

19ª SEMANA DE ENFERMAGEM



Local: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

12 a 14 de maio de 2008



Resumos 2008

**HOSPITAL DE CLÍNICAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL**

“Enfermagem na Proteção e Segurança à Saúde”

12 a 14 de maio de 2008

Local

Anfiteatro Carlos César de Albuquerque
Hospital de Clínicas
Porto Alegre – RS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)

Presidente: Sérgio Carlos Eduardo Pinto Machado

Vice-Presidente Médico: Amarílio Vieira de Macedo Neto

Vice-Presidente Administrativo: Fernando Andreatta Torelly

Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação: Nadine Oliveira Clausell

Coordenadora do Grupo de Enfermagem: Ana Maria Müller de Magalhães

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

Reitor: José Carlos Ferraz Hennemann

Vice-reitor: Pedro César Dutra Fonseca

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RGS (EE-UFRGS)

Diretora: Liana Lautert

Vice-diretora: Eva Neri Rubim Pedro

S471e Semana de Enfermagem (19. : 2008 : Porto Alegre)

Enfermagem na proteção e segurança à saúde : resumos
[recurso eletrônico] / 19. Semana de Enfermagem ; [organização]
Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul ; coordenadora do evento : Ninon Girardon Rosa. – Porto
Alegre : HCPA ; UFRGS, Escola de Enfermagem, 2008.
1 CD-ROM

1. Enfermagem – Eventos. 2. Saúde do trabalhador. 4. Segurança
do trabalho. I. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. II. Universidade
Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. III. Rosa,
Ninon Girardon. IV. Título.

NLM: W3

Catlogação pela Biblioteca da Escola de Enfermagem.

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REPERCUSSÕES PARA O DESENVOLVIMENTO COGNITIVO E PSICOBIOLOGICO DO BEBÊ¹

Maria da Graça Oliveira Crossetti²
Aline Tsuma Gaedke Nomura³
Ândrya Nayane Machado Vicente⁴
Santiago Tadielo Rossa⁵

¹Trabalho elaborado como requisito para obtenção de conceito parcial na disciplina de Pesquisa e Enfermagem I, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

²Enfermeira. Doutora em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS. Coordenadora do Núcleo de pesquisa - Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (NECE- EEUFRGS).

³BIC Fapergs. Discente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Membro Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (NECE- EEUFRGS). Telefone: 96677978. E-mail: alinenomura@bol.com.br.

⁴Discente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁵Discente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: A depressão pós-parto, também conhecida como *postpartum blues*, interfere no vínculo afetivo entre mãe e filho e nas futuras relações interpessoais estabelecidas pela criança (SCHWENGBER; PICCININI, 2003). Esse fato torna-se preocupante na medida em que 25 a 30% das mulheres desenvolvem algum tipo de sintoma de depressão e que até 20% delas são diagnosticadas como sendo depressivas (BERG; NORDIN, 2001). Segundo Weinberg e Tronick (1998), há variação entre mães depressivas e não-depressivas, tanto quantitativa como qualitativamente, na comunicação da díade mãe-bebê, referindo-se à expressão facial, à voz e ao toque. Segundo os autores, na distorção dessas características afetivas há comprometimento do desenvolvimento social, emocional e cognitivo da criança, podendo acarretar em uma série de agravos, incluindo dificuldade escolar, baixa adaptação afetiva, conflitos com os pais e quadros psiquiátricos subseqüentes, incluindo a depressão. Essas são possíveis causas de modificações persistentes em estruturas encefálicas, de secreções neuro-hormonais e alteração na densidade de receptores específicos durante o desenvolvimento do bebê (MOTTA, 2005). Assim, cabe ao profissional de enfermagem perceber a relevância da depressão pós-parto e sua repercussão no desenvolvimento do bebê. Para isso, o enfermeiro deve estar capacitado para prover suporte terapêutico adequado a fim de mães deprimidas tornarem-se aptas a exercer a maternagem com qualidade.

OBJETIVOS: Identificar as repercussões do desenvolvimento cognitivo e psicobiológico do bebê exposto à depressão pós-parto materna.

METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que, segundo Santos e Évora (2002), tem por objetivo recolher, selecionar, analisar e interpretar as contribuições teóricas já existentes sobre determinado assunto. Para isso recorreremos a artigos de periódicos indexados, selecionados através de ferramentas de busca, nas seguintes bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Web of Science e Medline, Lilacs. Foram utilizados artigos publicados nos últimos doze anos, contendo as seguintes palavras-chaves:

depressão pós-parto, desenvolvimento infantil, desenvolvimento cognitivo, desenvolvimento psicobiológico.

RESULTADOS: A depressão pós-parto é um transtorno depressivo que ocorre tipicamente entre 4 a 12 semanas após o nascimento do bebê (CID10). Manifestações comportamentais associadas à depressão materna podem ocorrer muito cedo no desenvolvimento do bebê e repercutir ao longo de sua vida (MOTTA, 2005). Assim sendo, crianças de mães depressivas possuem uma alteração comportamental, psicológica e bioquímica que podem ser atribuídas à exposição pré-natal ao desequilíbrio bioquímico da mãe (FIELD, 1998). Stern (1997) entende que a interação mãe-bebê é ativada a partir de microeventos, como expressão facial e olhares da mãe ao se dirigir ao seu filho. Esses microeventos não são característicos em filhos de mães depressivas, cuja interação sofre um progressivo desligamento, descrita como "microdepressão". De acordo com o mesmo autor, há quatro experiências subjetivas as quais mães e filhos vivenciam na depressão pós-parto: a primeira se refere à experiência do bebê na microdepressão repetida, quando a mãe sob depressão rompe o contato visual com o bebê e não tenta reestabelecê-lo, o filho então busca se aproximar pela identificação e imitação; a segunda experiência caracteriza-se pelo fato de o bebê agir como reanimador, o que muitas vezes funciona; entretanto, quando as tentativas de reanimar a mãe falham, ocorre a terceira fase da interação, em que o filho busca outras formas de estimulação e deixa a mãe em segundo plano na sua busca de interesse no mundo; a quarta experiência mostra o desejo do bebê de estar com sua mãe, resultando em uma falsa interação, fato que o bebê acaba aceitando pelo desejo de uma interação mais intensa. Nesse contexto, a mãe depressiva amamenta menos seu bebê, deixando de estimulá-lo cognitivamente e psicobiologicamente (MONTRONE, 1996). Existem dois estilos distintos de comportamento que mães deprimidas podem adotar na sua interação com seus filhos: um deles, baseado no afastamento, resulta em bebês com menor expressão afetiva, positiva ou não; outro, caracterizado por uma conduta intrusiva e de superestimulação, apresenta mais respostas positivas, contrapondo a uma menor tendência à manipulação de objetos; portanto a exposição da criança a interações não adequadas representam diferentes riscos para o desenvolvimento cognitivo e psicobiológico tanto nos primeiros meses do pós-parto como em momentos avançados do seu desenvolvimento (HART, JONES, FIELD et al., 1999). Segundo Field (1998), é característico desses recém nascidos a responsividade limitada na Escala de Brazelton (escala de avaliação comportamental neonatal), sono excessivo ou indeterminado, níveis elevados de hormônios do estresse – noraepinefrina e cortisol – no período neonatal, limitação na resposta a expressões faciais, além de sinais neurológicos atrasados aos seis meses e crescimento tardio aos quinze meses. Altos níveis de noraepinefrina são relacionados ao baixo tom vagal que, geralmente, é mais desenvolvido em crianças entre três a seis meses de mães não depressivas e relacionados a poucas vocalizações e expressões faciais lentas durante as interações e baixos padrões neurológicos ótimos, sugerindo diminuído desenvolvimento autônomo de crianças de mães depressivas (FIELD, 1999). O tom vagal é sugerido como uma forma de controle parassimpático sobre o funcionamento cardíaco, relacionado com a auto-regulação, temperamento, afeto, atenção, exigências metabólicas (BORNSTEIN; SOFTBOL, 2000) e com a boa desenvoltura nas atividades de atenção e aprendizado (FIELD, 1999). Os pais também facilitam a homeostase fisiológica, ajudando a criança a desenvolver e organizar o seu sistema neurológico (PROPER; MOORE, 2006). Bornstein e Softbol

(2000) constataram que o tom vaginal foi concordante entre mãe e filho dos dois meses aos cinco anos de idade, o que apóia a alegação da existência de uma crescente orientação da mãe, não só comportamental, como fisiológica. Estudos de Dawson e Frey (1999) têm mostrado que filhos de mães depressivas demonstram atividade cerebral atípica quando interagem com suas mães. Segundo os mesmos autores, quando submetidas a EEG, essas crianças possuem resultados semelhantes de adultos com depressão crônica, pois enquanto a região cerebral esquerda está relacionada com as emoções positivas, crianças de mães deprimidas apresentam uma baixa atividade nessa região. Se com quatorze meses de idade filhos de mães com depressão crônica possuem uma baixa ativação elétrica na região frontal esquerda, com pouco mais de três anos terão uma ativação elétrica reduzida, também nas regiões direita, esquerda, frontal e parietal, trazendo sérias implicações cerebrais e comportamentais (DAWSON, 1997). Com um ano de idade, a maioria das crianças de mães depressivas apresentam baixa performance na Escala de Bayley (WEINBERG; TRONICK, 1998), que quantifica o desenvolvimento cognitivo da criança, abrangendo os setores: motor, adaptativo, pessoal-social e de linguagem. Relatou-se uma série de questões, incluindo má conduta de comportamento durante os períodos pré-escolar e escolar, comprometimentos que continuam a ser observados em idades mais avançadas, incluindo sintomas de internalização - afeto depressivo e ansioso, retraimento e queixas somáticas (MOTTA, 2005), além de transtornos emocionais e agressividade (DOWSON, 2003). É válido ressaltar que fatores genéticos, isoladamente, não são considerados determinantes para o desenvolvimento de distúrbios comportamentais em crianças de mães depressivas (DAWSON; ASHMAN; PANAGIOTIDES et al., 2003), pois a expressão dos genes é também influenciada por riscos externos como fatores sociais, econômicos e culturais (STERN, 1997). Exames simples como eletrocardiograma, encefalograma e a análise de urina (para cortisol, norepinerina e serotonina) são capazes de identificar mães depressivas que necessitam de uma intervenção imediata (FIELD, 1998). Assim, o atendimento precoce à mãe deprimida pode representar uma possível prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de interação com o bebê, podendo trazer importantes repercussões para o seu desenvolvimento futuro (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

CONCLUSÃO: Através dessa pesquisa bibliográfica, identificamos algumas repercussões do desenvolvimento cognitivo e psicobiológico do bebê exposto à depressão pós-parto, quais sejam: modificações persistentes em estruturas encefálica e em secreções neuro-hormonais, alteração na densidade de receptores específicos, responsividade limitada nas escalas de Brazelton e Bayley, sinais neurológicos atrasados, má conduta comportamental, internalizações e transtornos emocionais e agressivos. Com um maior conhecimento dessas repercussões, é esperado dos profissionais da saúde uma maior preocupação em identificar sintomas da depressão pós-parto de modo a realizar uma intervenção preventiva, evitando que a criança tenha seu desenvolvimento alterado definitivamente.