

CONSEQUÊNCIAS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

CONSEQUENCES OF POSTPARTUM DEPRESSION IN CHILD DEVELOPMENT

Alinne Beatriz Silva Morais *

Daniela Soares Rodrigues **

RESUMO

A depressão pós-parto é considerada um transtorno psicológico que aparece após o nascimento do bebê e pode se estender até sexto mês após o parto. Não existe uma única causa definida para a depressão pós-parto, mas pode estar associada a fatores físicos, emocionais e principalmente hormonais. O objetivo central desse trabalho é abordar sobre a depressão pós-parto, bem como suas consequências no desenvolvimento infantil. Propõe-se apresentar dados e informações sobre a sintomatologia da depressão pós-parto, os possíveis tratamentos, e suas consequências em todas as fases do desenvolvimento infantil de acordo com Freud e Jean Piaget. O mais importante nessa perspectiva é analisar possíveis tratamentos e observar formas de evitar consequências futuras na interação mãe-bebê. Sob essa ótica, é importante ressaltar a importância dos profissionais da saúde, para que possa acompanhar os familiares e os prepararem para darem os suportes necessários para que diminua o sofrimento materno e haja um desenvolvimento infantil saudável. Este trabalho foi realizado através do método de pesquisas bibliográficas, como por exemplos artigos, revistas acadêmicas e teses referentes a esse tema. Dentre essas pesquisas ressaltamos alguns importantes autores, como exemplo Ferreira (2014), Sgobbi e Santos (2008).

Palavras-chave: Depressão Pós-parto. Desenvolvimento Infantil. Consequências.

ABSTRACT

Postpartum depression is considered a psychological disorder that appears after the baby is born and can last up to the sixth month after delivery. There is no single defined cause for postpartum depression, but it can be associated with physical, emotional and especially hormonal factors. The main objective of this essay is to address postpartum depression, as well as its consequences on child development. It proposes to present data and information about the symptoms of postpartum depression, the possible treatments, and its consequences in all stages of child development

* Graduando em Psicologia pela Faculdade de Iporá, GO.

** Orientador, Graduado em Psicologia pela Universidade Salgado de Oliveira- UNIVER, e Pós Graduado em Docência Universitária pela Faculdade de Iporá.

according to Freud and Jean Piaget. The most important thing in this perspective is to analyze possible treatments and observe ways of avoiding future consequences in the mother-infant interaction. From this perspective, it is important to emphasize the importance of health professionals, so that they can accompany family members and prepare them to provide the necessary support so that maternal suffering is reduced and so there is a healthy child development. This work was carried out through the method of bibliographic research, such as articles, academic journals and theses referring to this topic. Among these studies, we highlight important authors, such as Ferreira (2014), Sgobbi and Santos (2008).

Keywords: Postpartum Depression. Child development. Consequences.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 15% a 20% das mulheres apresenta algum sintoma da depressão pós-parto. Geralmente se inicia na quarta a oitava semana após o parto e pode prolongar por mais de ano. Entre os sintomas da depressão pós-parto inclui irritabilidade, choro frequente, falta de motivação, alterações no sono e na alimentação, solidão e sentimentos de descrença. (SCHMIDT, PICCOLOTO, MULLER, 2005).

Existe alguns fatores relacionados a origem da depressão pós-parto como fatores relacionados ao bebê, intercorrências neonatais, prematuridade do bebê, algum tipo de malformação no bebê, problemas na vida pessoal, fatores físicos da mãe e razões psicopatológicos (SCHMIDT, PICCOLOTO, MULLER, 2005).

De acordo com estudos, a depressão pós-parto está associada a resultados negativos no desenvolvimento cognitivo e socioemocionais em crianças. As principais consequências na relação mãe-bebê estão relacionadas a redução na afetividade e cuidados com o bebê, resultando em prejuízo cognitivo e social nos primeiros 12 meses de vida do bebê (SCHMIDT, PICCOLOTO, MULLER, 2005).

Neste trabalho, busca-se entender os principais danos da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil e na relação mãe-bebê nos primeiros anos de vida. No decorrer deste, será citado a definição de depressão pós-parto e será feito a diferenciação de melancolia pós-parto e psicose puerperal. Será citado também as possíveis causas da depressão pós-parto e as possíveis patologias causadas como consequência.

A influência da depressão materna nos primeiros 12 meses de vida do bebê tem sido bastante estudada. Por ser uma patologia, a depressão pós-parto merece uma atenção especial, pois observando e reconhecendo precocemente os sintomas, pode-se prevenir o sofrimento materno e conseqüentemente o desequilíbrio cognitivo e social do bebê.

O presente trabalho foi desenvolvido baseando em pesquisa bibliográfica, feita através de livros, artigos científicos, revistas acadêmicas, dissertações e teses referente ao tema.

Neste trabalho foi feito um estudo sobre a depressão pós-parto e suas complicações no desenvolvimento da criança. No primeiro capítulo 2.1 destaca-se as fases do desenvolvimento infantil de acordo com a teoria de Freud e Jean Piaget. Já o segundo 2.2 capítulo fala-se sobre a depressão pós-parto, diagnóstico e tratamento. Por fim, o terceiro e último capítulo 2.3 vem trazendo as conseqüências da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil dentro de cada etapa de seu desenvolvimento.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Ao contrário do que muitos pensam a criança não é um adulto pequeno. A criança tem características adequadas e esperadas de sua própria idade. Por esse motivo é importante conhecer e estudar o desenvolvimento infantil. Existem autores que pesquisam sobre o desenvolvimento e mostram o que ocorre dentro de cada etapa. s

Jean Piaget divide os períodos do desenvolvimento humano de acordo com o aparecimento de novas particularidades do pensamento, o que, por sua vez, afeta no desenvolvimento global (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001).

1 - Período sensório-motor (o recém-nascido e o lactente – 1 a 2 anos), este período ocorre através da percepção e do movimento a criança consegue conquistar todo o universo que está a sua volta. Pode-se observar que no recém-nascido alguns movimentos começam a melhorar, como por exemplo, a sucção, quanto mais o tempo passa, mas fácil fica. Com cinco meses já observamos crianças que coordenam as mãos e os olhos, algumas até já conseguem pegar objetos. No final do período sensório-motor fica mais fácil observar o desenvolvimento físico.

Bock; Furtado; Teixeira (2001), o desenvolvimento ósseo, muscular e neurológico permite a emergência de novos comportamentos, como sentar-se, andar,

o que possibilitará um domínio do ambiente. Por volta de um ano, a criança consegue pedir ou procurar por um brinquedo que não está em seu campo visual, ou seja, ela já sabe que o mundo não é continuação de seu próprio corpo e consegue situar-se como um objeto entre outros no mundo. Já aos dois anos, a criança passa de uma atitude apática, em relação às pessoas que estão ao seu redor, para uma atitude dinâmica e participativa (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001).

2-Período pré-operatório (a 1ª infância - 2 a 7 anos) – A parte mais importante desse período é o aparecimento da linguagem, onde se percebe através da comunicação e interação com as pessoas que estão ao seu redor. A partir disso o desenvolvimento do pensamento se intensifica, aparecem novos “porquês”. Apesar do aparecimento da linguagem, é importante lembrar que grande parte das palavras do repertório da criança é usada de forma imitativa, ou seja, ela ainda não domina o significado das palavras. Em relação ao aspecto afetivo, aparecem os sentimentos interindividuais, a criança começa a nutrir um respeito a pessoas que julgam ser superior a elas, por exemplo, em relação a mãe, o pai e os professores. Por fim, é importante ressaltar que a maturação neurofisiológica se torna completa, facilitando a coordenação motora fina e o desenvolvimento de novas capacidades. (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001).

3 - Período das operações concretas (a infância propriamente dita – 7 a 11 ou 12 anos) – Esta etapa é marcada pelo início da construção lógica, a criança já consegue colaborar com os outros, de trabalhar em grupo e, ter autonomia pessoal. Outro ponto importante desse período é a nova habilidade mental da criança: as operações. As operações sempre se evidenciam a objetos concretos presentes ou que já teve alguma experiência. Um aspecto importante é a capacidade de reflexão, a criança começa a pensar antes de tomar qualquer atitude. Aos nove anos, a criança já tem noção em relação à conservação de peso e conservação de volume. No aspecto afetivo, a criança conquista novos sentimentos morais, respeito recíproco, equidade, companheirismo e honestidade. A criança passa a selecionar seus amigos independentes do sexo, mas, no final desse período elas optam por amigos do mesmo sexo (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001).

4 - Período das operações formais (a adolescência – 11 ou 12 anos em diante) – Nesse período acontece o acesso do pensamento concreto para o pensamento evidente ou abstrato. O adolescente já lida com independência e justiça. Inicialmente podemos perceber que socialmente o adolescente passa por uma fase de

interiorização, considerado um pouco “antissocial” por se afastar da família, e não ouvir conselhos de seus responsáveis ou adultos em geral. No ponto de vista afetivo, o adolescente vive um conflito, onde quer se livrar dos adultos, mas ainda é dependente deles. É importante ressaltar o grupo de amigos, pois tem um papel referencial na vida do jovem. Por fim, o adolescente tem diversos atrativos sendo eles variavam, mas se tornam estáveis quando se aproximam da fase adulta (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001).

Observando o desenvolvimento infantil através da teoria psicanalítica de Freud, as crianças transitam por cinco fases no seu desenvolvimento (FERREIRA, 2014).

1 - Fase oral (0-1 ano) - Começa a partir do primeiro dia de vida e centraliza na região oral. Um exemplo é a amamentação, onde a criança encontra prazer na sucção e sente prazer com a nutrição equivalente do ato. De acordo com a teoria freudiana, se a amamentação fosse cessada precocemente, a criança provavelmente teria ações ou atitudes suspeitas e não confiáveis. No entanto, a criança frequentemente amamentada terá uma personalidade confiante. Essa fase tem duração de 12 meses à 18 meses, terminando com o desmame (FERREIRA, 2014).

2 - Fase anal (1-3 anos) – A criança já começa a receber orientações sobre a higiene íntima a partir disso a criança passa a ter uma obsessão pela região anal e a prática de brincar com as próprias fezes. Segundo o psicanalista, a criança se orgulha de suas “criações”, o que resultaria à personalidade “anal expulsiva”. Propositalmente a criança poderia cessar seu sistema digestivo como uma maneira de confrontar os pais, onde levaria a criança ter uma personalidade “anal retentiva”. Essa fase tem uma duração de dois anos (FERREIRA, 2014).

3 - Fase fálica (3-5anos) – (FERREIRA, 2014 pág. 5):

De acordo com o psicanalista, a fase fálica é a mais crucial para o desenvolvimento sexual na vida de uma criança. Ela se concentra nos órgãos genitais - ou a falta deles, se a criança for do sexo feminino - e os complexos de Édipo ou Electra surgiriam. Para um homem, a energia sexual é canalizada no amor por sua mãe, levando a sentimentos de inveja (às vezes violentos) contra o pai. Geralmente, no entanto, o menino aprenderá a se identificar com o pai, em termos de órgãos genitais correspondentes, reprimindo assim o complexo de Édipo. Por outro lado, o complexo de Electra, embora Freud não tenha sido tão claro assim, principalmente diz respeito ao mesmo fenômeno, porém invertido, para as meninas. Esta fase dura de três a quatro anos.

4 - Período de latência (5 anos – puberdade) – Essa fase não é um período psicosssexual, mas um período de desejos inconscientes reprimidos. Nesse momento

a criança já superou a fase fálica, e mesmo que haja desejos sexuais, eles são demonstrados de forma assexuada, como amizades, estudos, atividades físicas, indo até o início da puberdade (FERREIRA, 2014).

5 - Fase genital (puberdade e vida adulta) - Nesse período a criança mais velha retorna sua energia sexual aos seus órgãos genitais, e em direção a relações amorosas. Começa a acontecer uma estabilidade em relação aos conflitos internos das etapas anteriores, levando a pessoa a uma estrutura do ego que lhe permite encarar os desafios da vida adulta. Nessa fase, meninos e meninas já reconhecem e estão conscientes de suas identidades sexuais diferentes e começa a buscar maneiras de satisfazer suas necessidades eróticas (FERREIRA, 2014).

É de suma importância que haja um desenvolvimento saudável, tanto cognitivo, afetivo e social, pois isso definirá parte do adulto que ela se tornará. Por isso a importância de investir bem no desenvolvimento infantil.

2.2. DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A depressão pós-parto é um transtorno psicológico que pode manifestar-se após o nascimento do bebê ou até certa de seis meses após o parto. Pode ser descrito como uma tristeza frequente, perda de interesse no bebê, stress, sentimento de culpa, baixa autoestima (SEDICIAS, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde (2020, pág.1), “a depressão pós-parto traz inúmeras consequências ao vínculo da mãe com o bebê, sobretudo no que se refere ao aspecto afetivo”. Não existe ainda uma única razão para a depressão pós-parto, ela pode estar associada a vários fatores como fatores físicos, emocionais, qualidade e estilo de vida e também pode ter uma associação com outros transtornos mentais. É importante salientar que a principal justificativa da depressão pós-parto é o desequilíbrio hormonal decorrente da gravidez (BRASIL, 2020).

Podem-se listar outros fatores que causam ou ajudam a desencadear a depressão pós-parto como privação de sono, isolamento, alimentação inadequada, sedentarismo, falta de apoio do parceiro, falta de apoio da família, depressão, ansiedade, estresse ou outros transtornos mentais, vício em crack, álcool ou outras drogas (BRASIL, 2020).

2.2. Sintomatologia da Depressão

Segundo Fonseca, Canavarro (2017, pág. 1) a depressão pós-parto não apresenta uma fenomenologia específica, considera-se clinicamente semelhante, em termos de sintomas, a depressão ocorrida noutros períodos da vida.

Ainda de acordo com Fonseca e Canavarro (2017, pág. 5) as mulheres com depressão pós-parto pedem apresentar:

- Maior labilidade emocional (flutuações de humor);
- Preocupações exageradas com o bem-estar do bebê e com a sua própria competência parental;
- Medo de estar sozinha com o bebê, de sair com ele ou de machucá-lo;
- Sintomas de ansiedade associados a sintomatologia depressiva;
- Pensamentos obsessivos (e.g., pensamentos sobre fazer mal ao bebê), reportados em cerca de 20-49% das mães;
- Elevado número de queixas físicas (e.g., fadiga, dores de cabeça, falta de apetite) por comparação a sintomas cognitivos-comportamentais;
- Maiores dificuldades de concentração e tomada de decisão;
- Menor probabilidade de ideação suicida (e se esta ocorrer, o suicídio é relativamente invulgar);
- Dificuldade em estabelecer ligação com o bebê;
- Diminuição do desejo sexual pelo companheiro.

Os pensamentos automáticos negativos são uma parte importante a se observar na sintomatologia da depressão pós-parto. Deve-se diferenciar se os pensamentos podem ser adaptativos e se enquadrar dentro da normalidade após a gravidez ou serem pensamentos negativos de estranheza e sentimentos de culpabilidade, influenciando assim o funcionamento da mulher (FONSECA, CANAVARRO, 2017).

Embora ocorram pensamentos negativos logo após o parto, as mulheres com sintomatologia depressiva apresentam pensamentos negativos mais acentuados, podendo estar relacionado com a inabilidade de cuidar do bebê e com o receio de ficar sozinha com o bebê (FONSECA, CANAVARRO, 2017).

Por não ser uma condição clínica homogênea, a depressão pós-parto tem uma variação no período de início, gravidade e evolução dos sintomas. Portanto, no início dos sintomas que ocorre na maioria das mulheres nos três primeiros meses pós-parto, tendo um segundo pico de sintomatologia depressiva entre o sexto e oitavo mês pós-parto. Em algumas mulheres os sintomas depressivos já estão presentes na gravidez.

Segundo Fonseca e Canavarro (2017, pág.6):

Adicionalmente, tem-se demonstrado que as mulheres que desenvolvem sintomas depressivos nos primeiros meses pós-parto têm um risco

aumentado de apresentar sintomas persistentes durante o primeiro ano pós-parto.

Mesmo percebendo melhorias durante o primeiro ano após o parto, algumas mulheres ainda continuam com sintomas depressivos, caso não exista tratamento. Sobre a probabilidade de recorrência, mulheres que já tiveram antecedentes de perturbação de humor, pode vir a desenvolver episódios depressivos subsequentes em outros períodos de sua vida, não somente após um futuro parto (FONSECA, CANAVARRO, 2017).

2.2.2. Diagnóstico

Para estabelecer um diagnóstico de depressão pós-parto, é necessário fazer a diferenciação desta condição clínica, a de melancolia pós-parto e da psicose pós-parto. A melancolia pós-parto é um estado de humor depressivo mais leve, que pode ocorrer alguns dias após o parto podendo regredir espontaneamente. Na literatura, a melancolia pós-parto é descrita como uma alteração psicológica e fisiológica, com o surgimento frequente no período puerperal em decorrência da mãe se encontrar num período onde há um misto de sentimentos, havendo instabilidade emocional e hormonal (AMORIM, 2010, apud RODRIGUES et al, 2017).

Na melancolia pós-parto não há alteração no funcionamento da mulher, nem se quer necessita de tratamento profissional. É necessário aliviar a mãe e pacificá-la do sentimento de culpa ou frustrações que podem surgir do fato de não se sentir radiante enquanto mãe (RIECHER-ROSSLER & HOFHECKER, 2003, apud FONSECA, CANAVARRO, 2017). No que se refere à sintomatologia da melancolia pós-parto desaparece alguns dias após a sua aparição, quanto mais severo vier os sintomas, maior será a chance de essa mãe desenvolver depressão pós-parto (EPPERSON & BALLEW, 2006, O'HARA, 2009, apud FONSECA, CANAVARRO)

Sobre a diferenciação de depressão pós-parto da psicose pós-parto ou psicose puerperal, pode-se considerar a psicose pós-parto uma condição rara e aguda que aparece nas primeiras duas semanas após o parto.

As psicoses puerperais caracterizam-se por um episódio psicótico e são frequentemente acompanhadas pelos seguintes sintomas: desorganização de pensamento, comportamentos bizarros, falta de insight, delírios de referência, perseguição, de ciúme ou grandiosidade, perturbação sensorial e autonegligência; o risco de suicídio nas mulheres com psicose puerperal é muito elevado e, atendendo ao quadro psicótico em curso, considera-se que os filhos das mulheres afetadas por esta condição clínica se encontra em particular risco, quer por negligência/incapacidade de prestação de cuidados,

quer pela influência das alucinações/delírios (EPPERSON & BALLEW, 2006; O'HARA, apud FONSECA, CANAVARRO, 2017 p.8)

Na psicose puerperal não é recomendado o aleitamento, é necessário acionar a rede social da gestante, para que alguém responsável se incumba de cuidar do bebê (IACONELLI, 2005).

Portanto, o que se distingue no diagnóstico de depressão pós-parto da melancolia pós-parto é a seriedade e o que ela tem de incapacitante, onde pode afetar a funcionalidade da mãe, colocando em risco seu bem-estar e o do bebê. Vale salientar que, a depressão pós-parto é um fator de risco para a saúde mental do bebê, por isso requer uma atenção qualificada (IACONELLI,2005).

2.2.3 Tratamento

A depressão pós-parto é um problema de saúde pública onde há consequências graves para todo o sistema familiar, principalmente para a mãe e o bebê. Sobre as consequências para a mãe, a depressão pós-parto está correlacionada a: um grande nível de ansiedade e associado a vários outros problemas psiquiátricos, baixa estima materna, falta de confiança na sua função parental e mais problemas de saúde física (FONSECA, CANAVARRO, 2017).

Em relação ao tratamento da depressão pós-parto, devem-se envolver no mínimo três tipos de cuidados primários: ginecológico, psiquiátrico e psicológico. O foco do tratamento não está em apenas dar uma qualidade de vida melhor para a mãe, mas, prevenindo distúrbios no desenvolvimento do bebê, melhorando assim o relacionamento familiar. Em termos psiquiátricos, o tratamento com antidepressivos é indicado para casos onde a depressão pós-parto está afetando a funcionalidade e o bem-estar da mãe (GUEDES-SILVA et al, 2003)

Considera-se a psicoterapia parte fundamental para um tratamento de qualidade. Dentre as abordagens psicoterapêuticas a que mais tem relevância para casos de depressão pós-parto é a Terapia Cognitivo-Comportamental e Psicoterapia interpessoal. Há evidências de que a Terapia Cognitivo-Comportamental atende tópicos intrínsecos da fase perinatal associadas à maternidade, nos impactos da gravidez e do nascimento de um filho na idade da mulher (FONSECA, CANAVARRO, 2017).

Entre as estratégias mais comuns utilizadas na Terapia Cognitivo-comportamental para a depressão pós-parto, inclui-se: (MILGROM et al., 1999; WENZEL & KLEIMAN, 2015. apud FONSECA, CANAVARRO, 2017. p. 22):

- “Psicoeducação: Informação sobre fatores envolvidos na origem e manutenção da sintomatologia depressiva e sobre os princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental;
- Restruturação cognitiva: identificação, avaliação e modificações de cognições negativas disfuncionais, quer gerais, quer relacionadas com temáticas específicas da maternidade, através do uso de técnicas como a análise lógica das evidências, etc.;
- Estratégias de ativação comportamental adaptadas: identificação de duas ou três atividades percebidas como sendo atividades de mestria e prazer e implementação de um agendamento flexível para cada uma dessas atividades (isto é, em vez de ter um horário específico definir um período temporal, e.g., “sábado durante o dia”), bem como de um plano alternativo, caso seja impossível realizar a atividade no período definido (e.g., ter mais do que uma atividade possível);
- Treino de resolução de problemas;
- Treino de competências de comunicação: treino de competências de comunicação assertiva, que ajudem a mulher a pedir ajuda quando necessário, mas também a lidar com opiniões não solicitadas por parte da sua rede social”.

Sobre a psicoterapia interpessoal, é um tipo de psicoterapia breve, que tem como função o aprimoramento do funcionamento interpessoal do indivíduo. Segundo Fonseca e Canavarro (2017), os principais objetivos são: remissão dos sintomas depressivos; diminuição do sofrimento interpessoal e construção e ativação da rede de suporte social. Na depressão pós-parto as relações interpessoais e os problemas relacionados às mudanças de papéis assumem um grande destaque no tratamento.

2.2.4 Prevenção

Considera-se como forma de prevenção para a depressão pós-parto à psicoterapia durante a gravidez e no início do pós-parto e intervenções psicossociais como, por exemplo, aulas preparatórias para o parto e psicoterapia. (FONSECA, CANAVARRO, 2017). Ter uma alimentação equilibrada e fazer exercícios físicos pode ter diversos impactos positivos na vida. Através dos exercícios físicos, ocorre a liberação de endorfina e dopamina, que contribuem na sensação de bem estar e no controle das emoções, humor e memória (CORRÊA, 2016).

2.2.5 Paternidade no contexto da Depressão pós-parto

A psicologia tem dado uma maior atenção sobre o papel do pai na vida do bebê e da criança. Os estudos se aprofundam especialmente no papel dos pais em relação

aos cuidados da criança, o modo como se relacionam com seus filhos e quais são as consequências desse relacionamento e de sua presença ou ausência na família para o desenvolvimento do bebê ou da criança (SILVA, et al. 2007).

Essa preocupação se dá ao fato do pai em muitos dos casos ter que assumir os cuidados com a mãe e da criança no contexto da depressão pós-parto. Portanto, a função dos pais nas primeiras semanas de vida do bebê, onde eles são totalmente dependentes destes, seria no caso apoiar a relação entre o bebê e os cuidados que seriam da mãe, evitando que as influências externas venham prejudicar esse vínculo (SILVA, et al. 2007).

Uma das funções essenciais do pai durante a depressão pós-parto é oferecer um apoio emocional, oferecendo afeto, simpatia, aceitação e estima. De acordo com estudos, nota-se que o apoio emocional ofertado pelo marido protegeria as mulheres com histórico de depressão a terem recaída no período pós-parto (SILVA, 2007).

A participação do pai é fundamental para ser um moderador dos efeitos da depressão da mãe sobre o desenvolvimento infantil. Se o pai não estiver deprimido, e que entrasse no papel de cuidador, proporcionaria para o bebê os cuidados e estimulações adequadas as suas necessidades, resultando na diminuição dos efeitos negativos da convivência com uma mãe pouco responsiva. Uma boa relação entre pai e bebê pode diminuir o risco de desenvolvimento de problemas de internalização como por exemplo, depressão e ansiedade, em filhos de mãe com depressão pós-parto. Portanto, a participação do pai é fundamental para a saúde da mãe e para o desenvolvimento de seus filhos (SILVA, 2007).

2.3. CONSEQUÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Há indícios de que a depressão pós-parto possa repercutir negativamente na formação das interações com a criança, na formação de uma relação de vínculo seguro entre a mãe e o bebê, trazendo assim um grande impacto no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança (SGOBBI, SANTOS, 2008).

Segundo Sgobbi e Santos (2008, pág.96) “salienta-se a importância de se considerar que os efeitos da depressão materna para a interação mãe-bebê estão associados ao tempo de permanência dos sintomas e à cronicidade do quadro depressivo”.

De acordo com estudos, existem dois tipos diferentes que uma mãe com depressão pós-parto pode desenvolver em interação com seu filho. O primeiro estilo é definido pela apatia, falta de envolvimento e poucas estimulações. O segundo estilo é caracterizado por comportamentos intrusivos e de superestimação. No geral, mães com depressão pós-parto tendem a ser menos responsiva com seus bebês, a forma como elas lidam com os filhos parece ser insensível, podendo lhes faltar às competências de resolução de problemas, fazendo com que essa mãe tenha falha no seu papel como cuidadora. Mães deprimidas ficam mais reclusas, podendo ocorrer falta de atenção e cuidado com as necessidades físicas e psicológicas do bebê (SGOBBI, SANTOS, 2008).

Podem acontecer prejuízos na vida do bebê caso ele reconheça a depressão materna. A depressão pós-parto favorece ocorrências de situações de negligência e abuso infantil, situações essas que vivenciadas fortemente no primeiro ano de vida da criança. Segundo Sgobbi e Santos (2008, pág. 96):

Estudos revelam que mães deprimidas tendem a influenciar o desenvolvimento de psicopatologias em seus filhos, ou seja, a depressão materna pode afetar a vida das crianças, influenciando na natureza, frequência e recorrência de desordens infantis e gerando consequências adversas através da infância até a idade adulta.

A depressão pós-parto afeta o bebê de diferentes maneira e este tende a ser mais vulnerável, pois depende muito dos cuidados e da responsabilidade emocional da mãe. No puerpério se inicia a relação mãe-bebê, e esse período tem um significado psicológico essencial tanto para a mãe quanto para o bebê. A falta de responsividade por parte da mãe nos primeiros meses de vida pode causar drásticas mudanças no desenvolvimento da criança (SGOBBI, SANTOS, 2008).

Os bebês de mães com depressão pós-parto mostram problemas para se envolver e manter um convívio social, apresentando déficits nos seus estados afetivos. Os bebês tendem a olhar menos para suas mães e expressam menos apego positivo e mais apego negativo. (SGOBBI, SANTOS, 2008). Ainda segundo Sgobbi e Santos (2008, pág. 97) “Diante das mães menos responsivas, expressivas, envolvidas e falantes, os bebês tendem a se afastar fisicamente e apresentam mais comportamentos negativos para chamar atenção”.

Por volta dos 12 meses, muitos bebês apresentam baixos níveis de desempenhos em testes de desenvolvimentos e grandes níveis de apego instável com a mãe. Os bebês são referidos como menos felizes e mais ansiosos, são menos

responsivos nas suas relações interpessoais e seu nível de atenção é considerado baixo, quando comparado a outras crianças. São crianças menos sorridentes, apresentam menos interação corporal e também apresentam certas dificuldades alimentares e alterações de sono (SGOBBI, SANTOS, 2008).

Na observação dos efeitos da depressão pós-parto na evolução das crianças podem-se perceber pequenos efeitos no desenvolvimento cognitivo da criança, principalmente em meninos (SGOBBI, SANTOS, 2008).

De acordo com Sgobbi e Santos (2008, pág. 97):

As crianças de mães deprimidas apresentam também maior risco para terem desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais, autoimagem negativa, distúrbio de apego, maior incidência de diagnóstico psiquiátrico, bem como maior risco para apresentarem alterações da atividade cerebral.

Através dos estudos e pesquisas feitos pela Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS, notou-se que algumas crianças que estavam na fase oral (3 a 18 meses), apresentavam complicações na alimentação e no sono, além de chorar desesperadamente com mais frequência. Essas crianças de mães com depressão pós-parto apresentaram pior performance na identificação de tarefas e mostraram um apego inseguro com suas mães (SCHMIDT, PICCOLOTO, MULLER, 2005). Ainda de acordo com Schmidt, Piccoloto e Muller (2005 p.64), “no que se refere ao tipo de apego, os bebês de mães com depressão pós-parto têm 11 vezes maior risco de ter apego evitante”.

A depressão influencia a mãe na sua capacidade de amamentar e manter o bebê saudável, podendo ser também um fator de risco para a desnutrição da criança. Quanto maior for o tempo de duração do quadro depressivo da mãe, maiores serão as consequências para o desenvolvimento psicossocial da criança. Por esse motivo é importante ter o reconhecimento da depressão pós-parto, não somente para o tratamento, mas principalmente para minimizar os efeitos negativos na interação da mãe com o bebê e no desenvolvimento emocional e social da criança. Portanto, o apoio social é umas das melhores formas para evitar os efeitos negativos da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil (SGOBBI, SANTOS, 2008).

Se houver uma identificação precoce dos fatores de risco envolvidos na depressão pós-parto, podendo ser realizada nas consultas durante a gestação, abre a possibilidade de tratamento precoce e auxílio para a mãe e a família. Por fim, é importante que os profissionais de saúde estejam capacitados e preparados para ter

a percepção dos sinais iniciais da doença, para que haja uma orientação acerca dos devidos cuidados.

3. METODOLOGIA

A seguinte pesquisa tem como punho o método bibliográfico e a natureza da pesquisa é qualitativa. Nesse trabalho foram utilizados livros, revistas, artigos, monografias e dissertações já publicados. Esse método bibliográfico é extremamente confiável, pois ele permite encontrar obras e autores especializados. A reflexão acerca das consequências da depressão pós-parto no desenvolvimento da criança é de extrema necessidade.

A depressão pós-parto é uma patologia e através desse tema busca-se entender a relação desse transtorno mental na vida das crianças e identificar possíveis limitações causadas. Ainda hoje, centenas de mulheres sofrem com esse problema mesmo sem saber, portanto, identificar sintomas pode ser o primeiro passo para a prevenção.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste trabalho foi realizar um estudo abrangente sobre a consequências da depressão pós-parto no desenvolvimento das crianças. Através deste estudo pode-se perceber que a depressão pós-parto atinge um grande número de mulheres no pós-parto e que pode ter variação na sua intensidade. Em virtude dos fatos mencionados, pode-se analisar que as consequências da depressão pós-parto atingem principalmente crianças que estão na fase oral, começando a partir da terceira semana de vida do bebê. Levando em consideração esses aspectos, as crianças com mães deprimidas apresentam maior dificuldade de se socializar e de expressar sentimentos positivos.

O principal passo para a realização deste trabalho foi identificar através de estudos a sintomatologia depressiva da mãe. Paralelamente foram identificadas as principais influências dessa patologia na vida das crianças. Por fim, busca-se apresentar sintomas presentes no desenvolvimento infantil decorrentes da depressão materna.

É importante investigar a respeito da vivências das mulheres da mulher durante a gravidez, e como ela está sentindo após o parto, observar se essa mulher tem uma

rede de apoio e fazer uma análise das mudanças psíquicas vivenciadas com o nascimento do bebê.

Dessa forma, o reconhecimento do estado depressivo da mãe é fundamental para que os profissionais de saúde e os familiares possam ajudar a mãe no processo de recuperação.

É imprescindível que todos se conscientizem de que na visão da Psicologia, é importante que os profissionais que trabalham na área da saúde ou da educação que estão presentes diretamente no trabalho com gestantes, fiquem atentos para que seja feito o reconhecimento, o diagnóstico e posteriormente encaminhamento das famílias para um atendimento psicológico, para que através deste trabalho possa auxiliar o desenvolvimento infantil saudável.

REFERÊNCIAS

AMORIM, S. P. T. **Tristeza pós-parto – importância do diagnóstico precoce**. Monografia (Licenciada em Enfermagem) – Universidade Fernando Pessoa, Ponte Lima, 2010. Disponível em: Acesso em 13 abr.2016.

BOCK, Ana; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria. **Psicologias uma introdução ao estudo de psicologia**. Local de publicação: Editora saraiva 1999.

BRASIL. **Depressão pós-parto**. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/d/depressao-pos-parto>. Acesso em: 23 de abr. de 2021.

CORRÊA, Juliana. **9 dicas para prevenir a depressão pós-parto**. Cordvida, 2016. Disponível em: <https://www.cordvida.com.br/blog/9-dicas-para-prevenir-a-depressao-pos-parto/> Acesso em 08 de maio de 2021.

EPPERSON, C., & BALLEW, J. (2006). **Postpartum Depression: A common complication of childbirth**. In V. Hendrick (Ed.), *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum: Principles and treatment*. New Jersey: Humana Press.

FERREIRA, Diego. **As fases do desenvolvimento psicosexual humano**. Petdocs, 2014. Disponível em: http://petdocs.ufc.br/index_artigo_id_398_desc_Psicologia%20M%C3%A9dica_página_subtopico_50_busca >. Acesso em: 10 de abr. de 2021.

FONSECA, Ana; CANAVARRO, Maria Cristina. **Depressão Pós-Parto; Fatores de risco; Prevalência; Consequências; Diagnóstico; Prevenção e Tratamento**. Local de publicação: Artmed Panamericana Editora, 2017.

GUEDES-SILVA, Damiana et al . **Depressão pós-parto: prevenção e consequências**. Rev. Mal-Estar Subj., Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 439-450, set. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000200010>. Acessos em 24 abr. 2021.

IACONELLI, Vera. **Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna**. REVISTA PEDIATRIA MODERNA. , v. 41, n. 4, jul./ago. 2005

O'HARA, M. W. (2009). Postpartum depression: What we know. Journal of Clinical Psychology, 65, 1258-1269. doi:10.1002/jclp.20644

RIECHER-ROSSLER, A., & Hofecker, M. (2003). Postpartum depression: Do we still need this diagnostic term? . Acta Psychiatrica Scandinava, 108, 51-56.

RODRIGUES, Carina et al. **Ser mãe no contemporâneo: representação social e melancolia pós-parto**. Revista esfera acadêmica humana. (ISSN 2526-1339), v. 2, n. 2. (Pág. 53-66), 2017.

SCHMIDT, Eluisa; PICCOLOTO, Neri; MULLER, Marisa. Psico – USF, v.10, n.1, p.61-68, jan/jun.2005.

SEDICIAS, Sheila. **Depressão pós-parto: o que é, sintomas e tratamento**. Tua saúde, 2020. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/sintomas-de-depressao-pos-parto/>. Acesso em: 23 de abr. de 2021.

SGOBBI, Daiane; SANTOS, Sinval. **Depressão pós-parto: consequências na interação mãe-bebê e no desenvolvimento infantil**. Cuidart enfermagem, Catanduva-SP, volume 2, número 1, pág. 92-99, janeiro/junho, 2008.

SILVA, Milena da Rosa. **Paternidade e depressão maternas no contexto de uma psicoterapia breve pais-bebê**. 2007. Tese (Doutorado)– Curso de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

WENZEL, A., & Kleiman, K. (2015). Cognitive Behavioral Therapy for Perinatal Distress. New York: Routledge