

# *FATORES DESENCADEANTES DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REVISÃO NARRATIVA*

FACTORS THAT TRIGGER THE POSTPARTUM DEPRESSION: A NARRATIVE REVIEW

**Marisa Ferraz Gavronski Gawron**

Acadêmica de Enfermagem. Centro Universitário Campos de Andrade.  
[marisa\\_gawron@hotmail.com](mailto:marisa_gawron@hotmail.com)

**Luiz Gustavo dos Santos Swiehcz**

Acadêmico de Enfermagem. Centro Universitário Campos de Andrade.  
[luizswiehcz@hotmail.com](mailto:luizswiehcz@hotmail.com)

**Adriana Todys Medeiros Godoi**

Acadêmica de Enfermagem. Centro Universitário Campos de Andrade  
[adrianatodys@hotmail.com](mailto:adrianatodys@hotmail.com)

**Gleidson Brandão Oselame**

Enfermeiro. Mestre em Engenharia Biomédica. Docente pelo Centro Universitário Campos de Andrade.  
[gleidsonoselame@gmail.com](mailto:gleidsonoselame@gmail.com)

## **RESUMO**

A depressão pós-parto é definida como um transtorno mental caracterizada por um conjunto de sintomas que iniciam geralmente nas primeiras semanas subsequentes ao parto, podendo ocorrer com frequência principalmente após aborto ou morte fetal. Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo identificar os fatores desencadeantes da depressão pós-parto. Tratou-se de um estudo de revisão narrativa nas bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde com o uso do descritor em Ciências da Saúde "depressão pós-parto". Foram critérios de seleção dos estudos: texto completo, base de dados nacionais, assunto principal e ano de publicação (últimos quatro anos). Desta forma, foram incluídos na análise qualitativa 11 estudos. Os fatores descritos que contribuem para o desencadeamento da depressão pós-parto foram: Conflitos conjugais; Obstétricos; Psicológicos; Psiquiátricos; Saúde da criança; Socioeconômicos/demográficos e culturais; Hormonais e Outros. Essa multiplicidade de causas relacionadas à depressão pós-parto pode provocar um retardo significativo no diagnóstico, pois profissionais da saúde, familiares e as próprias puérperas atribuem os sinais e sintomas ao cansaço e às cobranças do novo papel de mãe. É necessária uma abordagem pró ativa nas consultas puerperais, identificando precocemente os riscos, sinais e sintomas, visando prevenir o surgimento desse transtorno mental de grande impacto.

**Palavras-chave:** Depressão pós-parto, Gestantes, Enfermagem obstétrica.

## **ABSTRACT**

Postpartum depression is defined as a mental disorder characterized by a set of symptoms that usually begin in the first weeks following birth, which can occur especially after abortion or stillbirth. Considering such information the following study aimed to identify the triggering factors of postpartum depression. It was a narrative review study based on the Virtual Health Library databases using the Health Sciences' "postpartum depression" descriptor. The criteria to choose the studies were as follows: full text, national database, main subject and year of publication (last four years). Thus, 11 studies were included in the qualitative analysis. The described factors that contribute to trigger postpartum depression were as follows: marital conflicts; Obstetric; Psychological; Psychiatric; Child health; Socio-economic/ demographic and cultural aspects; Hormonal and Others. This multiplicity of causes related to postpartum depression can cause a significant delay in diagnosing it by health professionals, family and the mothers themselves who attribute its signs and symptoms to fatigue and the demands of motherhood. A pro-active approach in puerperal doctor appointments is required to early identify the risks, signs and symptoms in order to prevent the impact of such mental disorder.

**Keywords:** Postpartum depression, pregnant women, obstetrical nursing.

## **INTRODUÇÃO**

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno mental (Menezes *et al.*, 2012) caracterizado por um conjunto de sintomas que iniciam geralmente entre a quarta e a oitava semana após o parto (Sousa *et al.*, 2011), pode ocorrer com frequência principalmente após aborto ou morte fetal (ALEXANDRE *et al.*, 2013).

Atualmente, observa-se uma incidência de 10 a 42% de DPP em puérperas do Brasil e do mundo inteiro, sendo que a detecção precoce da sintomatologia é a saída mais viável para possibilitar o diagnóstico e diminuir os agravos à saúde (ALEXANDRE *et al.*, 2013).

Os transtornos psiquiátricos pós-parto podem ser classificados em: Depressão pós-parto leve ou Melancolia da maternidade, Depressão pós-parto moderada a grave e Psicose pós-parto (PEREIRA, 2011).

Depressão pós-parto leve ou melancolia da maternidade acomete cerca de 50 a 85% das puérperas, ocorre posteriormente ao terceiro dia pós-parto e regride espontaneamente por volta do décimo dia, apresenta sintomas como; tristeza, disforia, choro frequente e dependência excessiva (PEREIRA, 2011).

Depressão pós-parto moderada a grave, caracteriza-se por fadiga excessiva, associada a pensamento suicida, e manifesta-se na segunda ou terceira semana após o parto (PEREIRA, 2011).

Psicose pós-parto é a manifestação mais grave e mais comum em primíparas e há um alto risco de recidiva na próxima gravidez (DE MORAES e CREPALDI, 2012; LOPES MENEZES *et al.*, 2012). Tem início entre o terceiro e décimo quarto dia após o parto, caracterizada por rejeição total ao bebê, a mãe amedronta-se com ele, torna-se triste, distante, indiferente e desamparada, deixando inclusive seus cuidados pessoais. Apresenta sintomas como: despersonalização, delírio, insônia e anorexia que podem relacionar-se a paranóia de caráter persecutório (PEREIRA, 2011).

Alguns autores têm sido consistentes em considerar seus aspectos relacionais, especialmente quanto a sua repercussão na família. Repercussão esta que acarreta graves prejuízos ao relacionamento conjugal, implica negativamente na interação mãe/bebê, afeta os cuidados maternos e o desenvolvimento infantil, pois filhos de mães deprimidas apresentam maior risco de distúrbios comportamentais, afetivos, cognitivos e sociais e ainda pode levar ao suicídio (FRIZZO *et al.*, 2010; ALIANE, MAMEDE e FURTADO, 2011; ALEXANDRE *et al.*, 2013).

Frequentemente a depressão é negligenciada pela própria mãe deprimida, pelo companheiro e pelos familiares, que podem entender que os sintomas que ela apresenta devem-se ao cansaço e desgaste natural do processo do puerpério, causado pelo acúmulo de tarefas domésticas e pelos cuidados dispensados ao bebê. Dessa maneira, muitas delas não procuram ajuda do profissional da área da saúde mental para tratar o problema (FRIZZO *et al.*, 2010). Desta forma, o presente estudo teve como objetivo identificar os fatores desencadeantes da depressão pós-parto (DPP).

## **MÉTODO**

Tratou-se de uma revisão narrativa com abordagem qualitativa. A revisão norteou-se pela seguinte questão: Quais os fatores desencadeantes para a

depressão pós-parto? A busca foi realizada em 16/03/2015, abrangendo as produções científicas produzidas entre 2010 a 2014, indexados nas bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se o descritor de assunto “depressão pós-parto”, conforme a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS, 2015).

Para a seleção dos artigos, foram utilizados os seguintes critérios: texto completo, base de dados nacionais, assunto principal e ano de publicação (últimos quatro anos). Resultaram da busca 15 artigos. Após a leitura integral destes estudos, foram selecionados 11 artigos para compor a presente revisão.

## RESULTADOS

Nos estudos analisados foram identificados os fatores desencadeantes da depressão pós-parto os quais foram categorizados em: Conflitos conjugais; Fatores Obstétricos; Fatores Psicológicos; Fatores Psiquiátricos; Saúde da criança; Fatores Socioeconômicos/demográficos e culturais; Fatores Hormonais e Outros. O quadro 1 apresenta as categorias de fatores e os estudos onde foram descritos.

Quadro 1. Fatores desencadeantes da DPP.

FATORES	ESTUDOS ANALISADOS
Conflitos conjugais	(ALEXANDRE <i>et al.</i> , 2013); (FRIZZO <i>et al.</i> , 2010); (DE MORAES e CREPALDI, 2012); (PEREIRA, 2011).
Hormonais	(ALIANE, MAMEDE e FURTADO, 2011); (DE FREITAS, SCARABEL e DUQUE, 2012).
Obstétricos	(ALIANE, MAMEDE e FURTADO, 2011); (CRUZ, 2013); (LOPES MENEZES <i>et al.</i> , 2012); (DE MORAES e CREPALDI, 2012); (PEREIRA, 2011); (PRANDO, 2013).
Psicológicos	(ALIANE, MAMEDE e FURTADO, 2011); (ALEXANDRE <i>et al.</i> , 2013); (DE FREITAS, SCARABEL e DUQUE, 2012); (DE MORAES e CREPALDI, 2012); (DE SOUSA, PRADOB e PICCININIA, 2011).
Psiquiátricos	(ALIANE, MAMEDE e FURTADO, 2011); (CRUZ, 2013); (DE MORAES e CREPALDI, 2012); (PRANDO, 2013).
Saúde da criança	(ALIANE, MAMEDE e FURTADO, 2011); (ALEXANDRE <i>et al.</i> , 2013).
Socioeconômicos Sócio demográfico e Cultural	(ALIANE, MAMEDE e FURTADO, 2011); (CRUZ, 2013); (FAVARO FILHO, PERES e SANTOS, 2012); (ALEXANDRE <i>et al.</i> , 2013); (DE FREITAS, SCARABEL e DUQUE, 2012); (DE MORAES e CREPALDI, 2012); (PEREIRA, 2011); (PRANDO, 2013); (DE SOUSA, PRADOB e PICCININIA, 2011).
Outros	(ALIANE, MAMEDE e FURTADO, 2011); (DE MORAES e CREPALDI, 2012); (DE FREITAS, SCARABEL e DUQUE, 2012); (PRANDO, 2013).

## **DISCUSSÃO**

Um fator que pode ser associado ao desencadeamento da DPP se deve aos conflitos conjugais. Os autores destacam que as relações conjugais para a mãe no puerpério e o apoio do cônjuge podem apresentar efeito preventivo para a saúde mental da mãe após o nascimento do bebê (FRIZZO *et al.*, 2010; PEREIRA, 2011; DE MORAES e CREPALDI, 2012; ALEXANDRE *et al.*, 2013).

Em relação aos fatores hormonais, a hipótese de base endócrina diz respeito às alterações hormonais de estradiol, progesterona, andrógenos e cortisol que explicariam porque as mulheres estão mais propensas à depressão no período pré-menstrual, pós-parto e menopausa (ALIANE, MAMEDE e FURTADO, 2011; PEREIRA, 2011).

Porém, um estudo concluiu que não há suporte científico definitivo que relacione os transtornos endócrinos específicos do puerpério e a depressão puerperal. Há ainda evidências de que muitas mulheres que apresentam DPP já estavam deprimidas durante a gravidez, período em que os índices hormonais são diferentes do período puerperal (ALIANE, MAMEDE e FURTADO, 2011).

Os fatores obstétricos incluem complicações obstétricas durante o parto e gestação como, abortos prévios, abortamentos repetidos, parto prematuro, recém-nascido com baixo peso, gravidez não desejada ou não planejada, e gravidez de alto risco. Ainda, gravidez na adolescência ou em idade  $\leq 20$  anos, considerando a imaturidade emocional e falta de segurança no relacionamento com o companheiro e intervalos curtos entre as gestações e primíparas (PEREIRA, 2011; DE MORAES e CREPALDI, 2012; CRUZ, 2013).

Também dor na incisão da episiotomia, multiparidade abuso de psicofármacos, mulheres com doenças crônicas e não amamentar no seio (ALIANE, MAMEDE e FURTADO, 2011; LOPES MENEZES *et al.*, 2012; CRUZ, 2013).

A cesariana igualmente tem sua colaboração no desencadeamento da DPP, pois prejudica a relação emocional entre mãe e filho, contrária ao parto normal em que a mãe responde às lágrimas e manifestações do recém-nascido, além de experiência negativa em gravidez anterior e menor cuidado no pré-natal (DE

MORAES e CREPALDI, 2012; LOPES MENEZES *et al.*, 2012; CRUZ, 2013; PRANDO, 2013).

Entre os fatores psicológicos destacam-se baixa auto-estima, histórico anterior de depressão, depressão pós-parto, ansiedade durante a gravidez estresse, expectativas relacionadas à maternidade, rejeição da gravidez, maneira como é auxiliada no parto, sentimento de incapacidade de cuidar do bebê e atitude negativa do pai (DE SOUSA, PRADOB e PICCININIA, 2011; DE MORAES e CREPALDI, 2012; ALEXANDRE *et al.*, 2013; PRANDO, 2013).

Em relação aos fatores psiquiátricos foram identificou-se nos estudos questões ligadas ao histórico familiar de psicose puerperal, transtorno psiquiátrico na família, transtorno de humor, transtornos afetivos e distúrbios emocionais durante o período gravídico puerperal (ALIANE, MAMEDE e FURTADO, 2011; DE FREITAS, SCARABEL e DUQUE, 2012; DE MORAES e CREPALDI, 2012; CRUZ, 2013).

Alguns estudos destacaram fatores associados à saúde da criança como possíveis precursores da DPP, entre eles a hospitalização do recém-nascido, prematuridade, mau desempenho motor e irritabilidade do recém nascido (ALIANE, MAMEDE e FURTADO, 2011; ALEXANDRE *et al.*, 2013).

Sobre os fatores Socioeconômicos, Sócio demográfico e Cultural destacam-se as dificuldades financeiras, desemprego, pois há preocupação em manter mais um membro (DE FREITAS, SCARABEL e DUQUE, 2012; DE MORAES e CREPALDI, 2012).

Há ainda as relações interpessoais como insatisfação conjugal, violência, problemas relacionais, suporte social, pouco apoio por parte do companheiro em relação aos cuidados com o bebê, mães solteiras, falta de um companheiro, falta de conhecimento. Entre os fatores culturais citados, a etnia, idade, recém-nascido do sexo feminino, baixo nível de escolaridade e retorno precoce ao trabalho (MORAES & CREPALDI, 2011). (ALIANE, MAMEDE e FURTADO, 2011; DE SOUSA, PRADOB e PICCININIA, 2011; DE MORAES e CREPALDI, 2012; FAVARO FILHO, PERES e SANTOS, 2012; ALEXANDRE *et al.*, 2013; CRUZ, 2013; PRANDO, 2013).

Alguns fatores corporais foram citados, usualmente associados às alterações físicas provocadas pelo crescimento do feto, abuso de substâncias tóxicas como

tabaco e bebidas alcoólicas. Emergiram ainda fatores genéticos, abuso sexual na infância e violência doméstica (ALIANE, MAMEDE e FURTADO, 2011; DE FREITAS, SCARABEL e DUQUE, 2012; DE MORAES e CREPALDI, 2012; PRANDO, 2013).

## CONCLUSÃO

Esse estudo demonstrou que a etiopatogenia da depressão pós-parto é multifatorial, incluindo fatores orgânicos, emocionais, relacionais, econômicos e hormonais.

Essa multiplicidade de causas relacionadas à DPP pode provocar um retardo significativo no diagnóstico, pois profissionais da saúde, familiares e a própria puérpera atribuem os sinais e sintomas ao cansaço e às cobranças do novo papel de mãe.

Desta forma, é necessária uma abordagem pró-ativa nas consultas puerperais, identificando precocemente os riscos, sinais e sintomas, prevenindo o surgimento desse transtorno mental de grande impacto na sociedade.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, F. T. et al. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. **Enfermería global**, v. 12, n. 29, p. 404-419, 2013. ISSN 1695-6141.

ALIANE, P. P.; MAMEDE, M. V.; FURTADO, E. F. Revisão Sistemática sobre Fatores de Risco Associados à Depressão Pós-parto. **Psicologia em Pesquisa**, v. 5, n. 2, p. 146-155, 2011. ISSN 1982-1247.

CRUZ, Y. L. R. Caracterización de la morbilidad psiquiátrica en el periodo grávido-puerperal durante los años 2009 y 2011. **Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana**, v. 10, n. 1, p. 1-7, 2013.

*Marisa Ferraz Gavronski Gawron, Luiz Gustavo dos Santos Swiehc, Adriana Todys Medeiros Godoi e Gleidson Brandão Oselame*

DE FREITAS, L. V.; SCARABEL, C. A.; DUQUE, B. H. As implicações da depressão pós-parto na psique do bebê: Considerações da Psicologia Analítica **Psicologia argumento**, v. 30, n. 69, p. 253-263, 2012. ISSN 0103-7013.

DE MORAES, M. H. C.; CREPALDI, M. A. A clínica da depressão pós-parto. **Mudanças- Psicologia da Saúde**, v. 19, n. 1-2, p. 61-67, 2012. ISSN 2176-1019.

DE SOUSA, D. D.; PRADOB, L. C.; PICCININIA, A. Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 2, p. 335-343, 2011. ISSN 0102-7972.

FAVARO FILHO, M. S.; PERES, R. S.; SANTOS, M. A. Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. **Psico USF**, v. 17, n. 3, p. 457-465, 2012. ISSN 1413-8271.

FRIZZO, G. B. et al. Depressão pós-parto: evidências a partir de dois casos clínicos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 1, p. 46-55, 2010. ISSN 0102-7972.

LOPES MENEZES, F. et al. Frequência da depressão puerperal na maternidade de um hospital universitário da Região Sul. **Enfermería global**, v. 11, n. 27, p. 419, 2012.

PEREIRA, F. M. **Sintomas depressivos no puerpério: uma revisão de literatura**. 2011. Monografia Enfermagem em Psiquiatria em Saúde Mental, Faculdade de Medicina de Marília, Marília.

PRANDO, N. R. Algumas considerações sobre a transferência num caso de depressão pós-parto em consulta terapêutica mãe-bebê. **Psicologia Revista. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde**, v. 21, n. 2, p. 233-245, 2013. ISSN 1413-4063.