

**Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal****Women sadness/depression: an approach in the period of the pregnant and or puerperium****Tristeza/depresión en la mujer: un enfoque en lo período gestacional y/o puerperal**

Maria Isabel Ruiz Beretta¹, Débora Junqueira Zaneti^{II}, Márcia Regina Cangiani Fabbro¹, Marildy Aparecida de Freitas¹, Eliete Maria Scarfon Ruggiero¹, Giselle Dupas¹

RESUMO

Na gestação e puerpério, a mulher e sua família passam por uma série de mudanças que podem predispor ou mesmo intensificar a tristeza ou a depressão pós-parto. Este estudo identificou e comparou as repercussões destes quadros depressivos em gestantes/puérperas de baixo risco com as de alto risco. A pesquisa é qualitativa, descritiva, exploratória, do tipo estudo de caso. Este estudo foi realizado durante os meses de maio a novembro de 2006, no Ambulatório de Alto Risco e em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de São Carlos/SP e, no domicílio das participantes. Para a coleta de dados utilizou-se dois roteiros de entrevista e escala de Beck. Foram entrevistadas oito gestantes. Os resultados demonstraram que o apoio do companheiro e familiares nessa fase da vida é extremamente importante, e a tristeza e/ou depressão pós-parto se instala ou se agrava quando estes aspectos não estão fortalecidos. As gestantes de baixo risco são mais vulneráveis por apresentarem dificuldades de adaptação ao papel materno e situações sócio-econômicas e familiares mais instáveis, o que nos instiga a refletir no papel das Unidades de Atenção Básica, em especial dos profissionais de enfermagem na identificação precoce, acompanhamento e encaminhamento dos casos de depressão.

Palavras chave: Depressão pós-parto; Enfermagem obstétrica; Gravidez; Período pós-parto.

ABSTRACT

In the gestation and after-childbirth, the woman and its family pass for a series of changes that can premake use or same to intensify the sadness or the depression after-childbirth. This study it identified and it compared the repercussions of these depressive pictures in pregnates/women in the after-childbirth of low risk with the of high risk. The research is qualitative, descriptive, exploratory, of the type

case study. This study was made during the months of may to November of 2006, at the High Risk Ambulatory center and the Basic Health Unit of the city of São Carlos/SP, and in the houses of the participants. For the collection of data one used of two scripts of interview and scale of Beck. Eight pregnates had been interviewed. The results had demonstrated that the familiar support of the friend and in this phase of the life is extremely important, and the sadness and/or depression after-childbirth if install or if it aggravates when these aspects are not fortified. The gestates of low risk are more vulnerable for presenting difficulties of adaptation to the maternal paper and for presenting unstabler partner-economic and familiar situations, what in instigates them to reflect in the paper of the Units of Basic Attention, in special of the professionals of nursing in the precocious identification, accompaniment and guiding of the cases of depression.

Key words: Depression Postpartum, Obstetrical Nursing, Pregnancy Postpartum Period.

RESUMEN

En la gestación y puerperio la mujer y su familia pasan por cambios que pueden predisponer, incluso intensificar, la tristeza o la depresión postparto. Este estudio ha identificado y comparado las repercusiones de estos cuadros depresivos en gestantes / puérperas de bajo riesgo con las de alto riesgo. La investigación es cualitativa, descriptiva, exploratoria, del tipo estudio de caso. Este estudio fue realizado durante los meses de mayo a noviembre de 2006, en lo Ambulatorio de Alto Riesgo e en una Unidad Básica de Salud de la ciudad de São

¹ Enfermeira, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. E-mail: dmirb@power.ufscar.br.

^{II} Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de São Carlos em 2006. São Carlos/SP.

Carlos/SP e em lo domicilio de las participantes. Para la obtención de los datos han sido utilizados dos guiones de entrevista y la escala de Beck. Fueron entrevistadas ocho gestantes. Los resultados demostraron que lo apoyo del compañero y familiares en esta fase de la vida es muy importante, y la tristeza y/o la depresión postparto se instala o se agrava cuando estos aspectos no están fortalecidos. Las gestantes de bajo riesgo son más vulnerables pues presentan dificultades de

adaptación a la maternidad y situaciones socio-económicas y familiares más inestables, lo que nos hace pensar y reflexionar en lo papel de las Unidades de Atención Básica, en especial de los profesionales de enfermería en la identificación precoz, acompañamiento y encaminamiento de los casos de depresión.

Palabras clave: Depresión Postparto, Enfermería Obstétrica, Embarazo, Periodo de Postparto

INTRODUÇÃO

A depressão encontra-se classificada no Grupo das Doenças Afetivas, ou seja, aquelas que tem evolução cíclica, em que se alternam períodos depressivos com fase de absoluta sanidade. Para classificá-la é importante observar a intensidade dos sintomas⁽¹⁾. A palavra depressão no seu uso habitual pode significar tanto um estado afetivo normal, quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s). Frequentemente, é associada a reações normais diante de determinados sofrimentos e sentimentos de perda. Como síndrome ou doença, a depressão inclui alterações de humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Em face de sua alta prevalência e custos sociais, nos dias atuais é importante problema para a saúde pública⁽²⁾.

A sintomatologia depressiva é muito variada e diferenciada entre os indivíduos, manifestando-se de maneiras diferentes em cada personalidade.

Alguns deprimidos podem apresentar sintomas somáticos ao invés dos sintomas emocionais de tristeza, angústia, medo, etc. Esses sintomas físicos podem ser, por exemplo, dores vagas e imprecisas, tonturas, cólicas, falta de ar, e outras queixas de caracterização clínica complicada. Para crianças e adolescentes a depressão pode se dissimular sob a forma de um humor irritável e irrequieto, ao invés da tristeza e abatimento. Outros indivíduos manifestam sua depressão com irritabilidade aumentada, como por exemplo, crises de raiva, explosividade, sentimentos exagerados de frustração e tendência para responder a eventos com ataques de ira⁽¹⁾.

Na depressão é muito freqüente certo

prejuízo na capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões. Os depressivos queixam-se de enfraquecimento da memória ou mostram-se facilmente distraídos. A produtividade ocupacional costuma estar prejudicada, notadamente nas profissões intelectualmente exigentes. A depressão geralmente se associa a transtornos emocionais. Ora surge como um sintoma de determinada doença, ora apenas coexiste junto com outros estados emocionais; outras vezes surge como causa desses transtornos⁽¹⁾.

A história pregressa de depressão, presença de sintomas depressivos na gravidez e história familiar de transtornos do humor e de ansiedade têm sido identificadas como fatores de risco para transtornos no puerpério. A mulher geralmente apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo⁽³⁾.

A gravidez e o parto representam momentos marcantes para a mulher, sendo períodos de grandes transformações, tanto em seu organismo como também em seu psiquismo e em seu papel sócio-familiar. Portanto, a gestação e o puerpério podem ser considerados períodos na vida da mulher que precisam ser avaliados com especial atenção, pois envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental⁽⁴⁾.

Atualmente a maternidade tem influência direta no aparecimento da depressão no pós-parto. Talvez o fato de que as pressões culturais sob as quais as mulheres invariavelmente exercem a maternidade, associadas ao sentimento de incapacidade em adequar-se a

uma visão romanceada desse estado, acabem por deixá-las ansiosas e culpadas, suscitando dessa maneira conflitos que predisponham a depressão pós-parto⁽⁵⁾.

A depressão pós-parto pode levar as mães a um estilo de apego considerado inseguro em relação às mães que não apresentam, assim como também, podem fazer com que estas visualizem seus filhos como mais difíceis de lidar, mais lentos, exigentes e não adaptados. Na relação das mães com seus bebês, as mães com depressão pós-parto apresentam níveis de hostilidade maior na interação com seus filhos, aparentando maior rejeição, negligência e agressividade⁽⁶⁾.

O nascimento de um filho pode reativar uma problemática antiga, que não tenha sido suficientemente trabalhada pela mãe, já que o puerpério é considerado uma fase propensa a crises emocionais. Dentre os eventuais transtornos emocionais do pós-parto, três tipos poderiam ser destacados: a melancolia da maternidade (*baby blues* – Tristeza Materna), a psicose puerperal e a depressão⁽⁷⁾.

Também chamada de *baby blues*, a tristeza materna pode atingir de 50% a 85% das mulheres. Aparecem sintomas como irritabilidade, mudanças bruscas de humor, indisposição, tristeza, insegurança, baixa auto-estima e sensação de incapacidade de cuidar do bebê. O que distingue a depressão da Tristeza Materna é a gravidade dos quadros⁽⁸⁾.

A fase da gestação é uma situação em que a mulher e companheiro/família passam por uma série de mudanças em suas vidas que pode ser caracterizada como um momento de crise do ser humano. Geralmente nesta fase, existe a necessidade de ser acolhido e identificado por pessoas que vivenciam as mesmas situações que as suas⁽⁹⁾.

A literatura indica que o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar, prevenindo dificuldades futuras para o filho. A intensidade das alterações psicológicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante⁽¹⁰⁾.

A adaptação ao papel materno pode ser

difícil para muitas mulheres pela carência de clareza às suas especificidades. O papel de mãe é um produto da cultura e refere-se a ações que se espera que a mãe desempenhe em relação a seu filho.

O despreparo em lidar com as emoções e cuidados exigidos no período do nascimento, conduz à inadequação no desempenho do papel materno. O desempenho de novos papéis frente à maternidade/paternidade exige a adaptação ao novo ser, ao filho que nasceu, conciliando a criança real com aquela fantasiada, sonhada, durante todo o período gestacional. O desempenho e adaptação ao papel materno/paterno também estão envoltos pelo aspecto cultural da família ou sociedade em que vivem. O envolvimento do marido, parceiro, mãe, sogra e mesmo dos profissionais de saúde com a nova mãe pode significar apoio ou indicar o quanto a mãe está inapta em realizar os cuidados de si e do filho⁽¹¹⁾.

A depressão no puerpério pode levar tempo variado para se manifestar. Sua etiologia parece ser multideterminada, podendo ter influências genéticas, de estressores psicológicos, do contexto cultural e de mudanças fisiológicas no seu desenvolvimento e severidade. Alguns autores têm sugerido que, por vezes, os sintomas da depressão materna podem surgir em algum outro momento do primeiro ano de vida do bebê, e não necessariamente nas primeiras semanas após o seu nascimento, embora ainda fortemente associados à maternidade⁽¹¹⁾.

De modo geral, a literatura indica que a depressão ao longo do primeiro ano pós-parto tende a ser leve. Entretanto, mesmo que seja leve, pode trazer muito prejuízo para a nova mãe, porque faz com que freqüentemente não seja diagnosticada, podendo eventualmente tornar-se tão severa que pode ser necessária uma internação. Essa severidade da depressão parece estar relacionada com uma grande frustração das expectativas da maternidade, com seu papel materno, com o bebê e com o tipo de vida que é estabelecido com a chegada da criança⁽¹⁰⁾.

Vale ressaltar que 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 tais como: personalidade pré-mórbida, qualidade da saúde materna, complicações gravídicas, parto de risco ou complicado e o puerpério com algum comprometimento clínico são episódios que devem ser investigados no controle e prevenção do transtorno depressivo puerperal⁽¹²⁾.

Apesar dos recursos limitados de atenção básica, o Sistema Único de Saúde (SUS), preconiza as unidades básicas como referencial para o primeiro atendimento de depressão⁽¹²⁾.

Com base nas considerações aqui apontadas, acredita-se poder contribuir para uma reflexão acerca dos possíveis transtornos que possam ocorrer na gestação/maternidade. Desta forma, este trabalho tem como objetivo comparar e identificar as repercussões da tristeza/depressão em gestantes/puérperas consideradas de baixo risco com gestantes/puérperas consideradas de alto risco.

METODOLOGIA

Estudo descritivo de abordagem qualitativa, o qual busca adentrar nas relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos a dados quantitativos, através do significado das ações humanas. Deve ser levado em consideração que a abordagem qualitativa em saúde tem sempre como sujeito de estudo uma pessoa, em determinada condição social, inserida em determinado grupo social ou classe, com suas próprias crenças, valores e significados⁽¹³⁾.

Dentro desta abordagem, optou-se pelo método do estudo de caso, cuja adoção é adequada quando são propostas questões de pesquisa do tipo "como" e "por quê", e nas quais o pesquisador tenha baixo controle de uma situação que, por sua natureza, esteja inserida em contextos sociais. Embora o pesquisador utilize um quadro teórico referencial como ponto de partida para utilização do método, alguns estudos organizacionais enquadram-se em situações em que o pesquisador se vê frente a frente com problemas a serem compreendidos e para os quais estudos experimentais não podem ser aplicados; ou em situações nas quais estudos de natureza predominantemente quantitativa

não dão conta dos fenômenos sociais complexos que estejam envolvidos nas mesmas⁽¹⁴⁾.

Este estudo foi realizado durante os meses de maio a novembro de 2006, no Ambulatório de Alto Risco e em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de São Carlos/SP e, no domicílio das participantes. Teve início após aprovação no Comitê de Ética da UFSCar (CAAE n. 0829.0.000.135-06) e contém estudos de caso de quatro gestantes das Unidades Básicas de Saúde e quatro do Ambulatório de Alto Risco, localizados na cidade de São Carlos/SP. Vale ressaltar que os nomes atribuídos às mulheres são fictícios.

As gestantes do Ambulatório de Alto Risco foram selecionadas aleatoriamente, pressupondo-se que estas pelo fato de se submeterem a um serviço de pré-natal voltado mais aos cuidados de uma gravidez patológica, teriam uma maior probabilidade de desenvolverem uma sintomatologia depressiva. A amostra das gestantes da UBS, também foi aleatória e, pelo fato do serviço de pré-natal nesta unidade ser realizado para atender gravidez sem intercorrências, pressupôs-se que as gestantes não estariam propensas a desenvolverem uma sintomatologia depressiva.

As informações foram coletadas por meio de dois roteiros de entrevistas, aplicados em dois momentos: um no período gestacional (no terceiro trimestre) e outro no período puerperal (na primeira semana) e, escala de BECK, com prévia autorização dos sujeitos que assinaram o termo de consentimento.

O inventário e Depressão de Beck foi utilizado por ser um instrumento de rastreamento de depressão, e, portanto, não possuir pretensão diagnóstica. Foi aplicado na primeira semana de puerpério. Simplesmente visa indicar quantas e quais são as pessoas que mereceriam uma avaliação clínica para o diagnóstico de depressão maior. Consiste em 21 itens compreendendo sintomas e comportamentos da esfera cognitiva, vegetativa e do humor, para serem avaliados em escala com quatro graus de severidade (0 a 3) e as pontuações podem variar de 0 a 63⁽¹⁵⁾.

RESULTADOS

Ambulatório de Alto Risco

Inicialmente apresenta-se uma caracterização da população do Ambulatório de Alto Risco (Quadro 1). A seguir, são descritos os

casos (enumerados de 1 a 4), relatando a reação da participante e de alguns familiares frente à notícia da gravidez, a existência de depressão em alguma fase de sua vida, bem como também sua atitude no puerpério e seu escore na escala de Beck.

Quadro 1: Caracterização da população entrevistada no Ambulatório Alto Risco, da cidade de São Carlos/SP, 2006.

Participante	Idade	Número de gestações	Patologia	Estado civil	Profissão	Escolaridade	Renda familiar
Mirian	35	Terceira (planejada)	Diabetes gestacional pela segunda vez	Casada	Dona de casa	Ensino médio incompleto	1 a 3 salários mínimos
Juliana	26	Primeira (não planejada)	Hipertiriodismo, Distúrbio Bipolar e Borderline	Solteira	Estudante	Ensino médio completo	3 a 5 salários mínimos
Letícia	26	Segunda (planejada)	Amniorrexe prematura no quinto mês de gestação e escoliose	Casada	Técnica de enfermagem	Ensino médio completo	3 a 5 salários mínimos
Maria	30	Primeira (não planejada)	Linfoma Não-Hodgkin e Resistência Insulínica	Casada	Vendedora	Ensino médio completo	1 a 3 salários mínimos

Caso 1: Mirian

Ficou feliz ao saber que estava grávida. Ao ser questionada sobre a depressão, se já tinha sofrido da mesma em alguma fase da vida, ou se algum de seus familiares apresentavam ou se já haviam apresentado essa doença, referiu que antes da primeira gestação fez tratamento para engravidar durante 7 anos, e nesse período sentia-se muito triste: "No dia das mães quando ouvia falar de bebê eu chorava muito". Relatou que tem uma irmã que está apresentando depressão: "Só fica na cama, não quer fazer nada, só deitada". E que a mãe anda muito triste por causa de um problema na coluna "tem que emagrecer e não consegue, nem tá andando. Acho que tá entrando na depressão, isso me preocupa muito". Referiu sentir desânimo, insônia/alteração do sono e tristeza.

No puerpério, Mirian apresentava muito cansaço. Tinha perdido 8 quilos através de um regime de orientação médica. Queixou-se de insônia/alteração do sono.

Com relação ao bebê, referiu: "Me sinto um pouco nervosa; ele chora muito, tem muita cólica, sei lá o que é, se é cólica mesmo. Ele

não dorme, só cochila. O pai também está meio nervoso, meio estressado. Ele fica nervoso porque o bebê ao invés de chorar, grita. Mas tá feliz, eu também, ele me ajuda muito". Na escala de Beck Mirian alcançou o escore de 13 pontos.

Caso 2: Juliana

Ao saber que estava grávida, referiu que tanto ela quanto o pai da criança reagiram de forma natural. "Ele ficou normal, nem me xingou, nem ficou bravo." "Minha mãe que ficou surpresa e o meu pai ficou muito chocado. Mas agora ele já aceitou. Olha, já escutei muita crítica da minha família por parte do meu pai". Relatou que nunca pensou em interromper a gestação, mas que o pai dela queria que abortasse. "O meu pai queria, mas a minha mãe brigou com ele. Eu nunca tiraria".

Referiu estar triste, melancólica e desanimada. Foi logo desabafando, e chorou ao dizer que o namorado não queria mais ficar com ela. Reclamou de sua sogra, dizendo que a mesma tinha feito a cabeça dele para não ficar mais com ela. "Acho que aquela mulher pensa que eu engravidei só para ter que casar com o

filho dela”.

Juliana ao ser questionada sobre a presença da depressão em alguma fase da vida, ou da vida de seus familiares, disse que teve depressão profunda há alguns anos atrás, e que a mãe sempre está em fase depressiva. Frequentava o CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) mas fazia muito tempo que não estava indo mais.

Relatou estar sentindo desânimo, insônia/alteração do sono, tristeza, falta de vontade de fazer coisas simples, como ver TV ou tomar banho, sentimento de culpa, pelo diagnóstico de Meningocele em seu bebê: “Isso que aconteceu com o meu bebê foi por castigo, pelo fato de eu ser assim, sempre triste e impulsiva porque tenho distúrbio bipolar. Ou até mesmo pelo fato de ter engravidado assim, essa bagunça”. Relatou falta de concentração e pensamentos pessimistas como suicídio. Esperava que sua vida melhorasse muito com a vinda do bebê. “Espero que a minha vida melhore. Que cure a minha doença, essa tristeza que sinto”.

Foi orientada quanto à necessidade de voltar a realizar o tratamento no CAPS. A mesma concordou que estava realmente necessitando de um atendimento especializado, que não estava bem. Foi realizado contato com a enfermeira da Instituição, no qual foi passado o caso, e a mesma ficou à espera da paciente. Ela não apareceu. Um novo contato foi feito com Juliana dizendo que a enfermeira estava à sua espera, porém a mesma não compareceu. Novamente um outro contato foi feito e ela referiu que não queria voltar para o CAPS, que estava bem porque o namorado estava de volta.

No puerpério, Juliana foi encontrada totalmente diferente, esbelta, maquiada e sorridente. Relatou que estava sentindo-se muito feliz com a presença do bebê e que, o pai da criança estava muito feliz também. “Parece um bobo, tira foto toda hora, compra tudo que precisa, tanto para mim, quanto para o bebê. Comigo ele está mil por cento. Está me agradando e isso está me fazendo muito bem. A minha família está dando todo o apoio que preciso”.

Com relação ao bebê, referiu: “Estou me

sentindo aquela pessoa que não era, era fraca, hoje me sinto fortalecida. Mas está sendo um pouco cansativo. Tenho que trocar o curativo das costas dele, é difícil, mas não reclamo. Estou conseguindo descansar um pouco, e minha mãe, minha avó e meu namorado estão me ajudando muito nos cuidados com o bebê”. Na escala de Beck Juliana alcançou o escore de 5 pontos.

Caso 3: Letícia

Ela e seu marido ficaram felizes com a gravidez. Quanto à sua família, disse que seu pai é um desleixado, não se envolve em nada e sua mãe faleceu uma semana antes dela saber que estava grávida.

Ao ser questionada sobre a presença da depressão em alguma fase da vida, ou da vida de seus familiares, relatou que nunca apresentou, porém sua irmã sim, e que esta se encontra em tratamento. No entanto vem sentindo desânimo, insônia/ alteração do sono e alteração do apetite. “Mas sempre fui muito desanimada”. Acha que sua vida depois do nascimento do bebê vai ficar bem cansativa. “Já tenho uma filha pequena, então vai triplicar o trabalho. Mas tô feliz.”

No puerpério apresentava muito cansaço. “Estou estressada com os dois filhos. Um acorda e o outro também está acordado”. Referiu estar sendo muito chata com o marido e muito nervosa com os familiares que nem ligam muito para o nascimento do bebê, e que quando vão ver seu filho, ficam palpitando nos cuidados. Na escala de Beck Letícia alcançou o escore de 2 pontos.

Caso 4: Maria

Ao falar de sua gestação relatou: “Todos os médicos falaram para mim que eu nunca iria engravidar, não planejei nada, veio de surpresa.” Ficou feliz com a gravidez e o marido “Um bobo total, surpreso, fazendo mil perguntas para o médico. Hoje ele fica me paparicando, o meu relacionamento melhorou muito. Ele está muito mais feliz agora, porque quando casamos, ele sabia que eu nunca poderia ter um bebê”.

Relatou que sua mãe ficou muito preocupada com a sua gravidez. “A minha mãe

ficou preocupada comigo, devido aos tratamentos serem muito fortes (acabei de fazer quimioterapia). Mas agora está mais sossegada.”

Quando questionada sobre a presença da depressão em algum momento de sua vida ou de seus familiares, referiu que apresentou a doença quando descobriu que estava com Linfoma Não-Hodgkin. Fez tratamento psicológico por dois anos. Seu tio materno apresentou uma depressão tão intensa que o levou ao suicídio. Referiu apresentar falta de concentração.

No puerpério, queixava-se muito de dor na episiotomia (corte realizado no parto normal para facilitar o nascimento do bebê). Apresentava choro, irritação, desinteresse pelas

outras pessoas, dificuldades para tomar decisões, dificuldades para dormir, cansaço, falta de apetite e desinteresse pelo marido. Na escala de Beck Maria alcançou o escore de 24 pontos, caracterizando sintomatologia depressiva. Foi encaminhada para o CAPS.

Unidade Básica de Saúde

Inicialmente apresenta-se uma caracterização da população da Unidade Básica de Saúde (Quadro 2). A seguir, são descritos os casos (enumerados de 5 a 8), relatando a reação da participante e de alguns familiares frente à notícia da gravidez, a existência de depressão em alguma fase de sua vida, bem como também sua atitude no puerpério e seu escore na escala de Beck.

Quadro 2: Caracterização da população entrevistada na Unidade Básica de Saúde, da cidade de São Carlos/SP, 2006.

Participante	Idade	Número de gestações	Estado civil	Profissão	Escolaridade	Renda familiar
Lucila	27	primeira (indesejada)	Casada	Operadora industrial	Ensino médio completo	1 a 3 salários mínimos
Joana	38	segunda (planejada)	Casada	Dona de casa	Ensino médio incompleto	1 salário mínimo
Ana	21	primeira (não planejada)	Solteira	Estudante	Ensino médio incompleto	1 a 3 salários mínimos
Laura	21	primeira (planejada)	Solteira	Dona de casa	Ensino médio incompleto	1 a 3 salários mínimos

Caso 5: Lucila

Ao falar da gravidez relatou: “Tomava remédio, não queria engravidar de maneira nenhuma, mas mesmo assim engravidei. Quis morrer, fiquei com medo da reação dos meus pais, chorei muito”. Seus familiares forçaram o casamento. “Foi horrível, minha mãe me mandou embora de casa, mas não cheguei a ir porque meu pai falou que eu só sairia casada. me obrigou a casar, então casei”.

Quando foi questionada sobre a reação do pai da criança frente à gravidez relatou: “Eu fiz o teste em casa e liguei para ele. Ficou muito assustado, mas falou que agora tinha que ser bola para frente. A princípio realmente foi um susto para ele”. Quanto ao relacionamento do casal, ocorreram muitas mudanças nesse período de gestação. “Mudou muito. A gente acabou ficando distante um do outro. Pensava

mais em mim. Depois do quinto mês, nem queria mais que ele me encostasse, achava um desrespeito”.

Nunca pensou em interromper a gestação: “Sei que é pecado e, por isso eu não interromperia, mas passa pela cabeça da gente um monte de besteira”. Questionada sobre a presença da depressão em alguma fase da vida, ou na de seus familiares, relatou que no início da gestação, nos três primeiros meses só chorava e ficava triste constantemente. “Acho que estava em uma fase depressiva.”

Relatou estar sentindo desânimo, tristeza, alteração do apetite, alteração do desejo sexual e sentimento de culpa, mas, também colocava um pouco da culpa da gravidez no namorado. Tinha pensamentos pessimistas como o suicídio. Tem esperanças

que tudo fique bem com a vinda do bebê:

"Penso em curtir, ser feliz. Espero realmente que ele tenha muita saúde."

No puerpério, relatou sentir-se alegre com a presença do bebê: "É só alegria agora". Sobre a reação do seu marido depois da chegada do bebê referiu: "Uma maravilha: para ele parece que somos as duas pessoas mais importantes do mundo". Sobre o relacionamento conjugal relatou: "Meu marido está ótimo, conversa bastante comigo, pega o bebê, e me faz carinho". Também está muito feliz com sua família. "A reação da minha família foi ótima, tudo está sendo bom, muita papariação, está todo mundo babando em meu filho".

Quanto aos cuidados com o bebê referiu ter sentido muitas dificuldades: "Em duas noites passadas ele chorou muito, troquei e amamentei, mas ele não parava de chorar. Aí pensei que não ia conseguir cuidar do bebê, porque nem fazer parar de chorar eu estava conseguindo. Estar na barriga é uma coisa, depois que nasce é difícil, mas é uma experiência nova". Estava apresentando insônia/alteração do sono. Na escala de Beck Lucila alcançou o escore de 2 pontos.

Caso 6: Joana

Ao saber que estava grávida sentiu-se muito feliz. Seu marido também ficou feliz, mas mudou de comportamento: "No começo ele era mais carinhoso, mas depois foi mudando, ficou indiferente e se afastou de mim".

Relatou estar apresentando desânimo e tristeza.: "Às vezes bate a tristeza porque eu não tenho ninguém para conversar". Falta de vontade de fazer coisas simples, como ver TV ou tomar banho: "Às vezes não tenho vontade de fazer nada". Referiu que teve depressão há treze anos atrás: "Quando tive o meu filho não tinha ninguém comigo, não tinha pensão nem dinheiro, morava com a minha irmã. Para mim foi bem difícil porque criei o meu filho sozinha. Quando fiquei mal, fui ao médico e ele me receitou calmante. Fui até encaminhada para o psiquiatra, mas não fui na consulta. Isso foi só uma fase que passei por causa do desemprego".

No puerpério, relatou que estava feliz e sentindo-se bem com a chegada do bebê. O pai da criança também estava reagindo bem neste

momento: "Meu marido está feliz, contente, mudou bastante comigo". Relatou que a família também ficou feliz e que seu primeiro filho está mais calmo, ajudando nos cuidados com o bebê.

Queixou-se de desânimo: "Acho que estou meio estressada de ficar o tempo todo dentro desse apartamento, não saio de maneira nenhuma, nem para tomar um sol. Acho que quando passar a dieta e meu filho já tiver um mês já posso sair, né"? Na escala de Beck Joana alcançou o escore de 2 pontos.

Caso 7: Ana

Ao falar da gravidez referiu: "Não tomava remédio, estava até namorando escondido. Fiz pouca relação e já engravidei. Não sei como isso foi acontecer. Na hora que fiquei sabendo me senti bem, mas escondi da minha mãe até o 5º mês. Fiquei com medo de contar para ela e para o meu pai. Mas quando descobriram ficou tudo bem. O meu pai é muito bravo; ele grita muito. Então fiquei morrendo de medo de contar. Mas agora está tudo bem". Sobre a reação do pai da criança, relatou: "Na hora ficou contente, mas agora ele sumiu, nem sei onde ele está. Nunca mais me procurou".

Sobre a presença da depressão em alguma fase de sua vida ou, na de seus familiares, citou sua tia. Disse que após ela ter mudado de religião, ficou depressiva e faz terapia. Referiu que não sabia o que esperar da sua vida depois do nascimento do bebê.

No puerpério relatou que estava se sentindo bem com a presença do bebê. "Feliz, contente". O pai da criança não a procurou depois do nascimento. Quanto à sua família, estava tudo bem. "Está bom, normal, a minha mãe gosta da minha filha. Eu gosto muito de cuidar do bebê. Cansa, mas na verdade nem estou muito cansada. À tarde na hora em que ela dorme, eu durmo também, e a minha mãe está ajudando bastante". Referiu estar sentindo alteração do apetite e falta de vontade de fazer coisas simples, como ver TV ou tomar banho. Na escala de Beck Ana alcançou o escore de 2 pontos.

Caso 8: Laura

Ficou feliz ao saber da gravidez, mas o relacionamento com o marido mudou muito:

"Fui fazer uma visita para minha mãe em Ribeirão Preto. Quando estava lá, ele me ligou e falou que eu não precisava mais voltar para São Carlos, porque ele não queria mais ficar casado. Ele não fez muita questão do filho que estou esperando, nem sei porquê ele planejou esta gravidez comigo". Quanto à reação de sua família, referiu que seus familiares ficaram contentes.

Sobre a presença da depressão em alguma fase da vida, ou na de seus familiares, relatou: "Tive depressão quando meu marido largou de mim. Fiquei desesperada e muito triste". Quanto aos seus familiares nada referiu. Relatou estar sentindo desânimo, tristeza, falta de vontade de fazer coisas simples, como ver TV ou tomar banho, além do sentimento de culpa. "Sinto-me culpada pelo meu marido ter achado que eu estava forçando uma gravidez. No começo, quando ele largou de mim tive idéia de suicídio".

No puerpério, estava residindo em outro endereço, com outro irmão e a cunhada. Relatou que estava feliz com a presença do bebê. "Estou contente, feliz e muito tranqüila". Quanto ao pai da criança referiu: "Acabei deixando ele ver o bebê. Quando estava grávida jurei que não deixaria, mas ele foi à maternidade no dia em que ela nasceu. Quando viu a nossa filha até chorou, está parecendo um bobo. O nosso relacionamento até mudou, agora ele está mais delicado e suave comigo". Gosta muito de cuidar de sua filha. Tem que levantar várias vezes à noite, mas está tranqüila, pois a cunhada ajuda bastante. Na escala de Beck Laura alcançou o escore de 2 pontos.

DISCUSSÃO

Através dos casos analisados, foi possível detectar que, embora várias das gestações não tivessem sido planejadas, apenas uma foi indesejada. A maioria das participantes ficou feliz ao saber que estava grávida, mas a maior parte relatou sentir alguns sintomas depressivos como insônia/alteração do sono, o que pode ser atribuído ao fato da entrevista gestacional ter sido realizada no terceiro trimestre, no qual o desconforto físico pode colaborar para a apresentação desses sintomas. Para elas, o

apoio do marido/companheiro durante a gestação/puerpério representava um significado muito grande. Uma série de estudos tem demonstrado que a falta de apoio oferecida pelo parceiro e demais pessoas com que a puérpera mantém relacionamento, influenciam consideravelmente na etiologia da Depressão Pós Parto, além de outros fatores como uma gestação não planejada, nascimento prematuro ou morte do bebê e dificuldades em amamentar⁽¹⁶⁾.

Foi constatado que várias participantes tinham familiares com depressão e que algumas já haviam tido em algum momento de sua vida. Vale ressaltar que antecedentes familiares de depressão, antecedentes pessoais ou até mesmo um episódio de depressão são fatores de análise para o risco de depressão pós parto. Outros aspectos como: personalidade pré-mórbida, qualidade de saúde materna, complicações gravídicas, parto complicado ou, puerpério com algum comprometimento clínico são episódios que devem ser investigados no controle da prevenção do transtorno depressivo puerperal⁽¹⁶⁾.

Mírian, na gravidez estava feliz, mas no puerpério apresentava-se cansada com insônia/alteração do sono; tinha perdido 8 quilos através de um regime médico, devido à diabetes. Referiu que se sentia nervosa porque o nenê chorava muito e não dormia. O marido também estava nervoso e estressado. Pode-se inferir que o período puerperal, implica em um desgaste do casal e, como a mulher geralmente se sente responsável pelos cuidados da criança, alimentação e atendimento de todas as suas necessidades, acaba se desestruturando tanto física como emocionalmente.

A transição à maternidade/paternidade é freqüentemente descrita como uma época de desordem e desequilíbrio, suscitando nos pais sentimentos de incapacidade, confusão frente às novas demandas, levando a buscar apoio um no outro. As mães ocupadas com o cuidado ao filho nem sempre conseguem oferecer o apoio necessário ao marido, o qual sente-se privado de suporte. O despreparo em lidar com as emoções e cuidados exigidos neste período, conduz à inadequação no desempenho de papel, porém à medida que esta experiência é

vivenciada, espera-se que a inabilidade desapareça, emergindo sentimentos de companheirismo, compartilhamento de situações e entrega aos papéis exteriorizados através do amor, carinho, afeto e solidariedade entre os pais⁽¹¹⁾.

Juliana, apesar da gestação conturbada, pelo abandono do namorado, e do diagnóstico da doença meningocele em seu bebê e por apresentar antecedentes depressivos, que se intensificaram com esta situação, no puerpério estava feliz porque o namorado havia retornado. Não apresentava sintomatologia depressiva, mas mesmo assim, foi aconselhada a procurar ajuda com profissionais de saúde, pois foi possível observar que sua felicidade estava à mercê de seu namoro.

Inúmeros fatores podem ser considerados como determinantes para um desfecho saudável no puerpério. Dentre eles pode-se destacar uma relação familiar harmoniosa e cooperativa, bem como o desejo e o planejamento da gravidez feita pelo casal. O papel do homem nesta fase merece destaque, uma vez que vivencia sensações psicológicas semelhantes à da mulher, e por sua vez, o direcionamento dos fatos repercutirá de maneira favorável ou não no relacionamento do casal⁽¹⁰⁾. De modo geral, mulheres que vivenciaram muito estresse na gestação e no parto e mulheres que não podem contar com apoio social, especialmente do cônjuge, têm grandes chances de desenvolver depressão⁽⁷⁾.

Leticia na gravidez estava feliz, mas no puerpério apresentou um comportamento diferente para com o marido. Irritava-se facilmente com ele e, isso gerava constantemente brigas conjugais. Acredita-se que a maternidade para algumas mulheres apresenta-se como a concretização de um sonho, sem que seja feita uma análise dos cuidados e da responsabilidade que o nascimento de uma criança exige. Ressalta-se também que ela perdeu a mãe há menos de um ano e, portanto além de ainda estar elaborando o luto, não pode contar com o suporte emocional da mãe.

O sentimento de incapacidade pode ser muito freqüente nas puérperas, uma vez que em geral se doam completamente aos cuidados

com o bebê e aguardam ansiosas o reconhecimento de todos que a cercam e, especialmente da criança, que pode ser demonstrado na figura infantil calma, tranqüila e satisfeita⁽¹²⁾. Cuidar do filho envolve muitas tarefas, as quais são realizadas de acordo com a personalidade e experiência da mãe. Muitas pedem ajuda e instruções, outras desejam resolver sozinhas as dificuldades, julgando assim construir fundamentos mais sólidos de sua competência como mãe⁽¹¹⁾.

A depressão comumente associada ao nascimento de um bebê refere-se a um conjunto de sintomas que se iniciam geralmente entre a quarta e a oitava semana após o parto, atingindo de 10 a 15% das mulheres. Esses sintomas incluem irritabilidade, choro freqüente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas⁽¹⁷⁾.

Maria, apesar da felicidade da gravidez, manifestou sintomatologia depressiva no puerpério, alcançando o escore de 24 pontos na escala de Beck. Queixava-se de muita dor devido à deiscência dos pontos em sua episiorrafia. Estava apresentando hipertensão, choro, irritabilidade, desinteresse pelas outras pessoas, dificuldades para tomar decisões, dificuldades para dormir, cansaço, falta de apetite e desinteresse pelo marido. No entanto, estava feliz com a presença da filha e por receber ajuda de seu marido e sua mãe nos cuidados com o bebê. Foi encaminhada para a Unidade Básica de Saúde para acompanhamento psicológico.

A depressão no início das quatro primeiras semanas do período pós-parto é um alerta, e pode ser aplicado aos vários transtornos do humor. Por sua vez, o episódio depressivo maior é definido pela vigência de determinados sintomas pelo período mínimo de duas semanas, sendo obrigatória a presença do humor depressivo ou anedonia (diminuição ou perda do interesse nas atividades anteriormente agradáveis), associado a quatro dentre os demais sintomas: mudança significativa de peso ou do apetite, insônia ou sono excessivo,

agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa, perda de concentração e idéias de morte ou suicídio⁽¹⁸⁾.

Na fase puerperal a mulher encontra-se exposta a maiores riscos de aparecimento de transtornos mentais em relação a outras fases da vida, uma vez que as suas defesas, tanto físicas quanto psicossociais, são direcionadas à proteção e vulnerabilidade do bebê⁽¹⁹⁾.

Lucila apresentou uma gestação indesejada e conturbada, mas no puerpério estava feliz. O comportamento conjugal havia mudado para melhor e estava recebendo apoio da família. Sua mãe estava feliz com o nascimento da neta e a ajudava nos cuidados com o bebê. Não apresentava no momento sintomatologia depressiva.

O apoio de uma outra mulher no período puerperal pode ser um grande suporte emocional ou fornecer uma base segura para a mãe recente. A relação da mãe com a sua figura materna de identificação também deve ser considerada um importante fator que pode influenciar a qualidade das experiências emocionais durante o puerpério. Estudos apontam que as puérperas geralmente indicam a mãe como apoio suportivo mais significativo, a seguir o pai e irmão da puérpera. O apoio situa-se na dimensão física, na fase de adaptação ao novo papel⁽¹¹⁾.

As precárias condições socioeconômicas da puérpera e a não aceitação da gravidez são os fatores que mais influenciam o aparecimento de depressão no puerpério. A alta prevalência de depressão pós-parto encontrada reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento. O acompanhamento cuidadoso de mães, em especial as de baixa renda, por meio de ações integradas que considerem as variáveis associadas à depressão, pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que decorrem da depressão no puerpério⁽²⁰⁾.

Joana, apesar de uma gestação cheia de tristezas, pela indiferença do marido, no puerpério estava feliz, pois este a estava tratando de forma carinhosa. Como apresentava antecedentes depressivos na gravidez, foi aconselhada a procurar atendimento psicológico e a mesma referiu que iria esperar o bebê

nascer. Foi aconselhada novamente no puerpério a procurar atendimento psicológico e sua resposta foi que iria esperar o bebê crescer para procurar o serviço, relatando que não podia sair de casa enquanto não acabasse a dieta.

Existem diversos fatores psicossociais que envolvem o estresse embutido nas transformações puerperais e que contribuem para a exacerbação dos sintomas psíquicos, muitas vezes funcionando como potencializador de risco. A predisposição também representa uma parcela considerável na etiologia dos transtornos psiquiátricos puerperais. Determinadas situações ou experiências, expõem a puérpera ao maior risco de adoecimento, dentre os quais deve-se destacar: primiparidade e história familiar e pessoal de transtorno mental pós-parto⁽¹²⁾. Assim sendo, a prevenção de complicações e construção de um prognóstico satisfatório das síndromes mentais pós-parto, destaca a importância da identificação dos sintomas iniciais que norteiam o quadro patológico puerperal, ou seja, quanto antes se detectar os indícios, reflexos positivos poderão ser oferecidos na assistência individual e familiar da puérpera⁽¹²⁾.

Laura, na sua gravidez apresentava-se triste e desanimada, sempre chorando ao lembrar-se do abandono do marido. No puerpério estava mais animada e aparentemente feliz, pois estava rodeada de seus familiares, que estavam dando todo o suporte necessário.

A vivência no puerpério, a transição ao papel materno, exige a operacionalização do cuidado humano, o qual auxilia a mulher a movimentar-se dentro da transição com maior autonomia e desprendimento para captar, enfrentar e adaptar-se ao novo papel. Porém, esse processo nem sempre é tão simples e rápido, impondo a utilização de recursos internos e externos, disponíveis ou não pela mulher, para ultrapassar os obstáculos e barreiras que parecem intransponíveis, se realizado de maneira solitária⁽¹¹⁾.

A ocorrência da depressão pós-parto está associada a uma série de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos que se inter-relacionam. Além disso, a literatura aponta

também para o caráter conflituoso da experiência da maternidade como um fator de risco para a depressão da mãe, uma vez que a maternidade implica em assumir novos papéis e em mudanças profundas na identidade da mulher. Os estudos sugerem também que mães deprimidas tendem a perceber a própria experiência de forma mais negativa do que mães não-deprimidas⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo abordou o tema depressão da mulher no período gestacional e/ou puerperal. Foram realizados oito estudos de caso buscando identificar o nível de sintomatologia depressiva e, realizados encaminhamentos para as gestantes e puérperas que apresentaram sintomas. As mesmas foram encaminhadas para as Unidades Básicas de Saúde que contavam com psicólogo e/ou psiquiatra.

O grupo de mulheres selecionadas para o estudo atendidas pela Unidade Básica de Saúde, demonstrou uma maior propensão à depressão, o que sinaliza certa contradição, já que se supõe que, uma gravidez de alto risco é aquela em que o risco de doença ou de morte, antes ou depois do parto, é maior do que o habitual, tanto para a mãe como para o bebê. Desta forma, esperava-se que as mulheres atendidas no Ambulatório de alto risco devido ao estresse físico e emocional durante a gestação e mesmo o puerpério apresentassem uma maior sintomatologia depressiva. Também se deve ressaltar que, as gestantes de alto risco tiveram maior respaldo, podendo contar com o suporte da equipe de saúde cuidadora, além de uma maior atenção familiar

No entanto, deve-se levar em conta que, as mulheres atendidas na Unidade Básica de Saúde, não apresentavam boa estrutura familiar, sendo desamparadas pelos seus maridos/companheiros durante a gestação e o puerpério. Esse fato foi crucial para que as mesmas apresentassem sintomas depressivos durante a gestação/puerpério.

De certa forma, pode-se dizer que a mulher, durante a gestação, está vulnerável, exposta a múltiplas exigências, vivenciando um período de adaptação ou reorganização

corporal, bioquímica, hormonal, familiar e social e propensa a sentimentos de culpa, com maior probabilidade de gerar uma depressão materna durante o puerpério. Esse momento depressivo, se não acolhido de forma humana e harmônica pelo companheiro, familiares e profissionais de saúde, pode interferir na manutenção da saúde mental materna.

A disponibilidade para ouvir a gestante com uma postura de acolhimento por parte do profissional de saúde é o requisito mais importante para a ação preventiva. Por meio da interação, o profissional pode detectar variações de humor, de pensamento e comportamentos sugestivos de eventual distúrbio psiquiátrico.

O profissional de saúde deve desenvolver ações preventivas na rede pública voltados à saúde da gestante/puérpera. Além disso, deve estimular a compreensão da mulher e do companheiro em relação às fases críticas do puerpério, bem como emoções e sentimentos provenientes deste período, ou seja, somando esforços na prevenção e tratamento da depressão pós-parto que levarão a um exercício materno saudável e essencial ao desenvolvimento humano.

Acredita-se que cabe aos serviços de saúde a aquisição de instrumentos para identificar precocemente, tratar e/ou encaminhar se necessário, gestantes e puérperas com sintomatologia depressiva, considerando a gravidade de cada caso. O apoio dos familiares nesse período de grandes mudanças também é extremamente importante. Somente a união das forças entre os profissionais de saúde e familiares podem transformar momentos de tristeza passageiros em uma fase em que a mulher se sentirá acolhida para expressar seus sentimentos e confiante na sua capacidade de assumir este novo papel.

REFERÊNCIAS

1. Psiquiatria na web [Internet]. Brasil: Psiquiatria web – portal de psiquiatria (BR) [cited 2006 mar 29]. Depressão. Available from: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/ListaNoticiaBusca&pagina=1&idCategoriaNoticia=2>.
2. Cruz EBS, Simões GL, Cury AF. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas

pelo Programa de Saúde da Família. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005;27(4):181-8.

3. Andrade LHS, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev. psiquiatr. clín. 2006;33(2):43-54.

4. Oliveira CC, Feitosa CRH. Imagens no espelho de Vênus: vivências inconscientes. Revista de Psicologia [Internet]. 2008 [cited 2008 jun 20];2(4). Available from: <http://www.idonline.no.comunidades.net>.

5. Azevedo KR, Arrais AR. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. Psicol. Refl. Crít. 2006;19(2):259-76.

6. Meredith P, Noller P. Attachment and infant difficulty in postnatal depression. Journal of Family Issues. 2003;24(5):668-86.

7. Frizzo GB, Picinini CA. Interação mãe e bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. Psicol. estud. 2005;10(1):47-55.

8. Iaconelli V. Depressão pós parto, psicose pós-parto e tristeza materna. Pediatría Moderna. 2005;41(4):41-55.

9. Sartori GS, Van Der Sand ICP. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2004 [cited 2006 ago 20];6(2):153-65. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/gestantes.html.

10. Maldonado MT. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. São Paulo: Saraiva; 2000.

11. Zagonel IPS, Martins M, Pereira KF, Athayde J. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2003 [cited 2006 ago 20];5(2):24-32. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/materno.html.

12. Silva ET, Botti NCL. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2005 [cited 2006 ago 20];7(2):231-8. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/revisao_01.htm.

13. Minayo MCS. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Coleção Temas Sociais. Petrópolis: Vozes; 2001.

14. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2nd ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

2001.

15. Rybakowski JK, Suwalska A, Lojko D, Rymaszewska J, Kiejna A. Types of depression more frequent in bipolar than in unipolar affective illness: results of the Polish DEP-BI study. Psychopathology. 2007;40(3):135-8.

16. Schwengber DDS, Picinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe e bebê. Psicol. estud. 2003;8(3):403-11.

17. Klaus MH, Kennel JH, Klaus P. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. 4th ed. Washington (USA): American Psychiatric Association; 1994.

19. Zanotti DV, Saito KC, Rodrigues MD, Otani MAP. Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: a colaboração do enfermeiro psiquiatra. Revista Nursing. 2003;61(6):36-42.

20. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. Rev. Saúde Públ. 2006;40(1):65-70.

Artigo recebido em 10.10.08.

Aprovado para publicação em 31.12.08.