

Depressão pós-parto: prevenção e tratamentos

Postpartum depression: prevention and treatments

Depresión posparto: prevención y tratamientos

Recebido: 29/03/2022 | Revisado: 03/04/2022 | Aceito: 22/04/2022 | Publicado: 19/05/2022

Vitoria Vilas Boas da Silva Bomfim

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4897-0279>
Universidade Federal de Itajubá, Brasil
E-mail: pesquisaclinica9@gmail.com

Paulo da Costa Araújo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5106-8505>
Centro Universitário do Maranhão, Brasil
E-mail: paulo7ca@gmail.com

Ana Paula Cristo Diamantino Neves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1917-3027>
Instituto Ciências da Saúde, Brasil
E-mail: diamantino_13@yahoo.com.br

Weberton Dorásio Sobrinho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0619-7214>
Universidade de Rio Verde, Brasil
E-mail: dorasioweberton@gmail.com

Tânia Maria dos Santos Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9899-8494>
Faculdade Santo Agostinho, Brasil
E-mail: tania Lima15@outlook.com

Maria Eduarda Santos da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7401-2763>
Faculdade Santo Agostinho, Brasil
E-mail: meduarda.mabelly@gmail.com

Dayeny Gonçalves de Miranda

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4498-916X>
Faculdade Santo Agostinho, Brasil
E-mail: dayeny.goncalves@gmail.com

Elaine Firmino da Silva Freitas

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6718-7303>
Instituto Pernambucano de Ensino, Brasil
E-mail: firminoelaine07@gmail.com

Ana Flávia Espíndola Volpp

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4770-8976>
Universidade de Rio Verde, Brasil
E-mail: anaflaviaevolpp@hotmail.com

Ana Paula Teodoro Buss

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5502-5780>
Universidade Positivo, Brasil
E-mail: ana.buss_teodoro@hotmail.com

Ana Maria Carneiro Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5158-921X>
Centro Universitário Santo Agostinho, Brasil
E-mail: anamariacarneirooliveira20@gmail.com

Resumo

Introdução: A depressão pós-parto é um transtorno mental debilitante com alta prevalência. O objetivo deste estudo foi revisar os estudos relacionados. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão literária qualitativa, onde relatamos os fatores de risco da depressão pós-parto por meio de busca no banco de dados Scopus, PubMed, ScienceDirect, Uptodate, Proquest no período de 1997-2018. Foram incluídos artigos publicados sobre os fatores associados à depressão pós-parto em português e inglês. **Resultados:** A estratégia de busca incluiu uma combinação de palavras-chave incluindo depressão pós-parto e fatores de risco ou história obstétrica, fatores sociais ou fatores biológicos. **Considerações Finais:** A revisão da literatura mostrou que foram detectados fatores de risco para depressão pós-parto na área de fatores econômicos e sociais, história obstétrica e fatores biológicos, estilo de vida e história de doença mental.

Palavras-chave: Depressão; Puerpério; Parto.

Abstract

Introdução: A depressão pós-parto é um transtorno mental debilitante com alta prevalência. O objetivo deste estudo foi revisar os estudos relacionados. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão literária qualitativa, onde relatamos os fatores de risco da depressão pós-parto por meio de busca no banco de dados Scopus, PubMed, ScienceDirect, Uptodate, Proquest no período de 1997-2018. Foram incluídos artigos publicados sobre os fatores associados à depressão pós-parto em português e inglês. **Resultados:** A estratégia de busca incluiu uma combinação de palavras-chave incluindo depressão pós-parto e fatores de risco ou história obstétrica, fatores sociais ou fatores biológicos. **Considerações Finais:** A revisão da literatura mostrou que foram detectados fatores de risco para depressão pós-parto na área de fatores econômicos e sociais, história obstétrica e fatores biológicos, estilo de vida e história de doença mental.

Keywords: Depression; Puerperium; Childbirth.

Resumen

Introducción: La depresión posparto es un trastorno mental debilitante con una alta prevalencia. El propósito de este estudio fue revisar estudios relacionados. **Metodología:** Se trata de un estudio cualitativo de revisión bibliográfica, donde reportamos los factores de riesgo de depresión posparto a través de una búsqueda en la base de datos Scopus, PubMed, ScienceDirect, Uptodate, Proquest en el periodo 1997-2018. Se incluyeron artículos publicados sobre factores asociados a la depresión posparto en portugués e inglés. **Resultados:** La estrategia de búsqueda incluyó una combinación de palabras clave que incluían depresión posparto y factores de riesgo o antecedentes obstétricos, factores sociales o factores biológicos. **Consideraciones finales:** La revisión de la literatura mostró que los factores de riesgo para la depresión posparto se detectaron en el área de factores económicos y sociales, antecedentes obstétricos y factores biológicos, estilo de vida y antecedentes de enfermedad mental.

Palabras clave: Depresión; Puerperio; Parto.

1. Introdução

No presente trabalho falaremos sobre todo o processo de transformação na vida da mulher acerca das dificuldades enfrentadas nos pós gestação, período pós parto, conhecido como puerpério. Falaremos sobre o desafiador momento em que esta mulher passa a ser responsável por um novo ser. Momento este, em que esta mulher se encontra em vulnerabilidade emocional, não reconhece seu corpo, e deve se dedicar em tempo integral a criança que acabou de dar a vida e que este não sabe se expressar, tem necessidades, momento este que é preciso a criação do vínculo de mãe-filho. Ainda enfrentando todos os desafios deste novo ciclo, alterações hormonais, esta mulher precisa se reinventar.

Na gravidez, ocorrem sérias transformações na mulher, tais como: modificação de seu corpo e de hormônios necessários para que aconteça a maturação do feto. Essas modificações acabam gerando dúvidas, sentimento de fragilidade, insegurança e ansiedade (Moreira et al., 2008). Durante a gestação e o puerpério a mulher vivencia grandes modificações, tanto físicas, como psíquicas e também em seu papel na família e na sociedade. Há alterações em sua autoimagem corporal, conflitos relativos a feminilidades, à sexualidade e até mesmo à gravidez (Zanotti et al., 2003).

A mulher no pós-parto dá lugar à mãe, esquecendo-se de si, direcionando todos os cuidados ao seu bebê, geralmente não buscam ajuda para si. Quando vão se dar conta já não se reconhecem mais, se dão conta de que não são mais as mesmas, e nem sabem como isso se deu. É preciso um olhar diferenciado a estas mulheres, tanto por ela mesma, quanto pelas pessoas que a rodeiam, e pela saúde pública também. Vemos a necessidade de uma rede de apoio, pois as mudanças são de muito impacto, visto que não existe um manual de como ser mãe, como entender as necessidades do seu bebê que se expressa chorando, como não se abandonar, como não se anular. Se vendo dentro deste turbilhão de emoções, hormônios trabalhando intensamente, a mulher que não tem o apoio devido acaba por se perder de si própria, e entra no vazio da depressão.

Essa depressão conhecida como a depressão pós-parto traz à tona traumas, inseguranças, contribui para a falta de vínculo com a criança. Essa mãe não consegue se adaptar a esse novo eu, visto que essa depressão não tem uma causa certa, pode ser gerada por vários fatores, físicos, emocionais, qualidade de vida ou mesmo advindos de outros problemas psicológicos. Fazendo com que a mãe não consiga cumprir com os deveres que a compõem como amamentação de forma correta, criação do vínculo ou afeto com o bebê, tristeza profunda e isolamento, assim desencadeando problemas até mesmo

para este bebê. O bebê é um ser totalmente vulnerável, totalmente dependente desta mãe, que o cuida, alimenta e dá amor, e com essa falta ele também pode passar a apresentar problemas de ordem física, como uma falta de alimentação adequada e de caráter emocional como o desenvolvimento afetivo.

No entanto, é preciso saber conjugar a tecnologia com o humanismo na preparação para o parto, para a amamentação do bebê e para os cuidados necessários após sua chegada e a função do médico e dos profissionais de saúde é assistir e ajudar também nesse processo. (Maldonado et al., 2000).

A depressão é uma das doenças mais estudadas na atualidade, decorrente do alto número de pessoas que são acometidas por esta e também por seus casos aumentarem a cada ano, o indivíduo acaba desenvolvendo capacidades funcionais temporárias, podendo chegar até as limitações mais permanentes, é importante lembrar que a depressão é um transtorno comum, mais muito sério e que não deve ser ignorado, uma vez que interfere na vida diária, capacidade de trabalhar do indivíduo, dormir, estudar, comer e aproveitar a vida, é causada por uma combinação de fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos (Barbosa, *et al*, 2018).

A depressão pós-parto não é reconhecida pelos sistemas de classificação atuais como uma doença em si, mas o início de um episódio depressivo em até 4 semanas do pós-parto pode ser registrado pelo especificador de início perinatal no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5). Há evidências sugerindo que o especificador do DSM-5 é muito limitado. (Forty et al., 2016). Assim, no sentido geral, episódios depressivos que ocorrem de 6 a 12 meses após o parto podem ser considerados depressão pós-parto.

2. Metodologia

Dentro do presente artigo, foi estudado sobre o transtorno de depressão pós parto, que tem acometido um número considerado de mulheres principalmente no momento por conta do covid-19, com isso nosso objetivo foi verificar as possíveis causas e sintomas que acometem essa mulher. Em relação ao material e método foi utilizado a pesquisa bibliográfica, DSM-5 e pesquisa quantitativa através da plataforma do forms, compartilhados em grupos nas redes sociais compostas por mulheres, justificando o questionário para fins acadêmicos. O questionário ficou disponível de 03 de Março de 2022 á 07 de março de 2022, e teve a participação de 50 mulheres de 18 a 45 anos, para de forma simples obter uma amostra de quantas mulheres passaram ou ainda se encontram nesse transtorno. relatamos estudos que investigaram os fatores de risco da depressão pós-parto por meio de busca no banco de dados Scopus, PubMed, ScienceDirect, Uptodate, Proquest no período de 1997-2018 artigos publicados sobre os fatores associados à depressão pós-parto foram avaliados em português e inglês.

3. Resultados e Discussão

Emergiram oito variáveis para análise do estudo sendo elas a importância da prevenção com o acompanhamento e apoio de um pré-natal psicológico, a gestação e o puerpério, amamentação, sexualidade e aceitação, depressão pós-parto: definição, causas e sintomas aparentes, depressão pós parto: DSM-5, depressão pós parto e fatores de risco, a eficácia da terapia cognitivo comportamental como auxiliar no tratamento da depressão pós parto, dados sobre tratamento da depressão pós parto conforme demonstrado abaixo.

2.1 A importância da prevenção com o acompanhamento e apoio de um pré-natal psicológico

De acordo com o Ministério da Saúde, o “baby-blues” se apresenta como um estado de alteração do humor, hiperemotividade, fragilidade, sentimentos de incapacidade e falta de confiança em si próprio para cuidar do bebê. Cabe

ressaltar a importância do companheiro dando suporte emocional à mãe. De acordo com Winnicott (1987), a melhor maneira de cuidar de uma criança, é cuidar da mãe desta criança.

É importante considerar a importância do pré-natal integral e os efeitos da preparação que podem envolver a respiração e o relaxamento, bem como a participação em grupos de “casais grávidos” onde é possível a troca de experiência e o debate sobre as diversas dúvidas que podem surgir durante o período de gravidez. (Maldonado et al., 2000).

Infelizmente o acesso a este acompanhamento hoje no nosso país é bastante precário. Por falta de promoção e divulgação dos serviços que na realidade são escassamente oferecidos pela saúde pública e até mesmo particulares, muitas dessas mulheres ficam sem assistência psicológica do início ao fim de suas gestações. Muitas destas sem nenhum apoio e/ou preparo psicológico.

A Atenção Primária à Saúde é definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além de representar a coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural. Ela compreende quatro atributos essenciais: o acesso (primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde), a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema. Ademais, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações em Atenção Primária à Saúde: a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), a orientação comunitária e a competência cultural. (Brasil, 2009a, p. 09).

Essa intervenção, também denominada de psicoprofilaxia por Bortoletti (2007), justifica-se segundo Maldonado (1986) por ser preventivo em vários aspectos: modificações da identidade da gestante; acompanhar a gestação do vínculo pais-bebê; trabalhar o desenvolvimento da confiança na própria percepção e na própria sensibilidade; ampliar recursos do casal como agente de prevenção com outras pessoas da família; e conscientização dos pais em relação ao atendimento que recebem e à reivindicação de suas necessidades. Além desses aspectos preventivos, o grupo pode colaborar e desmistificar alguns temas importantes, como cuidados com amamentação, cuidados com o bebê, a maternidade idealizada, conforme discutida por Arrais (2005).

É necessário considerar ainda que a mulher passa por um processo de se imaginar tendo o filho antes que a gravidez seja concretizada e é então que surgem diversas dúvidas: como ele seria, se é a hora certa de tê-lo, o que vai representar um bebê na sua vida, e nem sempre tudo isso é claramente pensado e discutido entre o casal, que muitas vezes, passa a se exigir demais, esperando não falhar para poder criar um filho perfeito. (Maldonado et al., 2000)

Complementar ao pré-natal tradicional, tem caráter psicoterapêutico e oferece apoio emocional, discute soluções para demandas que podem surgir no período gravídico-puerperal, como aquelas relacionadas aos mitos da maternidade, à sua idealização, à possibilidade da perda do feto ou bebê, à gestação de risco, à malformação fetal, ao medo do parto e da dor, aos transtornos psicossomáticos, aos transtornos depressivos e de ansiedade, às mudanças de papéis familiares e sociais, às alterações na libido, ao conflito conjugal, ao ciúme dos outros filhos, ao planejamento familiar, além de sensibilizar a gestante quanto à importância do plano de parto e do acompanhante durante o trabalho de parto e parto (Cabral e col., 2012).

2.2 A gestação e o puerpério

Dar a vida a um novo ser é um ato desafiador que exige muito desta mulher, ela tende a se tornar uma nova mulher, ela passa de mulher a mãe, é o desdobramento de sua personalidade, é a expansão da consciência, um cataclismo emocional, fusão psíquica e sentimental que passa a viver com o bebê, inaugurando e declarando que esta mulher nunca mais será a mesma. Ela passa a ter sensações antes nunca experimentadas, sendo assim, uma mistura de emoções com possíveis eventos de estresse. Passa a conviver com o medo, ansiedade, preocupações financeiras e familiares, é a descoberta do novo, juntamente

com atribuições, adaptação a uma rotina totalmente diferente da antiga, o que favorece a instabilidade emocional, mesmo esse momento sendo único e que deveria e se espera que seja de repleta felicidade na vida da mulher.

Para muitas mulheres essa é a fase de viver o que se sonhou, momentos de plenitude, porém para muitas outras, este período é percebido de momento complicado e de medos e angústias, com grandes alterações emocionais e afetivas, além de pensamentos e sentimentos contraditórios. O puerpério pode ser visto como um momento de grandes possibilidades de crescimento, mas para isso a mulher tem que se permitir conhecer o interior do seu psiquismo, pelo fato de tudo dizer ao seu respeito, à sua verdade, à sua história, ao seu novo ser, com toda certeza esse autoconhecimento, a ajudará a lidar de uma forma mais leve com seu novo modo de vida, e suas novas responsabilidades.

Em Nogueira, vemos: A gravidez, apesar de não ser um momento de crise existencial, pode pôr em movimento uma situação psicológica parecida, oferecendo a oportunidade para uma virada. Se, por um lado, existe o fantasma do medo, do estar pondo em risco a própria vida e aquela do bebê, por outro, em algumas mulheres, a gravidez dispara a tendência latente a desvencilhar-se de autoridades opressoras. No contexto da humanização, parece que a gestação oferece a chance de conquistar uma porção maior de poder e de autodeterminação, oportunidade esta que algumas mulheres agarram, felizes. Sua nova condição de grávida parece ser a faísca para a ação, a força extra que faltava para firmar o pé e afirmar a própria independência. (Nogueira, 2012, p. 17).

Em Maldonado, ainda sobre a gestação: A gravidez é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento. Envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões: em primeiro lugar, verifica-se a mudança de identidade e uma nova definição de papéis - a mulher passa a se olhar e ser olhada de maneira diferente. Outra característica da gravidez como transição é o fato de representar uma possibilidade de atingir novos níveis de integração, amadurecimento e expansão da personalidade ou de adotar uma solução patológica que predominava na relação com a criança. (Maldonado, 1997, p.27).

Gutman (2017) cita que os nove meses de gestação servem para a preparação da ruptura do corpo físico e a quebra da alma, e, isto poderá ser rico se for processado pela mulher adulta em nós, porém, jamais pela menina que se sente sozinha e desamparada. A criança que está para nascer oferece à mãe a possibilidade de se tornar uma adulta de forma definitiva, porém, esta é uma decisão pessoal: Durante a gestação, as mulheres passam por três momentos da etapa gravidez puerperal.

O primeiro grande momento é o da transformação da filha em mãe, o segundo é o da transformação da autoimagem corporal e o terceiro momento faz referência à relação entre sexualidade e a maternidade. É de grande importância e deveria ser fundamental e essencial que todas as mulheres no período gestacional fossem acompanhadas e tivessem a oportunidade de um acompanhamento de um pré natal psicológico, desde o início da gestação, para que essa mulher possa compreender qual lugar este filho ocupará em sua vida e a sua função, neste processo de se tornar mãe, e assim de fato poder exercer uma boa maternagem. A desconstrução de ilusões e fantasias torna-se premente.

Sendo assim, é de grande relevância que ter um filho, para muitas mulheres, hoje pode ocasionar sentimentos divergentes, pois para algumas, o filho surge como complemento do seu ego, exaltando o seu narcisismo, tornando-se um ser completo, mas, para outras mulheres, a gravidez poderá vir acompanhada por frustrações significativas, privações afetivas, econômicas e reais, aumentando a raiva, o ressentimento e a culpa por gerar este novo ser, dificultando a relação díade mãe-bebê. (Nery et al., 2011, p. 07).

A mulher ao engravidar, ainda que este tenha sido seu desejo, e que tenha sido planejado, não se encontra totalmente preparada para as mudanças que ocorrem no seu organismo, como modificações: física, hormonal, psicológicas e metabólicas. As alterações já começam a ocorrer desde o momento da concepção, durante toda a gestação e, até o pós-parto, que é o momento denominado de puerpério.

Podemos dizer que o puerpério está dividido em quatro fases: período imediato – inicia após a saída da placenta e dura até as duas primeiras horas. Período mediato - que vai desde o puerpério imediato até o décimo dia, período tardio – que vai do décimo dia ao quadragésimo quinto dia e o puerpério remoto – indo além do quadragésimo quinto dia até que a mulher retome às suas funções reprodutivas. É considerada uma das fases de mais vulnerabilidade para o aparecimento de complicações na saúde mental da mulher. Podendo ser classificada por profissionais da área da saúde até dois anos após o parto.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza em até 15% o número de partos por via cesárea. Atualmente no Brasil este percentual está em 57%, sendo 40% dos partos realizados pela rede pública e 84% na rede particular. Em 2015, a OMS lançou uma declaração apontando o Brasil como o líder mundial neste tipo de parto, e, em 2017 o Ministério da Saúde lançou um novo dado apontando que não houve crescimento de partos do tipo cesariana no país, na rede pública.

Mesmo estando longe de percentuais ideais, a OMS declara que está trabalhando para mudar esta realidade brasileira. Seja como for o parto, normal ou via cesárea, a maternidade se inaugura em forma de luto: a mulher abandona exclusivamente o lugar de filha - onde era cuidada e assume o papel de mãe torna-se uma cuidadora.

Nunca mais a vida da mulher que se assume mãe será a mesma. Um filho chega causando profundas transformações na vida da mulher e elas abalam e modificam as estruturas familiar, social, financeira, profissional, física, biológica, espiritual e psíquica, a saber: No ciclo da mulher, há três períodos críticos de transição que constituem verdadeiras fases do desenvolvimento da personalidade e que possuem vários pontos em comum: a adolescência, a gravidez, e o climatério. São três períodos de transição biologicamente determinados, caracterizados por mudanças metabólicas complexas, estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade. (Maldonado, 1997, p.22)

Certo que as experiências perinatais da mulher e as muitas outras influências internas e externas, conscientes e inconscientes, entrarão em cena quando a mulher se inaugura como mãe, podendo mudar a percepção da fantasia da maternidade, gerando sentimentos contraditórios e uma ambivalente no que diz respeito a maternidade.

Num geral para a maioria dessas mulheres existe uma realidade histórica fantasiada e romanceada em criar uma realidade feliz sobre a maternidade, quase sempre desconstruída pela cruel realidade do puerpério, cheia de confusão emocional, solidão, dor, medo e incertezas, com a busca urgente e apaziguadora em equilibrar na balança, os sentimentos de prazer, plenitude e realização, também presentes na maternidade.

É um momento de idealizações, o gerar e conceber a vida de um ser. Existem inclusive sites e fóruns de “tentantes”, onde as mulheres dividem suas experiências ao tentar engravidar, fazem régua de medição com o tempo de gestação e através de imagens ilustrativas vão “vendo” o bebezinho se desenvolver dentro do seu ventre, até o momento do nascimento. Entretanto, a realidade chega e ela pode ou não estar condizente com as expectativas da mulher e da família. Muitas mulheres sentem-se sozinhas e não compreendidas no período pós-parto.

O puerpério é uma fase singular e complexa, após a fase da gestação, que já representou um momento com muitas transformações, novidades e sobrecarga emocional. De acordo com o Ministério da Saúde, o puerpério é o período que se inicia logo após o parto, iniciando a recuperação do organismo da mulher, ocorrendo modificações físicas e psíquicas, até que o corpo retorne ao estado anterior à gravidez, ou seja: volte a ovular, tornando-se novamente reprodutiva. Se a mulher não amamentar, a ovulação voltará a ocorrer por volta das seis a oito semanas após o parto.

Espera-se então no âmbito psicológico que este estágio de alteração emocional, de grande vulnerabilidade psíquica seja transitório para que assim permita-se às mães ligarem-se aos seus bebês para atendê-los em suas necessidades básicas. Pois para isso é primordial que a mãe entre e permaneça num estado simbiótico com o bebê para poder compreendê-lo e cuidá-lo, principalmente no puerpério imediato.

Em se tratando do psíquico, não podemos delimitar o período do puerpério, pois, enquanto a mãe amamenta, o seu corpo está sofrendo transformações, e além da subjetividade de cada mulher MALDONADO apud RAPOPORT (1965) cita que “crise pode ser definida como uma perturbação temporária de um estado de equilíbrio (...) períodos de transição inesperados quanto aos inerentes ao desenvolvimento”. E continua: É evidente que situar a gravidez como crise ou transição não quer dizer que o período crítico termine com o parto. Na realidade, grande parte das mudanças maturacionais ocorre após o parto e, portanto, o puerpério deve ser considerado como a continuação da situação de transformação, pois implica novas mudanças fisiológicas, consolidação da relação pais e filhos, e grandes modificações da rotina e do relacionamento familiar. (Maldonado, 1997, p. 28).

2.3 Amamentação, sexualidade e aceitação

Em um outro momento do puerpério encontramos, o período da amamentação que para muitas mulheres é tido como o momento do êxtase, e de fato é, um momento indescritível de imensa conexão e contato entre mãe e bebê. É o momento do olho no olho, do calor do corpo, da junção do corpo bem dizer. Chama-se “lua de leite” o período onde mãe e bebê estão perfeitamente ajustados, sendo levados à nova fase de conhecimento mútuo e fortalecimento de vínculos. Entretanto, para outras mulheres, pode ser um momento de grande dificuldade e desespero quando ocorre algum desajuste. Ocorre também da mulher experimentar insegurança e medo em relação à qualidade e quantidade do leite, à capacidade em amamentar e à futura estética das mamas.

É um processo muitas vezes não vivenciado por todas as mulheres que deram à luz, mas as que vivenciam podem sofrer alterações em sua sexualidade, pois este representa um deslocamento da libido para os seios. Devido aos hormônios da amamentação que são ocitocina e prolactina – os primários, e também os estrógeno e progesterona – os secundários, em conjunto eles afetam a libido, o apetite, o humor e a disposição. Eles também provocam um ressecamento, levando a falta de lubrificação para o ato sexual. É a sabedoria do corpo dizendo: é hora de se dedicar à sua cria e de permitir que o seu corpo volte ao estado de homeostase. Mesmo depois da liberação da mulher para voltar a ter relação sexual, o casal precisará dialogar muito e aos poucos retomar a intimidade, e, com paciência, reconectar no psiquismo da mulher, agora mãe, o desejo, o erotismo e o caminho do prazer através do sexo. Algumas vezes com ajuda de terapia para este retorno ao que antes era normal.

Assim podemos representar o puerpério: um processo de luto, de perda de identidade, de desdobramento da alma, de desequilíbrio das suas convicções, de crise de identidade, de expansão da consciência, onde todas as emoções estão em cena. A mulher no período puerpério, pode experimentar sentimentos de potência ou impotência, realização ou arrependimento, confusão mental, conexão ou desconexão com o ambiente a sua volta, mas, sobretudo, despersonalização, e como dito anteriormente, espera-se que este ciclo seja transitório.

É de extrema importância que diante desta profusão emocional, essa mulher entre no estado de introspecção, num estado silente para acompanhar o seu ritmo interno, diminuindo o ritmo externo. Faz-se urgente sair da ciranda do movimento capitalista, para seguir uma nova lógica - a lógica da natureza humana. Assim, é tempo de parar. É tempo de ser revisitada. É tempo de se constituir numa nova criatura e de se aperfeiçoar. É tempo de se reconhecer, e conhecer a nova mulher que nasce ali.

De acordo com este pensamento, a mulher terá que administrar a vida do bebê, da família, a sua vida profissional caso a tenha, deverá se adaptar à sua nova configuração corporal, à sua nova história, à sua nova vida, ao seu novo ser. O puerpério, definitivamente, promove a abertura e expansão da consciência para uma nova realidade existencial: nasce uma nova mulher, nasce um filho e nasce uma mãe. O puerpério joga a mulher “num paraíso” onde é necessária a quietude para ouvir os seus próprios anseios e apelos da alma, para unir os seus pedaços emocionais fragmentados, para compreender o seu processo e

sustentar e nutrir o seu bebê. Não foi encontrada nenhuma definição que possa descrever os motivos pelos quais ocorre. É um conjunto de acontecimentos regados de emoções e sentimentos que são sentidos em forma de um turbilhão sem que se perceba a causa.

2.4 Depressão pós-parto: definição, causas e sintomas aparentes

É sabido que a depressão pós parto acontece com mulheres de todas as idades, classes sociais e de todos os níveis escolares. Ela pode ocorrer com mulheres que desejam muito ter um filho, bem como com aquelas que não aceitam o fato de ter engravidado (Arrais, 2005). Pode ocasionar no nascimento do primeiro filho, do segundo, do terceiro, ou de outros. Ao contrário do esperado, a literatura e a prática com gestantes e puérperas nos mostram que a maioria das mulheres, sobretudo as de classe média e baixa, encontra na vivência da maternidade algum nível de sofrimento psíquico, físico e social no período pré e pós-parto. Normalmente, nessas fases, observa-se nas mães uma vivência relativamente contínua de tristeza ou de diminuição da capacidade de sentir prazer (Santos, 2001), a qual poderá ser transitória ou irá se tornar crônica caso não sejam assistidas adequadamente. Esse conhecimento segue no sentido contrário ao de uma crença popular amplamente difundida de que a gravidez é um período de alegria para todas as mulheres (Zinga e col., 2005; Maushart, 2006; Arrais & Azevedo, 2006; Tostes, 2012).

Aquela mulher que antes se ocupava em prol dela mesma, sendo filha, esposa, estudante, dona de casa ou profissional que trabalha fora, hoje, além de todas essas funções, se vê diante de um bebê que depende tão e somente dela. E esta por sua vez, se encontra perdida, muitas vezes sem rede de apoio. Levando-a ao quadro da depressão.

Dessa maneira, Moraes et al. (2006) esclarecem que a depressão pós-parto pode ser decorrente de diversos fatores e que deve ser considerada como um importante problema de saúde pública, pois pode afetar, não apenas a saúde da mãe, como também o bom desenvolvimento de seu filho.

Em algumas literaturas a depressão é conceituada como um distúrbio afetivo que acompanha a humanidade ao longo de sua história, no sentido patológico, há presença de tristeza, pessimismo, baixa autoestima, que aparece com frequência e podem combinar-se entre si (Barros *et al*, 2020).

Algumas mulheres, durante a gravidez, vivenciam oscilações no seu humor, conseguindo permear de forma instantânea da euforia à tristeza profunda. Existem mulheres que conseguem se manter estáveis a todas estas mudanças, mas outras não conseguem admitir para si mesmas que merecem ajuda da família. Apresentando uma tristeza materna de uma forma geral, sentindo que perdeu o seu lugar de filha, sem que tenha segurança no papel de mãe, sente que seu corpo está irreconhecível. (Nery et al., 2011, p. 06).

Em se tratando do período pós-parto nas mulheres, o puerpério, a depressão não é vista de forma diferente, porém pode ser vista com um agravante, pois se trata de um outro ser (o bebê) vulnerável necessitando de ajuda e empenho em tempo integral desta mulher que se encontra em um misto de emoções e sentimentos o qual não consegue definir ou identificar, muito menos controlar e tratar sozinha. Essa mulher não consegue dormir, se alimentar, descansar, não se reconhece em seu corpo que sofreu alterações físicas que levam tempo para retornar ao mais próximo do que era antes, gerando assim angústia, ansiedade, tristeza, choro e busca de algo que nem mesmo ela sabe o que é.

Guedes Silva et al., (2003) conceituam a depressão pós-parto como uma patologia caracterizada por apresentar distúrbios de humor de graus severo a moderado em mulheres dentro de seis semanas após o parto, sendo identificado clinicamente como um episódio depressivo com caráter multifatorial. De acordo com o Ministério da Saúde, a depressão pós parto é assim detalhada: Depressão menos frequente, manifestando-se em 10 a 15% das puérperas, e os sintomas associados incluem perturbação do apetite, do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideiação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê.

2.5 Depressão pós parto: DSM-5

- Segundo o DSM-5 a depressão pós parto pode ter causa atrelado a dois transtornos mentais:
- Bipolar tipo II Especificadores para Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados

Com início no periparto: Este especificador pode ser aplicado ao episódio atual ou, se a totalidade de critérios não estiver momentaneamente satisfeita para um episódio de humor, ao episódio mais recente de mania, hipomania ou depressão maior no transtorno bipolar tipo I ou no transtorno bipolar tipo II se o início dos sintomas de humor ocorre durante a gestação ou nas quatro semanas após o parto. Nota: Episódios de humor podem ter início durante a gestação ou no pós-parto.

Embora as estimativas sejam diferentes de acordo com o período de acompanhamento pós-parto, entre 3 e 6% das mulheres terão um episódio depressivo maior durante a gestação ou nas semanas ou meses após o parto. Cinquenta por cento dos episódios depressivos maiores “pós-parto”, na verdade, começam antes do nascimento. Assim, esses episódios são chamados coletivamente de episódios do periparto.

Mulheres com episódios depressivos maiores no periparto frequentemente têm ansiedade grave e até ataques de pânico. Estudos prospectivos têm demonstrado que sintomas de ansiedade e humor durante a gestação, bem como o baby blues aumentam o risco de episódio depressivo maior após o parto. Episódios de humor com início no periparto podem se apresentar com ou sem características psicóticas. Infanticídio está mais frequentemente associado com episódios psicóticos após o parto que são caracterizados por alucinações com vozes de comando para matar o bebê ou delírios de que o bebê está possuindo

Embora sintomas psicóticos possam também ocorrer em episódios de humor graves após o parto sem tais delírios ou alucinações específicos. Episódios de humor após o parto (depressivos maiores ou maníacos) com características psicóticas parecem ocorrer em 1 a cada 500 a 1 a cada 1.000 nascimentos e podem ser mais comuns em mulheres primíparas. O risco de episódios pós-parto com características psicóticas está particularmente aumentado em mulheres com episódios de humor pós-parto anteriores, embora seja também elevado para aquelas com história anterior de transtorno depressivo ou bipolar (sobretudo transtorno bipolar tipo I) e aquelas com história familiar de transtornos bipolares. Uma vez que uma mulher teve um episódio de humor pós-parto com características psicóticas, o risco de recorrência a cada nascimento posterior fica entre 30 e 50%.

Episódios de humor após o parto devem ser diferenciados do delirium que ocorre no período após o parto, que é distinto por apresentar flutuação do nível de consciência ou atenção. O período após o parto é singular no que se refere ao grau de alterações neuroendócrinas e adaptações psicossociais, ao Especificadores para Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados 153 impacto potencial da amamentação no plano de tratamento e às implicações de longo prazo de uma história de transtorno do humor após o parto no planejamento familiar subsequente

- Transtornos Depressivos

Com início no periparto: Este especificador pode ser aplicado ao episódio atual ou, se atualmente não são satisfeitos todos os critérios para um episódio depressivo maior, ao episódio mais recente de depressão maior se o início dos sintomas de humor ocorre durante a gravidez ou nas quatro semanas seguintes ao parto. Nota: 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 o 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. As mulheres com episódios depressivos maiores no periparto com frequência têm ansiedade grave e até mesmo ataques de pânico.

Estudos prospectivos demonstraram que os sintomas de humor e ansiedade durante a gravidez, bem como baby blues, aumentam o risco de um episódio depressivo maior no pós-parto. Especificadores para Transtornos Depressivos 187 Os episódios de humor com início no periparto podem se apresentar com ou sem características psicóticas. O infanticídio está frequentemente associado a episódios psicóticos no pós-parto caracterizados por alucinações de comando para matar o bebê ou delírios de que este está possuído, mas os sintomas psicóticos também podem ocorrer em episódios de humor pós-parto graves sem delírios ou alucinações específicos.

Os episódios de humor (depressivo ou maníaco) no pós-parto com características psicóticas parecem ocorrer de 1 em 500 a 1 em 1.000 partos e podem ser mais comuns em mulheres primíparas. O risco para episódios com características psicóticas no pós-parto é particularmente aumentado em mulheres com episódios de humor anteriores nesse período, mas também é elevado entre as que têm a história prévia de um transtorno depressivo ou bipolar (em especial transtorno bipolar tipo I) e entre aquelas com história familiar de transtornos bipolares. Depois que uma mulher teve um episódio no pós-parto com características psicóticas, o risco de recorrência em cada parto subsequente situa-se entre 30 e 50%.

Os episódios pós-parto devem ser distinguidos do delírium que pode ocorrer nesse período, o qual se diferencia por um nível flutuante de consciência ou atenção. O período pós-parto é singular no que diz respeito ao grau de alterações neuroendócrinas e adaptações psicossociais, ao impacto potencial da amamentação no planejamento do tratamento e às implicações de longo prazo de a história de transtorno do humor pós-parto no planejamento familiar subsequente.

2.6 Depressão pós parto e fatores de risco

Tendo conhecimento do que é a depressão pós-parto, podemos enumerar alguns fatores que pode agravar essa ocorrência:

- Já possui histórico de depressão, durante a gravidez ou em outros momentos da vida
- Possui um diagnóstico de transtorno bipolar
- Teve depressão pós-parto após uma gravidez anterior
- Tem membros da família que tiveram depressão ou outros problemas de estabilidade do humor
- DeprExperimentou eventos estressantes durante o período da gravidez, como complicações de gravidez, doença ou perda de emprego
- Se o bebê nasceu com problemas de saúde ou outras necessidades especiais
- Tem dificuldade em amamentar
- Está experimentando problemas em seu relacionamento com seu cônjuge ou outro significativo
- Possui um sistema de apoio fraco (cônjuge ou familiares ausentes)
- Possui ou está com problemas financeiros
- Se a gravidez não foi planejada ou foi indesejada

2.7 A eficácia da terapia cognitivo comportamental como auxiliar no tratamento da depressão pós parto

Com uma abordagem sistêmica, a recuperação do bem-estar e da saúde da mulher tende a apresentar resultados de maneira ainda mais rápida. De acordo com Shinohara (2012), às estratégias utilizadas através da Terapia Cognitivo Comportamental são determinadas de acordo com os comportamentos que se pretende alterar. A psicoterapia é, portanto, um processo que permite transformações profundas da pessoa, com resultados evidentes em diversas situações, aplicados de maneira satisfatória em casos de Depressão Pós Parto.

Em se tratando de alterações emocionais, de pensamentos, e ideias sobre si mesmo, que neste momento se encontram distorcidas, visto toda a ebulição hormonal que a mulher está passando, o melhor tratamento seria a Terapia Cognitivo

Comportamental, por se tratar de uma abordagem que atua no momento do indivíduo, considerando a mudança ocorrida para tal fato. Neste sentido, a terapia cognitiva é realizada a partir de uma abordagem ativa, direta e estruturada, com prazo limitado e fundamentada em uma base teórica lógica, através da qual se percebe que o afeto e o comportamento individual encontra-se relacionado ao modo pelo qual este indivíduo estrutura o mundo em que está inserido (BECK, 1976).

A aplicação da terapia cognitiva comportamental no tratamento da depressão permite que o terapeuta conduza o paciente a acessar crenças e regras a partir dos dados ambientais fornecidos, o indivíduo depressivo traz esses dados e comportamentos disfuncionais, com isso, é possível afirmar que a terapia cognitiva-comportamental é uma ferramenta que desenvolve a confiança e a cooperação, tendo o paciente papel ativo em seu processo de mudança (OLIVEIRA, 2019).

2.8 Dados sobre tratamento da depressão pós parto

A qualidade de vida (QV) é um parâmetro que foi definido e recentemente considerado como indicador de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV como “o conceito de um indivíduo de seu próprio status na vida em relação à cultura e ao sistema de valores em que vive, e em relação aos seus objetivos, padrões e necessidades”

A gravidez, o parto e puerpério, o nascimento de um filho, juntamente com o novo papel de mãe e as responsabilidades que isso acarreta, são períodos significativos na vida da mulher que acarreta grandes alterações na sua QV devido às repercussões físicas, psíquicas e sociais.

Foi realizado um estudo transversal com mulheres do Brasil que deram à luz na nos últimos 10 anos. As autoras elaboraram um questionário online para coleta de dados, incluindo 5 perguntas-chaves sobre resultados obstétricos, características clínicas e sociodemográficas e dados do recém-nascido. Foram colhidos os dados de mulheres que tiveram depressão pós parto em todo o Brasil, onde foi observado a quantidade de partos, o acompanhamento psicológico e se foi feito o uso de medicação.

Ao todo, foram entrevistadas 50 mulheres para verificar qual o maior índice de depressão pós parto, as variáveis independentes foram: idade da mãe, escolaridade, nacionalidade, paridade (primípara ou múltípara) e se a QV das mulheres foi afetada por diferentes processos.

Das 50 mulheres: 37,1% estudaram na universidade, as gestações de 70,7% terminaram normalmente, 78,5% tiveram parto de apenas um bebê. O escore geral de QV das mulheres afetadas pela maternidade diminuiu com o tempo. Algumas dimensões em <1 ano pós-parto, por exemplo, o “papel emocional”, mas muitas delas relatam as dificuldades da primeira gestação, sendo 89,6% a taxa de depressão pós parto,

A presença desta patologia pode ter um efeito importante na qualidade de vida das mulheres no puerpério, mas em nosso estudo não pudemos associá-la porque esta informação não estava disponível. A associação de fatores não relacionados ao processo de gravidez e parto, como nível econômico, etc., com a qualidade de vida foi determinada de forma independente com uma questão específica. Essa variável foi utilizada para ajustar o escore no modelo multivariado. Fica evidente que a influência da qualidade de vida que uma mulher possui, sem levar em consideração os fatores do processo de gestação e parto, pode determinar significativamente a qualidade de vida da mulher no puerpério

Como conclusão, as puérperas obtêm escores de QV que diminuem com o tempo pós-parto. Certos fatores estão relacionados com a gravidez, parto e puerpério, como tipo de parto, recém-nascido pré-termo, problemas de saúde durante a gravidez, etc., que impactam negativamente na QV da mulher. As políticas de saúde e os programas de saúde perinatal devem levar em conta esses fatores para estabelecer medidas que previnam e melhorem a QV da puérpera.

4. Considerações Finais

Notamos como a depressão pós parto tem afetado a muitas mulheres por inúmeros motivos e com isso se dá a importância de um apoio a essa gestante, para que seu pré natal seja feito de forma a garantir a sua saúde física e mental e a saúde do seu filho, pois vimos que a depressão pós parto pode ser causadas por vários fatores, físicos e/ou psicológicos, sabendo assim que com o auxílio dessa mãe em relação a sua angústias, sofrimentos e expectativas e com apoio terapêutico ela terá uma chance bem menor de desenvolver uma depressão pós parto e nos casos onde ela se desenvolve o tratamento precoce se torna muito eficiente, conseguindo que essa mãe retorne ao vínculo com o seu bebê de forma saudável. Fatores biológicos e fatores sociais criam anéis entrelaçados que tornam as mulheres propensas à depressão pós-parto, afetando umas às outras. De acordo com os achados deste estudo, muitos fatores biológicos e ambientais, como fatores relacionados ao estilo de vida, estão envolvidos na incidência ou prevenção da depressão pós-parto por meio de impacto direto e indireto sobre o nível de serotonina no cérebro e sua função. Além disso, muitos fatores ambientais, como fatores socioeconômicos, causam condições de crise e depressão pós-parto, influenciando a saúde mental durante a gravidez.

Referências

- American Psychiatric Association et al. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2014.p.155-189.
- Arrais, A. R. (2005) As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Arrais, A. R.; & Azevedo, K. R. (2006) O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 269-276.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília. 2000.
- Barbosa, Alice, de, Souza, et al. Depressão na adolescência com intervenção da terapia cognitivo comportamental. *Revista SABERES da UNIJIPA*. 2018. <https://unijipa.edu.br/wp-content/uploads/Revista%20Saberes/ed8/4.pdf>.
- Barros, M. B. de A. et al. (2020) Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29, e2020427 <https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n4/e2020427>.
- Bortoletti, F. F. Psicoprofilaxia no ciclo gravídico puerperal. In: Bortoletti, F. F. et al. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. Barueri: Manole, 2007. 37-46.
- Cabral, D. S. R.; Martins, M. H. F.; & Arraes, A. R. (2012) Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. *Encontro: Revista de Psicologia*, 15(22), 53-76.
- Maldonado, M. T. P. (1986) *Psicologia da gravidez*. Vozes.
- Maushart, S. (2006) *A máscara da maternidade: por que fingimos que ser mãe não muda nada?* Melhoramentos.
- Santos, M. F. S. (2001) Depressão após o parto. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2001.
- Shinohara, H. (2012) Terapia cognitiva da depressão. In: Falcone, M. de O.; Oliveira, M. da S. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. Casa do Psicólogo*, p.43-72.
- Zinga, D. et al. DPP: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 556-564, 2005.