽⁹⁾.

Desta forma a EPDS pode ser mencionada como uma facilitadora na detecção e no atendimento às mulheres suscetíveis a desencadear a DPP influenciando no aumento dos índices de detecção precoce, diagnóstico e tratamento da doença, minimizando os possíveis efeitos deletérios sobre mãe e filho⁽³⁾.

Vale ressaltar que neste estudo foram encontradas algumas limitações como, a aceitação das puérperas em participar da entrevista ao se falar do tema e que se tratava de uma estudo científico, outro fator limitante foi a presença dos "acompanhantes" que fizeram com que algumas mulheres não quisessem participar da entrevista e por fim a falta de tempo foi um fator muito apresentado pelas mulheres que estavam à espera da consulta de seus recém-nascidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Asseguradas pelos depoimentos das mulheres e pelos estudos aqui apontados, evidenciamos que o presente estudo atingiu o objetivo proposto, houve consistência entre os dados apresentados e os achados, bem como os principais temas foram claramente apresentados nas descobertas.

Percebemos ainda que parte das mulheres encontram dificuldades em se autoavaliar e em perceber alterações de ordem psicológica e por

isto não expõem seus sentimentos, demoram ou não procuram ajuda, aumentando o risco de desencadear desordens psicológicas.

Partindo do pressuposto de que acreditamos na potencialidade da mulher e na potencialidade do atendimento pré-natal, percebemos que tanto as mulheres quanto o serviço que as atendem focam quase que inteiramente nas alterações gravídicas durante todo o período gestacional, deixando de lado a fase puerperal. No entanto, é necessário estar atentos às queixas e demandas da mulher, afinal os profissionais conhecem ou deveriam conhecer as ambivalências da maternidade, no entanto, não preparam e tampouco informam à mulher sobre possíveis patologias, que podem ser evitáveis, como a DPP, por exemplo.

Percebemos que há inúmeras lacunas que implicam diretamente nas fragilidades assistenciais do pré-natal. É preciso colocar em prática subsídios que facilitam a detecção da DPP, como o uso das escalas de autoavaliação, além da realização de campanhas e estratégias estruturadas que foquem na saúde da mulher gestante e na saúde da puérpera. É deficiente a atuação do sistema de saúde no atendimento a este público que tanto precisa de suporte, é pouco ou quase nulo a promoção de campanhas sobre o cuidado às puérperas, além da pouca difusão de cursos de capacitação para as equipes de saúde para sistematização do cuidado com as puérperas.

Assim, faz-se necessário evidenciar a importância do pré-natal de qualidade, a realização de grupos de educação perinatal, bem como a consulta de pós-parto para a prevenção da DPP, o diagnóstico precoce e tratamento adequado, no intuito de empoderar a puérpera e sua rede de apoio, diminuindo a possibilidade de interferência na vida de todos os inseridos no processo de significação do puerpério.

É válido considerar que o cunho do presente estudo foi descritivo e exploratório, ainda que não estivesse incluso no método, oportunizamos algumas orientações para aquela mulher em situação de fragilidade ou vulnerabilidade, e que talvez não encontraria outra oportunidade de ser acolhida, ou seja, fornecemos informações sobre o tema e direcionamos ao auxílio profissional. Desta forma, adentramos no campo da sensibilidade humana e do cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes CF, Cotrin DTJ. Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. *Revista Panorâmica On-Line*. Barra do Garças-MT, jul. 2013;14 pp 15-34.
2. Oliveira MJM, Dunningham W. Prevalência e fatores de risco relacionados a depressão pós-parto em Salvador. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*. 2015 Maio/Ago; 19 (2):72-83.
3. Sobreira, SAN, Pêsoa OGC. Assistência de enfermagem na detecção da depressão pós-parto. *Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG Jul./Ago. 2012; 5(1):905-18.*
4. Campos, CB, Rodrigues, RPMO. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. *Psico Porto Alegre*, out.-dez. 2015;46(4):483-492.
5. Galvão, ACC, Júnior SGJF, Lima AAL, Monteiro SFC. Prevalência de depressão pós-parto e fatores associados: revisão integrativa. *ReOnFacema*. Ago-Out. 2015. 1(1):54-58.
6. Arrais, AR; Araujo, TCCF. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2017;18(3):828-845.
7. Guerra Maria João, Braga Maria Clara, Quelhas Isabel, Silva Rosa. Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [Internet]*. 2014 Abr; (spe1):117-124.
8. Henriques AHB, Lima GMB, Trigueiro JVS, Saraiva AM, Pontes MGA, Cavalcanti JRD et al. Grupo de gestantes: contribuições e potencialidades na complementaridade da assistência pré-natal. *Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza*, jan./mar., 2015;28(1):23-31.
9. Tolentino CE, Maximino MFAD, Souto VGC. Depressão pós-parto: Conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Abr*. 2016;14(1):59-66.
10. Gerhardt ET, Silveira TD. Métodos de pesquisa. UAB/UFRGS e Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.: il.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

12. Leite GM, Rodrigues PD, Sousa SAA, Melo TPL, Fialho MVA. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicologia em Estudo*, Maringá, jan./mar. 2014;19(1):115-124.
13. Greinert MRB, Milani GR. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. *Psicol. teor. prat. São Paulo abr.* 2015;17(1):26-36.
14. Porto FAR, Maranhão GLT, Félix MR. Aspectos Psicossociais da Depressão Pós-Parto: Uma Revisão Sistemática. *Id on Line Rev. Psic. Fev*,2017;11(34):219-245.
15. Moraes, AARE. A defesa do falso si-mesmo e os estados depressivos. *Winnicott e-prints São Paulo*, 2010;5(1):1-16.
16. Pina SNL, Loures CM. Puérpera com depressão pós-parto: A influência na relação com o bebê. *Goiânia, /jun.* 2014;41(2):341-357.
17. Araujo ST, Araújo CS, Santana RDM. O conhecimento das puérperas sobre a importância do acompanhamento pré-natal. *rev. e-ciênc.* 2015;3(2):81-87.
18. Silva MM, Freitas CRC de, Silva AM et al. Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal prestada na colônia penal feminina. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, ago., 2015 9(Supl. 7):9038-45.