

**INSTITUTO ENSINAR BRASIL  
FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI**

**LUANA MELO DA CUNHA**

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO: E SUAS IMPLICAÇÕES NA RELAÇÃO MÃE BEBÊ E  
NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

**TEÓFILO OTONI  
2017**



**LUANA MELO DA CUNHA**  
**FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI**

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO: E SUAS IMPLICAÇÕES NA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ E  
NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de Psicologia  
das Faculdades Unificadas de Teófilo  
Otoni, como requisito parcial para à  
obtenção do título de Bacharel em  
psicologia.**

**Área de concentração: Psicopatologia**

**Orientador: Prof. Wallasce Almeida  
Neves**

**TEÓFILO OTONI**  
**2017**





## **FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI**

### **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: **DEPRESSÃO PÓS-PARTO: E SUAS IMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL** elaborado pelo aluna **LUANA MELO DA CUNHA** foi aprovado por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo curso de Psicologia das Faculdades Unificadas Teófilo Otoni, como requisito parcial da obtenção do título de:

### **BACHAREL EM PSICOLOGIA**

Teófilo Otoni, 24 de novembro de 2017

---

Prof. Orientador

---

Prof. Examinador

---

Prof. Examinador



*Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, que iluminou todo o meu caminho durante esta caminhada e não me deixou desistir, meu guia, socorro presente na hora da angústia, ao meu namorado e aos meus familiares.*



## **AGRADECIMENTOS**

Antes de tudo, quero agradecer a Deus, por ter permitido que eu chegasse até aqui.

Aos meus pais que me acompanharam nesse percurso.

Ao meu professor e orientador Wallasce Almeida , pela sua grande contribuição na orientação desse trabalho.

A todos os meus Professores pelas suas inestimáveis contribuições no decorrer do curso e pelos conhecimentos transmitidos.

As colegas de sala que tanto influenciou positivamente em minha vida durante o tempo em que convivemos juntas, e a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade. Meu muito obrigada!



*“Confie no Senhor de todo o seu coração e não se apóie em seu entendimento; reconheça o Senhor em todos os seus caminhos, e ele endireitará as suas veredas.”*

*(Provérbios 3:5-6)*



## RESUMO

A Depressão pós-parto é um transtorno de humor que ocorre na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto e pode permanecer durante dois anos, ela pode comprometer no funcionamento emocional e social da mulher e interferir no desenvolvimento do bebê. É um transtorno que vem aumentando significativamente, é considerado grave por estar associada não só a fatores obstétricos, mas também a fatores biológicos, sociais e psicológicos e sendo assim é difícil de ser tratado e diagnosticado. Se depressão pós-parto for identificada precocemente e tratada adequadamente, ou seja se o quadro depressivo não chegar a prejudicar os contatos iniciais entre mãe-bebê, e a mãe estabelecer com seu bebê uma relação de afeto, cuidado e carinho, sabendo responder as demandas e necessidades dele adequadamente, o desenvolvimento do bebê vai se dar de forma adequada, ou seja, a criança nem sempre é afetada. Com o tratamento a intensidade dos sintomas diminui aliviando assim o sofrimento da mãe, prevenindo as conseqüências relacionadas a doença. O diagnóstico e tratamento da Depressão pós-parto não é fácil visto a variedade de fatores que estão relacionados a ela, mas com ajuda de profissionais (competentes)- que conheçam sobre a depressão pós-parto, e considerando as varias formas de tratamento, se a doença for identificada precocemente pode se evitar suas conseqüências, diminuído o sofrimento da mãe e garantindo que o bebê não seja negativamente afetado. Este estudo tem como objetivo descrever como ocorre o quadro da depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. O método adotado foi de revisão da literatura e a busca foi realizada nas bases SciELO, Google Acadêmico e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. Foram selecionados 29 artigos, publicados de 2005 até à 2016, na língua portuguesa.

**Palavras- chave:** Depressão Pós- parto. Puerpério. Interação Mãe-bebê”.

## **Abstract**

Postpartum depression is a mood disorder that occurs in the majority of cases, from the first four weeks after giving birth and can stay for two years, it can compromise a woman's emotional and social functioning and interfere with the baby's development. It is a disorder that has been increasing significantly, is considered serious because it is associated not only with obstetric factors, but also with biological, social and psychological factors and being thus difficult to be treated and diagnosed. If postpartum depression is identified early and adequately treated, that is, if the depressive picture does not harm the initial contacts between mother and baby, and the mother establishes a relationship of affection, care and affection with her baby, knowing how to respond to the demands and needs it properly, the development of the baby will be given appropriately, that is, the child is not always affected. With the treatment the intensity of the symptoms diminishes thus relieving the suffering of the mother, preventing the consequences related to illness. The diagnosis and treatment of Postpartum Depression is not easy considering the variety of factors that are related to it, but with the help of (competent) professionals - who know about postpartum depression, and considering the various forms of treatment, if the disease is identified early can avoid its consequences, diminished the suffering of the mother and ensuring that the baby is not negatively affected. This study aims to describe how the postpartum depression picture and its implications on child development occur. The method adopted was a review of the literature and the search was carried out at the SciELO, Google Academic and Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations databases. We selected 29 articles, published from 2005 to 2016, in the Portuguese language.

**Keywords:** Depression Postpartum. Puerperium. Mother-infant interaction ."



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2 REFERENCIAL TEORICO .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Conceitos e sintomas da depressão pós-parto .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 Depressão pós-parto e os fatores associados a sua ocorrência .....</b>	<b>23</b>
<b>2.3 A relação mãe bebê .....</b>	<b>26</b>
<b>2.4 As consequências da depressão pós-parto na relação mãe-bebê e no desenvolvimento da criança .....</b>	<b>28</b>
<b>2.5. A importância do diagnóstico e tratamento precoce e as possíveis intervenções do psicólogo .....</b>	<b>33</b>
<b>2.6 Outros transtornos que acometem as mulheres no período pós-parto..</b>	<b>37</b>
<b>7 METODOLOGIA E PROCEDIMENTO TÉCNICOS DA PESQUISA .....</b>	<b>39</b>
<b>7.1 Classificação quanto aos fins .....</b>	<b>39</b>
<b>7.2 Classificação quanto aos meios.....</b>	<b>39</b>
<b>7.3 Tratamento de dados.....</b>	<b>40</b>
<b>8 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>41</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>47</b>





## 1 INTRODUÇÃO

O período Pós-Parto é marcado por diversas alterações físicas, psicológicas, biológicas e sociais sendo, por esse motivo é um período muito importante na vida da mulher. Trata-se de um período que pode necessitar da ajuda e do acompanhamento da família e de profissionais responsáveis pela saúde física e psicológica tanto da mãe quanto do bebê, pois é comum a ocorrência de alguns transtornos mentais nesse período, dentre eles a Depressão Pós- Parto. A DPP é uma psicopatologia que ocorre na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto e pode permanecer durante dois anos. Ela é caracterizada por sintomas como: redução do interesse sexual, ideação suicida, podendo ocorrer também em alguns casos a ocorrência de tristeza duradoura, perda do prazer, choro fácil, abatimento, alterações do apetite, distúrbio do sono, fadiga, irritabilidade, hipocondria e dificuldade de concentração e memorização, etc. A ocorrência da depressão pós-parto esta associada à fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos, sendo assim ela é considerado uma psicopatologia multicausal.

A depressão pós-parto não prejudica só a mãe, ela também pode afetar o desenvolvimento psicológico do bebê, deixando sequelas que podem perdurar até a vida adulta. A criança que tem uma mãe depressiva pode desenvolver problemas emocionais e de comportamento, entre outros. E por afetar não só a mãe, como também o desenvolvimento do bebê e por ainda haver pessoas pouco esclarecidas sobre essa doença, principalmente nas comunidades mais humildes, é que passa a ser fundamental que sejam realizadas pesquisas sobre esse tema. Importante também que se divulgue via reuniões nas comunidades, para esclarecer sobre o assunto e para compreender sua gravidade, sendo que conhecendo sobre a DPP as gestantes se cuidariam mais, prevenindo assim sua ocorrência.

A DPP trata-se de um tema importante para a Psicologia, por se tratar de uma patologia e haja vista a forma como as mulheres são demandadas, o pouco tempo que conseguem dispensar aos filhos por conta das demandas do trabalho (altos níveis de exigência), a falta de apoio do companheiro – (comum em muitos casos), passando por casos de violência doméstica, crises financeiras na família,

gravidez na adolescência, a lista de fatores é enorme. Nesse sentido o presente trabalho buscou investigar quais os impactos sobre o comportamento da mãe e na sua relação com o bebê quando ela se torna vítima do quadro de depressão pós-parto. O objetivo geral dessa pesquisa foi compreender a depressão pós-parto e quais as suas implicações na relação mãe-bebê; tendo como objetivos específicos: Identificar quais os fatores estão associados à ocorrência da Depressão Pós-Parto; e discutir como o quadro de sintomas na depressão pós-parto pode afetar a relação da mãe com o bebe; Discutir a importância do diagnóstico e do tratamento precoce e as Possíveis intervenções do psicólogo.

Considerando que a DPP é relativamente pouco divulgada, se faz importante conhecer e estudar sobre tal. É também de grande importância para Psicologia falar sobre a DPP por se tratar de um sofrimento psíquico que pode ser evitado ou controlado se houver um acompanhamento de um profissional psicólogo durante e após a gestação.

Este trabalho é organizado nos moldes de uma pesquisa bibliográfica por ser feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas; (FONSECA, 2002, p. 32); (Gerhard & Silveira, 2009, p. 37). Sendo de cunho qualitativo porque não se preocupou com a representatividade numérica. (GERHARD & SILVEIRA, 2009, p.31). Uma pesquisa “aplicada porque buscou-se gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos envolve interesses locais”.(GERHARD E SILVEIRA, 2009,p. 31).

Quanto aos objetivos deve ser classificada como pesquisa descritiva que exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade, que segundo Gerhard & Silveira (2009, apud Triviños, 1987).

A pesquisa teórica foi realizada a partir da análise de periódicos escritos e eletrônicos, que discutem assuntos referentes à depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. A pesquisa bibliográfica acompanhou todo percurso, do desenvolvimento a conclusão do trabalho monográfico. Foram utilizados referências teóricas por meio de artigos científicos, livros, periódicos, localizados em sites especializados como Google Acadêmico e Scielo dentre outros sites.

## 2 REFERENCIAL TEORICO

### 2.1 Conceitos e sintomas da depressão pós-parto

Segundo GOMES (2014, apud LANDIM;VELOSO;AZEVEDO),a depressão não é um sinal de fraqueza, ou falta de pensamentos positivos ou uma condição que se supera apenas pela força de vontade ou com esforço. Ela é uma patologia que compromete o físico, o humor e, em consequência o pensamento.

Primeiramente se faz necessário conceituar parcialmente a temática, segundo LUCA ( 2005):

A depressão pós-parto é classificada pelos médicos como uma subcategoria da depressão. Comumente, a depressão é desencadeada por algum acontecimento traumático ou uma mudança na vida do indivíduo. O nascimento de um filho acarreta inúmeras mudanças na vida de uma mulher, viabilizando o risco de ocorrência da depressão. Um dos principais sintomas é a tristeza materna, e em algumas mulheres, o transtorno persiste evoluindo para casos mais graves de depressão pós-parto.

De acordo com SOUZA (2010), A DPP se inicia em algum momento durante o primeiro ano após o parto, ocorrendo com mais frequência entre a quarta e oitava semana e atinge cerca de 10 a 15 por cento das mulheres no pós-parto. Sendo que é considerada como um problema de saúde pública e apesar de sua alta prevalência e pouco detectada e estudada, por tanto se faz necessário a busca por estratégias de prevenção e tratamento.

De acordo com SANTOS JUNIOR; SILVEIRA; GUALDA (2009):

Dentre os transtornos depressivos sofridos pelas mulheres no período pós-parto, está a depressão pós-parto (DPP), definida como transtorno do humor que se inicia, normalmente, nas primeiras quatro semanas após o parto, alcançando sua intensidade máxima nos seis primeiros meses, podendo ser de intensidade leve e transitória ou agravar-se até uma neurose ou desordem psicótica.

Quando há uma diminuição significativa da expectativa da mãe em relação ao bebê, em relação à ela própria como mãe e a sua vida depois da chegada do bebê,ou seja quando a 'imagem idílica' desaparece, a DPP pode se tornar mais grave ,pois ela tem a sensação de que 'não era isso que ela

esperava', se sentindo desapontada e desanimada e acha que não é capaz de lidar com que está por vir. (MALDONADO apud, CAVADOS (2013)).

Uma afirmativa que podemos considerar importante é o fato de abordarmos a temática como uma patologia, ou melhor, psicopatologia, e com um nível de comprometimento da totalidade do organismo, não apenas de vontade ou da autoestima ou do humor, mas da totalidade. A depressão pode se manifestar de várias formas, já foi dito, comprometendo parcial ou totalmente aspectos do interesse e nesse momento é uma situação que impacta diretamente a relação mãe/criança, ou ainda constatando-se outros aspectos gerais de comprometimento de todos os tipos. Por exemplo, comprometimento do ânimo, inclusive para as atividades que geram prazer, e nesse caso o cuidado com o neonato. (GOMES et al., 2010,p.3).

Não é incomum uma visão simplista, em muitos casos tem-se visto a depressão sendo entendida como uma tristeza pontual e momentânea, como também uma percepção falsa de que a depressão não é passível de intervenção médica terapêutica e medicamentosa, e ainda, que o tratamento medicamentoso pode comprometer o comportamento da paciente, causando inclusive dependência. São comuns as falas que contam como dor e sofrimento apenas a dor física, essa uma das questões que impedem o avanço do diagnóstico, ou até antes disso, a busca por ajuda por parte da paciente; o ferimento que produz sofrimento, essa dor deve ter uma causa visível, - visível até pelo conjunto das pessoas ao redor, só é digno de ser descrito, diagnosticado e tratado, se considerado apenas que está exposto, à mostra.

O próprio ânimo, como algo que vem da "alma", é afetado, o ânimo como uma expressão da própria percepção internalizada que surge da expressão de si mesmo, nesse caso não precisa de condições externas necessárias para existir, também a depressão é por vezes definida como uma doença da "alma" pela forma tão profunda como afeta o psiquismo do sujeito e o paralisa, não a alma no sentido da religião, mais alma como elemento próprio da existência, como condição única que pode e deve transcender uma leitura e análise puramente materialista da vida e da existência. A vontade como volição – como volição imanente, que nos proporciona a possibilidade do ato imperativo, o ato que se sobrepõe, que se manifesta como próprio da alma – da manifestação internalizada. No caso da depressão esse ato não se sustenta e logo é quebrada

por essa força maior que é a própria condição apresentada na patologia. (GOMES et al., 2010).

Segundo RIBEIRO E ANDRADE ( 2009, pág.3 apud LANDIM; VELOSO; AZEVEDO), a depressão se apresenta como manifestação patológica que altera por completo o perfil social, no caso de pessoas que apresentam traços de personalidade mais introspectiva vão ter esses traços ainda mais acentuados, e nesse caso os comportamentos se apresentam tendo como sintomas o retraimento social e o pouco contato. Também afeta o jeito de ser e a maneira como vê a vida e o mundo ao seu redor, formando um ciclo que aumenta essa sensação de isolamento e de avaliação negativa da própria figura e não é incomum os depoimentos em que os sujeitos apresentam o mundo como cinza e despido de estímulo. Importante ressaltar que temos duas situações, ou reagimos aos estímulos ou somos animados por essa condição interna, definida anteriormente como 'alma', perdida essas duas condições o sujeito se encontra em uma condição de indefinição acerca de si mesmo, não conseguindo nem mesmo valorizar seus comportamentos ou a importância deles. Essa situação ainda pode ser associada a um conjunto de vários sintomas como: “a ocorrência de tristeza duradoura, perda do prazer, choro fácil, abatimento, alterações do apetite, distúrbio do sono, fadiga, irritabilidade, hipocondria, dificuldade de concentração e memorização, redução do interesse sexual e ideação suicida”,

Esse conjunto de comportamentos – sintomas ocorrem de forma geral nos casos de depressão não importando a faixa etária, sexo, nível de renda, ou outra categorização. Esse quadro está presente de forma geral ocorrendo também em casos de gravidez na adolescência, e essa é uma situação que nos dias de hoje vem aumentando o número de casos. Também devemos considerar inicialmente como um fator – gravidez na adolescência, um fator importante para o desencadeamento da depressão pós-parto. Considerando que há poucos recursos psicológicos de que dispõe uma adolescente em razão da responsabilidade de ser mãe, existe nesse caso uma sobrecarga, considerando que a adolescente não deixa de superar a condição psicológica para se transformar em uma pessoa capaz de responder integralmente pela vida de outro ser humano, com todas as demandas que a condição envolve. Essa é uma das condições, não a única necessidade ou a mais importante, devemos

também salientar que esse histórico de baixa autoestima, desvalorização pessoal e social também são fatores agravantes.

Nos últimos 20 anos, tem havido um crescente reconhecimento de que, para algumas mulheres, a gravidez pode ser sobrecarregada por muitos transtornos do humor, haja vista a quantidade de alterações que acontecem no corpo da mulher nesse período, em particular pela ocorrência da depressão. Essas alterações podem ser de ordem fisiológica e/ou psicológica, devemos considerar, por exemplo, o fato das jornadas ampliadas de trabalho e a condição de algumas mulheres ao terem filhos nos extremos da idade, ou seja, na adolescência ou em idade mais avançadas depois dos 40 anos, essas duas situações são geradoras de pressão psicológicas e físicas sobre o corpo. Esse reconhecimento segue no sentido contrário ao de uma crença popular amplamente difundida de que a gravidez é um período de alegria para as mulheres, nesse sentido a observação de que cada caso se desenvolve com pontos positivos e negativos, é importante que uma situação tão complexa como a gravidez nunca pode ser vista apenas sob um ângulo, como por exemplo, de alegria plena, esse período também pode ser cercada de dúvidas quanto à saúde do bebê e quais as expectativas quanto ao futuro. Os pesquisadores também reconheceram que os transtornos do humor durante a gravidez também colocam as mulheres em risco de terem depressão pós-parto (DPP). (ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005).

A expectativa da gravidez, planejada ou não, tem um impacto significativo sobre o psiquismo da mulher, é um período cercado de incertezas:

O nascimento de um bebê, principalmente em se tratando do primeiro filho, tem sido considerado por diversos autores como um evento propício ao surgimento de problemas emocionais nos pais, como depressões, psicoses pós-parto e manifestações psicossomáticas (KLAUS et al., 2000; MALDONADO, 1990; SZEJER & STEWART, 1997, P. 404 apud SCHWENGBER; PICCININI)

Como dito acima, a condição de fragilidade psicológica e física em que se encontra a mulher durante o período de gestação ou pós-parto, não a torna apenas vulnerável a ocorrência de casos de depressão pós-parto como também de outros transtornos psicológicos, uma primeira conclusão que podemos chegar

é de que esse é um período importante para o casal, e a mulher deve ser acompanhada muito de perto.

Também é importante ressaltar que esse período, pela própria importância que tem para a mulher e para a família e amigos produz um misto de alegria, insegurança, medo, angústia e outros sentimentos, o que não caracteriza um quadro de depressão, para tanto temos um conjunto de sintomas indicativos, citados abaixo:

Os sintomas incluem irritabilidade, mudanças bruscas de humor, indisposição, doenças psicossomáticas, tristeza profunda, desinteresse pelas atividades do dia-a-dia, sensação de incapacidade de cuidar do bebê e desinteresse por ele, chegando ao extremo de pensamento suicidas e homicidas em relação ao bebê.(IACONELLI,2005)

O que se observa atualmente é que “ainda há muita falta de informação e preconceito em relação aos sintomas e às causas da DPP. Termos pejorativos como rejeição materna e mães negligentes que acabam afastando essas mulheres de um possível tratamento” (STEWART, 2004. P. 19 apud SALOMÃO ,2008).

## **2.2.Depressão pós-parto e os fatores associados a sua ocorrência**

A ocorrência da depressão pós-parto também não pode ser considerada apenas uma manifestação psicopatológica exclusiva de um grupo de mulheres que esta propensa a manifestá-la, como já citado, para além dos fatores físicos e emocionais próprios da condição da mulher outros fatores devem ser considerados. Como esse é um período que se estende para aquém e além dos nove meses de gestação da criança deve-se considerar que o próprio tempo é relativamente longo, e nesse período a ocorrência de fatos externos à gestação podem ter algum impacto sobre a mulher. Podem ocorrer perdas, que pela amplitude desestabilize a vida da mulher nessa etapa.

Sua etiologia é multifatorial e inclui fatores biológicos, psicológicos e sociais, podendo ocorrer até um ano após o parto.

Os fatores de risco associados à DPP incluem gestação não planejada, pouca idade materna, baixo nível socioeconômico, grande número de filhos, o fato de a mãe não estar casada, relacionamento conjugal prejudicado, ajuda insatisfatória nos cuidados com a criança, desemprego, baixo peso ao nascer, alimentação do recém-nascido direto da mamadeira e doenças psiquiátricas anteriores ou durante a gestação. (GUEDES et AL. 2011,152).

De acordo com a literatura, há poucas evidências de que a presença da depressão pós-parto esteja associada apenas a mecanismos biológicos, como, por exemplo, a uma diminuição nos níveis hormonais, o que a explicaria como resultado de alterações metabólicas (CARNES, pag. 404 Apud Schwengber; Piccinini, 2003).

Essa é uma importante conclusão, haja que evidencia a necessidade de se perceber o quadro da depressão pós-parto em sua totalidade, nesse caso os fatores endógenos e exógenos à gestação estão sempre presentes. Sabe-se que existe uma alteração significativa dos níveis de hormônios. Um exemplo é o hormônio produzido pelo ovário logo após a concepção, a gonadotrofina coriônica, associado à progesterona, o beta-HCG tem um papel importante na manutenção da gravidez durante o primeiro trimestre. Deve considerar que esses hormônios também tem um impacto parcial ou total no funcionamento do cérebro e, por conseguinte impactam o comportamento e/ou funcionamento psíquico em algum momento.

No primeiro trimestre da gestação, a placenta ainda está em formação e o que mantém o metabolismo da gravidez é a progesterona, produzida pelo ovário em altas doses. Após esses três meses, a placenta assume o controle. A taxa de progesterona varia de mulher para mulher e de gravidez para gravidez. Nesse sentido, alguns autores têm enfatizado que uma combinação de fatores, o que reforça a ideia de uma psicopatologia multicausal e, por conseguinte de maior complexidade para ser diagnosticada, e principalmente tratada, já que envolve fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos que pode significar risco para a depressão pós-parto, importante ressaltar que um transtorno de

multicausalidade reforça a necessidade de criarmos protocolos cada vez mais criteriosos.

Uma situação importante que devemos considerar hoje, dentro desse escopo da complexidade da depressão pós-parto são as péssimas condições de atendimento oferecidas pela rede pública de saúde, por exemplo. Em tese esse não seria um fator de interferência caso não houvesse essa amplitude de visão necessária acerca do problema da DPP. (COOPER & MURRAY, 1995; READING & REYNOLDS, 2001 apud SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Alguns fatores ambientais e/ou sociais tais como menor escolaridade e baixo nível socioeconômico são os fatores mais comumente associados com DPP, haja vista que a DPP também está relacionada a conjunto de expectativas e a forma como a mulher consegue lidar com cada uma delas impacta direta ou indiretamente a sua condição naquele momento da gestação. Uma situação que se pode associar é de que os menores níveis socioeconômicos estão relacionados à falta de recursos econômicos e isso impacta diretamente na sobrevivência da mãe como da criança.

Já entre os fatores psicossociais que mais apresentam associação aparecem o baixo suporte social, história de doença psiquiátrica, tristeza pós-parto, depressão pré-natal, baixa autoestima, ansiedade pré-natal, stress na vida, gravidez não planejada, tentativa de interromper a gravidez, transtorno disfórico pré-menstrual e sentimentos negativos em relação à criança, dentre esses fatores existe uma convergência com a própria história de vida da mulher e o registro que foi construído de um dos momentos da sua vida. (MORAES, et al. 2006).

Em se tratando dos fatores associados a ocorrência da depressão pós-parto também devem ser consideradas:

Variáveis biológicas, demográficas e psicossociais, como idade, paridade, estado conjugal, nível educacional, relação marital ou ainda psíquicas, como história de psicopatologia, distúrbio psicológico durante a gestação, como planejamento da gravidez, complicações obstétricas ou experiência de parto, constituem alguns dos fatores de risco para o aparecimento do transtorno. (TOSTES et AL.2011).

### 2.3 A relação mãe-bebê

WINNICOTT (apud LUCA, 2005), considera que nos últimos meses de gestação a mulher se prepara para a “ádua tarefa” de ser mãe, essa não é uma preparação que ocorre sem um investimento afetivo real, e estando a mulher fragilizada por quaisquer os fatores já apontados, essa “ádua tarefa” se torna muito mais difícil. O autor refere-se a esse estado como “preocupação materna primária” (p. 30) e a respeito do tema destaca:

Neste estado, as mães se tornam capazes de colocar-se no lugar do bebê, por assim dizer. Isto significa que elas desenvolvem uma capacidade surpreendente de identificação com o bebê, o que lhes possibilita ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido, de forma que nenhuma máquina pode imitar, e que não pode ser ensinada (LUCA, 2005)

WINNICOTT (apud FERNANDES; COTRIN, 2013 p. 23), nomeou de “suficientemente boa” a mãe que tem a capacidade de criar uma empatia com as necessidades primárias do bebê e satisfazê-las adequadamente. Nesse caso, não podemos considerar o papel de mãe como apenas uma condição intuitiva ou como alguém que age segundo uma demanda, o bebê não consegue se expressar, ou melhor, ele é bastante limitado em fazer entender as suas necessidades, daí é necessário que se crie essa empatia, quando cada gesto ou expressão, ou som passam a ter significados específicos, até mesmo após os meses iniciais essa presença, com uma atitude empática se faz necessária. Essa seria uma função indispensável para a saúde física, psíquica e de integridade, no desenvolvimento infantil, e é de suma importância para que o desenvolvimento mental do bebê possa se dar de forma adequada.

De acordo com CARLESSO; SOUZA (2011):

O processo comunicativo precoce da mãe-bebê tem papel decisivo na formação vincular da díade, pois é um intercâmbio não somente de informações que guiam à aquisição da linguagem verbal, mas também dos sinais afetivos. A interação natural e espontânea com a figura materna é fundamental neste processo, pois através da fala, do toque e os cuidados corporais, a mãe conduz o bebê a emitir progressivamente suas primeiras expressões comunicativas no diálogo.

De acordo com MALDONADO, NAHOUM E DICKSTEIN (apud Luca, 2005), é através da voz da mãe, de seu calor, seu cheiro, sua respiração e também das batidas de seu coração que o bebê se comunica com sua mãe e a reconhece. O ninar o bebê também é uma forma de comunicação entre mãe e filho. É também a partir dos sinais que o bebê transmite que a mãe percebe suas necessidades. Muitas mães conseguem identificar as necessidades de seus bebês através do choro.

A comunicação entre a mãe e o bebê, também são de imensa relevância para o desenvolvimento dos laços afetivos. Porém, segundo MALDONADO, NAHOUM E DICKSTEIN (1987 apud LUCA, 2005) ao nascer, o bebê ainda é desconhecido para os pais. E eles possuem dificuldade em decifrar seus códigos de comunicação, e nesse caso é difícil, principalmente para os pais ditos de “primeira viagem”, mas essa tarefa de ‘decifração’ faz parte da construção do laço e da forma única em que a relação vai sendo construída entre mãe e bebê, essa necessidade de decifrar atitudes e comportamento e o fato de lidar com esse ‘pequeno desconhecido’ que é o bebê, torna o primeiro mês, um período de intensa ansiedade, mas com o desenvolver da criança aos poucos essa ansiedade diminui.

BOWLBY (apud Fernandes; Cotrin 2013, p.24), destaca que é essencial para a saúde mental do bebê:

A criança pequena deve vivenciar um relacionamento afetivo, íntimo e contínuo com sua mãe, ou cuidador, em que ambos encontrem satisfação e prazer. A base do desenvolvimento da personalidade e saúde mental, nos primeiros anos de vida, está nessa relação complexa, rica e compensadora que se estabelece com a mãe, enriquecida, de inúmeras maneiras, pelas relações estabelecidas com o pai e demais familiares envolvidos.

A criança precisa sentir que é para sua mãe um objeto de prazer e de orgulho não se reduzindo apenas a uma condição necessária de cuidado e de dependência, as situações que envolvam cuidados também devem ser cercados de afeto, assim como existe uma necessidade da mãe em sentir no filho uma extensão de si mesma, na personalidade de seu filho, uma expansão de sua própria personalidade, essas identificações são mínimas e depois passam a ser percebidas de forma mais constante na medida em que o relacionamento se

intensifica e passa a haver um investimento afetivo maior na relação, principalmente por parte da mãe; sendo assim, ambos necessitam sentir-se profundamente identificados um com o outro e essa identificação passa por um conjunto de atitudes que a mãe deve estar disposta e disponível para empreender, no caso da ocorrência da DPP essa relação se compromete profundamente e a interação entre mãe e bebê quase não acontece ou não acontece. (BOWLBY apud FERNANDES; COTRIN (2013, p.24)

#### **2.4 . As consequências da depressão pós-parto na relação mãe-bebê e no desenvolvimento da criança**

Temos que todo o quadro apresentado até aqui reforça os indicadores que nos leva a acreditar que vai haver algum tipo de alteração na relação da mãe com o recém-nascido, os indicadores não são uma sentença, mas apresentam um conjunto de dados que já permite uma avaliação suficiente do quadro para que se possa tomar algum tipo de atitude, haja vista que a interação entre a mãe e o recém-nascido, principalmente no primeiro ano, envolve uma prática integral de cuidado e atenção. Essa ideia de “uma prática integral” exige muito da mãe, tanto de seus atributos físicos como psicológicos. Uma drástica mudança nas rotinas e o necessário cuidado em tempo integral e atenção ao bebê.

De acordo com BECK AND DRISCOLL( apud SALOMÃO, 2008. P37)

As evidências indicando que a DPP afeta negativamente a interação mãe-bebê têm se acumulado na literatura. Já que a mãe frequentemente constitui o principal ambiente social durante os primeiros meses de desenvolvimento da criança, esses achados constituem particular preocupação. Os bebês são extremamente sensíveis à qualidade de seu meio interpessoal.

Dentre os fatores que contribuem com o processo interativo tanto de uma expectativa positiva quanto negativa, o papel exercido pela depressão pós-parto tem sido abordado por inúmeras investigações nas últimas décadas, haja vista os inúmeros fatores envolvidos na sua ocorrência e o grande impacto desestabilizador e grave para a saúde da mulher e, por conseguinte os possíveis

comprometimentos sobre a saúde e desenvolvimento do bebê, são vastas às evidências de que o estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente no estabelecimento das primeiras interações com o bebê e, em consequência, no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança. (CUMMINGS& DAVIES, 1994; DODGE, 1990; FIELD, 1998; TRONICK& WEINBERG, 1997 apud SCHWENGBER e PICCININI, 2003).

MAZET E STOLERU (1990, apud SCHWENGBER e PICCININI, 2003), salientam que mães que desenvolvem depressão após o parto mostram-se inseguras em seus afazeres maternos e não podemos esquecer que esses afazeres são imprescindíveis no caso dos cuidados referentes ao bebê, fazendo com que a atenção dada pela mãe à criança diminua, ou em alguns casos drásticos até que cesse completamente ou ainda em casos extremos levando até a casos de infanticídio. Para configurar o crime de infanticídio é necessário que o sujeito ativo (mãe) esteja sob influência do estado puerperal. Assim, a pena imposta para esse delito é mais branda do que o crime de homicídio, haja vista que as condições psicológicas da mãe devem ser e são levadas em consideração. Ainda segundo os autores caracterizaria esse episódio citado acima como uma “microrrejeição”, ou seja, na medida da ocorrência dos episódios com a mãe, esta repercute esse comportamento mais fortemente na sua relação com o bebê. Esses episódios tendem a se intensificar se não tratados. A mãe se sentindo rejeitada interrompe a interação com o bebê e, conseqüentemente, as seqüências interativas subsequentes cessam rapidamente, esse é um processo circular, cíclico que tende a se agravar. Em situações em que a mãe encontra-se deprimida o bebê pode reagir a essa depressão.

STERN (1997, apud SCHWENGBER E PICCININI, 2003), enfatiza que:

o bebê pode reagir à depressão tentando reanimar a mãe. Diante da situação o bebê busca trazer a mãe de volta a vida, tentando fazer com que ela mantenha o contato com ele. Caso fracasse nessa tentativa o bebê pode vir a tornar-se deprimido, também.

É importante realçar que mesmo o recém-nascido já apresenta traços de personalidade ou comportamentos característicos, já é um ser individual e a partir das suas necessidades, busca alguns tipos de comportamento

apresentados pela mãe, dentro desse processo de comunicação citado acima, usa dos meios ao seu alcance para acionar a mãe no atendimento de suas demandas, tanto de ordem física quanto psicológica.

FIELD E COLS(1985 apud FRIZZO e PICCININI 2005, p.50) salientam que:

Mães deprimidas apresentam comportamento predominantemente deprimido ou ansioso, menos comportamentos imitativos das expressões faciais do bebê, brincam menos com seus filhos e filhas e expressam mais atitudes punitivas e controladoras no cuidado com suas crianças. Além disso, as mães deprimidas, também tendem a relatar mais dificuldades no cuidado com suas crianças e expressam mais insatisfação associada com seus filhos do que mães não deprimidas.

Essa é uma situação preocupante, primeiro porque parte do conjunto de cuidados apresentados pelas mães, partem de um conjunto de comportamento imitados, ou melhor, socializados, uma vez que perdem de forma total ou parcial, esse poder de imitação, fazem com que a relação com o bebê se torne mais pobre; e outra condição é a transformação da relação da mãe com o bebê, de construtiva e criativa passa a ser uma relação punitiva, qualquer comportamento não padronizado o bebê é punido, isso limita o processo de exploração e desenvolvimento infantil.

Segundo MOTTA (2005 apud SALOMÃO), "há uma dificuldade da mãe deprimida em tamponar a ação de estímulos estressores e em promover estímulos que favoreçam o aprendizado de estratégias adequadas e adaptativas para lidar com situações estressantes."

SCHWENGBER e PICCININI (2004), desenvolveram estudos acerca das eventuais diferenças na interação mãe/ bebê entre mães com ou sem depressão no final do primeiro ano de vida da criança. Estes estudos mostraram que mães deprimidas tendem a ser menos atentas em relação aos brinquedos do bebê, considerando que a brincadeira é uma das ferramentas mais importantes para o desenvolvimento dos processos criativos e interativos, temos nesse caso sérios riscos ao processo de desenvolvimento da criança. Mães com indicadores de depressão, não necessariamente casos de uma situação/diagnóstico já previamente estabelecido, demonstraram menos afeto e se mostraram mais apáticas do que mães sem indicadores de depressão. Essa constatação serve

como indicativo de um grupo que pode ser indicado como apresentando um maior risco e, portanto devem ter um acompanhamento mais consistente. Foi verificado, também, que as mães depressivas demonstram mais afeto negativo e mostraram mais expressões de ansiedade e tristeza e menos afeição com os bebês.

Os estudos de SCHWENGBER e PICCININI (2003), revelam que os bebês de mães com depressão apresentam mais vocalizações negativas e sorriem menos do que bebês de mães sem indicadores de depressão. Esta situação é uma amostra clara que a situação de dependência por parte da criança em relação a mãe afeta diretamente o seu comportamento e por mais que exista uma pauta de atribuições genéticas sem que haja o devido e consistente processo de estimulação esse desenvolvimento se apresentara em atraso em relação ao seu correspondente.

À respeito dos estudos realizados, SCHWENGBER e PICCININI (2003, p. 234) apontam:

Diante das mães menos responsivas, expressivas, envolvidas e falantes, os bebês tendiam a se afastar fisicamente e apresentavam mais comportamentos negativos para chamar a atenção. Quando as mães não estavam simulando afeto depressivo e afastamento, os bebês evidenciavam mais comportamentos positivos e brincavam mais próximos às mães.

Essa afirmativa corrobora a afirmativa anterior de que o processo interativo mãe e bebê em muitos pontos é totalmente exclusivo e o bebe cria mecanismo de interação comunicacionais, outro ponto que deve ser destacado é o quanto os seus processo cognitivos já se apresentam como capazes de perceber o ambiente.

Segundo FRIZZO e PICCININI (2005, p. 8), a interação da mãe com a criança é prejudicada, na medida em que:

Mães deprimidas tendem a ser menos responsivas ao interagirem com seus bebês que, por sua vez, tendem a apresentar mais afeto negativo e menos afeto positivo do que bebês de mães não deprimidas. Tal interação traz consequências ao desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança. Mesmo as formas mais brandas de depressão materna podem afetar o bebê, uma vez que ele consegue perceber as mínimas deficiências na contingência do comportamento materno. (FRIZZO;PICCININI apud MASTELLINI;SILVA 2012).

Segundo COGILL(1986. p.19 apud SALOMÃO), “filhos de mãe com depressão apresentam significativo déficit cognitivo, quando comparados aos filhos de mães não depressivas, principalmente em se tratando das funções perceptivas”.

Segundo FRIZZO e PICCININI (apud MASTELLINI e SILVA, 2012 p. 8) “crianças de pais deprimidos têm de duas a cinco vezes, maior possibilidade de desenvolver problemas emocionais e de comportamento” esse é um dado epidemiológico bastante sério porque constrói uma fragilidade que não é apenas momentânea, mas acompanha o sujeito por toda a vida. Por esses motivos é importante que haja uma avaliação precoce da depressão já durante a gestação, principalmente em mulheres com o indicativo já apresentado anteriormente, pois uma vez diagnosticado o quadro depressivo, viabiliza-se a realização de intervenções, o qual tem como um dos objetivos principais o apoio neste momento importante de transição.

CARIFETE (apud FERNANDES; COTRIN 2013, p.31) apresenta as principais repercussões da DPP no desenvolvimento infantil da seguinte forma:

- Problemas comportamentais: crianças mais propensas a problemas comportamentais como perturbações de sono, ataques de raiva, atitudes agressivas, déficits de atenção e hiperatividade;
- Atraso no desenvolvimento cognitivo: os filhos de mães deprimidas podem aprender a falar e a andar mais tarde que o habitual, podendo ainda apresentar dificuldades em nível de aprendizagem escolar;
- Problemas de socialização: as crianças podem apresentar dificuldades em estabelecer relações afetivas estáveis, dificuldades em fazer amigos na escola, podendo ser excluído socialmente;
- Problemas emocionais: as crianças tendem a apresentar baixa autoestima, revelando-se mais ansiosas e medrosas, passivas e dependentes.

Ainda segundo o autor, o risco da criança, filha (o) de mães com DPP, desenvolver um episódio depressivo, cedo na vida, é particularmente alto para comparado com o resto da população, o que corrobora os dados

apresentados acima por FRIZZO e PICCININI (2005). Esse comprometimento pode então continuar a se apresentar em gerações futuras.

## **2.5 A importância do diagnóstico e tratamento precoce e as possíveis intervenções do psicólogo**

SANTOS (2012, p.33) mostra que o acompanhamento da gravidez “visa assegurar o bem-estar materno e fetal, favorecer a compreensão e adaptação às novas vivências da grávida, companheiro e familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período”. A sua preparação para o parto e pós-parto e para o exercício da maternidade e paternidade, a ligação e a interação com o recém nascido iniciam-se neste período e vão sendo construídas durante toda a vida.

Segundo SALOMÃO (2008, p.38):

O maior argumento utilizado para justificar a detecção e tratamento precoces da DPP se refere à possibilidade de tentar evitar, além do sofrimento materno, as repercussões negativas sobre o desenvolvimento da criança. Essas repercussões não parecem se limitar aos primeiros meses de vida. Cada vez mais estudos longitudinais são publicados com achados perturbadores de sequelas a longo prazo.

As medidas preventivas como por exemplo, levantamento de fatores de risco e orientações e informações às mulheres durante o pré-natal, são de extrema importância, visto que depressão pós-parto é um problema de saúde pública. E além da atuação assistencial direta, os profissionais de saúde mental devem ajudar na elaboração dessas medidas preventivas. (SALOMÃO. P.19, 2008)

Buscando destacar a importância do diagnóstico, inclusive precoce, KONRADTET (et al.2011, p. 79) apresenta um trabalho em que destaca que a:

A prevenção precoce da depressão pode ser realizada por meio de ações e intervenções conjuntas durante a gravidez, minimizando o risco de as mães desenvolverem DPP e prevenindo os graves problemas pessoais e familiares que dela decorrem.

É preciso que a futura mãe saiba dos potenciais percalços que podem se manifestar no processo de gravidez e as autoridades de saúde tenham

claramente a noção de que uma suposta informação não é uma certeza de que o sujeito assimilou essa mesma informação, alguns fatores de risco podem ser discutidos com as futuras mães e as suas consequências minimizadas e por outro lado é preciso que haja uma discussão ampla dos impactos na vida de uma adolescência quando esse fato ocorre.

Também é importante ressaltar que existe um grupo mais habilitado para proceder a esse tipo de diagnóstico e intervenção:

Os profissionais ligados à saúde materna e obstétrica (médicos, psicólogos e enfermeiros) são os que se encontram em melhores condições de prevenir o aparecimento da DPP, pois possuem o conhecimento necessário para propor a criação de programas preventivos na rede pública, voltados não só para a saúde da grávida, mas para a saúde sexual e reprodutiva da população geral. (SENA e MENDES.2013, p.5.)

Como já dito o pós-parto é um período que exige mais atenção clínica, devido à sua grande vulnerabilidade biológica e principalmente psicológica. Os achados deste estudo sugerem que, além de oferecer assistência clínica, é necessário prover atenção biopsicossocial às mulheres nesse período, e ainda é preciso considerar um grupo de mulheres que não tem alimentação, moradia, assistência médica e psicossocial adequadas, nem mesmo minimamente suficientes. E, nesse cenário, o papel da família, do companheiro e/ou dos amigos adquire grande importância. (SENA e MENDES.2013)

A intervenção precoce com a gestante e seu grupo social, nesse espaço incluímos a família, os vizinhos, amigos, grupos de apoio e outros, tem o objetivo de fortalecer o suporte social à gestante, essas iniciativas, de modo geral, vão impactar de forma positiva e como consequência haverá uma menor prevalência de DPP entre as mulheres atendidas por esses serviços. (SENA e MENDES.2013,p.5).

Como afirmou Lacan: “O psicólogo não dirige a vida do paciente, mas dirige o tratamento”, assim terá o papel fundamental de, em conjunto com a assistência do médico, na busca de caminhos que possam contribuir na busca de soluções para as mulheres acometidas por uma suposta depressão em encontrar a sua autoconfiança, compreensão e elaboração dos sentimentos vivenciados. (SAMPAIO NETO e ALVAREZ, 2013,p.182).

SARMENTO e SETÚBAL (2012), em seus estudos nos evocam a reflexão de que com o desenvolvimento desses fatos, é importante que os familiares e os profissionais que acompanham a gestante estejam atentos para as características comuns que aparecem nestas fases estas, características estas que são o principal indicativo do nível de comprometimento da saúde da gestante e os potenciais riscos que ela pode apresentar para o desenvolvimento de DPP, e poderá atuar criando condições para uma escuta de qualidade, isso é uma condição básica para todos os profissionais envolvidos, a fim de acolher a diversidade de sentimentos que podem acontecer. Esclarecendo ainda que é de extrema importância fornecer orientações antecipatórias sobre a evolução da gestação e do parto, evitando-se, no entanto, informações excessivas, o alarmismo não contribui nesses casos, é preciso ir procurando transmitir orientações simples e claras sempre observando o seu impacto em cada paciente na sua individualidade, estabelecendo uma relação de confiança mútua.

Uma abordagem psicoterapêutica é essencial, uma vez que o terapeuta junto à gestante e familiares edificarão novas composições a partir da realidade vivenciada, as angústias, os medos, até alguns tipos de comportamentos projetivos devem ser avaliados dentro do quadro, é preciso dimensionar cada informação nova; desta forma tornam-se possíveis o entendimento e o planejamento de ações intervencionistas adequadas acerca desta nova realidade. Os benefícios da atuação terapêutica de forma precoce e preventiva não se restringem ao bem-estar exclusivo das mães, mas a família de forma geral, sendo importantes atitudes que representam também um grande benefício para as crianças, pois, conforme as observações e a literatura, ocorrem grandes evidências de relação entre as desordens emocionais das mães e os distúrbios emocionais de seus filhos, uma vez que esta relação é altamente simbiótica, principalmente nos primeiros meses de vida. (DA CUNHA et al, 2012 apud ZAMMAR,2016)

O profissional de Psicologia é o responsável pelo tratamento psicoterápico, podendo ser na forma de psicoterapia breve, haja vista a emergência e necessidade de intervenção, utilizando-se das várias técnicas descritas para essa modalidade – tais como: brevidade e foco, que devera ser aplicada ao paciente com o objetivo de recuperar sua integridade psíquica e emocional tendo em vista o contexto e a demandas trazidas pelo nascimento do

bebê. É fundamental para essa fase da vida que a mulher está vivenciando. Outra possibilidade é a “busca junto à paciente, do saber o que fazer frente a uma condição depressiva ou de tristeza, de forma que esse momento possa ser, também, uma vivência de crescimento pessoal e ressignificação de sua condição atual”, ajudando na travessia desse processo e evitando o adoecimento. (DE SAMPAIO NETO e ALVAREZ, 2013,p.182)

Para que se diminua os transtornos que prejudicam não só a mãe como também a relação mãe-bebê é fundamental que os profissionais da saúde trabalhem juntos, assim muitas mulheres podem ser atendidas, antecipando assim o diagnóstico , para que o desenvolvimento da criança não seja prejudicado. (SALOMÃO,p.19,2008).

De acordo com STUART and O'HARA (1995):

Basicamente duas linhas de psicoterapia tiveram avaliações mais bem sistematizadas na DPP: a terapia interpessoal e a terapia cognitivo-comportamental. A psicoterapia interpessoal (TIP) baseia-se na crença de que mães que experimentam rupturas sociais apresentam vulnerabilidade maior para desenvolverem depressão pós-parto. A TIP ajuda mulheres a melhorarem seus relacionamentos e a mudarem suas expectativas em relação aos mesmos. Pode tratar puérperas deprimidas em quatro áreas diferentes de problemas interpessoais: transições de papéis, disputas interpessoais, mágoas e déficits interpessoais. Após uma avaliação inicial, a mãe e o terapeuta decidem qual área em particular será priorizada e iniciam por ela. A TIP geralmente é uma terapia de curto-prazo (STUART;O'HARA 1995.P.45 apud CANTILINO)

A terapia interpessoal vem sendo considerada como mais eficaz no tratamento da depressão pós-parto nos serviços de atenção primária , isso porque ela é uma forma de terapia pragmática, específica,focada em problemas e de curto prazo. (GRIGORIADIS; RAVITZ. p.45,2007).

Quando a sintomatologia em grávidas é mais grave, a terapia cognitivo comportamental esta sendo muito avaliada, pois parece ser bem eficaz na prevenção de DPP. (CHO et al ,2008 apud CANTILINO,2009).

Para casos mais graves ou refratários às outras intervenções onde a mulher corre risco de suicídio ou de causar dano para o bebê, é indicado o uso de eletroconvulterapias, pois são casos que devem ser solucionados com mais rapidez. (FORRAY; OSTROFF apud SALOMÃO. P.38, 2008)

De acordo com BECK;DRISCOLL (apud SALOMÃO.P.43,2008):

Os objetivos do tratamento da depressão pós-parto são diminuir a intensidade dos sintomas e aliviar o sofrimento materno, prevenindo assim as complicações e sequelas relacionadas a esse transtorno. O tratamento precoce acaba sendo um dos principais focos para que problemas futuros sejam evitados. Para essa terapêutica pode-se contar tanto com um arsenal farmacológico como também com estratégias não farmacológicas, como grupos de suporte, programas de visitação com agentes de saúde, psicoterapia, massoterapia e eletroconvulsoterapia (ECT) .

## **2.6 Outros transtornos que acometem as mulheres no período pós-parto**

Os transtornos do humor que acometem as mulheres no período pós-parto incluem também a melancolia da maternidade, conhecida ou denominada de baby blues ou tristeza materna,além das psicoses puerperais.

A tristeza materna é um transtorno autolimitado, com início nas duas primeiras semanas pós-parto, com incidência de 50 a 80%, sendo considerado fator de risco para depressão no primeiro ano após o parto. Ao contrário, a psicose pós-parto é relativamente rara, com incidência de 0,1 a 0,2%, e ocorre tipicamente dentro das quatro primeiras semanas após o parto, constituindo-se em emergência médica. (RUSCHI et al., 2007,p.275)

As reações do baby blues podem desaparecer espontaneamente por volta do terceiro ou sexto mês, sem precisar de uma intervenção terapêutica , mas caso essas reações persistam, é importante que seja realizada uma avaliação de profissionais da saúde, pois a mulher pode estar desenvolvendo um quadro de depressão pós-parto, podendo ser de intensidade leve, moderada ou grave. (SCHERMANN; ALFAYA; CATÃO apud BRUM; SCHERMANN ,2006).

## **7 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS TECNICOS DA PESQUISA**

### **7.1 Classificação da pesquisa quanto aos fins**

A pesquisa realizada é classificada como qualitativa, porque segundo GERHARD & SILVEIRA (2009) esse modelo não se preocupa com a representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, ou uma situação específica, situação em que a representação numérica não ajuda no entendimento; uma pesquisa “aplicada porque busca gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos envolve interesses locais”. (GERHARD & SILVEIRA, 2009, p.31).

Quanto aos objetivos a pesquisa é classificada como descritiva, que segundo GERHARD & SILVEIRA (2009 apud TRIVIÑOS, (1987 ), "A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade".

O presente trabalho é de cunho bibliográfico, que segundo GERHARD & SILVEIRA (2009) apud Fonseca (2002), onde salienta que: "A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites".

### **7.2 Classificação da pesquisa quanto aos meios**

A pesquisa teórica foi realizada a partir da análise de periódicos escritos e eletrônicos, através da busca nos bancos de dados online tais como: Google Acadêmico, Scielo (Scientific Electronic Library Online), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, entre outros, que discutam assuntos referentes à depressão pós-parto e os fatores associados a sua ocorrência e seu impacto nas interações iniciais entre mãe-bebê. A pesquisa bibliográfica acompanhou todo percurso, do desenvolvimento a conclusão do trabalho monográfico. Foram selecionados artigos publicados de 2005 até a presente

data, tais arquivos foram baixados e armazenados em uma pasta específica no computador e numerados para melhor organização. A busca pelas obras nas bases de dados se deu com a utilização dos seguintes descritores (palavras-chave): depressão pós-parto, Puerpério, Interação Mãe-bebê, isoladamente ou combinados.

### **7.3 Tratamentos de dados**

Para a compreensão do tema foi realizada uma revisão de literatura, a partir disso foram separados alguns artigos a partir da leitura do resumo de cada um deles, que foram analisados para ver se estavam de acordo com o tema proposto, dentre esses artigos foram selecionados 29 artigos, qual foi feita a leitura aprofundada, sendo que os artigos que não atenderam a demanda do trabalho, foram excluídos da pesquisa. As obras que atendiam as demandas e os objetivos da pesquisa foram armazenados e utilizados na elaboração do trabalho. Desta maneira chegou-se à conclusão do estudo, colocando-se o trabalho em avaliação pela banca examinadora.

## 8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A depressão pós-parto é um quadro que vem aumentando significativamente, ela é considerada um transtorno de humor grave por estar associada não só a fatores obstétricos, mas também a fatores biológicos, sociais e psicológicos e sendo assim é difícil de ser tratada e diagnosticada.

Dentro desses fatores estão: a pouca idade materna, baixo nível socioeconômico, grande número de filhos, o fato de a mãe não estar casada, relacionamento conjugal prejudicado, desemprego, alimentação do recém-nascido direto da mamadeira, suporte social, tristeza pós-parto, depressão pré-natal, baixa autoestima, ansiedade pré-natal, stress na vida, gravidez não planejada, tentativa de interromper a gravidez, transtorno disfórico pré-menstrual, sentimentos negativos em relação à criança e doenças psiquiátricas anteriores ou durante a gestação. (MORAES, et al., 2006).

Caso sejam identificados alguns desses fatores a mulher pode estar desenvolvendo um quadro depressivo, por isso é fundamental que os profissionais que acompanham a mulher no período pós-parto estejam atentos e saibam identificar esses fatores.

Um desses fatores citados como (alimentação do recém-nascido direto da mamadeira), as mães deprimidas tendem a interromper a amamentação mais precocemente, fato importante, já que a amamentação é de extrema importância nos primeiros meses de vida, pois bebês que recebem leite materno como alimento exclusivo nos primeiros seis meses de vida são mais resistentes a infecções, alergias, doenças e até mesmo complicações mais simples, como a cólica e o stress, e indo mais além esse contato físico da mãe com o bebê no momento da amamentação, também é uma forma de cuidado e carinho que irá ajudar no desenvolvimento psicológico adequado da criança.

Um outro fator citado acima que merece destaque é o (baixo nível socioeconômico), pois muitas mulheres vivem em uma situação precária em relação à moradia, alimentação e nem sequer têm acesso aos postos de saúde para fazer o acompanhamento e receber as orientações necessárias nesse período.

A mulher nesse período fica muito sensível e vulnerável a alguns transtornos, por ser um período onde ocorre muitas modificações dentro delas; físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social que podem refletir diretamente

em sua saúde mental, sem contar na sua rotina diária que muda completamente, pois com a chegada do bebê parte do seu tempo deve ser dedicado aos cuidados gerais de dele como alimentação, o banho e o ninar; dentre outros, assim é importante tanto o apoio da família, para auxiliar a mãe em suas fragilidades, quanto o acompanhamento de profissionais da saúde, para cuidar do bem-estar da mãe e do bebê.

O pré-natal é umas das formas de prevenção da DPP, pois nele a mulher faz acompanhamento com uma equipe multidisciplinar, onde são realizados exames laboratoriais e onde essas mulheres recebem orientações sobre a importância de se manter uma alimentação saudável, prática de atividades físicas e a importância de se evitar álcool, fumo e outros tipos de drogas. É importante que se faça o monitoramento do peso da mãe, para que ela não ganhe peso além do necessário, o que pode trazer alguns problemas.

No pré-natal é importante que a gestante faça a reposição de vitaminas, sendo o ácido fólico recomendado nas primeiras semanas de gravidez, pois ele ajuda a prevenir as malformações, é através dele que alterações são detectadas e tratadas a tempo, evitando-se, assim, problemas para a saúde da mãe e do bebê, e identificado se há algum indicio de sintomas depressivos, considerando que a mulher deve ser acompanhada também após o parto, que é o período onde de fato a depressão pós-parto acontece.

Também é importante e se, possível que a mulher faça um acompanhamento psicológico que visa assegurar o bem-estar materno e fetal, favorecer a compreensão e adaptação às novas vivências da grávida, companheiro e familiares, além de alertá-los em relação aos cuidados que devem ter neste período, preparando a mulher para o exercício da maternidade e para sua nova rotina, a fim de que ela consiga oferecer afeto e cuidado suficientes para o desenvolvimento saudável do seu bebê, por tanto o papel do psicólogo identificação e tratamento da DPP. ( SANTOS, 2012),p.33).

Há de se considerar a importância de se prevenir a DPP, considerando que essa doença trás implicações não só para mãe, como também para o bebê, pois as mães deprimidas tendem a apresentar menos capacidade de interagir com o bebê de forma adaptativa, não conseguem identificar as necessidades primarias do bebe e satisfazê-las adequadamente, estabelecem menos contato físico e não transmitem afeto positivo, e o bebê acaba sendo

prejudicado na medida em que esse primeiro contato com a mãe é fundamental para o desenvolvimento do bebê, no que se refere a linguagem verbal, criação de laços afetivos, personalidade e saúde mental por exemplo, para um bom desenvolvimento nesta fase, a criança precisa de um ambiente acolhedor, harmonioso e rico em experiências. (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Bebês de mães deprimidas apresentam mais vocalizações negativas e sorriem menos e tem mais crises de choro do que bebês de mães sem indicadores de depressão. (SCHWENGBER; PICCININI, 2003). E as consequências não param por ai, pois na medida em que interação mãe-bebê é danificada são geradas complicações futuras e o desenvolvimento comportamental, social, cognitivo e afetivo da criança é afetado, desenvolvendo problemas de comportamento: como perturbações de sono, ataques de raiva, atitudes agressivas, déficits de atenção e hiperatividade; problemas cognitivos, que podem aprender a falar e a andar mais tarde que o habitual, podendo ainda apresentar dificuldades em nível de aprendizagem escolar; Problemas de socialização: as crianças podem apresentar dificuldades em estabelecer relações afetivas estáveis, dificuldades em fazer amigos na escola, podendo ser excluído socialmente e Problemas emocionais como: baixa autoestima, revelando-se mais ansiosas, medrosas, passivas e dependentes. (CARIFETE apud FERNANDE; COTRIN, 2013, p.31). Esses problemas podem persistir até a vida adulta, visto que o risco de filha (o) de mães com DPP desenvolverem um episódio depressivo, cedo na vida, é particularmente alto se comparado com o resto da população. (FRIZZO e PICCININI, 2005).

A criança nem sempre é afetada pela depressão da mãe, caso a depressão seja identificada precocemente e tratada adequadamente, ou seja se o quadro depressivo não chegar a prejudicar os contatos iniciais entre mãe-bebê, e a mãe estabelecer com seu bebê uma relação de afeto, cuidado e carinho, sabendo responder as demandas e necessidades dele adequadamente o desenvolvimento do bebê vai se dar de forma adequada.

No tratamento pode-se utilizar de medicamentos ou grupos de suporte, psicoterapia, massoterapia e eletroconvulsoterapia. Com o tratamento a intensidade dos sintomas diminui aliviando assim o sofrimento da mãe, prevenindo as consequências relacionadas a doença. (BECK; DRISCOLL apud SALOMÃO, 2008. P.43.



## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerado a gravidade da depressão pós-parto não se pode negar a importância de discutir sobre o assunto, ainda que essa doença seja pouco divulgada, e cada vez mais mulheres sofrem de um quadro depressivo após o parto ou até mesmo durante a gestação, muitas vezes por não conhecer sobre a doença não buscam tratamento.

Muitas vezes os sintomas depressivos passam por despercebidos pelas mulheres que se encontram situação econômica baixa que não tem acesso a posto de saúde ou hospitais, e continuam sem informação ou conhecimento sobre o assunto.

Sabe-se que as consequências são muitas tanto para mãe, quanto para o bebê, portanto é indispensável que mulher faça acompanhamento tanto durante como após a gestação essa é uma forma de prevenção ou diagnóstico precoce da depressão pós-parto.

O diagnóstico e tratamento da DPP não é fácil visto a variedade de fatores que estão relacionados a ela, mas com ajuda de profissionais competentes e considerando as várias formas de tratamento, se a doença for identificada precocemente pode-se evitar suas consequências, diminuindo o sofrimento da mãe e garantindo que o bebê não seja negativamente afetado.



## 9 REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (APA).Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais .5 ed.

BRUM,E.H.M; SCHERMANN,.L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais.Rev. Psico- Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Porto Alegre, v. 37, n.2, maio/ago., 2006.

CANTILINO,A.Depressão pós-parto: Prevalência,pensamentos disfuncionais e comorbidade com transtornos ansiosos.Tese. (Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento) Universidade Federal de Pernambuco Centro de Ciências da Saúde, Recife,2009.

CARLESSO, J.P.P., SOUZA, A.P.R. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 13, n. 6, 2011.

CARIFETE,N. Z. Patologia afectiva pós-parto em mulheres angolanas. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental)- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,2009.

CAVADOS.G.C.F .O Pré-natal psicológico como fator de proteção à depressão pós-parto. Monografia (Psicologia). Universidade Católica de Brasília. Brasília - DF, 2013.

CUNHA.A.B.A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós parto. *Revista Saúde e Pesquisa*, v.5, n.3, set./dez., 2012 .

DORNELLES.C.DSM-IV-TR;Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais .4 ed. Porto Alegre: Artmed,2002.

FERNANDES, F. C; COTRIN, J. T. D. *Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil*. *Revista Panorâmica*, Barra do Garça – MT, v.14, jul. 2013.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.

GUEDES, A.C.E. *et al*. Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados. *Rev Med (São Paulo)*. julho- set, 2011.

GOMES, L.A.; TORQUATO, V.S.; FEITOZA, A.R.; SOUZA, A.R.; SILVA, M.A.M.; PONTES, R.J.S. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: a importância do diagnóstico precoce. *Rev. Rene*, vol. 11, Número Especial, 2010.

KONRADT, C.E. *et al*. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Ver. Psiquiatr Rio Gd Sul*, 2011.

LACONELLI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista Pediatria Moderna*, v. 41, n. 4, Julho-Agosto 2005.

LANDIM, L. D. S; VELOSO, L. D. S; AZEVEDO, F. H. C . Depressão Pós-Parto: Uma Reflexão Teórica. *Revista. Saúde em Foco*, Teresina, v. 1, n. 2, ago./dez. 2014.

LUCA, B.L. Os efeitos da depressão pós-parto na interação mãe-bebê. Monografia UniCEUB – Centro Universitário de Brasília. Brasília/ DF, Novembro de 2005.

MASTELLINI, H. F. Z; SILVA, K. R. Depressão Pós-Parto: uma questão de saúde pública. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva e Saúde da Família).-Centro Universitário Filadélfia – Unifil, Londrina, 2012.

MENEZES, F.L; PELLEZ, N.L.K; LIMA, S.S; SARTURI, F. Depressão Puerperal, no âmbito da Saúde Pública. *Saúde (Santa Maria)*, v.38, n.1, 2012.

MORAES, I. G. S. *et al*. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, vol.40, n.1, Jan./Feb, 2006.

RUSCHI, G. E. Ca. *et al*. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev. Psiquiatr.*, Rio Grande do Sul, v.29, n.3., 2007.

SALOMÃO.A.G .O impacto da depressão pós-parto no processo de adaptação à creche. Dissertação. Centro de Ciências Médicasda Universidade Federal Fluminense, 2008.

SAMPAIO NETO.L.F; ALVARES.L.B. O papel do obstetra e do psicólogo na depressão pós-parto. Ver. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 15, n.1, 2013.

SANTOS.I.M.G.B. Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez. Tese de Doutorado- Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu,2012.

SANTOS JUNIOR, H.P.O; Silveira M.F.A; Gualda D.M.R. Depressão pós-parto: um problema latente. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) ,2009 .

SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M.; MULLER, M. C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *PsicoUSF*, v.10, n.1, 2005.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud. psicol.*, Natal, v.8, n.3, 2003.

SENA.D.M; MENDES.D.R .Depressão pós-parto- uma abordagem sobre os fatores relacionados.P .1-12,2009-2011.

TOSTES.J.G. et.al. Depressão Pós-Parto: Correlações com Suporte Sócio-Familiar e Assistência no SUS. *Revista Ciências em Saúde*, v1, n. 2 ,abr 2011.

ZAMMAR.M.P. Intervenção psicológica durante a gestação e empoderamento da gestante . monografia (graduação)-faculdade Sant'Ana, 2016.

ZINGA, D; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Rev Bras Psiquiatr.* 2005.