

# A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO PSICOLÓGICO NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO<sup>1</sup>

*The Importance of Psychological Treatment in Preventing Postpartum Depression*

**Leonardo de Souza Teixeira Padilha<sup>1</sup>, Marinilza Vieira Samuel<sup>2</sup>, Ronaldo Chicre Araújo**

Graduandos do curso de graduação de Psicologia da Faculdade Presidente Antônio Carlos – FUPAC

Psicólogo. Doutora do em Ciência da Religião pela Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF; Professor da Faculdade Presidente Antônio Carlos-FAPAC

## RESUMO

Este artigo pretende fazer uma reflexão acerca dos sintomas produzidos nas mulheres pela DPP (Depressão pós-parto), suas consequências para si e para os demais (bebê, cônjuge e familiares). O trabalho desenvolvido pela psicologia, favorece a prevenção e o tratamento, desses sintomas. Os benefícios desta prevenção, não são exclusivos das mães e se estendem também aos filhos, pois existem evidências de que o processo depressivo influencia nos distúrbios emocionais dos bebês, podendo trazer para estes graves sequelas, no decorrer de seu desenvolvimento. A relação conjugal pode ser afetada, pois se não houver entendimento sobre o processo depressivo e seus possíveis desdobramentos, seguramente os cônjuges serão vitimizados pelo antagonismo de interesses contrários. A incidência da depressão pós-parto vem crescendo muito ao longo dos anos, atenuada pela falta de informação sobre o assunto, quando muitas mulheres ignoram os sintomas psicológicos ou supõem que é devido à gestação. Portanto a identificação antecipada de tais sintomas pode possibilitar o encaminhamento precoce da mãe para o aconselhamento ou terapia. O acompanhamento das gestantes deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, composta por obstetra, enfermeiros, assistente social, dentista e psicólogo. A depressão é um quadro sintomático que se altera de forma disfuncional com a estruturação vivencial do sujeito. As exigências da sociedade à adaptação da mulher em relação a um mundo extremamente competitivo associado a fatores de ordem fisiológica e psíquica, podem também favorecer tal quadro, sintomático.

**PALAVRAS-CHAVE:** Depressão pós-parto. Prevenção. Tratamento psicológico.

## ABSTRACT

This article intends to reflect on the symptoms produced in women by DPP (Postpartum Depression), its consequences for themselves and for others (baby, spouse and family). The work developed by psychology favors the prevention and treatment of these symptoms. The benefits of this prevention are not exclusive to the mothers and also extend to the children, as there is evidence that the depressive process influences the emotional disorders of the babies, which can lead to these severe sequelae during their development. The marital relationship can be affected, because if there is no understanding about the depressive process and its

---

<sup>1</sup>Trabalho elaborado para a disciplina de Pesquisa em Psicologia com o intuito de refletir sobre os sintomas e consequências da depressão pós-parto.

<sup>2</sup> Graduando em Psicologia pela Faculdade Presidente Antônio Carlos de Ubá – MG.  
E-mail:leonardostpadilha@yahoo.com.br,mary.vieirasamuel@hotmail.com

possible unfolding, surely the spouses will be victimized by the antagonism of opposing interests. The incidence of postpartum depression has been growing steadily over the years, alleviated by the lack of information on the subject, when many women ignore the psychological symptoms or assume it is due to gestation. Therefore, early identification of such symptoms may enable the mother to be referred early for counseling or therapy. The follow-up of pregnant women should be performed by a multidisciplinary team, composed of obstetricians, nurses, social workers, dentist and psychologist. Depression is a symptomatic picture that changes dysfunctionally with the experiential structuring of the subject. The demands of society on the adaptation of women to an extremely competitive world associated with physiological and psychic factors may also favor such a symptomatic picture.

**KEYWORDS:** Depression post childbirth. Prevention. Psychological treatment.

## 1 INTRODUÇÃO

A Depressão pós-parto (DPP) é uma patologia que muitas mulheres adquirem. A mulher que desenvolve a DPP sofre alterações hormonais e a partir dessas mudanças, exibem um tipo diferente de comportamento em relação aos filhos. Esses comportamentos são prejudiciais tanto a mãe, quanto para o bebê e a família. Com base em alguns estudos, observou-se que é necessário o contato com a gestante antes do nascimento do bebê, para se fazer a preparação da mulher para receber essa nova vida que está por vir, para trabalhar suas questões diante da gravidez e como ela está encarando as mudanças em seu corpo, sua rotina e como os fatores emocionais e hormonais agem nessa fase da vida da mulher. Então foi necessário entender onde se inicia essa patologia e qual a melhor forma dela ser trabalhada.

Diante disso, surge uma questão: Qual a importância do tratamento psicológico na prevenção da depressão pós-parto? O psicólogo atua na prevenção da depressão pós-parto possibilitando a redução dos sintomas emocionais e comportamentais adquiridos. O seu papel é muito importante nesta prevenção; ele pode auxiliar na identificação deste diagnóstico e; encaminhar a mãe ou não para outros profissionais, caso haja a necessidade de uso de medicação.

A partir de uma reflexão sobre os aspectos da vida da gestante, baseados na sua cultura, meio social, e econômico, constatou – se que esses itens são contribuintes para a adaptação à vida gestacional e mais a frente à fase puerperal onde ela pode dar início ao processo de depressão pós-parto. Através desse estudo sobre a depressão pós-parto, é possível entender algumas atitudes de mães que muitas vezes não tiveram o atendimento necessário, ou não foram preparadas para assumir o papel de mãe e muitas vezes rejeitam o bebê, ou o abandonam, o agridem, ou até mesmo tiram a vida da criança. Esse trabalho tem por finalidade mostrar a importância do tratamento psicológico na prevenção da depressão

pós-parto, pois quando a prevenimos, evitamos problemas futuros que podem ser de grande risco a vida materna e fetal.

## **2 - IMPLICAÇÕES DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA VIDA DA MULHER**

Desde sua infância, a mulher é criada para que seja um exemplo de pessoa, um ser amável, compreensivo, tranqüila, equilibrada, acolhedora, etc. Esses pontos são cobrados várias vezes a todo momento em sua vida, por isso é esperado que ela seja um modelo de mãe ideal. E esse modelo na verdade, veio sendo estruturado para dar apoio ao sistema patriarcal da casa, algo que exige muito custo emocional da mulher, pois quando ela não atinge esse nível ela é muito cobrada pela sociedade, familiares e até por si mesma (Bornholdt, Wagner & Studtita, 2007).

Isso abre espaço para o conflito entre o que acontece e o que deveria acontecer em sua vida, o que também abre as portas para o sofrimento psíquico que pode ser o início para se desenvolver um tipo de patologia. (Bornholdt, Wagner & Staudt, 2007).

A gestação envolve várias mudanças, transformações não só no organismo da mulher, mas no bem-estar que altera o psiquismo e seu papel sócio-familiar. A gravidez acaba gerando uma grande necessidade de um novo reposicionamento na vida. Ela precisa se adaptar à sua nova realidade, a um novo papel de mulher, novas prioridades, uma reestruturação da sexualidade, da imagem de seu corpo, ou seja, toda sua rotina e responsabilidades mudam. Ela tem a difícil tarefa de reformular anos de sua existência em meses, ela se volta em defesa de uma criança que depende dela em tudo e que por ela estaria disposta a passar por privações de sono e até mesmo isolamento social e, ou, qualquer outra privação que possa vir a precisar. Mesmo sem saber, como ou tendo orientação dos pais que é de onde na maioria das vezes vem todo o suporte, a mulher na 1º gravidez por vezes não se dá conta de toda essa mudança e acaba desenvolvendo depressão pós-parto. Entre muitos fatores, esta patologia está também relacionada ao sentimento de perda. Mas a mulher acaba não sabendo o que perdeu. Esse sentimento acaba confundindo-a e levando-a a agravar seu sintoma. A mãe que passa por este sofrimento psíquico perde não só interesse por tudo a sua volta, mas também pelo seu filho, colocando-o em situação de risco, não liga para os cuidados que deve ter com ele, não se preocupa em trocar suas fraldas ou lhe dar banho. Ela o trata como um objeto inanimado. A intensidade das alterações psicológicas depende dos fatores familiares, conjugais, sociais culturais e da personalidade. Devido à gravidade dos sintomas, a paciente necessita de

acompanhamento psicológico e psiquiátrico, com uso de medicação. Quanto mais precocemente os sintomas forem percebidos, mais rápidos poderá começar o tratamento (Silva et al., 2010).

A depressão é uma patologia que muitos humanos desenvolvem. Ela pode ser confundida com um breve período de tristeza. Porém, existe uma diferença muito grande entre depressão e tristeza.

O indivíduo quando passa por situações de muito sofrimento, traumas e conflitos pessoais, pode vir ou não a desenvolver um quadro de depressão. A angústia causada por situações desta magnitude, é algo que traz ao seu cotidiano manifestações obscuras muito impactantes em sua vida. A rotina vivida pode proporcionar esses eventos e pode causar uma profunda fase de desespero. Esta fase de desesperança, quando se prolonga mais que o comum, é quando o indivíduo inicia sua jornada em mundo onde ele não consegue se enxergar como sendo a pessoa que é. O que leva a pessoa a um tratamento muito prolongado, sem data de término (Gomes et al., 2012).

O Período gestacional dura nove meses, contados a partir da fecundação e implantação de um óvulo no útero até ao nascimento. Durante esse momento, o organismo materno passa por diversas alterações fisiológicas que sustentam o bebê em crescimento e o prepara para o parto.

A gestação é o momento no qual a mulher vai se preparando psicologicamente para ser mãe. Esta fase traz muitas mudanças não apenas na vida da mulher, mas também a vida do casal. A gestante passa por mudanças biológicas, somáticas, psicológicas e sociais e passa a ter uma visão diferente da vida. A mulher, neste momento, passa a rever suas prioridades, alterações em seu cotidiano e as formas de como irá se adaptar ou não a esta nova realidade (Bornholdt et al., 2007; Piccinini et al., 2008& Silva et al., 2013).

A depressão pós-parto (DPP) é uma patologia derivada de uma junção de fatores biopsicossociais quase impossíveis de serem controlados que agem de forma implacável no seu aparecimento. Ela é classificada pelo DSM-V como transtorno do humor caracterizado por um transtorno depressivo com início no pós-parto. É descrita como uma depressão iniciada em quatro semanas após o nascimento. A depressão é um quadro sintomático que prejudica de forma disfuncional a estruturação vivencial do sujeito (Guedes-Silva et al., 2003, pp. 439-450).

Alguns estudos apontaram que uns dos fatores de risco para depressão na gravidez são os econômicos, a falta do parceiro ou de suporte familiar e social, assim como certos procedimentos obstétricos. Os de maior incidência são: gravidez não desejada ou planejada,

baixo peso do bebê, o fato da mãe não estar casada, parceiro desempregado, grande número de filhos, desemprego após a licença-maternidade, morte de pessoas próximas, separação do casal durante a gravidez, antecedentes psiquiátricos, anteriores ou durante a gravidez, problemas da tireóide, simulando uma série de doenças psiquiátricas (Guedes-Silva et al., 2003).

Com a evolução da gravidez, surgem intensas modificações no organismo materno. A gestante está sujeita a uma série de alterações bioquímicas, funcionais e anatômicas, com readaptações que envolvem todo seu organismo. A grávida pode se tornar emocionalmente instável, precisando de maior atenção e cuidados. Ela passa por um período crítico de grande importância para o amadurecimento emocional que pode levar a mudanças em seu comportamento. Os aspectos culturais, ambientais, superstições e crenças, induzem as pacientes a se sentirem preocupadas, valorizando demais alguns desconfortos que acabam desenvolvendo queixas graves. A grande quantidade de hormônios liberados durante a gestação também influenciam nos comportamentos, no humor e sentimentos da gestante.

O parto é um conjunto de fenômenos mecânicos e fisiológicos que levam a expulsão do feto e seus anexos do corpo da mãe. Ao final das 40 semanas gestacionais a mulher chega a inevitável hora do parto. Existem duas opções de realizá-los: O parto normal e a cesariana. O parto normal é o mais recomendando pelos médicos. A recuperação é mais rápida; esse tipo de parto trata da expulsão do feto pelo corpo, com o organismo agindo naturalmente para manter a homeostase. A cesariana é uma cirurgia na qual é cortada a parede abdominal do útero, cujo tipo de parto é muito solicitado pelas gestantes, visto que as futuras mães ficam com medo da dor que podem vir a sentir e também por querer manter intactas a anatomia e fisiologia da vagina e do períneo (Barbosa et al., 2003 & Lopes et al., 2005).

A cesariana é um procedimento cirúrgico que se originou para salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou o parto. É um recurso utilizado quando surgem riscos para a mãe, o bebê ou ambos, durante a evolução da gravidez e do parto. Como todo procedimento cirúrgico, a cesárea não é isenta de riscos, estando associada, no Brasil e em outros países, a maior morbimortalidade materna e infantil, quando comparada ao parto normal (Faundes e Cecatti, 1991; McClain, 1990 & Miller, 1988).

## **2.1 VINCULO MÃE-BEBÊ EM CASOS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

As transformações que ocorreram na sociedade, trouxeram aumento de exigências no campo profissional. O modelo capitalista e a idéia de mundo globalizado, atribuíram uma noção de diminuição das relações humanas, limite de fronteiras e um aumento das exigências do que é ser indivíduo na sociedade atual. Ser indivíduo não é simplesmente existir, é ter um nome, uma reputação, um status e se enquadrar dentro do modelo universal de sociedade. É possuir tudo o que a propaganda oferece para satisfazer um desejo vazio e desta forma não constituir-se indivíduo, ou seja, o mundo pós-moderno exige uma duplicidade do que é ser e poder ter na sociedade (Mendlowicz, 2009).

Esses fatores justificam o desequilíbrio psíquico e a conseqüente depressão que se instala atualmente. O sujeito isolado que não consegue se adaptar nesse mundo pode acabar gerando impasses que comprometem sua saúde física e mental. Em contrapartida, o sujeito em destaque encontra uma delimitação em seu interior e as exigências do mercado de trabalho sempre querem mais esforços do que o corpo é capaz de oferecer e maior capacitação intelectual do que uma mente sã é capaz de suportar (Mendlowicz, 2009).

Segundo Mendlowicz (2009), vivemos mediante um campo minado. O mundo tornou-se volátil e a instabilidade fez o seu reinado, a liberdade trouxe consigo um acorrentamento na formação do que é ser sujeito e não se pode ser livre em uma sociedade que dita o que deve ser consumido e como devemos agir. Sentimentos como incerteza e instabilidade viraram conseqüências na vida do sujeito que não consegue alcançar o seu ideal de felicidade, o que o torna fracassado. Esse sujeito está à mercê do destino e totalmente propenso a trazer a depressão como sua companheira de longa data. As relações se tornaram instáveis e a falta de acreditar em si mesmo torna o sujeito uma catástrofe na sua história de vida, não podendo este compensar nesse novo mundo, tudo o que ele almejou. Daí cresce a instabilidade e o medo do futuro incerto que não pode mais ser planejado, sem ser frustrado com as imperfeições.

Por mais que o mundo tecnológico tenha evoluído, de forma a fugir de nosso controle, as relações humanas se baseiam em relações clássicas e antigas e as estruturas psíquicas são as mesmas de muito tempo atrás, o que faz com que o sujeito não siga a evolução do mundo, trazendo um colapso psíquico e a insuperável depressão pelo mal-estar da cultura (Mendlowicz, 2009).

Segundo Monteiro & Lage(2007), para atender às exigências da sociedade contemporânea, o homem se vê incapacitado e toma a depressão como modelo para existir. Esta ação se torna reguladora da vida psíquica entre a condição de origem e a condição humana. Este mecanismo depressivo torna-se uma forma de reação ao mal-estar e ao sujeito

fracassado. Para Freud, a depressão não se trata de uma estrutura psíquica, mas sim uma forma de reação que surge através das ameaças da vida psicológica.

A patologia vem a ser instalada por um reflexo ideal extremamente exigente que não aceita a incapacidade humana como condições de suas limitações, um trabalho de luto é realizado em perdas de coisas que muitas das vezes são da ordem da fantasia, do que não pode ser realizado mais foi imaginado por um ideal (Monteiro e Lage, 2007).

Desde o nascimento os pais apostam na criança absoluta perfeição e querem ocultar falhas que lhe são próprias, criando nesta criança a ilusão de uma vida isenta de sofrimentos e cheia de realizações. Quando o homem adulto se vê incapaz de sustentar essas perfeições se deparando com o “eu” imperfeito, a resposta é o sofrimento e o sujeito do fracasso levando a formação da depressão (Schmidt, 2013).

O pós-parto é um período de deficiência hormonal. Quando a mulher esta no período da gestação, o seu organismo se submete a altas doses de hormônios e tanto o estrogênio quanto a progesterona atuam no sistema nervoso central, mexendo com os neurotransmissores que fazem a ligação entre os neurônios. Algumas horas depois do parto, o nível desses hormônios cai bruscamente, o que pode ser um fator importante no desencadeamento dos transtornos pós-parto. Mas esse não é o único fator. Todos os sintomas associados ao humor e às emoções são pré-estabelecidos, ou sejam, não têm uma causa única. Portanto, não é só a deficiência hormonal que está envolvida na tristeza pós-parto (Guedes-Silva et al., 2003 & Cooper et al., 2013).

O risco de depressão é muito maior em mulheres que já tiveram um episódio depressivo em sua vida, mesmo aquelas que passaram por um tratamento com êxito. Alguns anos atrás eram considerados eficazes a utilização de altas doses de hormônios. Essa concentração deveria proteger a mulher. Hoje se sabe que não é bem assim. Mulher grávida está sujeita a ter depressão. Por não querer prejudicar seu filho a mãe acaba interrompendo o tratamento que estava fazendo, o que permite o aumento do risco de a doença agravar-se depois do parto (Gomes et al., 2012).

Foram selecionados alguns casos para ilustrar como psicologicamente o processo de depressão pós-parto pode comprometer a relação do vínculo mãe-bebê:

- Amor de filha

Paula percebeu-se mais sensível e “chorosa” a partir do segundo trimestre de gestação. Filha de pai militar severo e mãe submissa encontraram refúgio do ambiente hostil. Já nos primeiros meses que se seguiram ao parto, Paula desenvolveu um intenso vínculo com a filha recém-nascida, afastando-se, paulatinamente, de seus pais, dos sogros e do marido. Paralelamente à intimidade crescente que vivia na relação com a filha, conflitos infantis

eram trazidos à tona, como o desprezo que sentia pela mãe e a admiração que secretamente nutria pelo pai. O isolamento de Paula, sua preocupação com a autonomia da filha e o horror de ser abandonada foram os elementos centrais do trabalho terapêutico, que se prolongou até os 18 meses de seu bebê, através de consultas, telefonemas e e-mails. A despeito dos obstáculos criados por uma vivência paranoide da maternidade, a menina, que acompanhou a mãe em todas as sessões, desenvolvia-se de maneira saudável, mostrando-se sempre alegre e sociável, sugerindo-nos que a mãe, amparada pelo holding terapêutico, estava provendo-lhe os cuidados básicos. (Granato, Aiello-Vaisberg, 2009, pp. 395-401).

- Quero meu filho de volta

Do terceiro filho, Iolanda buscou ajuda psicológica para a própria hostilidade perante a gravidez indesejada. Acolhida em seu ódio, decidiu-se por deixar vir ao mundo aquele bebê, com quem desenvolveu uma relação saudável e gratificante. Mulher prática e determinada, Iolanda experimentou, pela primeira vez, a precariedade do viver ao perder seu bebê de oito meses para uma pneumonia devastadora. Retomou a psicoterapia, reerguendo-se depois de um ano, quando descobrimos que seu vigor se mantinha, em tempos tão difíceis, pela esperança de engravidar novamente. Acalentado em silêncio, o sonho foi bruscamente interrompido pelo veredicto de seu marido, que não tinha a menor intenção de ter outro filho. Devastada pelo luto retomado, seguiram-se dois anos de tratamento psiquiátrico. Em uma das últimas conversas que tivemos, Iolanda afirmou ter se decidido pelo mundo dos vivos, embora, à noite, continuasse a sonhar com bebês. (Granato, Aiello-Vaisberg, 2009, pp. 395-401).

- Eu sei que eu vou morrer

Mãe de dois jovens e grávida aos 38 anos, Maria se desesperou, sobretudo porque acabara de perder o emprego. Gritando que morreria no parto, foi levada ao pronto-socorro, onde foi medicada com antidepressivos e encaminhada para nosso serviço. Testemunha do suicídio do pai, Maria era vítima freqüente da brincadeira dos irmãos que afirmavam ter sido ela adotada, idéia reforçada pelo fato de ter sido enviada, aos sete anos, para trabalhar como empregada doméstica. Durante toda a gravidez, convivemos com o medo que Maria sentia de morrer no parto. Imaginou mil modos de se matar durante a gravidez, o que anteciparia o anunciado desfecho. Fortaleceram-se com o amparo que recebia de profissionais, amigos e parentes, dando à luz a uma menina saudável. Durante os seis meses que se seguiram ao parto, Maria e sua filha comemoraram as primeiras mamadas de uma e o primeiro amamentar da outra, o que deu à mãe uma inusitada sensação de completude. Inúmeros problemas sobrevieram como a crônica dificuldade financeira, episódios de alcoolismo do marido, o ciúme da filha mais velha e o câncer do sogro, mas foram superados. Quando seu atendimento chegou ao fim, ela não cansava de repetir que não teria conseguido passar pelo que passou sem a ajuda da psicoterapeuta. (Granato, Aiello-Vaisberg, 2009, pp. 395-401).

- Então a vida é assim?

Foi assim que Alice encerrou suas consultas depois de um ano de atendimento, metade dele realizado durante a gravidez de sua primeira filha. Alice tinha sofrido uma primeira crise de pânico aos 16 anos de idade, logo após o falecimento de seu pai, com quem teve uma relação bastante conflituosa. Ora sóbrio, ora alcoolizado, oferecia-se como figura ambígua para Alice, que insuficientemente apoiada por uma mãe assustada e imprevisível, chegou a desejar a morte do pai – destino que se cumpriu. Depois de “anos de análise”, Alice buscava um “tratamento diferente” frente à nova crise de ansiedade, desencadeada pela gravidez. Manifestou um grande interesse pela Oficina de Costura (uma das modalidades de nossa clínica), onde confeccionou uma colcha de retalhos e, mais tarde, uma boneca flor (Dolto, 1949/1993). Ali costuramos e conversamos sobre sua vida, seus medos e suas expectativas, alinhavamos sonhos e arrematamos problemas que Alice julgava serem sinais de infelicidade. Era comum que pesadelos acordassem Alice, que suada e ofegante em seu

medo de morrer, acalmava-se somente depois de uma extenuante caminhada noturna. Frente aos primeiros movimentos do bebê em seu ventre e quando este começou a aumentar, também entrou em pânico, imaginando que suas vísceras seriam comprimidas a ponto de faltar-lhe o ar. Entretanto, à medida que a gravidez e a psicoterapia progrediam, a respiração ofegante dava lugar ao ritmo relaxado e Alice prosseguia em seu amadurecimento. (Granato, Aiello-Vaisberg, 2009, pp. 395-401).

- Eu sou uma farsa

Rosa experimentou uma espécie de renascimento ao tornar-se mãe, processo que acompanhamos desde o início da gravidez até os dois anos de seu filho. Grávida e bulímica, foi encaminhada, em caráter de urgência, por sua obstetra. Não sabíamos que, por trás daquela moça de aparência frágil, dependente e limitada em suas realizações profissionais, ocultavam-se o talento e a sensibilidade artística, cujos produtos ficaram trancados no sótão de sua casa, por muitos anos. Rosa escondia naquelas gavetas empoeiradas todos os seus trabalhos, protegendo-se da exposição, da crítica e, principalmente, do olhar materno. Mostrar-se feia, burra e retraída parecia-lhe ser a maneira mais segura de preservar o belo. Em contrapartida, a pobreza externa – camuflagem de um mundo interior rico – distanciava Rosa de si mesma, resultando na vida medíocre que levava. Considerada até então a “débil mental da família”, Rosa surpreendeu a todos quando deu à luz a um menino saudável e, sobretudo, ao mostrar-se mãe dedicada. Sustentada pela relação terapêutica, ousou levantar o grosso véu que cobria sua existência e mostrar quem realmente era à mãe, aos parentes e aos colegas de trabalho, vivendo a maternidade como crise que alavanca o crescimento emocional (Granato, Aiello-Vaisberg, 2009, pp. 395-401).

## 2.2 PREVENÇÃO E TRATAMENTO

Após o nascimento do bebê, a mulher entra no período puerperal que vai desde o parto até a recuperação total da mãe. É um período de maior risco para o surgimento de distúrbios ansiosos. Durante o período puerperal, a mulher que não é mais gestante, pode apresentar intensidade de sintomas de humor que podem viabilizar uma fase de melancolia da maternidade. A tristeza pós-parto é um distúrbio de labilidade transitória de humor que atinge cerca de 50% das mães entre o terceiro e o quinto dia após o parto.

A puerpério é o período pós-gestação, é uma fase especialmente de assistência à mãe, filho. Qualquer fragilidade que afete um desses grupos ameaça à saúde de ambos. É fundamental o papel das mães em relação aos cuidados com as crianças. O desenvolvimento dessas é, diretamente, influenciado pelas condições das famílias nas quais vivem (Faisal-Cury e Menezes, 2006).

A depressão Pós-Parto (DPP) é um quadro clínico severo e agudo que requer acompanhamento psicológico e psiquiátrico, pois devido à gravidade dos sintomas, há que se considerar o uso de medicação. Todo ciclo gravídico-puerperal é considerado período de risco para o psiquismo, devido à intensidade da experiência vivida pela mulher. Esta experiência pode incidir sobre psiquismos mais ou menos estruturados. Mesmo mulheres com boa organização psíquica podem se vir frente a situações em que a rede social falha. Devido à gravidade dos sintomas a paciente necessita de atendimento psicológico e

psiquiátrico acompanhados de medicação (Iaconelli, 2005, pp.1-2).

A DPP é uma doença que requer tratamento, pois prejudica o dia-a-dia do paciente e interfere ativamente em sua vida. Por não saber como auxiliar a família, amigos ou pessoas próximas acabam reagindo de maneira agressiva e/ou impaciente, o que pode levar ao agravamento do quadro, causando risco de vida para mãe e para o bebê (Camacho et al., 2006).

A incidência da depressão pós-parto vem crescendo muito ao longo dos anos. A falta de informação sobre este assunto faz com que muitas mulheres ignorem os sintomas psicológicos ou supõem que é devido à gestação. A prevenção desta patologia se inicia no pré-natal, onde a mãe recebe orientações sobre a gravidez, assiste a palestras sobre a gestação e recebe orientações sobre como se cuidar durante este período e acompanhamento da equipe multidisciplinar. Equipe esta composta por obstetra, enfermeiros, assistente social, dentista e psicólogo. É muito importante que a gestante possa expressar livremente seus temores e ansiedades em um ambiente onde ela sinta confiança para passar por este processo (Rocha-Arrais, Mourão, Fragalle, 2014).

Os benefícios desta prevenção não são exclusivos das mães, se estende também aos filhos, pois existem evidências de que o processo depressivo influencia nos distúrbios emocionais dos seus filhos. Na falta de uma prevenção adequada, podem ocorrer vários problemas e até mesmo riscos de vida para a mãe e o bebê. Estas consequências precoces incluem o suicídio e/ou infanticídio, negligências na alimentação do bebê, bebê irritável, morte súbita do bebê, machucados acidentais e depressão do conjugue e divórcio (Guedes-Silva et al., 2003).

Estudos de Sclar, Robinson, e Skaer (1995) e de Zifko et al., (2003) confirmaram pesquisas anteriores, mostrando que a grande maioria das crianças que são amamentadas por mães que fazem uso terapêutico de sertralina, tiveram níveis sanguíneos baixíssimos, tanto de sertralina (3 ng/ml) quanto de seu metabólito N-dimetilsertralina (6 ng/ml ou menos). Em relação ao uso de sertralina, paroxetina e fluvoxamina (todos ISRS) durante a gestação, Kulin et al., (1998) e Van Marwijk, et al., (2001) concluíram não haver nenhum aumento de riscos teratogênicos para o feto nas doses terapêuticas habituais.

Um diagnóstico precoce contribui para que mãe e bebê passem pelo mínimo de risco de vida, como também evita que a criança e mãe sofram traumas que podem trazer muito sofrimento aos dois. Estes traumas, caso venham a acontecer, podem se desenvolver ao longo dos anos e se manifestar de várias formas tanto no psíquico quanto no orgânico, existindo

assim a necessidade de uma análise e, dependendo da situação, um tratamento medicamentoso (Silva et al., 2010 & Zinga, Phillips, Born 2005).

A tristeza é um sentimento onde indivíduo fica triste, humor deprimido, sentimentos negativos sobre si, redução da satisfação, perda dos vínculos emocionais, crise de choro e apresenta certa disforia e irritabilidade que dura pouco tempo, uma semana a 15 dias. Já a depressão se instala por tempo indeterminado e faz com que o indivíduo fique incapacitado, com dificuldade de realizar as tarefas simples do dia-a-dia (Valença, Germano, 2012; Fernandes & Cotrin, 2013).

O conhecimento dos fatores de risco da depressão pós-parto é importante para que se possa ter em mente ações preventivas, como favorecer o apoio emocional da família, dos amigos e do companheiro, proporcionar segurança à gestante. A identificação antecipada destes riscos, pode possibilitar o encaminhamento precoce da mãe para o aconselhamento ou terapia, possibilitando constituir um precioso instrumento de prevenção desses problemas (Cooper, Murray, Halligan, 2013; Germano & Valença, 2010).

Para o tratamento, são necessários os cuidados: ginecológico, psiquiátrico, psicológico, e da equipe multidisciplinar. Devem-se salientar a importância para o tratamento da DPP não apenas voltado na qualidade de vida da mãe, mas, sobretudo para prevenir distúrbios no desenvolvimento do bebê e também para conservar o relacionamento conjugal e familiar. O tratamento farmacológico é necessário quando os sintomas estão comprometendo a função e o bem-estar da mãe. Uma forma de prevenção e tratamento que é realizado é a análise grupal. Nesta, as mães encontram apoio em conjunto, podem compartilhar suas histórias, desabafar, esclarecer dúvidas, pedir opiniões e até mesmo obter orientações de como lidar com suas dificuldades através das experiências compartilhadas em grupo e de informações do profissional responsável pelo grupo. (Cooper, Murray, Halligan, 2013; Germano, Valença, 2010 & Camacho et al., 2006).

### **3 CONCLUSÃO**

Este estudo mostrou a importância da prevenção e do tratamento psicológico na depressão pós-parto, através de uma reflexão sobre os aspectos da vida da gestante, considerando sua forma cultural, social e econômica, tendo em mente que todos esses itens influenciam muito na forma de como a mulher irá se adaptar a vida gestacional e puerperal onde pode ou não iniciar o processo de depressão pós-parto. A atuação do psicólogo na prevenção a DPP, reduz os sintomas emocionais causados pelo ambiente onde a gestante esta

envolvida e também pela fase de adaptação obrigatória que ela passa para a chegada do bebê, o que deixa claro a importância do psicólogo na prevenção da depressão pós-parto.

Baseados em alguns estudos, observou-se que os fatores de risco para depressão na gravidez podem ser econômicos, a falta do parceiro ou de suporte familiar, social e cultural, assim como certos procedimentos obstétricos. A puérpera, quando apresenta estes fatores de risco, tende a ficar mais emotiva e com isso ela começa a mudar o seu comportamento. A falta de informação sobre o assunto, faz com que muitas mulheres ignorem os sintomas psicológicos ou supõem que acontecem devido ao seu estado.

Partindo-se do ponto de que a gestação é uma fase muito vulnerável na vida da mulher, com as mudanças físicas, emocionais e hormonais, é preciso um suporte para auxiliar a mulher a passar por esse processo, por isso este procedimento é necessário e muito importante na prevenção da depressão pós-parto, evitando angústias, sofrimentos psicológicos e riscos de vida para a mãe e o bebê.

Pode-se observar no decorrer do curso de psicologia, o quanto se fala em depressão e como esta patologia tem interferido em várias vidas, então procuramos uma área onde possamos entender e modificar através da prevenção, o curso da vida da mulher e da criança vinda da gestação. Esse trabalho teve a finalidade de mostrar a importância do tratamento psicológico na prevenção da DPP, através da prevenção evitam – se problemas futuros que podem ser de grande risco a vida materna, gestacional e fetal.

Os benefícios de uma prevenção não são somente para mãe, mas também para o filho, pois existem evidências de que o processo depressivo influencia nos distúrbios emocionais dos seus filhos e da família.

## REFERÊNCIAS

- Azevedo, K. R., & Arrais, A. D. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 269-276.
- Brum, E. D., & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciênc Saúde Coletiva*, 9(2), 457-67.
- Bornholdt, E. A., Wagner, A., & Staudt, A. C. P. (2007). A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. *Psicologia Clínica*, 19(1), 75-92.
- Barbosa, G. P., Giffin, K., Angulo-Tuesta, A., de Souza Gama, A., Chor, D., D'Orsi, E., & dos Reis, A. C. G. V. (2003). Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cesareansections: whowantsthemandunderwhatcircumstances?. *Cad. saúde pública*, 19(6), 1611-1620.
- Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonsales, B. K., Braguittoni, E., & Rennó Jr, J. O. E. L. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: Classificação, diagnóstico e tratamento. *RevPsiqClín*, 33(2), 92-102.
- Correa, M. D., Melo, V., Lopes, R., & Júnior, P. (2004). Noções práticas de Obstetrícia. 13ª edição. *Coopmed—Editora Médica*.
- Cooper, P., Murray, L., & Halligan, S. (2013). Tratamento da depressão pós-parto.
- Fernandes, F. C., & Cotrin, J. T. D. (2013). Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. *Revista Panorâmica*, 14, 15-34.
- Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 47-55.
- Gomes, L. A., Torquato, V. D. S., Feitoza, A. R., Souza, A. R. D., Silva, M. A. M. D., & Pontes, R. J. S. (2012). Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: Importância do diagnóstico precoce. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, 11.
- Germano, R. M., & Valença, C. N. (2010). Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: Ações do enfermeiro no pré-natal.

- Guedes-Silva, D., Souza, M., Moreira, V., & Genestra, M. (2003). Depressão pós-parto: prevenção e consequências. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(2), 439-450.
- Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009). Maternidade e colapso: consultas terapêuticas na gestação e pós-parto. *Paideia*, 19(44), 395-401.
- Hotimsky, S. N., Rattner, D., Venancio, S. I., Bógus, C. M., & Miranda, M. M. (2002). O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica Childbirth as I see it...or the way I wish it was? Expectations of pregnant women towards. *Cad. Saúde Pública*, 18(5), 1303-1311.
- Iaconelli, V. (2005). Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Pediatria Moderna*, 41(4), 41-55.
- Lopes, R. D. C. S., Donelli, T. S., Lima, C. M., & Piccinini, C. A. (2005). O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 18(2), 247-254.
- Piccinini, C. A., Lopes, R. D. C. S., Gomes, A. G., & De Nardi, T. D. C. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em estudo*. Maringá. Vol. 13, n. 1 (jan./mar. 2008), p. 63-72.
- Rocha-Arrais, A., Mourão, M. A., & Fragalle, B. (2014). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 251-264.
- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Chambô Filho, A., Zandonade, E., & Lima, V. J. D. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *RevPsiquiatr Rio Gd Sul*, 29(3), 274-80.
- Schwengber, D. D. D. S., & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de psicologia* (Natal). Vol. 8, n. 3 (set./dez. 2003), p. 403-411.
- Silva Moraes, I. G., Pinheiro, R. T., da Silva, R. A., Horta, B. L., Sousa, P. L. R., & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública*, 40(1), 65-70.
- Silva, E. A. T. Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção (2013).

- Silva, F. C. S., de Araújo, T. M., de Araújo, M. F. M., Carvalho, C. M. D. L., & Caetano, J. Á. (2010). Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta Paul Enferm*, 23(3), 411-6.
- Silva, M. A. M. D., Gomes, L. A., Pontes, R. J. S., Torquato, V. D. S., Feitoza, A. R., & Souza, A. R. D. (2010). Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce.
- Valença, C. N., & Germano, R. M. (2012). Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, 11(2).
- Zinga, D., Phillips, S. D., & Born, L. (2005). Depressão pós-parto: sabemos os riscos mas podemos preveni-la?[Postpartumdepression: weknowtherisks, can it beprevented?]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, S56-S64.