

Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família*

Postpartum depression in puerperal women: knowing the interactions among mother, son and family

Depresión posparto en puérperas: conociendo interacciones entre madre, hijo y familia

Francisca Cláudia Sousa da Silva¹, Thiago Moura de Araújo², Márcio Flávio Moura de Araújo³, Carolina Maria de Lima Carvalho⁴, Joselany Áfio Caetano⁵

RESUMO

Objetivo: Conhecer a interação de puérperas, que apresentam depressão pós-parto, com seus filhos e compreender a percepção de familiares sobre a doença e cuidados maternos prestados por essas puérperas. **Métodos:** Estudo qualitativo de caráter exploratório que teve como sujeitos do estudo quatro puérperas com depressão pós-parto, acompanhadas em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Quixadá – CE e quatro familiares. Foram realizadas visitas domiciliares para a execução de entrevistas em profundidade. Os dados foram analisados conforme a técnica de análise de conteúdo proposta por Morse e Field. **Resultados:** As principais alterações emocionais relatadas foram o choro fácil e nervosismo. As puérperas sentiam-se frustradas e/ou inseguras quanto ao exercício da maternidade. Como agravante foi observado que familiares desconheciam o problema da depressão pós-parto. **Conclusão:** O cuidado de enfermagem nessa situação deve começar no pré-natal com avaliação da auto-estima, da rede de suporte social e da satisfação das futuras mães.

Descritores: Depressão pós-parto; Relações familiares; Enfermagem

ABSTRACT

Objectives: To study the interaction of puerperal women who have postpartum depression and to understand the perception of family about the disease and maternal care provided by these mothers. **Methods:** This is an exploratory and qualitative study which had as a subject of study four puerperal women (with postpartum depression, being followed at the Psychosocial Care Center in the municipality of Quixadá, state of Ceara) and four relatives. Home visits were made to carry out the interviews. The data were analyzed according to the content analysis technique proposed by Morse and Field. **Results:** The main changes reported were emotional easy-tears and nervousness. The puerperal women were frustrated and/or lacking confidence in the exercise of motherhood. To make matters worse it was observed that the families were unaware of the postpartum depression problem. **Conclusion:** Nursing care in this situation should begin assessing the prenatal self-esteem, the received social support from the network and the mother satisfaction.

Keywords: Depression, postpartum; Family relations; Nursing

RESUMEN

Objetivo: Conocer la interacción de puérperas, que presentan depresión posparto, con sus hijos y, comprender la percepción de familiares sobre la enfermedad y cuidados maternos prestados por esas puérperas. **Métodos:** Estudio cualitativo de carácter exploratorio que tuvo como sujetos de estudio cuatro puérperas con depresión posparto, acompañadas en un Centro de Atención Psicossocial del municipio de Quixadá (estado de Ceará), y cuatro familiares. Fueron realizadas visitas domiciliarias para la ejecución de entrevistas en profundidad. Los datos fueron analizados conforme la técnica de análisis de contenido propuesta por Morse e Field. **Resultados:** Las principales alteraciones emocionales relatadas fueron el llanto fácil y el nervosismo. Las puérperas se sentían frustradas y/o inseguras en lo referente al ejercicio de la maternidad. Como agravante fue observado que los familiares desconocían el problema de la depresión posparto. **Conclusión:** El cuidado de enfermería en esa situación debe comenzar en el prenatal con evaluación de la autoestima, de la red de soporte social y de la satisfacción de las futuras madres.

Descriptores: Depresión posparto; Relaciones familiares; Enfermería

*Trabalho realizado no município de Quixadá, localizado no Sertão Central do Estado do Ceará, Brasil.

¹ Especialista em Enfermagem Neonatal. Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá. Quixadá (CE), Brasil.

² Pós-graduando (Mestrado) do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza (CE), Brasil.

³ Pós-graduando (Mestrado) do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC - Fortaleza (CE), Brasil. Bolsista CAPES.

⁴ Pós-graduanda (Doutorado) do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC - Fortaleza (CE), Brasil.

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC - Fortaleza (CE), Brasil.

INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) ocorre em todo o mundo, conforme a região e o instrumento de mensuração, sua incidência varia de 10% a 20%, na proporção de um caso para 1.000 mães⁽¹⁻²⁾. No Brasil, a última publicação, de base populacional sobre o tema, realizada em Pelotas-RS, com 410 mulheres, divulgada em 2006, destacou uma prevalência de 19,1%⁽³⁾. Outra publicação anterior, desenvolvida em São Paulo-SP, em 2005, identificou uma prevalência de 37,1% em uma amostra de 70 puérperas⁽⁴⁾.

Este tipo de depressão parece ser fruto da adaptação psicológica, social e cultural inadequada da mulher frente à maternidade. Segundo alegam determinados estudos, mulheres com mais eventos estressantes de vida durante a gestação e no início do puerpério possuem níveis maiores de sintomas depressivos⁽¹⁻⁵⁾. Além disso, as diferenças culturais relacionadas aos costumes, rituais e aos papéis dos membros da família são também creditadas por desempenhar papel determinante na redução ou acentuação da DPP^(1,5-6). Por fim, psiquiatras comentam que a etiologia das síndromes psíquicas pós-parto envolve a interação de fatores orgânicos/hormonais, psicossociais e a predisposição feminina⁽⁵⁻⁷⁾.

Antecedentes familiares de depressão, antecedentes pessoais ou, até mesmo, um episódio de depressão puerperal são fatores de análise para o risco da depressão pós-parto; outros aspectos são os seguintes: personalidade pré-mórbida, qualidade da saúde materna, complicações gravídicas, parto de risco ou complicado e o puerpério com algum comprometimento clínico⁽⁸⁾. Foi identificado um artigo que avalia uma série de estudos sobre aspectos da puérpera nesse quadro clínico, além dos fatores ora citados: estado civil tem sido associado principalmente no caso de mães solteiras sem o apoio social; também o encontro entre mãe-filho após o nascimento pode induzir a uma doença específica, ou seja, os riscos de adoecimento, visto que ela vivencia uma série de emoções conjuntas em tempo real⁽⁹⁾. Assim, como se pode afirmar, os transtornos depressivos puerperais determinam-se mais pela interação do que propriamente por uma doença preexistente da mulher.

De modo geral, o transtorno depressivo puerperal apresenta o mesmo quadro clínico característico da depressão em outros momentos da vida feminina, acrescido de particularidades relativas à maternidade em si e ao desempenho do papel de mãe. Sentimentos negativos, desinteresse pelo bebê e culpabilidade por não conseguir cuidar dele são frequentes e podem resultar em um desenvolvimento insatisfatório da interação mãe-bebê. Ademais, o afastamento ou separação da criança pela necessidade de ser cuidada por outra pessoa, pode dificultar ainda mais o estabelecimento de vínculos afetivos e fortalecer a sensação de inadequação materna^(7,10).

Diversas condições de vida exercem papel fundamental no desenvolvimento do transtorno depressivo, sobretudo os fatos indesejáveis, além de fatores sociais. Enfim, pode-se dizer, a etiologia da depressão puerperal não se determina por fatores isolados, mas, sim, por uma combinação de fatores psicológicos, sociais, obstétricos e biológicos.

Atualmente, com o legado da Reforma Psiquiátrica e a proposta de intersetorialidade do Sistema Único de Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) vêm absorvendo e acompanhando a grande demanda de mulheres, vítimas de transtornos psiquiátricos maternos. A Estratégia de Saúde da Família, alicerçada ao princípio da integralidade, a exemplo de outras iniciativas, propicia recursos físicos e humanos para já no pré-natal fazer frente à problemática da DPP. Nesse sentido, cabe aos profissionais de saúde, em especial, ao enfermeiro, não apenas uma atuação clínica na identificação e tratamento de casos, mas também a disponibilização de cuidados, como conforto psicológico, afeto e educação em saúde na vivência da DPP.

Na fase pós-parto, o tipo e a natureza do suporte recebido são fatores possíveis de contribuir para melhor adaptação e alcance do papel materno. Nesta fase, o enfermeiro pode prestar decisiva colaboração, pois ao conhecer a situação vivenciada, este profissional auxilia a puérpera a superá-la e a se readaptar melhor às suas dificuldades, contribuindo para um exercício saudável da maternidade com impactos, tanto no binômio mãe-filho como na família⁽¹¹⁾.

Conforme observado até o momento, a maior parte dos estudos sobre DPP vem adotando abordagens quantitativas, sobretudo com a listagem de fatores de risco e/ou eventos estressantes^(1,3).

Embora a literatura mostre estudos qualitativos que examinam a experiência de mulheres com DPP, uma descrição pormenorizada desse problema entre mães cearenses não foi identificada, segundo consulta à Biblioteca Eletrônica Bireme realizada pelos autores. Dessa forma, o presente artigo teve por objetivo conhecer a interação de puérperas, com diagnóstico de DPP com seus filhos, e compreender a percepção dos familiares a respeito da doença e dos cuidados maternos das puérperas na vigência da depressão pós-parto.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório, derivado de um subprojeto inserido na pesquisa “O Relacionamento terapêutico nos novos serviços de saúde mental”.

Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada no período de janeiro a julho

de 2008, no município de Quixadá, localizado no Sertão Central do Estado do Ceará, no Nordeste do Brasil, uma das regiões com os menores índices de desenvolvimento humano do Estado, com área territorial de 2.020 quilômetros. A cidade possui uma população de 76.105 habitantes, sendo a taxa de população urbana e feminina de 67,3% e 50,3%, respectivamente⁽¹²⁾.

O estudo foi efetivado no CAPS de Quixadá, o único da cidade e o segundo criado no Estado. Desde 1993, a qualidade do serviço dessa instituição é referência para os municípios adjacentes, já que desde sua implantação houve uma queda de 105 para cinco internações psiquiátricas hospitalares. Atualmente conta com 18 profissionais, oito de nível superior e atende 5.672 clientes. Entre estes, 80% apresentam diagnóstico de quadros depressivos.

Participantes do estudo

Inicialmente, foi realizada uma busca ativa de prontuários de mães com diagnóstico de DPP e com tratamento vigente nesse CAPS. Após o levantamento, vários encontros, entre essas mulheres e a primeira autora, ocorreram para o tratamento da DPP, o que estabeleceu uma confiança mútua. Com base nesse pressuposto, foram selecionadas quatro mulheres e seus familiares, mediante os seguintes critérios de inclusão: ser mãe residente na zona urbana de Quixadá-CE; ter diagnóstico médico comprovado de DPP; ser acompanhada nesse CAPS. Entre os critérios de exclusão: ser menor de 18 anos; apresentar frequência irregular às consultas; puérperas cujos recém-nascidos tiveram málformação congênita ou faleceram. Além das mulheres, integraram também a pesquisa, quatro sujeitos, representados pelos respectivos companheiros e familiares presentes na coleta de dados.

Métodos e procedimentos de coleta de dados

A primeira autora conduziu as entrevistas em profundidade na residência das mães, mediante utilização de questões abertas apoiadas por instruções. Em média, as entrevistas duraram entre 45 minutos e uma hora. No total, foram quatro com cada pesquisada e familiares. O agendamento das visitas domiciliares ficou a critério da mãe. Reforçou-se, porém, a importância da presença do companheiro e de outros familiares nesse momento, o que, felizmente, foi ponderado na escolha da data por todas as genitoras.

Durante a primeira visita, houve a explanação dos objetivos e metodologia do estudo, seguida pela leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o desenvolvimento do estudo. Ainda na sequência da primeira visita, fez-se o registro dos dados sociodemográficos, obstétricos, alterações emocionais maternas na DPP e o conhecimento das pesquisadas sobre a doença. Vale salientar que o instrumento de coleta de dados foi previamente testado,

e os ajustes pertinentes realizados, com outras mães com DPP acompanhados no CAPS citado. No entanto, estas, não foram incluídas no grupo de mulheres ora apresentado.

Nas demais três visitas, os questionamentos das entrevistas e a interação pesquisador/pesquisados convergiram no sentido de se conhecer as interferências das alterações emocionais e comportamentais da DPP na relação mãe-filho-família e a percepção e atitudes da família diante do problema da DPP.

Análise dos dados

Para a análise dos dados, considerou-se o referencial de Morse e Field que preconiza, na análise qualitativa de conteúdo, os seguintes passos: identificação, codificação e categorização dos dados. Isto implica que o pesquisador deve procurar o significado de passagens específicas e alocá-las em categorias apropriadas⁽¹³⁾.

Assim, primeiro, houve a descrição das mães, seguida da transcrição dos dados coletados, para uma leitura criteriosa e a organização dos depoimentos. Neste último passo, observou-se a conformidade e semelhança dos depoimentos, que, finalmente, foram alocados em três categorias temáticas, a saber: Alterações emocionais e comportamentais pós-parto na percepção das puérperas; Insegurança das puérperas quanto à maternidade; e, percepção dos familiares a respeito da doença e dos cuidados maternos na DPP.

Aspectos éticos

Como recomendado pela Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, foram respeitados os aspectos ético-legais da pesquisa⁽¹⁴⁾. Com o intuito de preservar o anonimato, as puérperas foram identificadas com nomes fictícios. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Ceará. Conforme mencionado, todas as mães e seus respectivos familiares assinaram o TCLE.

RESULTADOS

As quatro mães pesquisadas tinham entre 19 e 35 anos de idade, todas residentes em Quixadá-CE. No referente à escolaridade, apenas uma não havia cursado o Ensino Médio, e uma cursava o nível Superior. A respeito dos antecedentes obstétricos, elas eram, majoritariamente, primíparas e com parto normal, mas duas tiveram intercorrências clínicas durante o parto. Quanto ao estado civil, duas eram casadas, uma mantinha relação informal e outra era solteira. Duas possuíam vida profissional, uma como vendedora e a outra como agente administrativo. As demais exerciam atividades laborais no lar, e, destas,

uma era estudante. Já a renda familiar variou de pouco mais de R\$ 400,00 até R\$ 1.000,00.

Os fatores de risco relacionados à DPP mais citados pelas entrevistadas foram os seguintes: sintoma depressivo durante a gravidez, histórico anterior à gestação de depressão, autoestima limitada, problemas conjugais, ausência de parceiro e instabilidade financeira.

Alterações emocionais e comportamentais pós-parto na percepção das puérperas

Durante as entrevistas, as alterações emocionais mais mencionadas pelas mães foram o aumento do nervosismo, tristeza e choro fácil; estas alterações, segundo elas eram reflexo da cobrança delas consigo mesmas com vistas a alcançar uma postura de tranquilidade e paciência, conforme exposto a seguir:

“Eu fiquei mais é nervosa. Ah! Eu ficava nervosa demais. Eu não tinha paciência. Para ela eu tinha paciência, mas para os outros, eu não tinha. Eu não tinha paciência com as pessoas que eu mais gostava, eu não tinha paciência...” (Margarida)

“Eu fiquei nervosa demais, brigava com todo mundo, fiquei sem condições de cuidar do meu filho...” (Angélica)

“Eu fiquei nervosa. Ela chorava muito e queria mamar a toda hora. Eu não sabia nem como colocar no peito para dar de mamar. Ah, eu ficava mais nervosa”. (Gardênia)

Apesar do destaque obtido pelo nervosismo nesse período vivido pelas puérperas, sem dúvida, conforme o relato delas, o choro foi a alteração emocional mais marcante do puerpério, como se exemplifica com os depoimentos a seguir:

“Eu comia e chorava, eu tomava café e chorava, eu olhava para minha filha mamando e chorava”. (Gardênia)

“Eu percebi que eu fiquei muito sensibilizada no caso. Eu chorava à toa, chorava à toa”. (Angélica)

“Eu me senti estranha na primeira mamada e chorava por ter alguém tocando no meu corpo, aliás, eu chorava por qualquer coisa”. (Margarida)

“No primeiro instante em casa, olhei para ela e comecei a chorar sem parar porque vi todos os meus sonhos indo embora”. (Íris)

De modo geral, o choro pode aparecer como uma lamentação pelas várias perdas que a maternidade aparentemente traz. Perda de espaço para seus sonhos, como dito por Íris; perda da liberdade de ir e vir como antes; perda de tempo para si; para seu parceiro e para os amigos; perda do controle sobre a própria vida. Isto põe em xeque o sentimento de plenitude e de ganho vivido durante a gravidez.

Insegurança das puérperas quanto à maternidade

As pesquisadas sentiam-se frustradas e sofriam de forte

sensação de fracasso porque se consideravam incompetentes para exercer a maternidade. Embora o nascimento de um filho seja um momento ímpar de realização e alegria para as mães, especialmente, para as primíparas, houve uma sensação de insegurança a respeito dos cuidados com o recém-nascido, como mostram estes relatos:

“Eu chorava muito. Eu olhava para minha filha e chorava, tinha medo de não saber cuidar dela, será que vou saber cuidar quando ela tiver dor de ouvido, ou se for o choro de cólica ou fome?” (Margarida)

“Eu fiquei em dúvida se eu seria uma boa mãe, aquilo que seria bom para mim, se eu iria ter condições de dar tudo de mim para cuidar daquela criança”. (Íris)

“O pior momento era quando eu tinha que pegar a minha filha no colo, pois eu tinha medo de machucá-la, não sabia nem como dar banho”. (Angélica)

Ser mãe para elas está ancorado na necessidade de apresentar atitudes de saber cuidar do bebê, o que lhes traz preocupação. Este novo *status* adquirido pela mulher mediante a maternidade, o de ser mãe, requer dela uma redefinição de papéis e a necessidade de adaptações e mudanças pessoais. Conseqüentemente, pode haver grande impacto na vida delas, sobretudo, nas primíparas. Suas falas reforçam ainda a urgência de se compreender o exercício da maternidade, como um processo longo, social e culturalmente construído no dia a dia, por meio de ensinamentos, de vivências e ajuda.

Percepção dos familiares a respeito da doença e dos cuidados maternos na DPP

Percebeu-se que muitos dos familiares entrevistados relataram conhecer a sensibilidade da saúde mental das respectivas mães com DPP, alguns já as acompanhavam no CAPS. Mesmo assim, o desconhecimento dos familiares sobre o problema da DPP, infelizmente, predominou, como se observa no discurso de alguns familiares estudados.

“Acho que é uma doença que a mulher fica muito frágil, chora muito e fica triste”. (marido da Gardênia)

“Não sei muita coisa, mas acho que é a tristeza, a vontade de chorar... depois do parto a mulher fica muito deprimida”. (tia da Íris)

“Acho que é uma depressão depois do parto”. (mãe da Angélica)

“Nada. Fiquei sabendo agora com a explicação da senhora”. (marido da Margarida)

De acordo com o apreendido, as percepções familiares sobre os cuidados maternos ofertados aos filhos pelas puérperas, na vigência da DPP, variaram. Alguns, nas falas, expostas a seguir, manifestaram um suporte de apoio favorável; outros apenas ressaltaram as limitações dessas mulheres com quadro psicológico

desfavorável.

“Apesar do problema dela ela cuida muito bem. Nunca fez nada contra ele. Acho que é o bebê que dá a razão dela viver”. (marido da Gardênia)

“Ela não está cuidando. Às vezes ela o rejeita, e, às vezes, ela cuida um pouco. Mas acho que ela ainda é muito imatura para ser mãe”. (tia da Íris)

“Acho que a bebê fez ela se recuperar mais rápido, o problema dela é comigo”. (marido da Margarida)

“Ela ainda não está bem, o bebê está com um tio porque só, doente, não tenho condições de cuidar. Mas de vez em quando ela vê o bebê e brinca com ele”. (mãe da Angélica)

Como mencionado, a sintomatologia da depressão das puérperas deste estudo resumiu-se sobretudo a manifestações de choro, nervosismo e tristeza. Estas condições as incapacitam para suas atividades maternas. Diante disto, em algumas situações, outros membros da família, assumiram esta responsabilidade. Ao se analisar a presença da depressão no seio familiar é preciso entender que a depressão afeta todos os membros da família, mesmo indiretamente, e em graus variados. Consequentemente, as organizações habituais e funcionais são modificadas. Assim, a manutenção do equilíbrio com base no auxílio mútuo entre puerpéra e família é relevante para o tratamento, além de favorecer o desenvolvimento psicossocial da criança.

DISCUSSÃO

Em comum com a literatura, os resultados deste estudo mostraram que as principais alterações emocionais e comportamentais das pesquisadas foram o nervosismo, a tristeza e o choro fácil. No Sul do Brasil, um estudo constatou, entre puérperas de um serviço público, o ser mãe como um momento de sentimentos antagônicos, variáveis da alegria/prazer ao sofrimento psíquico simultaneamente⁽¹⁵⁾.

A experiência de gestar, parir e cuidar de um filho pode dar à mulher uma nova dimensão de vida e contribuir para seu crescimento emocional e pessoal. Ao mesmo tempo, pode causar desorganização interna, ruptura de vínculos e de papéis e até resultar em quadros de depressão puerperal⁽¹⁶⁾. O que talvez se justifique pelo fato da dinâmica de ser mãe, esposa, gerente do lar e mulher, quase sempre caminhar à revelia da condição hormonal, bioquímica e psicológica feminina nesse momento⁽⁵⁾.

Por isso, é essencial que os enfermeiros compreendam as modalidades de estresse e os fatores culturais que influenciam o bem-estar emocional das mães após o parto. Esse conhecimento não só qualifica o cuidado de enfermagem ofertado, como pode auxiliar na mediação de aspectos culturais inerentes às experiências pós-parto

de primíparas e múltiparas⁽¹⁾.

Esta pesquisa encontrou puérperas com idade entre 19 e 35 anos, com menos de oito anos de escolaridade, classificadas nas classes sociais C e D, primíparas e com relação conjugal estável, embora com união matrimonial informal. Realmente, conforme a maior pesquisa brasileira já publicada sobre o tema revela que as mulheres, acometidas por DPP são casadas, com idade entre 20-29 anos, com menos de oito anos de escolaridade e inseridas nas classes sociais C e D⁽³⁾.

Fatores sociais como a falta de apoio conjugal e familiar influenciam fortemente na etiologia e manejo da DPP⁽⁹⁾. Outro aspecto importante é o desconhecimento dos familiares sobre o problema da DPP. Muitas vezes os parentes associam os sinais e sintomas da DPP ao estresse fisiológico e à dificuldade de adaptação inerente ao puerpério⁽¹⁷⁾. Mas há autores que ponderam ainda, especificamente, sobre a qualidade do relacionamento conjugal da nova mãe. Como demonstram, essa relação exerce papel significativo na transmissão intergeracional da depressão nestas famílias⁽¹⁸⁾.

Metanálise, publicada recentemente, composta por 141 estudos, conduzidos por enfermeiros pesquisadores, de nove países (Estados Unidos da América, Austrália, Canadá, China, Finlândia, Islândia, Suécia, Turquia e Malásia), constatou que as principais contribuições da enfermagem para o enfrentamento da DPP são os seguintes: detecção de novos casos, cuidados ao binômio mãe-filho e na dinâmica familiar, o fortalecimento da amamentação, o cuidado transcultural, o incentivo a utilização dos serviços de saúde e educação em saúde materna sobre DPP⁽⁹⁾.

Nessa fase vital da mulher, a ocorrência de depressão alerta, também para o significado da intervenção dos profissionais de saúde, não só no âmbito da saúde da gestante, mas, em geral, no da saúde da mulher, sobretudo dentro de programas voltados à função reprodutiva aliados às ações de saúde mental.

Desta forma, o enfermeiro deve munir-se de conhecimento sobre DPP, em especial, por constituir o serviço de saúde onde se encontra inserido uma porta de entrada para o acolhimento e direcionamento adequado da puérpera no que se relaciona à terapêutica e prevenção deste transtorno mental. Embora os enfermeiros reconheçam sua importância e função de cuidar dessas clientes na atenção primária, reiteram ter pouco conhecimento e experiência com o problema. Face a esta limitação, delegam para outros profissionais todas as ações terapêuticas na reabilitação dessas mulheres⁽¹¹⁾.

Nesta situação, o cuidado de enfermagem integral deve começar no pré-natal com a avaliação da autoestima, da rede de suporte social e da satisfação das futuras mães. Além disso, o enfermeiro deve possuir habilidades, como perspicácia, observação e empatia ao direcionar seu

cuidado na superação das dificuldades inerentes à DPP.

CONCLUSÃO

Neste estudo, foi possível observar que as alterações emocionais mais marcantes do puerpério foram o choro, o nervosismo e a tristeza. As pesquisadas sentiam-se frustradas e sofriam de forte sensação de fracasso, porque se consideravam incompetentes para exercer a maternidade. Ainda como observado, embora a família não detenha conhecimento, sobre o problema da DPP, ela representa o baluarte para as puérperas com este sintoma.

Diante do percebido, acredita-se ser prioritário, para

os enfermeiros do município, foco do trabalho e de outras localidades do país, o desenvolvimento de investigações qualitativas mais bem delimitadas e com um grupo maior com vistas a se alcançar uma compreensão maior do problema da depressão pós-parto, inclusive, com rastreamento da depressão materna e atendimentos psicoterapêuticos individuais e grupais, assim como palestras e orientações educativas voltadas às temáticas de interesse das mães que vivenciam o período puerperal. Fundamentados nas devidas informações, será possível estabelecer medidas interventivas de impacto na promoção da saúde das puérperas doentes ou com fatores de risco para depressão no puerpério.

REFERÊNCIAS

1. Leung S, Arthur DG, Martinson I. Stress in women with postpartum depression: a phenomenological study. *J Adv Nurs* 2005;51(4):353-60.
2. Austin MP, Frilingos M, Lumley J, Hadzi-Pavlovic D, Roncolato W, Acland S, et al. Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. *J Affect Disord*. 2008;105(1-3):35-44.
3. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública = J Public Health*. 2006;40(1):65-70.
4. Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(4):181-8.
5. Beck CT. Postpartum depression: a metasynthesis. *Qual Health Res*. 2002;12(4):453-72.
6. Templeton L, Velleman R, Persaud A, Milner P. The experiences of postnatal depression in women from black and minority ethnic communities in Wiltshire, UK. *Ethn Health*. 2003;8(3):207-21.
7. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 8a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003.
8. Silva ET, Botti NCL. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. *Rev Eletrônica Enferm*. 2005;7(2): 231-8.
9. Schwengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud Psicol (Natal)*. 2003;8(3): 403-11.
10. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80(3):251-5.
11. Kogima EO. O entendimento dos enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde acerca da depressão puerperal [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2004. 123p.
12. Fernandes MID. Ações e serviços de proteção, prevenção e recuperação da saúde da população. Quixadá: Secretaria de Saúde e Assistência Social. [citado 2008 Out 10]. Disponível em: <http://www.quixada.ce.gov.br/prefeitura/secretarias/saude.asp>.
13. Manning PK, Cullum S. Betsy narrative, content and semiotic analysis. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage; 1994.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos - Res. CNS 196/96. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.
15. Saraiva ERA, Coutinho MPL. A estrutura das representações sociais das mães puérperas acerca da depressão pós-parto. *Psico USF*. 2007;12(2):319-26.
16. Merighi MAB, Gonçalves R, Rodrigues IG. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(6):775-9.
17. Vieira AHG. Transtornos mentais associados à menstruação, puerpério e perimenopausa. In: Almeida OP, editor. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
18. Mayor-Sotto IMB, Piccinini CA. Relacionamento conjugal e depressão materna. *Psico (Porto Alegre)*. 2005;36(2):135-48.