

**UNIVERSIDADE BRASIL
CURSO DE PSICOLOGIA**

CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA DEPRESSÃO PÓS PARTO

CRISTIANE CAMPOS MANSONETTO

SÃO PAULO
2019

CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA DEPRESSÃO PÓS PARTO

Cristiane Campos Mansonetto
Aluna do curso de Psicologia

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado à Universidade Brasil, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Ms. Fabio Pinheiro Santos

SÃO PAULO
2019

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo compreender quais são as causas e consequências geradora da depressão pós-parto e o que pode ser evitado com a prevenção durante o processo da gestação, ou seja, no pré-natal para que essa doença não venha a comprometer aspectos emocionais da gestante. A depressão pós-parto é uma condição de profunda tristeza, desespero e falta de esperança que acontece logo após o parto. Pode se agravar e evoluir para uma forma mais agressiva. Abordamos o referido assunto por se tratar de um tema de nosso interesse, e por ser um tema bastante discutido nos dias atuais. Destacamos a importância da interação da criança, principalmente com a mãe para que assim possa ser efetiva a comunicação linguística da criança, e também buscar destacar as principais consequências da doença, caso não seja tratada de forma correta. Conclui-se que a psicologia tem muito a contribuir com a temática estudada.

Palavras chave: Depressão. Gestação. Psicologia.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve como objetivo compreender quais são as causas e consequências geradora da depressão pós-parto.

A depressão pós-parto é considerada atualmente, um problema de saúde pública, onde afeta tanto a saúde materna, quanto o desenvolvimento da criança. Ela é caracterizada por vários episódios, na qual iremos citar durante nosso trabalho, as possíveis causas e consequências da depressão pós-parto. Por se tratar de uma temática bastante presente nos dias atuais, e por ser um tema de nosso interesse pessoal, iremos abordar a depressão pós-parto e o que pode ser prejudicial para o vínculo mãe-bebê durante o processo de crescimento da criança, e aquilo que é prejudicial à mãe, ou seja, aquilo que pode comprometer o seu emocional.

De acordo com dados do Ministério da Saúde Brasil (2017), 70% das pacientes apresentam sintomas depressivos que caracterizam o blues puerperal, estado depressivo mais brando e transitório marcado por fragilidade, hiperemotividade e sentimentos de incapacidade.

De acordo com Chiattonne (2007), 10 a 16% das pacientes preenchem critérios para o diagnóstico de DPP, que merece maior atenção. Há relatos de que 50 a 90% dos casos de DPP no mundo não são sequer detectados.

Diante da gravidade deste transtorno psíquico e, observada a necessidade de adaptação que uma puérpera precisa enfrentar, faz-se válida a utilização de recursos que tentem prevenir este distúrbio. O pré-natal psicológico (PNP) é um desses recursos, cuja abordagem diferencia-se dos cursos para gestantes. Trata-se de um novo conceito em atendimento perinatal, voltado para uma maior humanização do processo gestacional, do parto e de construção da parentalidade (Arrais, Cabral, e Martins, 2012; Bortoletti, 2007).

Segundo Klaus et al (2000), existe uma associação entre DPP e problemas posteriores do desenvolvimento das crianças, incluindo transtornos de conduta, comprometimento da saúde física, ligações inseguras e episódios depressivos. Os sintomas de depressão interferem em todas as relações interpessoais,

especialmente no desenvolvimento da interação entre a mãe e seu bebê.

Tronick e Weinberg (2000) relatam que, durante a interação social, as mães com DPP expressavam mais afeto negativo e eram menos envolvidas com seus bebês do que mães que não apresentavam DPP, podendo apresentar um comportamento de retraimento ou de intrusividade na relação com seus bebês.

1.1. CONCEITO DE DEPRESSÃO PÓS PARTO

A Depressão Pós-Parto (DPP) tem sido considerada um problema de saúde pública devido à elevada prevalência, à dificuldade diagnóstica, assim como ao seu impacto no desenvolvimento da criança. O CID-10 afirma ser em até 6 semanas após o parto; o DSM-V, por sua vez, alega ser da gestação até 4 semanas após o parto.

Por outro lado, a maioria dos artigos científicos da área apresentam um prazo diferente que se estende da gestação até 1 ano após o parto. Desta forma, os manuais oficiais que norteiam a prática clínica não refletem os avanços obtidos nas pesquisas científicas publicadas na área, assim sendo, torna-se necessário que os profissionais da área considerem expandir o critério temporal do diagnóstico até um ano após o parto.

A depressão pós-parto geralmente inicia da quarta a oitava semana após o parto (por vezes mais tarde, mas ainda dentro do primeiro ano) e pode persistir por mais de um ano (Cooper & Murray, 1995; Klaus, Kennel & Klaus, 2000).

A depressão pós-parto se refere ao desenvolvimento de uma doença depressiva após o parto e pode ser parte de uma doença bipolar ou geralmente, uma doença unipolar. A depressão pós-parto não é reconhecida pelos sistemas de classificação atuais como uma doença em si, mas o início de um episódio depressivo em até 4 semanas do pós-parto pode ser registrado pelo especificador de início perinatal no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5). Há evidências sugerindo que o especificador do DSM-5 é muito limitado. Assim, no sentido geral, episódios depressivos que ocorrem em até 6-12 meses após o parto

podem ser considerados depressão pós-parto.

Meredith e Noller (2003) apontaram o fato de que mães com DPP tem estilo de apego considerado inseguro em relação às mães que não apresentam DPP, assim como veem seus filhos como mais difíceis de lidar, mais lentos, exigentes e não adaptados. Na relação das mães com seus bebês, as mães com DPP mostraram níveis de hostilidade maior na interação com psicossomáticas. Uma mãe com depressão pós-parto pode apresentar também sintomas como seus filhos, apresentando maior rejeição, negligência e agressividade quando lidam com seus filhos.

1.2. AS PRINCIPAIS CAUSAS DA DEPRESSÃO PÓS PARTO

Martinez et al., (2016), afirmam que durante o pós-parto, a condição psiquiátrica mais comum é a depressão pós-parto (DPP), um problema de saúde pública de escala mundial. E que apesar de uma proporção significativa das mães, enquanto usuárias da atenção primária de saúde (APS), apresentem para tal alto risco, ainda sim os transtornos depressivos geralmente não são detectados ou tratados, apesar da disponibilidade de tratamentos eficazes.

Este quadro manifesta-se, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto e atinge, habitualmente, sua intensidade máxima nos seis primeiros meses (Galvão et al., 2015).

Muitos fatores podem estar relacionados à DPP, como: histórico de depressão, transtorno mental, ansiedade ou problemas emocionais na gravidez, eventos estressantes, apoio social ou financeiro ausente ou insuficiente. E muitas são as consequências desse episódio, como o comprometimento da relação entre mãe e filho (Brito et al., 2015).

Para Gauthreaux et al. (2017), foram considerados estressores: ter um membro da família doente; separação ou divórcio do parceiro; falta de moradia; a entrevistada ou o cônjuge perderam o emprego; conflitos com o parceiro; cônjuge não desejava gravidez; ser incapaz de pagar as contas; estar em uma luta física; a

entrevistada ou o parceiro foram para a prisão; alguém perto da entrevistada usa drogas ou álcool ou alguém perto da entrevistada morreu.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, (2017), a depressão é a principal causa de problemas de saúde e incapacidade em todo o mundo. É um importante fator de risco para o suicídio e é considerado um transtorno mental comum, caracterizada por tristeza persistente e uma perda de interesse e incapacidade de realizar atividades que a pessoa normalmente gosta e as atividades diárias por 14 dias.

1.3. O IMPACTO DA DEPRESSÃO PÓS PARTO

Pesquisas revelam que o comportamento de mães deprimidas pode influenciar o desenvolvimento de psicopatologias em seus filhos, ou seja, a DPP pode levar à ocorrência de desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais. Identificar a doença o quanto antes se torna essencial, pois desta forma a mãe recebe o tratamento adequado para diminuir o impacto do diagnóstico. Ainda mais porque menos de 25% das puérperas acometidas têm acesso ao tratamento, e somente 50% dos casos de DPP são diagnosticados na clínica diária (Ruschi et al, 2007).

Portanto, a DPP permanece pouco diagnosticada e tratada, principalmente na Atenção Primária, pois na maioria das vezes, a detecção e a eventual orientação repousam sobre os profissionais da Atenção Primária (médico generalista, ginecologista/obstetra, pediatra, enfermeiros) e somente, em um segundo momento, e se a DPP for diagnosticada, é que a mãe e seu bebê serão encaminhados para profissionais de saúde mental. (Martinez et al, 2016).

Algumas dificuldades podem surgir principalmente quando a DPP apresenta intensidade leve e moderada, pois, muitas vezes passam despercebidos, quando merecia uma atenção redobrada.

A depressão pós-parto pode impactar na interação mãe-bebê. Muitos

pesquisadores contribuíram para a investigação do papel da depressão pós-parto na interação mãe- bebê. Por exemplo, Spitz (1979), ao tratar da relação entre depressão pós-parto e coprofagia, assinalou que a “perda” da mãe que entra em depressão não é uma perda física, como quando a mãe morre ou desaparece. Segundo o autor, trata-se de uma perda emocional, na medida em que a mãe, ao mudar sua atitude emocional, altera os signos que a identificavam como um “objeto bom” para a criança. Para o autor, mesmo que a mãe se mantenha fisicamente como era, o objeto afetivamente investido pelo bebê está perdido com a depressão, na medida em que a mãe se mostra emocionalmente mais distante. Tal perda, segundo Spitz, só pode ser vivenciada sob forma semelhante no primeiro ano de vida, sendo específica desse período.

O caráter natural da depressão experimentada por algumas mães durante o período inicial de recuperação após o parto foi ressaltado por Brazelton (1988). Essa depressão materna, segundo o autor, apresenta um lado positivo: a hipersensibilidade da mãe contribui para que ela procure meios de compreender seu bebê. Como se fosse um consolo para seus sentimentos de desorganização, a mãe busca um comportamento organizado no seu bebê.

Brazelton ressaltou ainda que a depressão pode também ser útil no sentido de auxiliar a mãe a se afastar do seu antigo mundo, com o que ganha tempo para desenvolver sensibilidade e responsividade com seu bebê. Contudo, Brazelton e Cramer (1992) salientaram que a depressão materna no período pós-parto também se constitui em um dos mais freqüentes fatores que afetam a contingência da interação mãe-bebê. Os autores mostraram que até mesmo as formas mais brandas de depressão da mãe podem afetar o bebê, na medida em que ele perceberia as mínimas deficiências na contingência no comportamento materno.

Ao situar a interação com a mãe como o caminho pelo qual a maioria das influências do mundo chega ao bebê, Stern (1997) também concebeu a psicopatologia infantil em termos de problemas que ocorrem na interação mãe-bebê. Para o autor, influências patogênicas poderiam estar associadas a fatores sociais, econômicos e culturais, mas só teriam um impacto sobre o bebê na medida em que influenciassem a díade mãe- bebê. Portanto, fatores externos que poderiam afetar a saúde mental posterior da criança teriam significado apenas

quando traduzidos na linguagem interativa.

Mazet e Stoleru (1990) também caracterizaram as psicopatologias que envolvem recém-nascidos como sendo perturbações interativas, na medida em que os transtornos do bebê não se encontram organizados em uma estrutura psicopatológica clara, mas tendem a ser construídos na relação mãe-bebê. Sendo assim, afirmaram que a etiologia das perturbações pode estar ligada a fatores próprios da criança, à patologia prévia dos pais, ou a uma combinação de ambos.

Da mesma forma, ao defenderem uma abordagem interdisciplinar das perturbações apresentadas pelo bebê, Brazelton e Cramer (1992) afirmaram que a psicopatologia do bebê se relaciona à psicopatologia da interação, devendo ser considerados igualmente na investigação dos sintomas o que se mostra observável e o cenário fantasmático por trás da manifestação da desordem.

2. DISCUSSÃO

A gestação é um momento de mudanças fisiológicas, sociais, familiares e psicológicas, podendo também ser um período em que se observa um aumento de sintomatologia ou de desenvolvimento após o nascimento do bebê. A depressão pós-parto não é determinada somente por fatores isolados, há uma combinação de fatores psicológicos, sociais e biológicos.

As manifestações iniciais da depressão pós-parto ocorrem nas primeiras quatro semanas após a realização do parto, tendo uma alta intensidade dos sintomas nos seis primeiros meses. Alguns autores citam os sintomas mais comuns, que são o desânimo persistente, sentimento de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas

Os sintomas de depressão pós-parto incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, alterações alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações e queixas psicossomáticas. Uma mãe com depressão

pós- parto pode apresentar também sintomas como cefaleia, dores nas costas, erupções vaginais e dor abdominal, sem causa orgânica aparente (Klaus e col., 2000).

Reading e Reynolds (2001) relacionaram os riscos para a depressão materna em três categorias: a primeira refere-se à qualidade dos relacionamentos interpessoais da mãe, particularmente com seu parceiro; a segunda relaciona-se à gravidez e ao parto e à ocorrência de eventos de vida estressantes; e a terceira refere-se a adversidadessocioeconômicas.

Meredith e Noller (2003) apontaram o fato de que mães com depressão pós-parto tem estilo de apego considerado inseguro em relação as mães que não apresentam depressão pós-parto, assim como veem 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 possuem níveis de hostilidade maior na interação com seus filhos, apresentando maior rejeição, negligência e agressividade quando lidam com seus filhos.

Quanto aos fatores envolvidos em relação ao tipo de apego e depressão pós-parto, Meredith e Noller (2003) evidenciaram cinco fatores de risco significativos para depressão pós-parto: 1) história prévia de depressão na mãe; 2) gravidez não planejada; 3) primeira gestação; 4) atitude negativa do pai em relação a gravidez; 5) estado de saúde da criança.

Acredita-se que a depressão pós-parto causa danos na relação familiar, inclusive mãe/filho e faz-se necessário os cuidados da psicologia para as mulheres que foram acometidas.

3. CONCLUSÃO

Concluimos que a depressão pós-parto é um fator que dificulta o estabelecimento de vínculo afetivo favorável entre mãe e filho o que acaba interferindo na qualidade dos laços emocionais futuros. É de extrema importância de que durante a gravidez investigue as vivências da mulher, saber como ela está se sentindo e se há algum

tipode apoio social.

Vale ressaltar a importância dos profissionais de saúde no reconhecimento de fatores que possam desencadear uma depressão pós-parto, diagnosticando e encaminhando as famílias para atendimento psicológico. Por fim, acreditamos que este trabalho servirá como base para futuras pesquisas acerca do assunto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006.

BRUGGEMANN, O. M et al. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro**, 2005 set/out;v. 21, n.5; 1316-1327.

CRAMER, B. E PALÁCIO-ESPADA, F. **Técnicas psicoterápicas mãe-bebê**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1993.

CEARÁ, SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO. **Manual de normas para saúde da criança na atenção primária**. Secretariada Saúde do Ceará. Fortaleza: SESA, 2002.

COUTINHO, D. S., BAPTISTA, M. N. & MORAES, P. R. (2002). Depressão pós-parto: prevalência e correlação com o suporte social. **Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, 10(2),63-71.

ESPER LH, FURTADO E.F. Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. **SMAD Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. 2010;6 NEsp:368-86.

FALCONE VM, MADER CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nobrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. ago.2005;39(4):612-8

FRANCIELLE CF, JANE TDC. Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. **Revista Panorâmica On-Line**. Barra do Garças-MT. jul. 2013;14:15-34.

FELIX GMA, GOMES APR, FRANÇA PS. Depressão no ciclo gravídico-puerperal.

Comun. Ciênc. Saúde. 2008;19(1):51-60

LACERDA, A. L. T. et al. Depressão: do neurônio ao funcionamento social. *In:* **Cap. 5: Depressão Durante a Gravidez e a Lactação**, p. 75. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MARSHALL, H. Klaus; J. H., Kennel. **Pais/ Bebê:** a formação do apego, Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

NÓBREGA, S. M.; FONTES, E. P. G.; PAULA, F. M. S. M. **Do amor e da dor:** representações sociais sobre o amor e o sofrimento psíquico. Estudos de Psicologia, Campinas. 22, n. 1, p. 77-87, 2005.

NUNES SAN ET AL. **Interações sociais precoces:** uma análise das mudanças nas funções parentais. Rev. Bras. Crescimento e Desenvolvimento. Hum. 2007 dez; v.17,n.3; p.160-171.

RÉGIS. DEBRAY. **Bebês/ Mães em revolta:** tratamentos psicanalíticos conjuntos dos de equilíbrios psicossomáticos precoces, Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez:** do parto e do puerpério. Porto Alegre, ArtesMédicas, 1980.

SZEJER. M. **Palavras para nascer:** a escuta psicanalítica na maternidade, São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 3, p. 403-411, 2003.