



**SILVIA REGINA GRANDO ROSSATO**

**FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

**Sinop /MT  
2018**

**SILVIA REGINA GRANDO ROSSATO**

**FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca avaliadora do Departamento de Psicologia, da Faculdade de Sinop – FASIPE, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador (a): Carla Florido Bertocco

**SILVIA REGINA GRANDO ROSSATO**

**FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Psicologia da FASIPE, Faculdade de Sinop, como requisito para a obtenção de título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em 04/Dezembro/2018.

---

Professora (a): Carla Florido Bertocco  
Professora Orientadora  
Departamento de Psicologia – FASIPE

---

Professor (a) avaliador (a) Ana Paula Pereira Cesar  
Departamento de Psicologia – FASIPE

---

Professor (a) Avaliador (a) Cleoní Carmen Regauer  
Departamento de Psicologia- FASIPE

---

Cleoní Carmen Regauer  
Coordenadora do Curso de Psicologia  
FASIPE- Faculdade de Sinop

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho ao meu esposo pelo carinho e compreensão; aos meus filhos e genro, que foram os grandes incentivadores e a todas as pessoas que me auxiliam nesta caminhada.

## **AGRADECIMENTOS**

- Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo dom da vida e a capacidade de poder realizar este trabalho;
- Agradeço aos meus familiares pela confiança e motivação;
- À Professora Carla Florido Bertocco, pelo auxílio nas minhas dificuldades, orientando-me na execução deste trabalho;
- Aos professores de todas as disciplinas desta graduação, que transmitiram seus conhecimentos, dividindo saberes e experiências;
- Aos colegas presentes nesta caminhada.

## **EPIGRAFE**

Quero, como psicólogo, aprender a ouvir sem julgar, ver sem me scandalizar, e sempre acreditar no bem,

Mesmo na contra esperança, esperar. E quando falar, ter consciência do peso da minha palavra, do conselho, da minha sinalização.

Que as lágrimas que diante de mim rolarem, pensamentos, declarações e esperanças testemunhadas, sejam segredos que me acompanhem até o fim.

Walmir Monteiro

ROSSATO, Sílvia Regina Grando. **Fatores de risco para depressão pós-parto.** 2018. 56 fls. Monografia de Conclusão de Curso – FASIPE – Faculdade de Sinop.

## **RESUMO**

O presente estudo tem como escopo, investigar fatores de risco relacionados à depressão pós-parto. Fatores físicos, emocionais e de estilo de vida podem influenciar de alguma forma no surgimento da doença. A depressão pós-parto trata-se de um quadro depressivo com alta incidência, mostrando-se um verdadeiro problema de saúde pública. Embora costume surgir até a quarta semana, algumas mulheres já demonstram os sintomas durante a gravidez. Poderá apresentar diversos sintomas como tristeza, desesperança, irritabilidade, alterações no apetite e no sono, cansaço e dificuldades em cuidar do bebê, incapacidade de concentrar-se, tomar decisões, sentir-se inútil entre outros. Este problema pode manifestar-se com variável intensidade, podendo chegar à psicose, comprometendo a qualidade de vida, interação mãe-bebê, além de interferir no desenvolvimento da criança. A presente pesquisa fora edificada por meio de uma revisão de literatura científica que vislumbrou escritos de autores que aclaram o assunto em pauta. Cabe ainda fixar que após a construção deste, conceituou-se certa a afirmação sobre a importância da abordagem psicoterapêutica, bem como o apoio e acompanhamento familiar no tratamento da depressão pós-parto.

**Palavras-chaves:** Depressão pós-parto. Fatores de risco. Puérpera.

ROSSATO, Silvia Regina Grando. **Fatores de risco para depressão pós-parto.** 2018. 56 fls. Monografia de Conclusão de Curso – FASIPE – Faculdade de Sinop.

### **ABSTRACT**

This study aimed to investigate risk factors related to postpartum depression. Physical, emotional and lifestyle factors can influence in some way the onset of the disease. Postpartum depression is a depressive condition with high incidence, showing a real public health problem. Although it usually arises by the fourth week, some women have already shown symptoms during pregnancy. You may experience various symptoms such as sadness, hopelessness, irritability, changes in appetite and sleep, tiredness and difficulties in caring for the baby, inability to concentrate, make decisions, feel useless among others. This problem can manifest itself with variable intensity, being able to reach psychosis, compromising the quality of life, the interaction mother-baby and for the development of the child. This research deals with a review of scientific literature conducted through articles found by online search, virtual data. The psychotherapeutic approach is considered of fundamental importance in the treatment, counting also with the support and family accompaniment.

**Keywords:** Postpartum depression. Risk factors. Puerperium.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Diferencial sinóptico dos distúrbios psiquiátricos puerperais.....	22
Quadro 2: Categorias de sintomas depressivos. ....	27
Quadro 3: Categorias dos fatores da Depressão Pós-parto.....	32

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Justificativa .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Problematização.....</b>	<b>11</b>
<b>1.3 Objetivos.....</b>	<b>12</b>
1.3.1 Geral .....	12
1.3.2 Específicos .....	12
<b>1.4 Procedimentos Metodológicos.....</b>	<b>12</b>
1.4.1 Tipo de pesquisa.....	12
1.4.2 Coleta de Dados .....	13
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Histórico da Psicologia .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Conceito de Depressão .....</b>	<b>16</b>
<b>2.3 Definições da Depressão Pós-Parto (DPP).....</b>	<b>19</b>
<b>2.4 Sintomas e Diagnóstico.....</b>	<b>24</b>
<b>2.5 Fatores de riscos associados à depressão pós-parto .....</b>	<b>27</b>
<b>2.6 Formas de Tratamento.....</b>	<b>33</b>
<b>2.7 Tratamento Psicológico.....</b>	<b>36</b>
2.7.1 O protocolo de tratamento Cognitivo-comportamental.....	41
<b>2.8 Investigação dos danos causados por esta patologia na interação mãe e bebê .....</b>	<b>44</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com Landim, Veloso e Azevedo (2014), a gestação, por muitas vezes, é tratada como um acontecimento natural, ímpar para o casal, sendo um período marcante e quase sempre caracterizado por satisfação e alegrias. Este evento pode, porém, desencadear diversas alterações físicas, hormonais e também comportamentais, havendo, então, a necessidade de adaptação de toda a família que espera pelo bebê. Faz-se sabido que a gestação pode apresentar episódios angustiantes e estressantes, podendo ocasionar a depressão pós-parto (DPP) e comprometer esta fase da vida pelo sofrimento e dor.

Segundo Harvey (2002), a depressão pós-parto tem como principais sintomas: tristeza duradoura, a irritabilidade, o choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, alterações alimentares e de sono, além da sensação de incapacidade e inutilidade. Verifica-se, ainda, a falta de energia e motivação para lidar com o bebê, ficando a interação entre os dois extremamente prejudicada.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria, considera depressão pós-parto um subtipo de depressão maior. De acordo com o Manual, para depressão pós-parto ser diagnosticada, os sinais e sintomas devem se desenvolver dentro de quatro semanas após o parto.

Inúmeros fatores orgânicos, psicossociais, predisposição feminina, antecedentes familiares e pessoais, podem ser considerados como determinantes para o surgimento deste transtorno mental. Para Silva e Botti (2005), a etiologia da depressão puerperal não se determina por fatores isolados, mas sim por uma série de aspectos que devem ser abordados no diagnóstico e na terapêutica DPP.

Neste estudo, formula-se entendimento sobre os aspectos de maior relevância que estejam associados à depressão pós-parto, situações que poderiam ser evitadas ou modificadas para que fosse reduzida esta condição de tanto sofrimento em um momento tão especial e sublime, que é o de ser mãe.

## **1.1 Justificativa**

Diversas são as causas que podem desencadear a depressão pós-parto; quando essas possíveis causas são identificadas com antecedência, e houver uma mudança de comportamento, tem-se maior probabilidade de evitar que essa depressão ocorra. Os familiares, especialmente o pai da criança e as pessoas mais próximas podem, dessa forma, contribuir para a redução dos riscos.

Segundo Cunha et al. (2012), a gravidez e, conseqüentemente, o parto, apresentam efeitos fisiológicos, endocrinológicos e, sobretudo, o mais impactante, os efeitos psicológicos sobre toda estrutura corpórea e mental da mulher.

É importante que a futura mãe compreenda sobre os fatores de risco da DPP e tenha o ímpeto de buscar auxílio com profissionais especializados, apontando o acompanhamento psicológico durante o período de seu pré-natal. Estresse, preocupações excessivas e expectativas podem ser amenizados com observações mais atentas e diálogos com outras mães.

De acordo com Cunha et al. (2012), torna-se importante destacar que a DPP remete para a urgente necessidade de serem feitas reflexões sobre a saúde reprodutiva da mulher, tendo em vista a compreensão dos aspectos psicológicos que passam no período gestacional. A participação do psicólogo e as benfeitorias da atuação terapêutica precoce não se restringem ao bem-estar exclusivo das mães, são atitudes que representam também grande benefício para o bebê, contribuindo para um bom desenvolvimento deste.

## **1.2 Problematização**

Landim, Veloso e Azevedo (2014) consideram a depressão pós-parto, uma das doenças de maior impacto social do mundo, transformando-se em problema de saúde pública, doença grave, muitas vezes incapacitante e que, se tratada inadequadamente, pode causar prejuízos tanto para os pacientes, como para a sociedade. Os sintomas de depressão interferem em todas as relações interpessoais, especialmente no desenvolvimento da interação entre a mãe e seu bebê.

De acordo com pesquisa da Escola Nacional de saúde pública, da fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), mais de uma em cada quatro brasileiras apresenta sintomas de depressão pós-parto, apontando que, no Brasil, o índice de mulheres com este sintoma é de 26,3% e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a média de casos da DPP em países de baixa renda é de 19,8% (ALBACH, 2017).

Segundo Cunha et al. (2012), o sinal mais comum desse distúrbio depressivo é o desânimo insistente, temor de ferir o bebê, insônia, pensamentos obsessivos e culposos, e o mais preocupante, as ideias suicidas. Deste modo, é entendido como um verdadeiro problema de saúde pública e quanto antes identificado melhor o prognóstico de tratamento. Sendo assim, questiona-se: Quais os fatores de risco que podem desencadear a depressão pós-parto?

### **1.3 Objetivos**

#### 1.3.1 Geral

Identificar possíveis fatores de risco e características presentes na depressão pós-parto.

#### 1.3.2 Específico

- Conceituar depressão e depressão pós-parto;
- Verificar os sintomas e possíveis diagnósticos;
- Apresentar as diversas intensidades da DPP;
- Informar sobre a importância do auxílio psicológico e as variadas formas de tratamento na DPP;
- Investigar os danos causados por esta patologia na interação mãe e seu filho.

### **1.4 Procedimentos Metodológicos**

#### 1.4.1 Tipo de pesquisa

O presente trabalho foi organizado a partir de uma revisão literária realizada no período de fevereiro de 2018 a junho do mesmo ano, na Faculdade FASIPE de Sinop, Mato Grosso. Para Marconi e Lakatos (2010), a revisão da literatura consiste em uma síntese, mais completa possível, referente ao trabalho e aos dados pertinentes ao tema, dentro de uma sequência lógica.

A pesquisa bibliográfica é um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, por serem capazes de prover dados atuais e relevantes relacionados com o assunto. O estudo da literatura pertinente representa fonte de informações que podem orientar indagações (MARCONI; LAKATOS, 2010), as quais, através de consultas a diversas publicações, encontradas em revistas, artigos, livros, jornais, dissertações,

bem como o material disponibilizado pela internet, serão úteis para o desenvolvimento do assunto. A escolha do material deu-se em dois níveis; em primeiro momento, escolheu-se o material que poderia constituir-se fonte para a elaboração do trabalho e, em uma segunda etapa, que foi a aprovação e seleção do material a ser utilizado (ANDRADE, 2010).

Quanto à metodologia, constitui-se de pesquisa de natureza básica que, segundo Gil (2010), reúne estudos que têm como propósito preencher uma lacuna no conhecimento, demonstrando algumas das causas sem a possibilidade de solucionar o problema. Em relação aos objetivos, é exploratório cuja finalidade é coletar informações e aspectos sobre os fatores que podem desencadear a depressão pós-parto e descrever os riscos observados com maior evidência nesta patologia, familiarizando o leitor com o assunto. Para Andrade (2010), a definição do objetivo é o primeiro passo de todo trabalho científico.

E, por fim, valeu-se da abordagem qualitativa, pois o propósito foi a investigação e a busca de conhecimentos existentes com base em material já elaborado, formado principalmente por artigos científicos e trabalhos publicados (GIL, 2010). Além disso, enfatiza as especificidades de um problema em termos de sua origem e da sua razão de ser, fazendo uma relação ativa entre o mundo real e o sujeito que não consegue ser traduzida em números (SILVA; MENEZES, 2001).

#### 1.4.2 Coleta de Dados

O processo de coleta de dados envolveu pesquisas realizadas em livros com títulos pertinentes ao tema, no caso, fatores relacionados à depressão pós-parto, bem como na literatura científica, resumos encontrados pela busca online publicados no período de 2001 a 2017, indexados em bases de dados como: Google acadêmico, biblioteca digital brasileira de monografias, teses e dissertações, conhecimentos inovadores e de grande valia para o avanço da ciência sempre que tenha uma aplicação prática presumida, envolvendo verdades e interesses gerais (SILVA; MENEZES, 2001).

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Histórico da Psicologia**

É entre os filósofos gregos que surge a primeira tentativa de sistematizar um pensamento sobre o espírito humano, ou seja, a interioridade humana. O termo Psicologia vem do grego psyché, que significa “alma”, e de “logos” que significa razão. O espírito, ou “alma”, era entendido como a parte imaterial do ser humano e abarcaria o pensamento, os sentimentos de amor e de ódio, a irracionalidade, o desejo, a percepção e a sensação (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2008).

“A Psicologia tem um longo passado, mas apesar disso, uma história recente. Hermann Ebbinghaus” (GOODWIN, 2010, p. 46).

Segundo Collin et al. (2012), a Psicologia pode ser compreendida como uma ponte entre a Filosofia e a Fisiologia. Enquanto a Fisiologia procura descrever a conformação física do cérebro e do sistema nervoso, a Psicologia examina os processos mentais que nele acontecem, como se manifestam no pensamento, discurso e comportamento. Enquanto a Filosofia se preocupa com raciocínios e ideias, a Psicologia está interessada em como eles ocorrem e o que dizem sobre o funcionamento da mente.

De acordo com Goodwin, (2010), Wundt é conhecido como fundador da Psicologia experimental. Em 1879, criou o primeiro laboratório de Psicologia em Leipzig na Alemanha e realizou pesquisas que diziam respeito aos processos sensoriais e perceptuais básicos. É de Wundt a primeira publicação científica voltada especificamente para a exposição e divulgação dos resultados da pesquisa da Psicologia.

Goodwin (2010) relata que a primeira tentativa científica de estudar a expressão emocional foi feita por Darwin, que realizou estudos sobre o comportamento animal, sendo a “teoria da evolução” a sua maior contribuição para Psicologia. Essa teoria promoveu entre os psicólogos norte-americanos, um modo de pensar que foi chamado de Funcionalismo. Esse grupo tinha interesse pelo estudo dos comportamentos e dos processos mentais humanos, uma

análise de como se prestavam à adaptação do indivíduo em relação a um ambiente em constante mudança. A consciência servia à função adaptativa de possibilitar ao indivíduo avaliar as situações problema e a capacidade de resolvê-las rapidamente. Desta mesma forma, os hábitos prestavam-se a libertar a consciência limitada do indivíduo para concentrar-se nos problemas que não seriam resolvidos.

Bock, Furtado e Teixeira (2008) relatam que, na Psicologia, as primeiras abordagens surgidas foram: O Funcionalismo que elegeu a consciência como centro das preocupações, buscando a compreensão de seu funcionamento, na medida em que o ser humano a usa para conseguir se adaptar ao meio. O Estruturalismo, que diferentemente do Funcionalismo, estuda os estados elementares da consciência como estruturas do sistema nervoso central, cujos conhecimentos psicológicos produzidos são eminentemente experimentais, ou seja, produzidos a partir do laboratório. E o Associacionismo, originado na concepção de que a aprendizagem ocorre por um processo de associação de ideias, das mais simples até as mais complexas. Para aprender um conteúdo mais complexo, o indivíduo deveria aprender primeiramente as ideias mais simples, que fossem associadas àquele conteúdo. Essas abordagens deram origem às inúmeras teorias que existem atualmente.

Segundo Bock, Furtado e Teixeira, (2008) a Psicologia como ciência humana, abarcou um conhecimento abrangente a respeito dos seres humanos. Em seu desenvolvimento histórico como ciência, criou teorias explicativas da realidade psicológica, bem como métodos e técnicas próprias de investigação e de intervenção na dimensão subjetiva de nossa realidade.

De acordo com Braghirolli et al. (2014), dentre os seres vivos, é o homem que apresenta o comportamento mais complexo e variado. Torna-se difícil estudar um objeto quando se trata dele mesmo, a compreensão deste comportamento não é fácil de ser alcançada. Os psicólogos admitem que ainda não conhecem todas as respostas dos problemas relacionados a este complexo comportamento. Eles desejam entender e também prever os fenômenos. Estando estabelecidas as condições sob as quais um determinado evento acontece, é possível antecipar que ele ocorrerá, se as tais condições estiverem presentes.

Davidoff (2001) pontua que os psicólogos avaliam funções básicas tais como, pensamento, aprendizagem, linguagem, emoções e motivações. A Psicologia lida também com tópicos sociais vitais, como divórcio, racismo, sexismo, violência, estupro, conservação e poluição. Investiga o desenvolvimento ao longo de toda a vida do ser humano, do nascimento à morte. Envolve-se no auxílio à saúde-mental, saúde física, procurando entender correlações entre estilo de vida e ansiedades e como os sentimentos contribuem para as doenças físicas, tais como câncer e doenças cardíacas. Colaboram com reabilitação de alcoólatras, vítimas de



colapso e pessoas com traumatismo de coluna. A Psicologia auxilia no tratamento das pessoas emocionalmente alteradas, perturbadas.

Segundo Dalgarrondo (2008), a Psicologia, em suas diversas áreas (psicologia das funções mentais, psicologia experimental, psicologia social, psicologia do desenvolvimento, psicologia da aprendizagem etc.) tem fornecido contribuições e reforços fundamentais à ciência, auxiliando na consulta, inspiração e orientação à psicopatologia geral. A área desenvolvida pela Psicologia clínica, denominada psicodiagnóstico, representa, de fato, um importante meio de auxílio ao diagnóstico psicopatológico.

Dalgarrondo (2008) coloca que as relações entre a Psicopatologia e a Psicologia geral são múltiplas. Dentre as diversas visões, destaca:

1. Psicopatologia como “patologia do psicológico”: Dessa forma, a Psicopatologia é vista como um ramo da Psicologia geral. Nesse sentido, se a Psicologia é o estudo sistemático da vida psíquica normal, a Psicopatologia deveria ser vista então como uma parte ou um ramo da Psicologia geral, uma subdisciplina da Psicologia que pesquisa os fenômenos anormais.

2. Psicopatologia como “psicologia (especial) do patológico” (da mente patológica): A Psicopatologia vista então como uma ciência autônoma, porque em seu campo de estudo, entra uma série de elementos e fenômenos especiais, que não concebem simples alterações quantitativas do normal.

Rangé et al. (2011) em as “psicopatologias e suas bases emocionais”, aponta que as emoções negativas, tais como a ansiedade e a depressão também desempenham papel importante em nossa sobrevivência. O humor deprimido pode ter sido selecionado para lidar com situações de perigo e sua utilidade seria a inibição à exposição demasiada dos indivíduos a metas difíceis, confrontos interpessoais que representam desafios e arriscam sua autoridade a um desperdício de reservas internas.

Rangé et al. (2011) relatam que a depressão pós-parto poderia ter se estabelecido porque permitiria o recebimento e recursos que fosse gasta ou despendida muita energia para obtê-los. Neste período, as mulheres teriam mais dificuldade de obtenção de recursos para si e para a prole. Essa estratégia funcionaria porque os membros da espécie humana têm ampla capacidade de se colocar no lugar do outro e de agir de maneira altruísta.

## **2.2 Conceito de Depressão**

O termo depressão foi usado pela primeira vez em 1680 e surgiu para designar um estado de desânimo ou perda de interesse e, somente em 1750, Samuel Johnson incorporou o

termo ao dicionário (SOUZA; LACERDA, 2013). O conceito de depressão é complexo e apresenta diversas vertentes, conferindo dificuldades mesmo para Freud:

Freud indica que também a psiquiatria não alcançou uma única definição de melancolia. Ele mesmo utiliza, ao longo de sua obra, melancolia, depressão, depressão melancólica, o mais das vezes como sinônimos, sem jamais estabelecer uma distinção clara entre os termos (MOREIRA, 2001, p 94).

Segundo CID-10 (Classificação Internacional de Doença) da Organização Mundial da Saúde (1993), a depressão caracteriza-se por humor deprimido, perda de interesse e prazer, energia reduzida com fatigabilidade aumentada e atividade diminuída, concentração e atenção reduzidas, diminuição da autoestima e da autoconfiança, ideias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, ideias ou atos lesivos de suicídio, problemas de sono e diminuição do apetite.

De acordo com Kaplan e Sadock (2007), uma observação quase universal, independente de cultura ou nação, é a da prevalência duas vezes maior do transtorno depressivo em mulheres que em homens. Diversas razões são levantadas para justificar esta constatação como as diferenças hormonais, os efeitos da geração de filhos, estressores diferentes para os sexos e modelos comportamentais de desamparo aprendido.

O CID-10 esclarece que a diferenciação entre episódios depressivos grave, moderado e leve, baseia-se em um julgamento clínico diferenciado, que irá envolver o tipo, a gravidade, e a quantidade de sintomas presentes. A extensão das atividades laborativas habituais e sociais, frequentemente serão úteis para avaliação do grau de gravidade do episódio. Influências individuais, culturais e sociais que perturbam uma direta relação entre a gravidade dos sintomas e desempenho social são suficientemente comuns e importantes para tornar desaconselhável a inclusão do desempenho social entre os critérios essenciais de gravidade (OMS, 1993).

Segundo o CID-10, o indivíduo com episódio depressivo leve está, usualmente, angustiado pelos sintomas, encontra dificuldades em realizar diariamente seu trabalho e atividades sociais, porém não para completamente com suas funções. O indivíduo com episódio depressivo moderadamente grave, geralmente terá dificuldades consideráveis em continuar com atividades sociais, domésticas ou laborativas. Quando for um episódio depressivo grave, dificilmente o indivíduo será capaz de prosseguir com suas atividades, exceto com uma extensão limitadíssima (OMS, 1993).

Para Knapp (2004), a depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns, com distribuição universal e constitui um grave problema de saúde pública. De acordo com Abreu e Oliveira (2009), o DSM-V-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição), a depressão é definida como humor deprimido, perda do interesse ou prazer em quase todas as atividades habituais, sentimentos de desvalia ou culpa, alteração de peso ou apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, redução de energia, dificuldade em se concentrar ou pensar e pensamentos de morte ou suicídios.

Wright, Basco e Thase (2008) relatam que a depressão está agregada a uma tendência de fazer atribuições aos eventos da vida que são enviesadas em sua própria direção interna. Indivíduos deprimidos culpam-se excessivamente pelos eventos negativos. Na depressão, situações negativas ou problemáticas são vistas como imutáveis e improváveis de melhorar no futuro.

Depressão pode ser caracterizada como sendo de forma típica, quando os sintomas logo permitem o seu reconhecimento, ou de formas atípicas, quando as evidências não parecem tão claras. O importante é perceber que depressão significa capacidade reduzida de iniciativa ou persistência em atividade. A oferta reduzida de energia, que se traduz por uma ativação limitada, somada a menos capacidade de suportar o conjunto das demandas que chegam ao sistema nervoso central, diminui sensivelmente a capacidade de resposta emocional e, por consequência, do organismo como um todo (RODRIGUES; HORTA, 2011, p. 235).

Para Wright, Basco e Thase (2008), a energia baixa, dificuldade de concluir tarefas, capacidade diminuída de desfrutar das atividades, dificuldade em resolver problemas são queixas comuns de pessoas com depressão. A pessoa poderá preferir diminuir o seu nível de atividades e isso geralmente resulta em um agravamento dos sintomas, conseqüentemente se estabelecerá um ciclo vicioso, no qual o menor envolvimento em tarefas estimulantes ou em ações produtivas para lidar com os problemas é seguido de mais falta de interesse, autoestima mais baixa e maior desamparo. Sendo assim, o indivíduo conclui que é incapaz de resolver problemas, de concluir tarefas e de sentir prazer. Pessoas depressivas podem perder a esperança e desistem de tentar mudar.

Rodrigues e Horta (2011) sugerem uma série de perguntas para verificar a possibilidade de quadro depressivo:

- Você vem tendo pouca energia?
- Você vem tendo perda de interesse?
- Você vem tendo perda de confiança em si mesmo?
- Você tem se sentido sem esperança?

Se uma das respostas for afirmativa, segue-se com as próximas questões:

- Você tem dificuldade para se concentrar?
- Você teve seu peso reduzido?
- Você tem acordado cedo?
- Você tem se sentido mais lento?
- Você tende a sentir-se pior pela manhã?

Com três respostas afirmativas, o teste já é considerado positivo para a depressão.

Não é difícil perceber que a configuração dos quadros depressivos gira em torno de manifestações afetivas (emoções), comportamentais (ações) e ideativas (pensamentos) que incidem e passam a caracterizar o dia a dia do sujeito em questão. Os arranjos entre essas características clínicas podem ser apresentados de diferentes formas em relação ao tempo e a fatos de vida das pessoas (RODRIGUES; HORTA, 2011).

### **2.3 Definições da Depressão Pós-Parto (DPP)**

Segundo Ribeiro e Andrade (2009), a depressão é uma manifestação patológica que altera por completo o perfil social do ser e a maneira como se vê a vida e o mundo ao seu redor; quando essa patologia atinge a puérpera, acaba sendo configurada como depressão pós-parto.

De modo geral, o transtorno depressivo puerperal exhibe o mesmo quadro clínico característico da depressão em outros períodos da vida feminina, acrescido de particularidades relativas à maternidade em si e ao desempenho da função de ser mãe. Sentimentos negativos, culpabilidade por não conseguir cuidar do filho e desinteresse pelo bebê, são frequentes e podem resultar em um desenvolvimento insatisfatório da interação mãe e bebê. O afastamento pode aumentar ainda mais a sensação de incapacidade materna e impedir o estabelecimento de vínculos (SILVA et al., 2010).

O DSM-V-TR considera a depressão pós-parto (DPP) um subtipo de Episódio Depressivo maior (EDM), esclarecendo que:

Os episódios de humor podem ter seu início durante a gravidez ou no pós-parto. Embora as estimativas difiram de acordo com o período de seguimento após o parto, entre 3 e 6% das mulheres terão início de um episódio depressivo maior durante a gravidez ou nas semanas ou meses após o parto. Na verdade, 50% dos episódios depressivos maiores no pós-parto começam antes do parto. Assim, esses episódios são designados coletivamente como episódios no periparto (APA, 2014, p. 156-157).

Para a DPP ser diagnosticada, os sinais e sintomas da depressão devem se desenvolver dentro da quarta a oitava semana após o parto e podem persistir por mais de um ano (SCHMIDT; PICCOLOTO; MULLER, 2005).

Os primeiros dias, após o parto, costumam ser marcados por diferentes expectativas e uma série de emoções; essa turbulência de sentimentos, por sua vez, pode gerar uma instabilidade no quadro emocional da mulher, que se modifica entre euforia e depressão (FERNANDES; COTRIN, 2013).

Segundo Marco et al. (2012), o puerpério, assim como a gravidez, é um período bastante vulnerável à ocorrência de crises, devido às profundas modificações intra e interpessoais desencadeadas pelo nascimento do bebê. Os primeiros dias subsequentes ao nascimento do bebê representam, para a mulher, um período de transição cheio de novidades e de imprevistos. Ao retornar para casa, a mãe vive um estado de fragilidade psíquica, temendo não dar conta do lar, do marido e do filho. Neste período, ela trona-se especialmente sensível, muitas vezes desesperada. A depressão reativa e a ansiedade são extremamente comuns.

O período pós-parto é um momento de adaptação e enfrentamento de novos desafios, não só fisiológicos como também psicológicos em que é necessário adaptar-se a uma nova realidade. Inicia-se uma nova rotina, mudança de hábitos, passa-se a ter novas responsabilidades inerentes à maternidade. Essa fase de transformação emocional, permeada por sentimentos ambivalentes, torna-se muito propícia ao surgimento de problemas emocionais que incluem a tristeza puerperal, a depressão pós-parto (FERNANDES; COTRIN, 2013).

Em relação à depressão pós-parto, Figueiredo (2001) assinala o seguinte:

1-Trata-se de um episódio depressivo maior, que acontece em estreita relação com o parto, pois geralmente inicia-se dois ou três meses após o nascimento do bebê.

2-Characteriza-se por problemáticas relativas ao desempenho do papel materno e à presença do bebê; por um conjunto de sintomas que ganham uma relevância particular na DPP, comparativamente ao que acontece na depressão em geral. Esses sintomas são: queixas físicas; níveis elevados de preocupação; extrema culpabilidade; perda significativa de autoestima; insônia e agravamento dos sintomas com o decorrer dos dias.

3-Tem uma duração média de três ou quatro meses, embora os sintomas podem se manter num nível clinicamente significativo até a idade de um ou dois anos do bebê.

4-Trata-se de uma perturbação bastante corrente, dado que a sua incidência foi recentemente fixada em 13% das mulheres puérperas, com base em estudos realizados nos mais diversos países da Europa.

5- Pelo seu aparecimento mais tardio e pela sua etiologia claramente psicossocial, distingue-se do *baby blues* pós-parto e da psicose puerperal, as restantes duas perturbações psicopatológicas do puerpério que têm o seu início durante o primeiro mês do puerpério e decorrem das grandes alterações hormonais associadas ao parto.

A depressão pós-parto pode diferir da depressão em vários aspectos:

- Estar relacionado a uma causa específica: mudança de papéis, mudança nos relacionamentos e situação pessoal após a chegada do bebê;
- A possibilidade de ser causada pelas transformações hormonais que ocorrem próximo ao parto e nas semanas subsequentes;
- Estar limitada normalmente a um período específico, que seria até um ano após o parto (HARVEY, 2002).

A dificuldade em detectar a doença precocemente está relacionada à semelhança existente entre os primeiros sintomas da DPP e do período de ajustamento emocional após o parto, que podem ser confundidos pelos profissionais de saúde; a falta de vínculo dos profissionais com a gestante também poderá contribuir para essa dificuldade (HIGUTI; CAPOCCI, 2003).

Fonseca e Canavarro (2016) relatam que a melancolia pós-parto é uma condição clínica comum, transitória e benigna. Ocorre habitualmente nos primeiros três a cinco dias após o nascimento do bebê e tem duração limitada. Como ocorre frequentemente, ela é considerada parte da reação normal do pós-parto. Essa melancolia não altera a capacidade funcional da mulher.

Segundo Fernandes e Cotrin (2013), o estado de tristeza puerperal pode variar de algumas horas até uma ou duas semanas depois do parto, podendo existir vários sintomas relacionados a esta condição, como as mudanças súbitas de humor, que advém sem explicação e sem que se saiba seu real motivo; a mãe sente vontade de se isolar, de chorar e, ao mesmo tempo, não tem como explicar sua alegria e satisfação. Existe uma ambivalência incompreensível; inicialmente, sente-se feliz e, posteriormente, triste, só que sem apresentar motivos concretos para esses estados de humor; ou não consegue admitir que, prioritariamente, a causa é o nascimento do seu filho. A mãe pode ainda sentir-se irritada, impaciente, não apenas com seu parceiro ou familiares, como também com seu bebê, transparecendo aflição, ansiedade, cansaço, momentos de solidão, curtos lapsos de memória.

Este estado de tristeza puerperal pode fazer com que a mãe se isole, evite o contato com as pessoas com que convive e, até mesmo com seu filho, por vezes, evitando amamentar, dar banho, trocar suas fraldas, olhar em seus olhos, acalentá-lo, apresentando gestos de recusa.

Existem três tipos de DPP: o *baby blues*, que é a forma mais branda da depressão pós-parto; a depressão puerperal; a psicose puerperal caracterizada por delírios, alucinações, transtornos cognitivos, ideação de suicídios (COSTA, 2013).

**Quadro 1:** Diferencial sinóptico dos distúrbios psiquiátricos puerperais

	<b>Tristeza Puerperal</b>	<b>Depressão Puerperal</b>	<b>Psicose Puerperal</b>
<b>Conceito</b>	Distúrbio psíquico leve e transitório.	Transtorno psíquico de moderado a severo com início insidioso.	Distúrbio de humor psicótico apresentando perturbações mentais graves.
<b>Prevalência</b>	50% a 80%	10% a 15%	0,1% a 0,2%
<b>Manifestação</b>	Inicia-se no 3° até o 4° dia do puerpério.	Inicia-se no 2° a 3° dia do puerpério.	Início abrupto nas duas ou três semanas após o parto.
<b>Sintomas</b>	Choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê.	Tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbio de sono, insônia inicial e pesadelos, ideias suicidas, perda do interesse sexual.	Confusão mental, agitação psicomotora, angústia, insônia, evoluindo para formas maníacas, melancolia ou até mesmo catatônicas.
<b>Curso e diagnóstico</b>	Remissão espontânea de uma semana a dez dias.	Desenvolver-se lentamente em semanas ou meses, atingindo assim um linear, o prognóstico está intimamente ligado ao diagnóstico precoce e intervenção adequadas.	Pode evoluir mais tarde para uma depressão. O prognóstico depende da identificação precoce e intervenções no quadro.
<b>Tratamento</b>	Psicoterapia, enfatizando a educação e o equilíbrio emocional da puérpera.	Psicoterapia, farmacologia. Eletroconvulsoterapia (casos especiais).	Psicoterapia, farmacologia, eletroconvulsoterapia e internação (casos especiais).

Fonte: Zanotti et al. (2003).

De acordo Harvey (2002), o *baby blues* não é grave, dura apenas alguns dias e desaparece duas semanas após o nascimento. Não necessita de amparo médico, tudo que a mãe precisa é de um ombro para chorar, amigos e familiares que não a julguem. Conversar com um médico da família ou outro profissional da saúde pode ajudar, pois este poderá lhe garantir que seus sentimentos são normais, e também lhe oferecer apoio se houver outros problemas que estejam piorando o *baby blues*, como por exemplo, se a criança chorar muito, se surgirem dificuldades em amamentar ou quaisquer preocupações familiares.

A depressão pós-parto moderada ou grave, também pode durar um tempo maior do período do choro do bebê ou das dificuldades com a amamentação. O choro devido a cólicas diminui por volta de quatro meses na maioria dos bebês, e a amamentação costuma se regularizar por volta da segunda semana após o nascimento. Entretanto, se a depressão pós-

parto não for tratada, pode demorar meses para ser superada e muitas mulheres sentem que nunca mais voltarão a ser o que eram anteriormente. O efeito também pode ser devastador para a família toda, colocando ambos os pais sob grande tensão, interferindo no desenvolvimento normal do relacionamento mãe/bebê e se for depressão em virtude de um segundo parto, ou subseqüente, provoca uma reação em cadeia nas outras crianças da família (HARVEY, 2002).

A psicose pós-parto é uma condição grave, sendo mais susceptível a atingir as mulheres que têm distúrbio bipolar. Os sintomas incluem sentir-se desconectada com seu bebê, pensamento confuso, alterações no sono, alucinações, aumentando o risco de prejudicar o bebê, a si mesma ou outra pessoa (RAFFAELI; ROESLER, 2016).

Para Silva, Souza e Moreira (2003), é muito difícil determinar o limite entre depressão pós-parto normal e a patológica, também chamada de psicose puerperal. Uma das principais características é a rejeição total ao bebê, sentindo-se completamente aterrorizada e ameaçada por ele, como se lhe oferecesse perigo, um inimigo em potencial. A mulher sente-se, então, apática, abandona os próprios hábitos de higiene e os cuidados pessoais. Pode sofrer de insônia, apresentar ideias de perseguição, como se alguém viesse lhe fazer algum mal, ou roubar-lhe o bebê. Se a puérpera estiver neste quadro de profunda depressão, sem poder fazer o acolhimento e cuidados necessários, este também poderá vir a adoecer. As características notadas na criança serão: falta de brilho no olhar, dificuldade em sorrir, diminuição do apetite, diarreia, vômito, sem mostrar interesse aos que estão em sua volta.

Segundo Varella (2016), cerca de 10 a 15% das mulheres sofrem de DPP. Esses são dados captados apenas de mulheres diagnosticadas, podendo esse número ser bem maior, uma vez que existem muitos casos em que as mulheres nem sabem que podem estar com a doença. A falta de comunicação e dificuldade de relatar o que estão sentindo para o companheiro e para o médico que acompanhou o pré-natal e acompanha o pós-natal e pediatra, dificultam o diagnóstico.

Oliveira (2018) aponta que existem muitos tabus que envolvem a DPP, o que pode dificultar o diagnóstico e tratamento da doença. Ao ser acometida pela depressão, a puérpera sente-se frágil e culpada pelo que está sentindo. A família, ao vê-la em estado de tristeza, pode proferir falas indevidas como, por exemplo: “Você tem um belo bebê, não entendo porque chora o tempo todo”. Este tipo de comentário expõe ainda mais a mãe, que já está tendo dificuldades em compreender e lidar com as mudanças que está vivendo.



## 2.4 Sintomas e Diagnóstico

O puerpério é o período caracterizado pelos três primeiros meses após o parto, é um período propenso a crises, devido às múltiplas mudanças físicas e psicológicas que o acompanham. Neste período, a mulher entra em um estado especial, caracterizado pela sensibilidade aumentada, cujo objetivo é capacitar a mãe a preocupar-se com seu filho. O puerpério, assim como a gestação, é um período bastante vulnerável à ocorrência de crises emocionais, devido às grandes e profundas mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo parto (MALDONADO, 2002; BORSA; FEIL; PANIÁGUA, 2007).

De acordo com Marco et al. (2012), após o parto e, às vezes ainda no hospital, a puérpera pode vivenciar períodos depressivos, até chegar a um extremo psicopatológico denominado por psicose puerperal. A escuta das queixas e o acompanhamento é essencial para que o médico discrimine a diferença entre sintomas depressivos pós-parto breves e um processo psicótico com a perda do contato com a realidade e, por conseguinte, a impossibilidade da efetivação das funções maternas, inclusive com risco de vida para a criança. É conveniente que o médico busque auxílio de um colega para um diagnóstico mais específico do nível de depressão, caso tenha dúvidas sobre o estado psicopatológico da mãe.

Segundo Maldonado (2002), os primeiros dias após o nascimento do bebê são sobrecarregados de variadas e intensas emoções. As primeiras 24 horas constituem-se em um período de recuperação do cansaço e da fadiga do parto. A sensação de desconforto físico devido às náuseas, as dores e ao sangramento pós-parto são muito intensas, lado a lado com a excitação pelo nascimento do filho. Desta forma, compreende-se o quanto é complexo este momento para a vida da mulher, possibilitando inúmeros sentimentos. A labilidade emocional é o padrão mais característico da primeira semana após o parto, verificando-se alternadamente a euforia e a depressão, sendo que esta última pode atingir grande intensidade (MALDONADO, 2002; BORSA; FEIL; PANIÁGUA, 2007).

Para Silva, Souza e Moreira (2003), DPP é uma patologia que apresenta diversos sinais e sintomas do estado depressivo, que variam quanto à maneira e intensidade com que se manifestam, pois dependem do tipo de personalidade da puérpera, das suas vivências, da sua própria história de vida, além das mudanças bioquímicas que se processam logo após o nascimento do bebê.

Algumas vezes, a DPP não é notada porque determinados sintomas são característicos dos dias seguintes após o parto. O apetite e o peso tendem a flutuar nos primeiros dias depois do nascimento, pois a mãe come algo quando o bebê permite. Muitas das novas mães não dormem direito à noite, o que as deixa cansadas. Nesses primeiros dias

também, muitas mães têm dificuldades de concentração ou de tomar decisões, pois, em primeiro lugar, estão cansadas, e, em segundo, estão pensando em tantas coisas relacionadas ao bebê, que é difícil desviar a atenção delas. São poucas as mães que não acham que tudo está incidindo sobre elas. A diferença da DPP é que estes sintomas são sentidos quase o tempo todo, sendo percebido por familiares e outras pessoas. Os sintomas virão acompanhados por outras emoções, como a sensação de inadequação, culpa, ansiedade, raiva e uma prostração ou melancolia esmagadores (HARVEY, 2002).

De acordo com Silva, Souza e Moreira (2003), a puérpera deprimida, ao contrário da hiperativa, pode apresentar-se com um profundo retraimento, necessidade de isolamento. A prostração e a decepção com os sentimentos de desilusão e o fracasso têm também aspectos regressivos que se somam aos já produzidos pelo parto, com a reatualização do trauma do próprio nascimento, fazendo com que a mãe se sinta mais carente com necessidade de proteção, como que se estivesse competindo com o bebê, disputando as atenções do meio que a cerca. Tem uma sensação predominante de estar apenas a serviço do bebê, como se nunca mais fosse possível recuperar sua vida pessoal.

Os dois sintomas mais comuns da depressão são: o desespero constante ou sentimento de tristeza; perda do interesse ou não sentir prazer na maioria das atividades diárias. A puérpera poderá expor também os seguintes sintomas: perda ou ganho de peso, alterações de apetite, problemas para dormir, ou dormir em excesso, acordar cedo e não conseguir dormir de novo; sentir-se agitada a ponto de outras pessoas perceberem, cansaço, perda de energia, incapacidade de se concentrar, dificuldade para tomar decisões, sensação de inutilidade ou culpada sem motivos, sentir que não é uma boa mãe e que não está cuidando direito do bebê, achar que tudo está recaído sobre ela (HARVEY, 2002).

O diagnóstico não é feito de forma precoce e adequada devido a questões culturais como, por exemplo, a mulher minimiza os sintomas sentindo-se culpada pelo humor depressivo após o parto, e pela falta de instrumentos com boa propriedade psicométrica e de critérios objetivos para o diagnóstico e pela própria heterogeneidade das manifestações clínicas da DPP (DINIZ et al., 2010).

Alguns autores sugerem que a ansiedade seja um componente da depressão perinatal, no entanto, como a maioria das avaliações sobre os sintomas do puerpério se concentra na sintomatologia depressiva, os níveis de ansiedade podem estar sendo mascarados. A literatura alerta para a necessidade de uma maior investigação a fim de distinguir os casos de depressão pós-parto dos de ansiedade, e as circunstâncias onde ambos coexistem (AUSTIN et al., 2010; HILDEBRANDT, 2013).

Segundo Hildebrandt (2013), a ansiedade é frequentemente associada à gestação e ao puerpério como sendo uma condição normal e decorrente da fase de adaptação às mudanças físicas, mudanças psicológicas e sociais atribuídas para este período. Uma ansiedade adaptativa é aquela que prepara a mulher para o enfrentamento dessas transformações através de uma postura saudável e ativa. Por outro lado, uma ansiedade patológica pode comprometer o bem-estar da mãe e, conseqüentemente, o do bebê, podendo atrapalhar o desempenho das tarefas de cuidados necessários nesse período.

Marco et al. (2012) afirmam que a depressão-pós-parto tende a ser mais intensa quando há uma quebra muito grande da expectativa em relação a si própria, em relação ao bebê e ao tipo de vida que se estabelece com a presença do filho. Provavelmente que, com o desaparecimento da imagem “idílica”, surgem o desânimo, o desapontamento e a impressão de ser incapaz de enfrentar a nova situação.

Os autores Landim, Veloso e Azevedo (2014) descrevem a eficácia e a importância da utilização das escalas como instrumento facilitador para rastreamento, identificação e diagnóstico da DPP nas gestantes e puérperas, destacando a *Edinburg Depression Postpartum Scale* (EDPS) como a mais utilizada nesse contexto. Porém, embora seja de manejo acessível a EPDS, até mesmo por profissionais da saúde não especializados, traz limitações quando da inferência sobre a real frequência da depressão pós-parto, superestimando sua ocorrência. Nesse sentido, fortalecem-se as consultas pediátricas e as de puericultura como método excelente para o diagnóstico da depressão pós-parto, seguindo de acordo com a sequência do acompanhamento ao longo do primeiro ano de vida.

A adaptação e validação da versão brasileira da *Edinburg Depression Postpartum Scale* (EDPS) feita por Santos (1995), descreve a escala como um instrumento de auto registro, composto por dez itens pontuados em escala *likert* (zero a três) que variam de acordo com a presença ou intensidade do sintoma e a mãe assinala as respostas que melhor descrevem o modo como tem se sentido na última semana. Seus itens incluem a investigação dos sintomas já listados como diagnósticos nos manuais de saúde mental. A somatória total dos escores resulta em 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva, neste estudo de validação, valor igual ou superior a 12. Estudos posteriores para a adaptação transcultural indicam alguns pontos de corte, diferentes e reduzidos para a identificação da depressão pós-parto (CAMPO; RODRIGUES, 2015).

O Quadro 02 demonstra exemplos de categorias de sintomas depressivos:

**Quadro 2:** Categorias de sintomas depressivos

<b>Categoria</b>	<b>Exemplo</b>
Humor	Tristeza, crises de choro ou risos,
Sintomas somáticos	Alterações no sono, apetite e peso
Sinais motores	Inibição e agitação
Comportamentos sociais	Apatia, isolamento
Aspectos cognitivos	Ideação de culpa e suicídio
Ansiedade	Psíquica, fóbica, somática
Irritabilidade	Hostilidade, autoagressão

Fonte: Schardosim, Heldt (2011).

## 2.5 Fatores de riscos associados à depressão pós-parto

Diante das transformações da sociedade, da família e dos papéis femininos, coloca-se para a mulher uma dupla responsabilidade em prover o sustento e cuidado dos filhos (COUTINHO; SARAIVA, 2008).

Marco et al. (2012) avaliam que, em contraste com a gravidez, cuja evolução é lenta e permite que as diversas mudanças ocorram de maneira gradual, o parto é um processo abrupto que introduz, com rapidez, mudanças bruscas e intensas. Há uma nova transformação corpórea, cuja involução ocorre rapidamente se comparada com as modificações brandas da gravidez. A chegada do bebê traz consigo alterações imprevisíveis e profundas na rotina familiar. Dá-se com o parto, o primeiro passo decisivo no *continuum* simbiose-separação. A falta de elaboração desta separação, muitas vezes, é sentida como uma segregação dolorosa, na qual a mulher perde parte de si própria.

As condições de vida das famílias sofreram mudanças de forma radical nos últimos anos. Em quase todas as culturas, existem rituais que servem para conferir um estatuto especial à mulher puérpera e que atuam essencialmente no sentido de aumentar a sua autoestima, de diminuir as suas dificuldades na relação conjugal e de clarificar o seu estatuto social. Entretanto, esses rituais de passagem estão desaparecendo nas sociedades ocidentais atuais, e a falta destes rituais cria um terreno propício ao proliferar perturbações relacionadas com a maternidade. A função destes rituais era assegurar o apoio social e a autoestima da puérpera, sendo essas duas circunstâncias intrinsecamente relacionadas com a depressão pós-parto (FIGUEIREDO, 2001).

Segundo Oliveira (2018), as emoções, as prioridades, o relacionamento, horários, aumento na carga de trabalho, são mudanças que ocorrem devido à maternidade. Todas essas variações que ocorrem na vida da mulher após o nascimento do filho, podem deixá-la em estado vulnerável à DPP. Para muitas pessoas, a maternidade é considerada a melhor parte de suas vidas, descrevendo-a como algo desejado e maravilhoso, impedindo que muitas mulheres se encorajem a falar de seus conflitos e inseguranças, desencorajando-as a procurar ajuda. Um

único fator poderá não causar o transtorno, mas a combinação de diversos fatores potencializa o surgimento desta patologia.

De acordo com Marco et al. (2012), o parto por si só é um evento muito estressante. Por várias situações, estabelece uma condição crítica, é um momento de passagem de um estado para outro, cuja principal característica é a irreversibilidade, uma situação que deve ser encarada de qualquer maneira. Outra peculiaridade que colabora para o aumento da insegurança e da ansiedade é a incapacidade de prever exatamente quando e como será o trabalho de parto, esse processo desconhecido e imprevisível sobre o qual não há possibilidade de controle. Reaparecem medos da morte, da dor e da má-formação do bebê.

Estudos diversos apontam que a história prévia de doença psiquiátrica ou problemas psicológicos prévios da mãe, incluindo tristeza puerperal, pode predispor a ocorrência da depressão puerperal. O histórico anterior pessoal e familiar de depressão aumenta a probabilidade da depressão pós-parto (SCHWENGBER; PICCININI, 2003; FERNANDES; COTRIN, 2013).

Segundo Fonseca e Canavarro (2016), a teoria Interpessoal aponta que os seres humanos são seres iminentemente sociais, como também deve ser levado em conta, o papel dos fatores biológicos; de acordo com essa teoria, a depressão é conceituada como uma doença que ocorre em um contexto social, que se encontra perturbado, ou seja, com problemas interpessoais. O modelo biopsicossocial da DPP, o modelo de vulnerabilidade-stress para a DPP e o modelo cognitivo-comportamental da DPP, têm em comum duas premissas: A) que existem mulheres mais vulneráveis à ocorrência desta patologia, porque possuem um conjunto de características ( fatores de vulnerabilidade) que as tornam mais propensas a essa condição clínica; e B) o período puerperal é um período indutor ao estresse, podendo ativar fatores de vulnerabilidade pré existentes.

Harvey (2002) também relata que mulheres que sofrem de depressão em uma primeira gravidez são, infelizmente, mais propensas a desenvolver a doença em uma gravidez subsequente. Também há um significativo número de mães que desenvolvem a depressão pós-parto pela primeira vez em uma segunda ou posterior gravidez; aqui as circunstâncias podem ter mudado, criando mais “gatilhos” que podem provocar a depressão pós-parto, por exemplo: iniciar outra família com um novo companheiro, ou uma gravidez tardia não planejada.

A experiência de gestar, parir e cuidar de um filho pode dar à mulher uma nova dimensão de vida e contribuir para seu crescimento pessoal e emocional. Ao mesmo tempo, pode causar desorganização interna, ruptura de vínculos e de papéis, conseqüentemente, resultar em quadros de depressão puerperal. O que talvez se justifique pelo fato da dinâmica

de ser mãe, esposa, gerente do lar e mulher, quase sempre caminhar à revelia das condições hormonais, bioquímicas e psicológicas femininas nesse momento (SILVA et al., 2010).

O alto grau de exigência imposto pela sociedade ou pela própria mãe a si mesma, em relação ao exercício primoroso, perfeccionismo no papel de ser mãe, poderá levar ao desenvolvimento desta síndrome. Pode-se dizer que a maternidade é um conceito socialmente edificado, mas que acaba por ser confundido com a capacidade da mulher de gerar e amamentar os filhos. De acordo com essa construção, é pressuposto que a mulher é nata para a maternidade, enquanto que o homem precisa aprender a exercer a paternidade. Assim, tanto a maternidade quanto a paternidade são representações que se diferenciarão a depender de cada cultura (COSTA, 2013).

Segundo Marco et al. (2012), não deve ser menosprezada a repercussão do contexto assistencial sobre a vivência da gravidez, do parto e do puerpério. O descontrole, o pânico e até mesmo as alterações da contratilidade uterina, ocorrem de uma assistência precária, que não acolhe, não protege e até mesmo maltrata e negligencia a grávida. O período da gestação e do parto na existência de uma mulher pode ser considerado um verdadeiro processo psicossomático, cujas características são multideterminadas por diversas facetas do contexto sociocultural e da individualidade fisiopsicológica da mulher.

De acordo com Landim, Veloso e Azevedo (2014), o estresse é considerado um dos principais fatores responsáveis pelo desencadeamento da depressão. Segundo os autores, eventos do tipo: medo do parto, da possível morte dela ou do feto, preocupações financeiras e conjugais, são vistos como propulsores para o estresse, principalmente se essas estiverem passando pela primeira gestação. Observaram ainda que o estresse manifestado tanto na gestação, como no puerpério estabelece uma relação com a depressão, sendo que quanto mais avançada a fase de estresse em que a gestante se encontrar, maior a probabilidade de esta apresentar depressão pós-parto.

Segundo Marco et al. (2012), o aumento considerável de cesarianas, especialmente no Brasil, considerando que, muitas vezes, é um procedimento desnecessário, aumenta o custo dos partos, expõem a mulher a riscos elevados de infecção pós-operatório e fazem com que as mães fiquem afastadas de seus filhos enquanto se recuperam da cirurgia, gerando, na puérpera, considerado nível de angústia. No parto normal, a gestante é incentivada a cooperar e participar, conferindo à futura mãe, sensação de competência.

Fernandes e Cotrin (2013) enfatizam o relato de alguns autores assegurando que os riscos de depressão pós-parto se evidenciam diante da inter-relação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos. Estudos admitem uma associação entre a ocorrência da

depressão pós-parto e a fragilidade do suporte oferecido pelo companheiro e demais familiares, ou por pessoas com as quais a mãe se relaciona, a falta de planejamento da gestação, à dificuldade na hora do parto, nascimento prematuro, a dificuldade de amamentar e os cuidados e preocupações com o bebê (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Harvey (2002) relata que ter preocupações financeiras deprime qualquer pessoa, mas, com a chegada do bebê para sustentar, pode aumentar rapidamente as chances de desenvolvimento da depressão pós-parto. A vinda de um filho normalmente traz junto problemas financeiros, porque, de repente, o rendimento da família é dividido. Em alguns casos mais graves, o pai pode estar desempregado ou ter sido despedido próximo à época em que o bebê nasceu, um golpe duplo para a nova família, o que também aumenta a probabilidade de o pai ficar deprimido.

Marco et al. (2012) entendem que o pai é a figura que poderia dar maior tranquilidade quando o casal está bem e realizado com a chegada do bebê, há necessidade de existir na cena uma “função paterna”, porém quase sempre ele necessita voltar ao trabalho e, neste caso, surge a necessidade de outra pessoa que o substitua nestes cuidados. Até pouco tempo, essa função era direcionada às avós, mesmo que isso trouxesse alguns conflitos junto a essa ajuda indispensável. Hoje, com a postergação das aposentadorias, muitas das avós continuam trabalhando ou vivendo essa fase da vida ocupadas com novas atividades, mantendo-se afastadas deste momento marcante para toda família.

Segundo Aline, Mamede e Furtado (2001), os fatores da DPP podem ser agrupados em oito categorias, apresentados no Quadro 03, seguidos por exemplos:

**Quadro 3:** Categorias dos fatores da DPP

<b>Tipos</b>	<b>Exemplo</b>
Genético	Do gene TPH2.
Hormonais	Transtorno disfórico pré-menstrual.
Obstétricos	Dor no corte da episiotomia, multiparidade.
Psicológicos/psiquiátricos	Ter tido depressão anterior, estresse, baixa autoestima etc.
Saúde do bebê	Hospitalização do recém-nascido, parto de natimorto, etc.
Saúde materna	Uso de tabaco, psicofármacos, não conseguir amamentar no seio, etc.
Socioeconômico/cultural	Etnia, renda familiar, estado civil, idade, etc.
Suporte/social/relações interpessoais	Insatisfação conjugal, suporte social, violência, etc.

**Fonte:** Aliane; Mamede; Furtado (2001).

Diversas condições de vida exercem papel fundamental no desenvolvimento do transtorno depressivo, sobretudo os fatos indesejáveis, além dos fatores sociais. Pode-se dizer que a etiologia da depressão puerperal não é determinada por fatores isolados, mas sim, por uma combinação de fatores psicológicos, obstétricos, biológicos e sociais (SILVA et al., 2010).

Para Harvey (2002), a DPP pode surgir em mulheres que desejam serem mães e buscam um tratamento de fertilidade para conceber, talvez esse tipo de tratamento cause mais desequilíbrios hormonais do que normalmente acontece em outras concepções. As mulheres que buscam a concepção assistida têm uma perspectiva maior em relação à maternidade que aquelas que engravidam imediatamente. O sentimento da chegada do bebê tão esperado, de que tudo será perfeito, maravilhoso, mas na realidade não é bem assim, pode ser difícil para as novas mães que estejam nesta situação e ter que reconciliar a imagem que tinham de si mesmas com a pessoa cansada, impaciente e frustrada na qual a maternidade as transformou.

Descobrir que o bebê recém-nascido tem uma incapacidade física ou mental traz à tona as mais conflitantes emoções. A alegria de ter um bebê é atenuada pela confusão sobre seu problema exato, junto com o sofrimento, rejeição, culpa, preocupação e desapontamento. Muitos pais acham que demora um tempo para se acostumarem com o fato de que seu bebê não será normal; pode haver sentimento de culpa ou fracasso por não terem gerado a criança perfeita a que esperavam. Um bebê com uma incapacidade grave é uma mudança importante para os pais, pois altera todas as expectativas sobre o futuro (HARVEY, 2002).

Silva et al. (1998) acreditam que os fatores de risco psicossociais tenham mais relevância no desenvolvimento na depressão pós-parto, como por exemplo, o abuso sexual na infância, a gravidez precoce (idade inferior a 16 anos), a gravidez não planejada, não esperada ou não aceita, mães solteiras, ter muitos filhos, reduzido suporte social, violência doméstica ou conflitos no lar (conjugais), personalidade vulnerável (mulheres pouco responsáveis), eventos estressantes, baixo nível de escolaridade, desemprego.

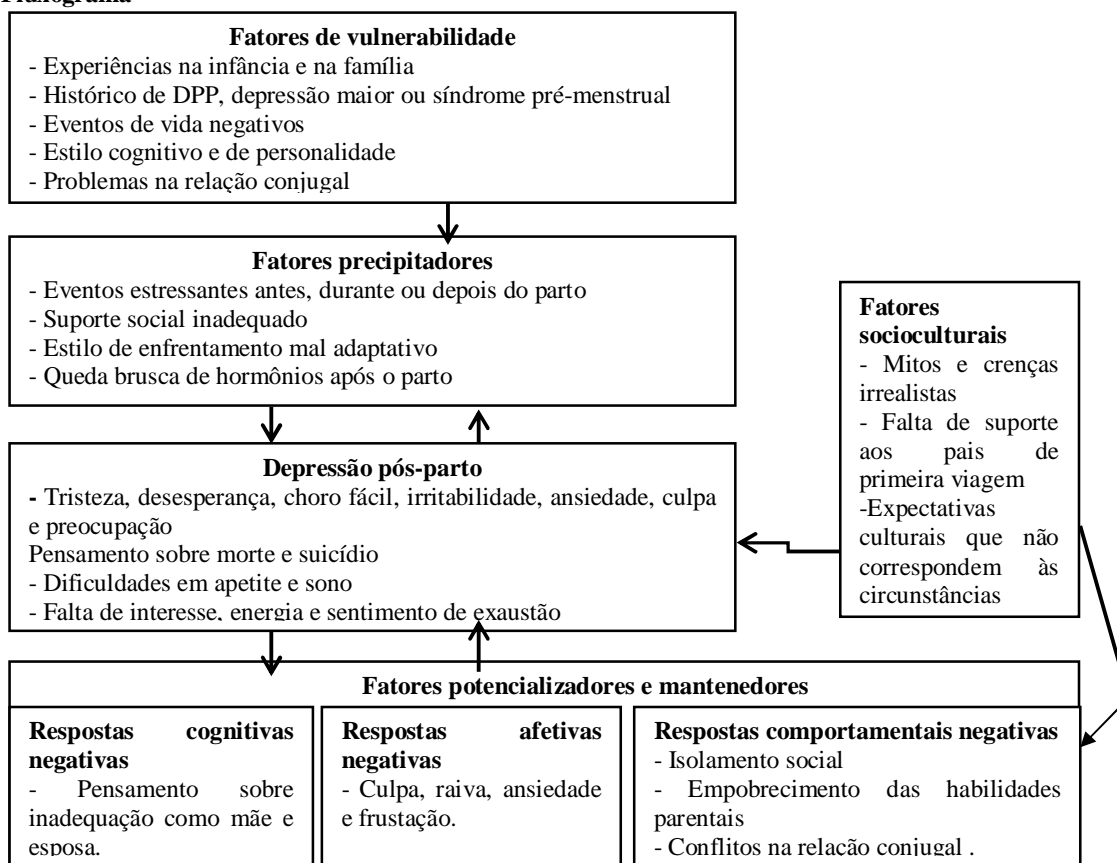
Com relação aos companheiros de mulheres que apresentam a depressão pós-parto, esses também podem apresentar depressão, após a chegada do filho, estando essa relacionada à depressão materna. A DPP na mulher é identificada como o mais forte preditor de depressão paterna no período pós-parto. Esta forte correlação tem importantes implicações no bem-estar da família (GOODMAN, 2004; SCHMIDT; PICCOLOTO; MULIER, 2005).

Segundo Harvey (2002), a nova mãe sente a necessidade de desabafar seus problemas a uma pessoa de confiança e parece que a pessoa mais indicada é seu companheiro,



pois ela sabe que esta pessoa, além de estar envolvida emocionalmente, investiu tanto na situação quanto ela mesma. Não ter este tipo de confidente, é outro fator de risco no desenvolvimento da depressão pós-parto, identificado em mães solteiras e nos casais que enfrentam problemas de relacionamento.

#### Fluxograma



Fonte: Hildebrand (2013). Traduzido e adaptado com autorização de John Wiley & Sons Ltda.

Segundo Marco et al. (2012), muitas vezes, a mãe tem ajuda de algumas pessoas que, em vez de funcionarem como complemento e estímulo para que ela adquira autoconfiança, assumem o seu lugar sem que isso seja necessário, demonstram estar competindo com essa mãe e criando uma divisão de vínculos que consegue atrapalhar a organização das bases emocionais do bebê e da mãe. Ajudas intrusivas prejudicam e atrapalham a formação adequada desse vínculo da mesma forma que a ausência do auxílio, transformando-se numa situação difícil para a mãe frustrada.

Após o parto, ocorrem reações conscientes e inconscientes na puérpera, assim, no inconsciente, o parto é vivido como uma grande perda para a mãe muito mais do que no

nascimento do filho. Ao longo dos meses de gestação, o bebê foi sentido como apenas seu, como parte integrante de si mesma e, bruscamente, torna-se um ser diferenciado dela com vida própria e que deve ser compartilhado com os demais, apesar de todo o ciúme que desperta (SILVA; SOUZA; MOREIRA, 2003).

Sendo assim, a mulher emerge da situação de parto num estado de total confusão, como se lhe tivessem arrancado algo muito valioso ou como se ela tivesse perdido partes importantes de si mesmo. Tanto quanto na morte, do outro, como no nascimento também ocorre uma separação corporal. Este é o significado mais angustiante do parto que, se não for bem elaborado, pode trazer uma depressão muito intensa à puérpera: “o parto é vida e também é morte” (SILVA; SOUZA; MOREIRA, 2003).

## **2.6 Formas de Tratamento**

De acordo com Figueiredo (2001), se for considerado que as mulheres têm durante a gravidez contatos mais frequentes com os profissionais de saúde, como não acontece em outros períodos ou fases de suas vidas, fora da doença, a gravidez é uma oportunidade única para realizar ações de promoção da saúde e prevenção da doença psicológica.

Durante o pré-natal, percebe-se que a ansiedade impactante da notícia sobre a gestação passa a ser dividida em trimestres, sendo que nos três primeiros meses, aparecem os desconfortos por causa das primeiras alterações físicas, o medo de perder o bebê e a irritabilidade aumentada, considerados comuns nesta fase. No segundo trimestre da gestação, ocorre certo impacto devido à percepção da existência do filho; e, no terceiro e último trimestre gestacional, as aflições aumentam pela proximidade e expectativas com o parto. Torna-se importante que os familiares e os profissionais que acompanham a gestante, estejam atentos para as características que são comuns aparecerem nessas etapas, criando condições para uma escuta de qualidade, a fim de perceber a diversidade de sentimentos que podem surgir neste período (CUNHA et al., 2012).

Marco et al. (2012) relatam que o bebê, ao nascer, não se percebe como diferente da mãe, sendo que ela também tem a mesma impressão, de que o filho ainda faz parte dela. Descrevendo este período como o quarto trimestre de gestação, quando esta fusão é necessária para o desenvolvimento do bebê e o bem-estar da mãe. Propiciar um ambiente adequado para a tranquilidade de ambos é um fator de prevenção de doença mental.

Segundo Figueiredo (2001), aproximadamente metade das mulheres que sofrem de depressão pós-parto recusam a auxílio especializado com o argumento de não padecer de nenhuma perturbação que a justifique. Muito embora a quase totalidade das mães com DPP

(97%) reconheça que algo de errado esteja acontecendo, que estão com dificuldades, só uma pequena porcentagem (32%) admite tratar-se de uma depressão pós-parto.

Nesta fase vital da mulher, a ocorrência da depressão alerta também para o significado da intervenção dos profissionais da saúde, não apenas no âmbito da saúde da gestante, mas em geral, no âmbito da saúde da mulher, sobretudo dentro de programas voltados à função reprodutiva, aliados à saúde mental (SILVA et al., 2010).

O tratamento médico da depressão pós-parto deve abarcar, no mínimo, três tipos de cuidados: ginecológico, psiquiátrico e psicológico. Enfatiza-se a necessidade do tratamento da depressão pós-parto não apenas objetivando a qualidade de vida da mãe, mas, sobretudo, prevenindo distúrbios no desenvolvimento do bebê e preservando um bom nível de relacionamento conjugal e familiar (SILVA; SOUZA; MOREIRA, 2003).

No entendimento de Harvey (2002), um terapeuta nutricional se difere de um nutricionista porque usa a dieta para curar problemas de saúde e não enfoca apenas a correção de deficiências. Com a depressão, um terapeuta nutricional aconselhará mudanças na alimentação e oferecerá suplementos para ajudar a superar quaisquer deficiências que possam estar contribuindo para o problema, bem como estimular sua imunidade geral e humor. Ele também pode ver se a mãe não sofre de alergia alimentar que, em alguns casos, pode estar causando os sintomas da depressão, embora isso seja menos comum na depressão pós-parto.

Harvey (2002) cita também que, se a mãe estiver exausta e deprimida, exercícios físicos podem ser a última coisa que ela queira ou pense em fazer. Mas existem várias razões para motivá-la a se mexer, mesmo que seja obrigada nas primeiras vezes. Os exercícios servirão para:

- Aumentar os níveis de energia e melhorar o vigor de seu corpo, de modo que ela consiga atingir melhor as exigências físicas de seu corpo;
- Conseguir dormir melhor se um dos sintomas da sua depressão pós-parto for insônia;
- Ajudar o corpo a voltar ao normal depois do parto;
- Fazer com que ela se sinta melhor consigo mesma e ajudá-la a sair da depressão, pois parece que o exercício ajuda a regular o funcionamento de todos os neurotransmissores importantes do cérebro relacionados ao humor. Por meio de estudos sobre depressão, foi descoberto que apenas meia hora de atividade aeróbica, consegue elevar o humor e controlar os níveis de ansiedade. Programas de exercício a longo prazo podem ter um importante efeito na depressão.

Silva e Botti (2005) relatam que o uso de psicofármacos no puerpério apresenta determinadas contraindicações devido ao aleitamento materno, que pode ser comprometido com a excreção e concentração desses medicamentos no leite. Sabe-se que, para a mulher que vivencia um transtorno depressivo puerperal, é fundamental promover, de maneira criteriosa, o contato mãe-filho, considerando o seu estado de raciocínio e percepção da realidade, destacando, assim, formas possíveis e apropriadas de se fazer esse contato; a amamentação é o momento essencial para que se estabeleça o vínculo entre mãe-filho, além de situar a puérpera no cenário maternal.

O diagnóstico preciso, aliado ao apoio familiar, tratamento terapêutico e farmacológico, promove maior controle sobre a doença, prevenindo as dificuldades, complicações e repercussões negativas no vínculo mãe-bebê (SCHARDOSIM; HELDT, 2011).

Silva, Souza e Moreira (2003) relatam que o tratamento com antidepressivos tem indicação para os casos em que a depressão compromete o bem-estar e a função de mãe. Muitos antidepressivos estão sendo estudados em relação à lactação e os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) foram os menos presentes no leite materno.

Para Varella (2016), todos os tratamentos precisam do acompanhamento de uma equipe de profissionais. A Fluoxetina, Citalopran, Sertralina e a Paroxetina, são remédios usados para tratar a depressão pós-parto, mas apenas a Sertralina e Paroxetina podem ser utilizadas por mulheres que amamentam. Ele reforça que o uso de alguns antidepressivos durante a gravidez, não oferecem riscos para o bebê, mas, após o nascimento, é necessário ter mais cautela. Todos os medicamentos devem ter prescrição e acompanhamento médico.

Para Andreatta e Oliveira (2012), a ingestão de medicamentos, após a remissão inicial dos sintomas, tem sido um grande desafio em quase todos os campos de saúde e não apenas aos relacionados à saúde mental. É preciso compreender que o benefício proposto pelos psicofármacos, diante de quadros depressivos, depende da remodelação da plasticidade tecidual e celular, mesmo que os sintomas desapareçam. Deverá ser informado ao paciente a necessidade de manutenção destes fármacos, fato de que dependerá a sustentabilidade dos benefícios obtidos.

Silva, Souza e Moreira (2003) enfatizam a necessidade de a mãe depressiva ter uma avaliação da função tireoidiana e a eventual correção desta disfunção ser extremamente relevante. A alteração das condições hormonais sofridas pela mulher neste período, o baixo nível de estrogênio e os distúrbios da tireoide são fatores envolvidos na DPP.

De acordo com Harvey (2002), a internação hospitalar pode ser traumática, mas será apenas pelo período necessário para conseguir controlar a depressão. A atmosfera é de apoio e o tratamento é monitorado de perto e adequado às necessidades de mudança da mãe.

Para Figueiredo (2001), o internamento conjunto mãe e bebê apenas justifica-se quando há uma situação de perigo imediato (homicídio ou suicídio), ou qualquer outra situação de elevado risco para a mãe e o bebê (por exemplo, nos casos de violência doméstica, quando há falta de apoio por parte de familiares próximos).

## **2.7 Tratamento Psicológico**

“A gravidez e, conseqüentemente, o parto apresentam efeitos fisiológicos, endocrinológicos e, sobretudo, o mais impactante, que são os efeitos psicológicos sobre toda a estrutura corpórea e mental da mulher” (CUNHA et al., 2012, p. 76).

Uma abordagem psicoterapêutica é essencial no tratamento da DPP, uma vez que o terapeuta junto com a puérpera e familiares edificarão novas composições a partir da realidade vivenciada; desta forma, torna-se possível o planejamento de ações intervencionistas adequadas e o entendimento acerca desta nova realidade. Os benefícios da atuação terapêutica precoce e preventiva não se restringem ao bem-estar exclusivo das mães. São atitudes que representam também um grande benefício para as crianças, sendo que ocorrem grandes evidências de relação entre as desordens depressivas das mães e distúrbios emocionais de seus filhos (CUNHA et al., 2012).

Cordioli et al. (2008) observa que diversos modelos teóricos têm sido propostos para explicar os mecanismos e a etiologia da depressão. Esses modelos incluem fatores ambientais e causas biológicas. Não há evidências que apontem apenas um único fator etiológico, sendo que o mais aceito atualmente seria o modelo misto, que envolve a interação entre o ambiente e os fatores biológicos. Resultados obtidos através de ensaios clínicos envolvem diversas abordagens terapêuticas, analisando o uso de técnicas neurobiológicas, de neuroimagens e neuropsicológicas e estudos genéticos, que estão colaborando para uma ampla variedade de modelos existentes para explicar os mecanismos e a gênese da depressão.

De acordo com Borba et al. (2012), tão importante quanto todo o acompanhamento médico obstétrico no decorrer do pré-natal é também a assistência e orientação psicológica para as futuras mães. Cada qual na sua área, contribuindo para uma melhor saúde física e mental das mães e dos seus bebês.

Para Jericó e Teixeira (2012), a maioria das pacientes tem dificuldade de aceitar o tratamento, mesmo ele sendo necessário e fundamental para prevenir sequelas psicológicas. É

importante enfatizar também sobre os aspectos biológicos da doença pós-parto, que devem ser considerados uma complicação da gravidez com sintomas psiquiátricos relacionados a mudanças fisiológicas após o parto. Na terapia de grupos, a troca de informações e experiências são úteis para as mulheres puerperais. O apoio do pai influencia positivamente na recuperação de sua parceira bem como o apoio familiar. É importante transmitir o conhecimento de que a doença de depressão-pós-parto tem excelente prognóstico.

Um psicoterapeuta ou psicólogo clínico pode ser indicado para a mãe (ou, claro, ela pode ir por conta própria) se a origem da depressão estiver ligada aos sentimentos em relação a si mesma, ou aos padrões de pensamento dela. Há uma série de diferentes abordagens psicoterapêuticas, dependendo de como o profissional foi treinado. Por exemplo, a psicoterapia de apoio exploraria os problemas e ofereceria apoio à mãe para solucionar os problemas sozinha; o aconselhamento diretivo ofereceria estratégias especiais para lidar com os problemas; e a terapia cognitivo-comportamental trabalharia para mudar pensamentos e comportamentos negativos ou inadaptados (HARVEY, 2002, p. 65).

De acordo com Cunha, uma abordagem psicoterapêutica é essencial no tratamento da depressão pós-parto, uma vez que o terapeuta junto à puérpera e seus familiares edificarão novas composições a partir da realidade vivenciada, sendo assim, tornam-se possíveis o entendimento, o planejamento de ações intervencionistas adequadas acerca desta nova condição (SILVA; BOTTI, 2005; CUNHA et al., 2012).

Para Andreatta e Oliveira (2012), é relevante conhecer o histórico familiar de ocorrência de quadros semelhantes e reconhecer os papéis genéticos, transmissão de padrões ideativos, comportamentais e emocionais entre membros de uma rede social ou de um grupo familiar. Os indivíduos tendem a reagir dentro de espectros determinados por padrões de repetição que integrados às elaborações próprias do sujeito recebem o nome de aprendizado. Avaliar os padrões aprendidos e repetidos, optar por mantê-los ou modificá-los, reforçar novos modelos podem ser reforçados pelos grupos sociais ou familiares, não apenas pela paciente. A psicoterapia cognitivo-comportamental com a família, especialmente no caso da depressão tem se mostrado bastante resolutiva.

Cordioli et al. (2008) defende que a terapia de família consegue auxiliar muitos dos problemas trazidos pelos casais cujas dificuldades estão relacionadas com as mudanças no papel da mulher na sociedade, o alto nível de estresse e a dificuldade que a mulher tem em se adaptar e transformar-se em mãe, esposa e uma mulher profissional, que não dispôs de adequada reorganização social após a intensificação do trabalho feminino.

O tipo mais comum de terapia oferecido para a depressão é a Terapia Cognitivo-Comportamental, em que o terapeuta tenta:

- Ajudar a mãe a reconhecer seus pensamentos negativos e mostrar-lhe como transformá-los em um processo de pensamentos mais construtivos;
- Chamar sua atenção para o quão crítica e exigente consigo mesma ela está e mostrar-lhe como ser mais tolerante, gentil e aceitar-se melhor;
- Ensinar a mãe a lidar com os sentimentos de raiva, medo e vergonha.
- Ajudá-la a enxergar como seus sentimentos e comportamento podem ser enraizados em experiências antigas, como por exemplo: como seus pais a tratavam quando era criança (HARVEY, 2002).

De acordo com Cordioli et al. (2008), o modelo interpessoal tem como premissa fundamental que a depressão é um fenômeno biopsicossocial, marcado por dificuldades interpessoais que estarão contribuindo como fatores ou consequências da depressão. No caso, a DPP, quanto à transição de papéis e déficits interpessoais. As estratégias utilizadas nesta terapia incluem a estimulação da expressão emocional, a liberação de ideias para identificar métodos de resolução de impasse, aceitação dos problemas que não podem ser resolvidos e encorajamento para atividades sociais que reduzem o isolamento.

Knapp (2004) considera que o modelo cognitivo da depressão de Beck (1967) propõe que os sintomas cognitivos, vegetativos e motivacionais podem ser causados e mantidos, por distorções nos três níveis de cognição: os pensamentos automáticos, crenças subjacentes e crenças nucleares (esquemas). A tríade cognitiva da depressão estabelece que pessoa deprimida esteja em sofrimento pela visão negativa que tem de si própria, do seu ambiente e do futuro. Na espiral depressogênica, o viés de interpretação negativa da situação em que a mãe se encontra, gera um humor depressivo congruente com a distorção; este humor, por sua vez, aciona mais percepções negativamente distorcidas, que irão provocar mais humor deprimido; os pensamentos se tornam cada vez mais negativos, e o humor, mais depressivo.

Knapp (2004) relata que os pensamentos automáticos são cognições no nível mais superficial da consciência e refletem a temática cognitiva específica ao transtorno depressivo. Na terapia cognitivo-comportamental, os pensamentos automáticos são as primeiras cognições a serem trabalhadas, o conteúdo do pensamento da paciente é distorcido pela perpetuação de diversas distorções cognitivas, entre elas a emocionalização, a catastrofização e a minimização/maximização.

De acordo com Cordioli et al. (2008), a mãe depressiva ativa o modelo negativista. Todas as experiências são interpretadas de forma negativa. A apatia da paciente vem da ideia

de que ela não será capaz. Sua memória e concentração ficam comprometidas em função da falta de motivação e de constantes ruminatórias. O tratamento necessita da compreensão da relação recíproca entre pensamentos, afetos e comportamentos. A reestruturação cognitiva pode ser realizada por meio de técnicas cognitivas como o questionamento socrático, o RPD, reconhecimento de distorções cognitivas etc. O tratamento inclui também técnicas comportamentais como, por exemplo, planejamento de atividades prazerosas e prescrição gradual de tarefas. Essas técnicas são úteis para a diversificação e o aumento de atividades reforçadoras para testar e avaliar seus pensamentos negativos.

Andreatta e Oliveira (2012) sugerem o uso de técnicas de estratégias para o alívio dos sintomas depressivos, pois a paciente passa a estabelecer diversos comportamentos automáticos sem se dar conta do que está fazendo, sendo os mais presentes relacionados ao evitamento de situações e isolamentos. A técnica de auto monitoramento tem como primeiro objetivo, fazer com que a paciente perceba esta conduta e passe a modificá-la através do enfrentamento de situações difíceis. Esta técnica é eficaz também para monitorar se as atividades diárias estão sendo realizadas, como por exemplo, alimentar-se, tomar banho, sair de casa.

Knapp (2004) sugere o plano básico de tratamento da depressão elaborado por Beck & colaboradores (1979):

- Avaliação (cognitiva, comportamental e interpessoal)
- Testes e outras avaliações;
- Avaliação do risco de suicídio;
- Uso de medicação;
- Estabelecimento de objetivos e metas;
- Familiarização ao modelo cognitivo;
- Formulação cognitiva;
- Intervenções cognitivas e comportamentais;
- Prevenção da recaída;
- Termino do tratamento.

Andreatta e Oliveira (2012) apontam a importância da relação terapêutica, em que o paciente deverá ser ativo e colaborativo, considerando a necessidade da empatia, o afeto e a autenticidade. O terapeuta envolve a paciente depressiva num processo colaborativo, responsável e com metas. A cada meta atingida, aumenta sua autoeficácia, desenvolvendo sua confiança para as próximas situações de dificuldades. As primeiras sessões serão orientadas



sobre a psicoeducação, cuja técnica ensinará habilidades para modificar suas cognições, controlar suas emoções e apresentar condutas mais assertivas.

De acordo com Caballo (2016), foram desenvolvidos programas de Treinamento de Habilidades Sociais (THS), baseados na premissa de que o comportamento depressivo está relacionado com o funcionamento interpessoal inadequado. Este tratamento está centrado em três repertórios especialmente relevantes para as pessoas depressivas: A asserção negativa, cujos comportamentos permitem que as pessoas defendam seus direitos e ajam baseados em seus principais interesses; A asserção positiva, que se refere à expressão de sentimentos positivos, como por exemplo, o afeto, a aprovação, o elogio, o apreço; e as Habilidades de conversação que incluem fazer perguntas, conversações e realizar auto revelações. Nessas áreas, será treinado diretamente o comportamento deprimido das pessoas juntamente com um treinamento em percepção social. O tratamento proposto para a depressão tem como objetivo o incentivo à prática das habilidades e o enfrentamento ao longo das diferentes situações que a pessoa está vivenciando.

Andreatta e Oliveira (2012) relatam que uma das dificuldades do paciente, é entender que a necessidade do tratamento se deve ao fato de não ter acesso a informações adequadas e suficientes sobre o seu transtorno e, assim, não tem compreensão da possibilidade de mudanças dos sintomas. Da mesma forma que é necessária a presença de familiares para o auxílio do diagnóstico, também será importante a presença destes para o entendimento do transtorno e do processo terapêutico indicado.

De acordo com Beck (2013), se a paciente não estiver tomando medicação, mas o terapeuta perceber que é indicada uma intervenção farmacológica, poderá sugerir uma consulta psiquiátrica ou médica. Ao paciente que faz uso de medicamentos, o terapeuta deverá verificar possíveis dificuldades de adesão e poderá ajuda-lo a responder às cognições que interferem na forma de tomar a medicação.

Na terapia cognitivo-comportamental, as sessões podem ser individuais ou em grupo. Se o relacionamento da mãe com o companheiro estiver enfrentando dificuldades, pode ser recomendada uma terapia de casal. Se outros membros da família estiverem envolvidos (por exemplo, outros filhos, avós) pode ser necessária a terapia familiar, em que toda a família se reúne para debater os problemas ligados à depressão (HARVEY, 2002).

Braghirolli et al. (2014) descrevem que existem várias terapias de grupo. A forma tradicional está baseada em reunir um grupo de pacientes, com a mesma problemática, e fazer com que conversem entre si sob a orientação de um terapeuta. As pacientes conversam sobre seus problemas, dificuldades e os membros do grupo comentam a respeito, assim contribuem

com um pouco de suas experiências e dúvidas para o aprofundamento da temática para todos. O papel do terapeuta é conservar a discussão focada em certos tópicos sem que ele domine a conversação. O objetivo é ajudar os membros a analisar situações interpessoais a partir de diferentes pontos de vista.

Para Fonseca e Canavarro (2016), os programas de intervenção psicológica online para a DPP, podem constituir uma forma eficiente de auxílio à puérpera deprimida. Esses programas de intervenção psicológica têm, como vantagem, a flexibilidade, sem restrições para horários e deslocamentos, ajuste às necessidades individuais e privacidade, colaborando, assim, para os sentimentos de vergonha e estigma, e a facilidade de utilização (interatividade). Os atendimentos online permitem uma intervenção de menor intensidade e custo.

Segundo Oliveira (2018), com a conscientização da importância dos cuidados às doenças mentais, a Psicologia vem ganhando força e demonstrando a possibilidade de ser realizado um pré-natal psicológico. Esse acompanhamento auxiliará a gestante a lidar com as mudanças corporais e psicológicas que estão acontecendo, ajudando na melhor adequação da fase e evitando possíveis complicações, como por exemplo, a DPP. Este campo de estudo é chamado psicologia Perinatal, que se aprofunda em entender melhor sobre o psiquismo da grávida, da parturiente e da puérpera. Infelizmente, muitas mães não têm acesso e nem conhecimento da importância deste acompanhamento.

### 2.7.1 O protocolo de tratamento Cognitivo-comportamental

O Protocolo de tratamento cognitivo-comportamental, segundo Hildebrandt (2013), para depressão pós-parto, poderá ser da seguinte forma:

A primeira sessão tem início com a apresentação das regras da terapia para os membros dos grupos, quando todos se apresentam. É importante reconhecer o esforço de cada mãe que está ali, de explorar os obstáculos que tiveram que transpor para comparecer ao tratamento, buscando as estratégias de enfrentamento das participantes.

Em seguida, cada mãe relata sobre a experiência com a gravidez, o parto e o puerpério. A partir disso, o terapeuta inicia a psicoeducação sobre a DPP. São dadas algumas informações sobre como lidar com o quadro, apresentação de algumas estratégias: aumentar as atividades prazerosas e interações sociais, aprendizagem de técnicas de relaxamento, aumento da assertividade e habilidades na comunicação, construção de redes de apoio, aumento de pensamentos positivos, diminuição de pensamentos negativos, desafio de crenças disfuncionais. Nesta primeira sessão, haverá apenas o anúncio das técnicas, uma vez que cada uma será desenvolvida ao longo do tratamento.

Como tarefa de casa, solicita-se à mãe fazer um registro de atividades, anotando as tarefas e monitorando como foi seu humor, a partir da escala de 1 a 9 (nível um como muito deprimida e nível nove como feliz, seu melhor estado.) Nesta primeira sessão, as mães se apresentam muito vulneráveis e esperam que o terapeuta as ajude a sentirem-se mais confortáveis. É muito importante que se sintam acolhidas, possuidoras de elementos em comum com as outras mães, estimulando a coesão grupal.

A segunda sessão inicia com a revisão das tarefas e a continuidade da psicoeducação sobre a DPP. Apresenta-se uma relação com pensamentos, sentimentos e comportamentos da depressão e como isso leva ao isolamento social. O objetivo é explicar a importância do aumento das atividades que proporcionam o bem-estar. É apresentada ao grupo, uma lista de sugestões de atividades agradáveis, como por exemplo: estar com amigos, ouvir música, respirar ar puro, sentar-se ao sol, ou outras ideias trazidas pelas mães. Também se procura explorar se as participantes experimentam sentimento de culpa quando participam de atividades prazerosas. Ao final da sessão, cada integrante leva um novo registro de atividades, um diário semanal de monitoramento de humor e uma lista com sugestões de atividades prazerosas.

A terceira sessão será centrada em desenvolvimento nas habilidades de relaxamento. Será feita a revisão das tarefas, as mães são estimuladas a relatarem os momentos do dia que consideram mais estressantes, o objetivo é fazer com que as participantes reconheçam os sinais de tensão corporal e aprendam a relaxar com o uso das técnicas. Outras técnicas são sugeridas, como tomar um banho relaxante, respirar calma e profundamente, falar ao telefone com amigos, entre outras. O exercício de relaxamento é indicado a ser feito umas três vezes na semana e continuar a preencher seu diário de humor.

A quarta sessão será centrada na importância da assertividade, que consiste em expressar sentimentos e pensamentos de forma adequada, diminuir a agressividade, de maneira mais passiva. A mãe deve reconhecer e defender seus direitos, pedir ajuda nos momentos de estresse, depressão e ansiedade. Muitas mães relatam a dificuldade de dizer não, e que são obrigadas a suportar as tarefas da maternidade sem reclamar. Muitas se ressentem pelo excesso de conselhos e palpites dados por outras pessoas a respeito de como lidar com o bebê. É sugerido à mãe escrever uma carta para si própria, ressaltando suas qualidades e potencialidades. A tarefa será registro de humor e identificar a necessidade de desempenhar comportamentos mais assertivos.

A quinta sessão iniciará com as intervenções focadas na mudança das cognições. Cada mãe será estimulada a relatar como sua família de origem lidava com os cuidados com

as crianças. A ideia é explorar como as participantes pensam atualmente em relação à forma como foram criadas. Ainda que não exista uma única maneira verdadeira de interpretação, esta pode gerar sentimentos e comportamentos disfuncionais. Reestruturando os pensamentos disfuncionais que podem estar dificultando a melhora dos sintomas da depressão pós-parto. A tarefa desta sessão será discutir com o companheiro (se houver) como foi a sua infância e prestar atenção nos pensamentos e expectativas sobre serem pais. O monitoramento de humor continuará como tarefa.

Na sexta sessão, será revista a dificuldade na aplicação das técnicas e tarefas de casa. Serão explorados os pensamentos que possam estar influenciando no processo. A terapeuta ensinará como fazer planos de ação e estratégias de solução de problemas. Procurar investigar como os membros do grupo se sentem em relação a isso, ressaltando a possibilidade de fazer três outras sessões com o companheiro ou outros membros da família.

A sétima sessão terá como objetivo dar prosseguimento à reestruturação cognitiva, atenuar os pensamentos negativos e aumentar os pensamentos racionais. A mãe será estimulada a descrever os pensamentos que teve desde o momento que acordou até aquele momento, procurando perceber se eles tiveram relação com a forma como foram sentidos e se comportaram. Quando eventos não podem ser modificados, quando o comportamento de outras pessoas não pode ser alterado, poderá modificar a forma como se pensa sobre essas circunstâncias. Algumas técnicas cognitivas serão comentadas, como pensar o que de pior poderia acontecer em uma determinada situação, interromper o fluxo de pensamentos negativos através da técnica PARE, usar cartões de enfrentamento com mensagens positivas, elaborar lista de desejos, tentando executar de forma gradativa, entre outros.

Ao longo da oitava sessão, o terapeuta certifica-se de que as mães estão entendendo a relação do pensamento, sentimento e comportamento. Isso é importante porque o tema dessa sessão é justamente o objetivo principal da terapia cognitivo que é a reestruturação dos pensamentos automáticos disfuncionais, tornando-os mais adaptativos. É fornecida uma lista de distorções cognitivas a cada paciente para auxiliá-las a identificarem esses pensamentos.

A nona sessão será a última do protocolo e corresponderá à fase de prevenção de recaída e avaliação dos resultados. Cada mãe falará sobre sua mudança de humor ao longo do tratamento, como os ganhos poderão ser mantidos e como a terapia poderá aumentar sua rede de suporte social a fim de que estejam mais preparadas para ocorrência de problemas futuros.

A décima sessão será agendada para três ou quatro semanas após esta última sessão, para que a mãe seja novamente avaliada e esclareça alguma dúvida que tenha surgido neste meio tempo.

Os autores do protocolo apontam a possibilidade de as sessões serem estendidas por mais três sessões, a fim de incluir os pais dos bebês ou as crianças. Outra opção será a possibilidade de as sessões serem em formato individual.

A Psicoterapia deve ser planejada em função do nível de depressão apresentado, devendo-se ter o cuidado de não programar muitas tarefas de casa para não sobrecarregar a mãe (HILDEBRANDT, 2013).

## **2.8 Investigar os danos causados por esta patologia na interação mãe e bebê**

O período puerperal é palco dos primeiros contatos entre o bebê e o ambiente que o cerca; contudo, neste momento, a principal via de comunicação do recém-nascido com o mundo, é representada, na maioria das vezes, pela figura materna, portanto a boa saúde da mãe é indispensável para que a criança constitua, no início da vida, uma boa matriz social, para ocorrer um bom desenvolvimento relacional, afetivo, motor e cognitivo (CUNHA et al., 2012).

Carlesso e Souza (2011) alertam que as mães deprimidas tendem a apresentar menor capacidade de interagir com a criança de forma adaptativa, enfraquecem a capacidade de responder de forma contingente e direta aos sinais da criança e constituem menos contato físico com seus filhos quando comparadas com mães não deprimidas. A redução da sensibilidade materna está diretamente relacionada com o comportamento materno na interação com seu bebê, na maioria das vezes, caracteriza-se por comportamentos de isolamento, intrusividade ou de retraimento.

Marco et al. (2012) relatam que o primeiro estágio de desenvolvimento proposto por Erikson é a confiança básica versus desconfiança, etapa que se inicia nos primeiros meses de vida do bebê e vai até os dezoito meses aproximadamente. Os bebês desenvolvem um sentimento de quão confiável são as pessoas e os objetos de seu ambiente. Necessitam desenvolver um equilíbrio entre a confiança, que lhes permite formar relacionamentos íntimos, e a desconfiança, que lhes permite proteger-se. Quando predomina a confiança, que é o aguardado, a criança desenvolve a “virtude” da esperança. Se predominar a desconfiança, a criança verá o mundo igual a um ambiente hostil e imprevisível, comprometendo seus futuros relacionamentos. Para estabelecer a confiança, o bebê necessita de um cuidador sensível, consciente e responsivo. Sendo a mãe depressiva, negligente, não auxiliará o filho a desenvolver a confiança no mundo que o cerca. Os primeiros estágios são, portanto, fundamentais, pois determinam etapas posteriores.

Para Winnicott (1993), somente na presença de uma mãe “suficientemente boa” a criança pode iniciar um processo de desenvolvimento pessoal e real. Diante do bom funcionamento da díade mãe-bebê, o ego da criança torna-se forte, pois é apoiado, em todos os aspectos, pelo ego da mãe, desde muito cedo, ser capaz de organizar defesas e desenvolver padrões pessoais, tornando-se verdadeiramente ele mesmo.

No início de sua vida, as crianças vivem a estranha realidade em que nada ainda se distinguiu como “não EU”, deste modo, não existindo ainda um EU. O self da criança ainda não se formou, a psique está no início de sua elaboração em torno do funcionamento corporal e tais demandas tem início quando a mãe, identificando-se com seu filho, é adequada e tem vontade de dar apoio no momento que for necessário. Winnicott (1993, p. 27) assegura a importância do papel do cuidador e afirma que o desenvolvimento infantil “é uma função da herança de um processo de maturação, e de acumulação de experiências de vida; mas esse desenvolvimento só pode ocorrer num ambiente propiciador”.

É essencial para a saúde mental do bebê e da criança pequena, vivenciar um relacionamento afetuoso, íntimo e contínuo com sua mãe, ambos devem encontrar satisfação e prazer. A base do desenvolvimento da personalidade e saúde mental, nos primeiros anos de vida, está nesta complexa relação, compensadora e rica 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 orgulho e prazer, assim como existe a necessidade da mãe em sentir, na personalidade de seu filho, uma extensão de sua própria personalidade. Ambos necessitam sentirem-se profundamente identificados um com o outro (FERNANDES; COTRIN, 2013).

O termo vínculo, às vezes é usado como sinônimo de apego, mas os dois são fenômenos diferentes, o vínculo diz respeito aos sentimentos da mãe, para com seu bebê. As mães em grande parte, não precisam de seus bebês como fonte de segurança, como no caso do comportamento do apego. Muitas pesquisas revelam que o vínculo ocorre quando há contato de pele entre os dois ou quando outros tipos de contato são feitos, como pela voz ou pelo olhar. Alguns pesquisadores concluíram que a mãe que tem contato de pele com seu bebê imediatamente após o nascimento apresenta um padrão de vínculo mais forte e pode proporcionar um cuidado com mais atenção do que aquela que não teve essa experiência (KAPLAN; SADOCK, 2007, p. 164).

Segundo Teodoro (2010), a mãe deprimida pode deprimir conseqüentemente também o seu filho, gerando distúrbios de alimentação, de sono ou apatia. Tal sofrimento pode resultar em dificuldades de aprendizagem e de sociabilidade para a criança ao longo de sua vida.

O sentimento e o comportamento da mãe em relação ao bebê são profundamente influenciados por suas experiências prévias, e esse padrão de relacionamento parental, dará origem à forma como a mãe irá vincular-se ao bebê, provendo ou não suas necessidades emocionais e físicas. O estilo do comportamento da mãe e o quão disponível e apropriado são suas respostas, sustentarão as construções de apego nas relações que a criança irá estabelecer ao longo da vida (BORSA; FEIL; PANIÁGUA, 2007; FERNANDES; COTRIN, 2013).

A mãe, em seu papel de cuidadora, é uma figura inteiramente abrangente no aparecimento e desenvolvimento da consciência do bebê, e também tem participação vital no processo de aprendizagem. No início da vida, a mãe serve de mediadora a toda percepção, toda a ação, todo *insight*, todo conhecimento. Durante a amamentação, o peito da mãe e seus dedos oferecem ao bebê a oportunidade de aprender e praticar a percepção e a orientação, permitindo-lhe sentir e experimentar o toque superficial, a sensibilidade profunda e o equilíbrio sobre o corpo da mãe, reagindo aos seus movimentos. A voz materna oferece ao bebê estímulos essenciais que são pré-requisitos para o desenvolvimento da fala (FERNANDES; COTRIN, 2013).

A depressão materna pós-parto pode ter consequências importantes no desenvolvimento infantil, especialmente a linguagem, cuja estruturação dá-se pela interação dialógica mãe-filho. O processo comunicativo precoce entre mãe e o bebê tem papel determinante na formação vincular da díade, pois não se trata apenas de um intercâmbio de informações que guiam a 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 contato, do toque e dos cuidados corporais, a mãe estimula o bebê a emitir progressivamente as primeiras expressões comunicativas no diálogo (CARLESSO; SOUZA, 2011).

Winnicott (1993) nomeou de “suficientemente boa” a mãe que tem a capacidade de criar uma empatia com as necessidades primárias do bebê e satisfazê-las adequadamente. Essa seria a função indispensável para a saúde física, psíquica e de integridade no desenvolvimento infantil, sendo de suma importância para seu desenvolvimento mental que tal fato possa se dar de forma apropriada.

De acordo com Carlesso e Souza (2011), para os serviços de saúde, a depressão materna é motivo de grande preocupação, especialmente pelas consequências para o desenvolvimento infantil. As mães depressivas apresentam de forma mais acentuada, sentimentos e impressões negativas que as mães sem depressão. No geral, este estresse vivenciado exacerba seus níveis de ansiedade e depressão, dificultando seu desempenho no

papel de cuidadora, na medida em que a depressão tende a afetar a disponibilidade emocional e cognitiva da mãe, conseqüentemente, sua responsabilidade, que é a criança. Esses efeitos não se limitam ao atraso no desenvolvimento dos primeiros tempos de vida, mas podem ocasionar alterações na interação mãe-filho na primeira infância e causar prejuízos no desenvolvimento cognitivo e comportamental, em longo prazo.

Segundo Andreatta e Oliveira (2012), as crianças costumam realizar suas primeiras interações com o ambiente no sentido de explorá-lo. Toda exploração revela uma série de interpretações, que têm um significado para as experiências as quais elas estão sendo submetidas. Sendo assim, esses primeiros significados que a criança dá para suas experiências serão condensadas em uma série de conceitos estabelecidos e organizados assim como regras de funcionamento na mente destas crianças, que são chamadas de esquemas mentais. Esses esquemas mentais serão base para interpretação de si, das pessoas que a cercam e do seu próprio ambiente.

Baptista e Teodoro (2012) afirmam que filhos de mães com sintomas depressivos estão propensos a enfrentar dificuldades psicossociais. E identificam quatro mecanismos que podem contribuir para a transmissão dos sintomas depressivos das mães para os filhos: Os fatores genéticos (hereditariedade da depressão); mecanismo neuroregulatório disfuncional (desenvolvimento fetal anormal em decorrência da depressão materna durante o período gestacional); inapropriada transmissão de suporte familiar (pouca assistência afetiva, instrumental e informacional) e o contexto estressante vivido pelos filhos (principalmente brigas familiares e discórdias conjugais).

Filhos de mães deprimidas podem apresentar problemas em explorar o mundo e dificuldades em utilizar seu potencial de entendimento, além de problemas para ampliar o apego com a mãe. Ainda poderão ter dificuldades para administrar suas emoções, desenvolver hiperatividade, agressividade e apresentar transtornos no relacionamento sexual. As crianças podem ter uma maior vulnerabilidade às manifestações de sintomas físicos e comportamentais, tais como pesadelos com frequência, dor de cabeça, dor de barriga, agitação, problemas alimentares como a anorexia, entre outros (CARLESSO; SOUZA, 2011).

Segundo Baptista e Teodoro (2012), a baixa autoestima, a desesperança e o pessimismo parecem ser mais propensos às crianças que são expostas à depressão materna. Apesar disso, essas cognições depressivas podem ser talvez explicadas pela resistência e hostilidade com que foram tratados pela mãe. Destacam ainda que, mesmo depois de controlada a depressão da mãe, perdura a relação entre a vulnerabilidade cognitiva da mãe e do filho. Assim sendo, a depressão da mãe colabora para o desenvolvimento de estilos



cognitivos depressogênicos nos filhos, através de uma multiplicidade de mecanismos, abrangendo a transmissão genética ou práticas parentais negativas.

Fernandes e Cotrin (2013) apresentam 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 andar e falar mais tarde que o habitual, ainda podendo 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, correndo risco de ser excluído socialmente.
- Problemas emocionais: As crianças tendem a apresentar baixa autoestima, demonstrando-se mais ansiosas, mais medrosas, passivas e dependentes.
- Depressão: o risco de desenvolver um episódio depressivo mais cedo na vida é particularmente alto para filhos de mães com depressão pós-parto (FERNANDES; COTRIN, 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ocorrência da depressão é uma constante no mundo moderno e quando se apresenta no período puerperal, transforma-se numa sombra para o sucesso de uma gravidez normal. Conforme bibliografia pesquisada, a depressão pós-parto é um tipo de depressão com início no peri parto, contudo, pode iniciar durante a gravidez, no pós-parto e durar até um ano após o nascimento do bebê. A depressão pós-parto pode ser considerada um problema de saúde pública, com grande número de registro de casos, embora boa parte das mães que sofreram ou sofrem deste distúrbio não procurem ajuda. É um distúrbio de humor com grau de intensidade de moderado a severo, evidenciada no período do puerpério.

De acordo com a literatura consultada, a DPP é considerada uma patologia derivada de uma combinação de fatores biopsicossociais, dificilmente controláveis. Os fatores de risco podem ser agrupados em oito categorias para sua melhor compreensão: fatores genéticos; fatores hormonais; fatores psicológico-psiquiátricos; fatores socioeconômico/cultural; suporte sociais/relações; fatores obstétricos; saúde materna e saúde do bebê.

Do ponto de vista psicológico, o surgimento do quadro depressivo pode ser influenciado pelas experiências emocionais vividas pela mãe e pelas contingências em que ocorreu a gravidez, envolvendo situações como a falta de apoio por parte do pai do bebê ou reprovação por parte da família. Tende a ser mais intensa quando há uma quebra muito grande de expectativa em relação ao bebê, a si própria como mãe e ao tipo de vida que se constitui com a presença do filho. Com o desaparecimento da imagem idealizada, surge, muitas vezes, desânimo, desapontamento e a sensação do “não era bem isso que eu almejava”, e a impressão de ser incapaz de enfrentar a nova situação.

Em muitos casos, o diagnóstico torna-se difícil pela dificuldade que as mães têm em relatar o que estão sentindo, pois, por questões culturais, tendem a minimizar estes sintomas. Os sintomas mais presentes são o desespero constante, a falta de interesse pelo bebê, sentimentos de tristeza, de fracasso e incompetência materna. As escalas de avaliação são

instrumentos de registro que verificam a presença e a intensidade destes sintomas e auxiliam no diagnóstico.

O tratamento da depressão pós-parto deve envolver, no mínimo, três tipos de cuidados: ginecológico, psiquiátrico e psicológico. As opções de tratamento incluem a farmacologia e a psicoterapia, reconhecendo-se que o diagnóstico preciso, somado ao apoio familiar e ao tratamento farmacológico e psicoterapêutico, promovem um maior controle sobre a doença, prevenindo as dificuldades e repercussões negativas no vínculo entre mãe e bebê.

A Terapia Cognitivo-Comportamental é uma das metodologias que mais apresentam resultados. A TCC é focada na identificação e na modificação de padrões de pensamentos disfuncionais, vai trabalhar com crenças associadas à maternidade, além do impacto da gravidez e do nascimento de um filho na vida da mulher.

Neste estudo, foi possível observar que os sintomas de depressão interferem em todas as relações interpessoais e especialmente no desenvolvimento da interação entre a mãe e seu bebê. É na infância que a criança desenvolve padrões de interação social, estabelece vínculos parentais e aprende a importância da linguagem e comunicação, questões fundamentais ao desenvolvimento infantil. Assim sendo, a depressão da mãe contribui para o desenvolvimento de estilos cognitivos depressogênicos nos filhos, seja pela transmissão genética ou pelas práticas parentais negativas.

Neste sentido, é avaliado que a detecção precoce dos fatores de risco envolvidos na DPP e a assistência psicológica auxiliariam na prevenção da própria DPP e das repercussões desta patologia na interação mãe e filho. O exercício materno eficaz e saudável é essencial no desenvolvimento humano.

## REFERÊNCIAS

ALBACH, G. **Uma a cada quatro brasileiras sofre de depressão pós-parto**. A TARDE SP, 12 março 2017, Disponível em: <<http://atarde.uol.com.br>>. Acesso em: mar. 2018.

ALINE, P. P.; MAMEDE, M. V.; FURTADO, E. F. Revisão sistemática sobre fatores de risco associado à depressão pós-parto. **Psicol. Pesq.** Juiz de Fora, v. 5, n. 2, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V-TR**. 5 ed. Porto Alegre; Artmed, 2014.

ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 10 ed, São Paulo, Ed. Atlas S/A, 2010.

ANDREATTA, I.; OLIVEIRA, M. d. S. Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 25, p. 45-53, 2012.

AUSTIN, M. P.; *et al.* Brief antenatal cognitive behavior therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety. **J Affect Disord.** v. 105, n. 1, 2010. p. 35-44.

BAPTISTA, M. N.; TEODORO, M. L. M. **Psicologia da Família, Teoria, Avaliação e Intervenção**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo-Comportamental, Teoria e Prática**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: Uma introdução ao Estudo de Psicologia**. 14 ed.; São Paulo: Saraiva, 2008.

BORSA, J. C.; FEIL, C. F.; PANIÁGUA, R. M. **A relação mãe-bebê em casos de depressão pós-parto**. 2007. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/0384.pdf>. Acessado em: mar. 2017.

BRAGHIROLI, E. M.; *et al.* **Psicologia Geral**. 35 ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e Treinamento das habilidades Sociais**. 5ª reimpressão-São Paulo, Santos, 2016.

CAMPO, F. M.; RODRIGUES, T. G. **Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebê no primeiro ano de vida.** *Psico* v. 46, n. 4, 2015. p. 483-492.

CARLESSO, J. P. P.; SOUZA, A. P. R. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. **Rev. CEFAC.** v. 13, n. 06, 2011.

COLLIN, C.; *et al.* **O Livro da Psicologia.** São Paulo: Editora Globo, 2012.

CORDIOLI, A. V. *et al.* **Psicoterapias Abordagens atuais,** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

COSTA, E. F. O. Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira. **Rev. Assoc. Med. Bras.,** São Paulo. v. 58, n.1. 2013.

COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. **Depressão pós-parto:** considerações teóricas. *Estud. psiqui. Psicol.* Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2008.

CUNHA, A. B.; *et. al.* A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto. **Revista saúde e pesquisa.** Joinville, v. 5, n. 3, 2012. p. 579-586.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAVIDOFF, L. **Introdução à Psicologia.** 3 ed. São Paulo: Pearson Makron Books, 2001.

DINIZ, L. M.; *et al.* Escalas de Depressão pós-parto de Edimburg: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** Belo Horizonte, v. 32, n. 3, 2010.

FERNANDES, F. C.; COTRIN, J. T. D. Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. **Revista Panôramica on-line.** Mato Grosso. v. 14, 2013. p. 15-35.

FIGUEIREDO, B. **Depressão pós-parto:** Condições a propósito da intervenção psicológica. **Psiquiatria Clínica.** v. 22, n. 3, 2001. p. 329-339.

FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C. Reações parentais ao diagnóstico perinatal de anomalia congênita do bebê Implicações para a intervenção dos profissionais de saúde. **Psicologia, Saúde & Doenças,** v. 11, n. 2, p. 283-297, 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOODMAN, J. H. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. **Journal of Advanced Nursing**. v. 45, n. 1, 2004. p. 26-35.

GOODWIN, C. J. **História da Psicologia Moderna**, 4 ed. São Paulo: Cultrix, 2010.

HARVEY; E. **Depressão pós-parto: esclarecendo dúvidas**, São Paulo; Àgora, 2002.

HIGUTI, J. P.; CAPOCCI, M. C. Depressão pós-parto. **Rev. Enferm. UNISA**, Santo Amaro, 2003.

HILDEBRANDT, F. M. P. **Depressão pós-parto: aspectos epidemiológicos e proposta de tratamento cognitivo-comportamental**. 2013. (programa de pós-graduação em psicologia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.

JERICO, S. D.; TEIXEIRA, B. A. **A relação Neuropsicológica mãe-bebê na depressão pós-parto**. 2012.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

KNAPP, P.; *et al.* **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 7 ed.; São Paulo: Editora Atlas, 2010.

LANDIM, L. S.; VELOSO, L. S.; AZEVEDO, F. H. C. Depressão pós-parto: uma reflexão teórica. **Revista Saúde em Foco**. Teresina, v. 1, n. 2, art1, 2014. p. 41-59.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez – Parto e Puerpério**. São Paulo: Saraiva, 2002.

MARCO, M. A.; *et al.* **Psicologia Médica**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MOREIRA, A. C. G. A melancolia na obra de Freud: um Narciso se {des}culpa. **Rev. Latinoam. Psopat. Fund.**, IV, v. 4, 2001. p. 92-102.

OLIVEIRA, N. P. **Depressão pós-parto, principais causas e sintomas**. 2018. Disponível em: <https://psicologado.com.br/psicopatologia/transtornos-psiquicos/depressao-pos-parto-principais-causas-e-sintomas>. Acesso em: set. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10: critérios diagnósticos para pesquisa**. Porto Alegre; 1993.

RAFFAELI, E.; ROESLER, F. **Depressão pós-parto: sintomas, tratamentos e causas**. Minha vida. Disponível em: [www.minhavidade.com.br/saude/temas/depressao-pos-parto](http://www.minhavidade.com.br/saude/temas/depressao-pos-parto). Acessado em 05 de outubro de 2016.

RANGÉ, B.; *et al.* **Psicoterapias cognitivo-comportamentais, um diálogo com a psiquiatria**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RIBEIRO, W. G., ANDRADE, M. O papel do enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto (DPP). **Informe-se em promoção da saúde**, v. 5, n. 1, 2009.

RODRIGUES, O. M. P. R.; HORTA, R. A. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, 2011.

SCHARDOSIM, R. M.; HELDT, T. A. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, 2011.

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

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, 2003. p. 403-411.

SILVA, D. G.; SOUZA, M. R.; MOREIRA, V. P. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. **Revista mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. 3, n. 2, 2003, p. 439-450.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**, 3 ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. Depressão puerperal: uma revisão da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 7, n. 2, 2005, p. 231-238.

SILVA, J. L.; *et. al.* **Depressão pós-parto em puérperas**: conhecido interações entre mãe, filho e família, 2010.

TEODORO, W. G. **Depressão**: corpo, mente e alma. 3 ed. Uberlândia-MG: 2010.

VARELLA, D. **Depressão pós-parto**: Guia completo de sintomas e tratamento/Sobre depressão, 2016.

WINNICOTT; D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

WRIGHT, J. H.; BASCO R. M.; THASE E. M. **Aprendendo a terapia Cognitivo-Comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZANOTTI, D. V.; *et al.* Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico associadas ao puerpério: A colaboração do enfermeiro psiquiatra. **Revista Nursing**. v. 6, n. 61, 2003.