

Depressão pós-parto

Postpartum Depression

Sheilla Larissa Dias Neres *

Daniela Soares Rodrigues **

RESUMO

O presente artigo tem como finalidade apresentar a depressão pós-parto, no tocante a entender o que é esse transtorno e como pode ser desenvolvido, traz em seu bojo esclarecimentos e informações para que mulheres com esse transtorno possa procurar um profissional qualificado para ter auxílio para lidar com tal situação, sendo considerado esse público: gestante, mulheres em período puerperal e mulheres em luto perinatal. No referente trabalho é exposto também soluções para que esse fato não venha a ocorrer com tamanha frequência, estimulando assim cada vez mais o acesso a informação com a finalidade de evitar o transtorno, pois sabe-se que os efeitos englobam um sofrimento para todas as pessoas envolvidas sendo toda a família, tanto a mãe, o pai a criança e avôs, como também amigos próximos. Para o desenvolvimento desse trabalho foi utilizado pesquisas bibliográficas, através de artigos, sites de saúde e pesquisas pela web, os principais autores foram: Schwengber & Piccinini, Calesso e Milgrom. Contudo, ainda sim, existe uma necessidade de que o tema seja além de uma preocupação das pessoas vulneráveis e passe a ser visualizado também pelo poder público visto que é algo que afeta dentre tantos pontos específicos a questão da qualidade de vida e do bem-estar social e familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão Pós-parto. Saúde Da Família. Sintomas. Transtorno.

ABSTRACT

The purpose of this article is to present postpartum depression, in terms of understanding what this disorder is and how it can be developed, it brings clarification and information so that women with this disorder can seek a qualified professional for help in dealing with such a situation, considering these as target audience: pregnant women, women in the puerperal period and women in perinatal grief. In this work, solutions are also exposed so that this fact does not occur so often, thus stimulating more and more access to information in order to avoid the disorder, since it is known that the effects include suffering for all people involved, those being the whole family, both mother, father, child and grandparents, as well as close friends. For the development of this work, bibliographic research was used, through articles, health sites and web searches, the main authors were: Schwengber & Piccinini, Calesso and Milgrom. However, even so, there is a need for the issue to go beyond a concern of vulnerable people and also to be viewed by the public power since it is something that affects, among so many specific points, the issue of quality of life and social and familiar well-being

Keywords: Postpartum Depression. Disorder. Family Health. Symptoms.

* Graduando em Psicologia pela Faculdade de Iporá, GO. E-mail: sheillalarissa877@gmail.com

** Orientador, Graduado em Psicologia pela Universidade Salgado de Oliveira- UNIVERSO, e Pós Graduado em Docência Universitária pela Faculdade de Iporá. E-mail: soaresdaniela675@gmail.com

INTRODUÇÃO

Depressão pós-parto é uma transição para mãe (incluindo um período de entre o início da gravidez e o primeiro ano de vida da criança). Este período de gestação e pós-parto é marcado por grandes mudanças e reorganizações (por exemplo, mudanças biológicas, psicológicas e relacionamentos) para mulheres, e aprendendo novas habilidades, relacionadas ao desempenho em novas funções e tarefas. Neste caso, embora o nascimento do bebê é habitualmente associado a sentimentos de felicidade e contentamento, a maternidade também é um os estressores psicossociais e suas necessidades podem levar a ocorrência/recaída de transtornos de saúde mental.

Durante a gestação e no pós-parto é uma condição que inclui as várias mudanças físicas e emocionais que muitas mulheres experimentam após o parto. A depressão pós-parto pode ser tratada com medicação e psicoterapia. As mulheres podem estar fora de contato com a realidade e muitas vezes têm alucinações. A depressão pós-parto afeta mulheres de todas as idades, classes sociais e raças. Qualquer mulher que teve um bebê nos últimos meses, abortou ou parou de amamentar recentemente pode desenvolver depressão pós-parto.

A depressão pós-parto (DPP) é um importante problema de saúde pública que afeta o desenvolvimento de uma mãe e seu filho. Na maioria dos casos, as manifestações dessa condição ocorrem durante as primeiras 4 semanas após o parto e geralmente atingem a intensidade máxima durante os primeiros 6 meses. Os sintomas mais comuns são desânimo persistente, sentimento de culpa, distúrbios do sono, pensamentos suicidas, medo de prejudicar crianças, diminuição do apetite e da libido, níveis diminuídos de funcionamento mental e presença de pensamentos obsessivos ou superestimados.

Durante a gravidez ou no puerpério, o indivíduo percebe que tem algumas sensações que antes não sentia, passa a analisar se costuma ter esses sentimentos diariamente, busca por ajuda.

O intuito deste artigo é esclarecer sobre a depressão pós-parto, relatar depressão pós-parto, papel do psicólogo sobre a depressão pós-parto, sequelas deixadas pela depressão pós-parto

A depressão pós-parto é de suma importância e grande relevância, está presente praticamente muitos grupos familiares, sendo pouco pautado pela

sociedade, e vários casos sendo deixados de lado por falta de conhecimento pelo assunto. Na maioria dos casos dessa depressão a questão se dá no início da gestação e por falta de orientações, diálogos e conhecimentos que não são expostos.

Para o desenvolvimento desse trabalho foi utilizado pesquisas bibliográficas, através de artigos, sites de saúde e pesquisas pela web.

O trabalho foi estruturado da seguinte forma, depressão pós-parto é uma forma de depressão maior que pode se desenvolver durante a gravidez e persistir por um ano após o nascimento do bebê, depressão pós-parto e seu impacto no desenvolvimento infantil

A DPP pode impactar negativamente as interações mãe-bebê e o desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança. Klaus et al. (2000) observaram uma associação entre depressão pós-parto e problemas posteriores de desenvolvimento em crianças, incluindo distúrbios de conduta, saúde física prejudicada, insegurança no apego e episódios depressivos. O papel do psicólogo na depressão pós-parto os psicólogos contribuíram diferentes formas e complementaram a terapia fornecida.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A Depressão pós-parto é caracterizada pela ocorrência de episódios depressivos maiores no período pós-parto, isso geralmente corresponde aos primeiros 12 meses após o nascimento do bebê. (O'Hara, 2009; O'Hara & McCabe, 2013). Isso geralmente ocorre a partir das quatro primeiras semanas até 12 meses após o nascimento do bebê. Os principais sinais do problema incluem apatia, falta de contato com o recém-nascido, estimulação intensa e choro frequente. É importante ressaltar que esse comportamento pode ser considerado normal quando ocorre nos primeiros dias após o parto. São decorrentes de alterações hormonais, mudanças de estilo de vida e adaptações necessárias a novas situações.

Segundo Silva e Botti (2005, p. 237), A Depressão Pós-Parto (DPP) é também uma síndrome psiquiátrica importante e que acarreta uma série de consequências assim como a depressão em outras fases da vida da mulher.

A maioria destes resultados repercute na interação mãe e filho e praticamente de forma negativa, na maioria das vezes. Além disso, promovem um desgaste progressivo na relação com os familiares e vida afetiva do casal. De forma semelhante aos demais transtornos puerperais.

De acordo com o DSM-V (2013) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Edição (CID-10), a DPP é classificada de acordo com a presença e duração de determinados sintomas. As três ferramentas têm critérios diagnósticos semelhantes, mas diferem na classificação dos estados depressivos: O DSM-V mostra a associação dos sintomas com o momento do início perinatal ou pós-parto e seu início.

De acordo com o Manual Diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (ASSOCIATION, 2013. pág. 155).

Critérios diagnóstico

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)

2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).

3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)

4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.

5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras

outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).

6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).

8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).

9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.

Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou

incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.

D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.

E. Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco. Nota: Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica.

Portanto, a depressão pós-parto é definida como Transtorno depressivo maior após as quatro primeiras do nascimento do bebê, Descrito como especificador de "convulsão pós-parto" na versão do DSM-IV publicada em 1994 (APA, 1994), mas essa nomenclatura foi alterada para "convulsão perinatal" em sua versão mais recente (DSM-V, publicada em 2013) " Estados Unidos e 2014 no Brasil desde que foi designado como este início Mudanças de humor ainda ocorrem durante a gravidez porque 50% da depressão maior pós-parto começa antes do nascimento (APA, 2013).

Em alguns casos, a sintomatologia depressiva já está presente na gravidez. Uma grande proporção de mulheres que apresentam sintomatologia depressiva na gravidez também apresenta sintomatologia depressiva no período pós-parto (MILGROM et al., 1999).

Alarcon et al. (2005) notaram que nesse período puerperal da mulher ocorreram mudanças dramáticas, não só na saúde da mulher, mas também no seu bem-estar, alterando seus papéis psicológicos e sociais familiares. Assim, em tão curto espaço de tempo, pode não ter produzido maiores mudanças na função e na forma do corpo humano em nenhuma outra fase.

O tratamento da depressão deve abranger os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do ser humano. Portanto, a psicoterapia pode ser feita de diferentes formas, como psicoterapia de apoio, psicodinâmica breve, terapia interpessoal, psicoterapia cognitivo-comportamental em grupos, casais, famílias etc. Por outro lado, as mudanças no estilo de vida devem ser feitas de acordo com as necessidades de cada paciente e visando a melhoria de sua qualidade de vida. Em

alguns casos, é utilizada medicação antidepressiva, que melhora os sintomas em média de 60% a 70% no primeiro mês de tratamento, em comparação com cerca de 30% para placebo (SANTOS, 2009).

Princípios psicológicos considerados causas de risco para a depressão pós-parto são características da personalidade da gestante. Mulheres consideradas tímidas, nervosas, preocupadas, pessimistas (ROBERTSON ET AL., 2004), de baixa autoestima (BECK, 2001) e perfeccionistas (MILGROM ET AL., 2008) possuem maior probabilidade de desenvolver a depressão pós-parto do que aquelas que não apresentam tais características.

Além da manifestação da DPP, o estresse durante a gravidez também pode indicar complicações durante o parto (Diego et al., 2006). Como o estresse está associado a certos eventos como gravidez não planejada, ganho de peso e náuseas, o estresse potencializa o agravamento da ansiedade da gravidez, principalmente quando se trata de violência doméstica, abuso de substâncias e complicações pré-natais (SEGATO ET AL., 2009).

Koo, Lynch e Cooper (2003) investigaram a relação entre DPP e parto de emergência, e o risco relativo de desenvolver DPP foi de 1,81 em mulheres que deram à luz a uma emergência em comparação com mulheres que deram à luz sem alterações clínicas significativas. Por outro lado, Parker (2004) não encontrou evidências ligando a experiência do parto traumático com o risco de desenvolver DPP.

Godfroid (1997) e Chaudron e Pies (2003) descreveram as consequências da depressão pós-parto, dividindo-as em precoce e tardia. As consequências precoces incluem: suicídio e/ou infanticídio, falha na alimentação do bebê, bebê inquieto, vômito do bebê, morte súbita do bebê, lesão "acidental" do bebê, depressão conjugal e divórcio; os tardios seriam: criança maltratada, pior desenvolvimento cognitivo, atraso no aprendizado da linguagem, distúrbios comportamentais e futuras psicopatologias adultas. Dessa forma, as consequências da depressão pós-parto são variadas. Uma mulher que sofre da síndrome corre o risco de suicídio, como em qualquer outra situação depressiva; relacionamentos são interrompidos; o casal - se presente - também sofre, o que pode levar a uma ruptura e, finalmente, a alterações na comunicação precoce mãe-filho, prejudicando o prognóstico cognitivo-comportamental da criança (STOWE E NEMEROFF, 1995; CHAUDRON E PIES, 2003).

A DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SUAS IMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A depressão pós-parto pode afetar negativamente a interação mãe-bebê e o desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança. Klaus et al. (2000) identificaram uma ligação entre a depressão no nascimento e problemas posteriores de desenvolvimento em crianças, incluindo distúrbios comportamentais, saúde física prejudicada, um relacionamento instável e depressão. Os sintomas de depressão materna podem interferir no desenvolvimento de todas as relações interpessoais, principalmente nas interações mãe-filho.

A depressão materna pós-parto é um dos fatores mais comuns que afetam a interação mãe-bebê. Uma forma mais branda de depressão pós-parto afeta o bebê, pois ele sente o menor déficit na contingência do comportamento da mãe (SCHHMIDT et al., 2005).

Schwengber e Piccinini (2003) argumentam que a depressão materna após o parto tem consequências importantes para o desenvolvimento infantil, principalmente em relação aos problemas emocionais e comportamentais da criança.

Existem vários estudos que analisam o efeito da DPP na comunicação mãe-filho, Spitz (ao lado de SCHWENGBER e PICCININI, 2003) afirma que a "perda" de uma mãe deprimida não é uma perda física, por exemplo, quando a mãe morre ou desaparece, trata-se de uma perda emocional, visto que, ao mudar sua atitude emocional, a mãe altera os sinais que a identificavam como um "objeto bom" para a criança. Embora a mãe permaneça fisicamente como era, o objeto emocionalmente colocado do bebê desaparece devido à depressão porque a mãe está emocionalmente distante.

Bowlby (2006) define uma situação de privação parcial vivida por uma criança como uma situação em que uma criança pequena que vive com a mãe sofre privação quando a mãe não consegue fornecer o cuidado amoroso de que necessita. Os efeitos da deficiência em crianças podem variar dependendo de sua gravidade. A privação parcial pode levar à dor, uma necessidade exagerada de amor, um forte sentimento de vingança e, como resultado, culpa e depressão. Bowlby (2006) afirma ainda que:

Uma criança pequena, ainda imatura de mente e corpo, não pode lidar bem com todas estas emoções e impulsos. A forma pela qual ela reage a estas perturbações em sua vida interior poderá resultar em distúrbios nervosos e numa personalidade instável (BOWLBY, 2006, p.4).

Klaus et al. (2000), os sintomas depressivos interferem em todas as relações humanas, principalmente no desenvolvimento da comunicação entre mãe e filho. Schmidt et al. (2005) apresentam um estudo que confirmou que filhos de mães com DPP apresentavam dificuldades em participar e manter interações sociais devido a déficits na regulação de seus estados afetivos. Os bebês estudados olharam menos para suas mães e mostraram menos afeto positivo e mais negativo, e após 12 meses muitos desses bebês tiveram um desempenho ruim nos testes de desenvolvimento.

Em um estudo de interações mãe-bebê, Carleso (2011) relata resultados que mostraram que mães deprimidas gastam menos tempo olhando, tocando e conversando com seus bebês em comparação com mães não deprimidas, mostra menos responsabilidade, menos espontaneidade e menor desempenho.

Schwengber e Piccinini (2004) examinaram os efeitos da DPP nas interações mãe-filho ao longo de 12 meses quando realizaram um estudo com vinte e seis díades mãe-filho, onze com indicadores de depressão e quinze mães sem indicadores de depressão. Em uma situação de brincadeira livre, foi demonstrado que a interação mãe-bebê é afetada pela presença de depressão na mãe. Mães com indicadores de depressão apresentaram significativamente menos comportamentos que facilitavam a exploração de objetos do bebê e tendiam a se envolver em mais comportamentos que não facilitavam essa exploração. Os comportamentos classificados como de ajuda foram: "Apresenta um brinquedo, chama a atenção para um brinquedo, expressa prazer e alegria, e demonstra ternura e amor" (SCHWENGBER e PICCININI, 200, p. 236), enquanto os comportamentos classificados como inúteis foram: "atrai atenção para outro brinquedo, parece insistente enquanto brinca, mostra indiferença e raiva" (SCHWENGBER e PICCININI, 200, p. 236).

Estudos mostram que mães deprimidas mostraram mais hostilidade em suas interações com seus filhos e mais rejeição, negligência e agressividade em suas interações com seus bebês. Comparados aos filhos de mães não deprimidas, os filhos de mães com DPP são descritos como mais ansiosos e menos felizes, menos

responsivos e menos focados nos relacionamentos, menos sorridentes, menos comunicativos fisicamente e mais difíceis. sobre sono e alimentação (SCHMIDT ET AL., 2005).

Mães deprimidas tendem a ser mais retraídas e introspectivas, e pode haver indiferença e indiferença pela saúde, segurança e necessidades psicológicas de seus filhos. Ao comparar mães com DPP e mães não deprimidas, pode-se concluir que estas últimas tendem a ser mais hostis, menos amorosas, menos comunicativas, menos capazes de lidar com o filho, menos reativas e mais negativas em suas interações com seus bebês. (CARLESSO, 2011)

Schwengber e Piccinini (2003) observam que bebês de mães deprimidas apresentam menos afeto positivo (definido como foco em brinquedos, sorriso, vocalizações positivas e busca de proximidade com a mãe) e afeto negativo (rejeição de brinquedos, choro, barulho). negativa e afastada da mãe), menor atividade, menos vocalização, tendência ao distanciamento, mais irritabilidade, protesto mais forte, mais tristeza e raiva, menos manifestações de interesse e aparência deprimida em comparação com as mães. que não estão deprimidos.

Carlesso (2011) aponta que a depressão pós-parto pode ter implicações importantes para o desenvolvimento infantil, principalmente em relação à linguagem construída por meio de interações interativas mãe-filho. A depressão materna tem efeitos a longo prazo no desenvolvimento infantil. Filhos de mães deprimidas têm a probabilidade de desenvolver distúrbios emocionais e comportamentais.

Schwengber e Piccinini (2003) constataram que as interações entre bebês e pais não deprimidos eram superiores às interações com mães deprimidas. pai. A interação face a face entre mãe e bebê varia de DPP para DPP, pois o estado emocional da mãe pode afetar a vocalização. Esses estudos avaliaram o impacto da depressão pós-parto em duas características da fala materna: expressão vocal e tempo de pausa e uso da entonação vocal. Primeiro, descobriu-se que mães deprimidas produziam significativamente menos vocalizações em resposta às vocalizações de seus bebês de meses. Eles também exibiam mais variações vocais e pausas e eram menos propensos a usar recursos de entonação exagerados de sua língua nativa (SCHWENGBER e PICCININI, 2003, p. 07).

Carifete (2009) descreve os principais efeitos da DPP no desenvolvimento infantil:

- Atraso no desenvolvimento cognitivo: Filhos de mães deprimidas podem aprender a falar e andar mais tarde do que o normal e podem ter dificuldade em aprender na escola.
- Problemas de Socialização: As crianças podem ter dificuldade em formar relacionamentos emocionais estáveis, fazer amigos na escola e ser socialmente excluídas.
- Problemas emocionais: As crianças têm baixa auto-estima e tendem a ser mais ansiosas, ansiosas, passivas e dependentes. Depressão: O risco de desenvolver um episódio depressivo maior no início da vida é particularmente alto para crianças nascidas de mães com DPP.

Carlesso (2011) aponta em seu estudo que a proporção de bebês em risco para o desenvolvimento é maior quando as mães apresentam alterações emocionais pós-parto e depressão grave. A depressão materna pode afetar negativamente o funcionamento materno, as interações da díade mãe-filho e, sobretudo, como fator de risco para o desenvolvimento infantil.

O PAPEL DO PSICÓLOGO NA DEPRESSÃO POS PARTO

O papel do psicólogo será estimular a busca de uma compreensão abrangente fatores que afetam e são afetados pela doença, por exemplo, no caso de depressão pós-parto, o psicólogo trabalhará com a paciente para determinar o significado de condição para ela e desenvolver autoconfiança, compreensão e expressão das emoções que está vivenciando (SIMONETTI, 2011).

Conseqüentemente, a atuação e acolhimento do psicólogo é uma ação que analisa uma mudança na relação profissional. Acolhimento não é um lugar, mas uma atitude ética e solidária. Esta forma não constitui uma etapa no processo, pelo contrário, é uma ação que deve ocorrer em todos os lugares e em todos os momentos do sistema de saúde. (BRASIL, 2006, p. 16).

O acolhimento, portanto, é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário (a). O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética e solidária. Desse modo, ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde. (BRASIL, 2006, p. 16).

Para Sebastian e Maia (2005), o psicólogo tem o papel de minimizar a dor e a ansiedade do paciente, facilitar a expressão emocional, ajudá-lo a compreender as

situações que está vivenciando, auxiliá-lo a verbalizar fantasias, garantir e aumentar a confiança entre o paciente e a saúde. equipe de atendimento. No entanto, seu trabalho nas clínicas obstétricas é facilitar o atendimento diferenciado e complementar por uma equipe multidisciplinar.

Segundo Winnicott (1978), durante o parto, a mulher entra em um estado especial chamado de "ansiedade materna", que tem sensibilidade aumentada e se destina a capacitar a mulher a cuidar de seu filho. Nesse sentido, o psicólogo pode ajudar a mulher a encontrar essa capacidade em si mesma e desenvolver um novo papel de mãe, além de ter consciência da aceitação adequada dessas diferentes emoções.

Confirma Camacho et al. (2006, p. 93) que: A gestação e o puerpério são períodos da vida da mulher que precisam ser avaliados com especial atenção, pois envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental dessas pacientes.

Quando o filho chega, a mulher que geralmente é a principal cuidadora do bebê, se depara com a reorganização de seu mundo atual. Essa reestruturação pode envolver a recriação de múltiplos esquemas sobre si mesmo, o filho, o parceiro e a família de origem, o que pode contribuir para os sintomas depressivos pós-parto (STERN, 1997).

A psicoterapia interpessoal tem sido bem-sucedida para a depressão materna porque aborda a necessidade de ajudar a mulher a resolver os conflitos existentes, como os papéis conjugais e de transição, que surgem com o parto (STUART et al. O'HARA, 1995; SPINELLI, 1997). Episódios depressivos leves ou depressão leve podem responder bem ao tratamento psicoterapêutico e nesses casos, pode ser benéfico para a mãe e o feto tentar inicialmente a terapia não farmacológica.

Segundo Fiorini (2004), o acompanhamento psicológico pré-natal caracteriza-se pelo acompanhamento psicoterápico de curta duração na forma de psicoterapia, que visa dar suporte contínuo às gestantes. Tem como objetivos: ajudar a enfrentar e resolver dificuldades/conflitos e reduzir os riscos psicossociais associados ao processo de gravidez.

Segundo Winnicott (1987 /2006), a melhor forma de ajudar as mães é fortalecer sua autoconfiança, ou seja, sua capacidade de ser pai de seu filho. É importante não ensinar às mães o que fazer, mas mostrar a elas como são seus bebês e o que acontece com eles, para que possam encontrar a maternidade dentro

de si mesmas. Gutman (1993) complementa a ideia ao afirmar que as mães precisam de apoio ao invés de conselhos para manter suas referências internas, seus eus e suas formas de maternidade. Para se reconciliar com seu bebê, ela deve ser leal consigo mesma e admitir seus sentimentos ambivalentes e hostis.

Confirma Camacho et al. (2006, p. 93) que: A gestação e o puerpério são períodos da vida da mulher que precisam ser avaliados com especial atenção, pois envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental dessas pacientes.

Deve-se lembrar que a depressão pós-parto não é qualquer tipo de depressão, mas uma depressão atípica que ocorre em conexão com o nascimento de uma mulher (LOCICERO, WEISS e ISSOKSON, 1997). Segundo Rocha (1999), as medidas preventivas contra a depressão devem ser realizadas durante o parto com apoio emocional e físico da família e parceiros, durante a gravidez, trabalho de parto e parto.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para realização do projeto de pesquisa foi a Bibliográfica, na qual está refere-se a:

Segundo Gil (2002, p. 61) o método bibliográfico consiste em:

Esse levantamento bibliográfico preliminar pode ser entendido como um estudo exploratório, posto que tem a finalidade de proporcionar a familiaridade do aluno com a área de estudo no qual está interessado, bem como sua delimitação. Essa familiaridade é essencial para que o problema seja formulado de maneira clara e precisa.

A depressão pós-parto e de suma importância e grande relevância, está presente praticamente muitos grupos familiares, sendo pouco pautado pela sociedade, e vários casos sendo deixados de lado por falta de conhecimento pelo assunto.

Na maioria dos casos dessa depressão a questão se dá no início da gestação e por falta de orientações, diálogos e conhecimentos que não são expostos. Todo material apresentado tem como principal função explicitar, esclarecer, demonstrar todo e quaisquer indícios da depressão em comento, com o objetivo principal de sanar dúvidas logo no início da gestação.

Todas as informações relatadas têm o objetivo de levar o conhecimento a um público determinado, procurando estabelecer uma ideologia e princípios para pessoas como gestantes e mulheres de pós-parto. O presente trabalho é composto por artigos científicos, revistas e obras literárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo destina-se a ajudá-lo a entender o que é esse transtorno, como ele se desenvolve, fornece informação sobre o diagnóstico da doença conforme é tratada nas dissertações de psicologia, apresenta tópicos e temas relacionados à depressão pós-parto. Também oferece soluções para reduzir a incidência de doenças relacionadas ao tema, no entanto a discussão precisa ir além dos grupos vulneráveis e passar a ser discutida de forma mais branda e eficaz.

Compreende-se que a depressão pós-parto é um período de transição para as mães Este período (incluindo o período entre o início da gravidez e o primeiro ano de vida do bebê é considerado uma transição normal do desenvolvimento. A maioria das pessoas está em algum momento de seu ciclo de vida. Este é um momento de grande mudança e reestruturação (por exemplo, mudanças biológicas, psicológicas e de relacionamento) para as meninas e um momento para aprender novas habilidades para desempenhar novos papéis e tarefas. Nesse caso, embora o nascimento de um bebê seja culturalmente celebrado e geralmente associado a sentimentos de felicidade e contentamento, a maternidade também é um estressor psicossocial e suas demandas podem levar a recorrência de transtornos de saúde mental.

O papel do psicólogo será incentivar uma compreensão abrangente dos fatores que afetam e são afetados pelo transtorno, por exemplo, no caso da depressão pós-parto, o psicólogo trabalhará com a paciente para determinar as implicações para ela criar as condições e desenvolver a autoconfiança, compreender e expressar as emoções que você está experimentando

Observa-se que a depressão pós-parto pode impactar negativamente as interações mãe-bebê e o desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança. Klaus Et Al. (2000) observaram uma associação entre depressão pós-parto e problemas posteriores de desenvolvimento em crianças, incluindo distúrbios de conduta, saúde física prejudicada, insegurança no apego e episódios depressivos.

Os sintomas de depressão materna podem interferir em todas as relações interpessoais, principalmente no desenvolvimento das interações mãe-bebê.

REFERÊNCIAS

Alarcon, W. A., Calvert, G. M., Blondell, J. M., Mehler, L. N., Sievert, J., Propeck, M., Tibbetts, D. S., Becker, A., Lackovic, M., Soileau, S. B., Das, R., Beckman, J., Male, D. P., Thomsen, C. L., & Stanbury, M.; “Acute illnesses associated with pesticide exposure at schools;” *JAMA*, 2005, 294(4), 455-465; DOI: 10.1001/jama.294.4.455.

ALVES, PATRÍCIA CARDOSO. DEPRESSÃO PÓS- PARTO: fatores de risco e tratamento. Artigo, Porangatu, p. 1-37, 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

ASSOCIATION, AMERICAN PSYCHIATRIC. MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-5. 5. ed. São Paulo: [s. n.], 2014. 1-992 p. v. 5.

Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nurse Research*, 50(5), 275-285.

BOWLBY, John. Cuidados maternos e saúde mental. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

BRASIL, Governo Do Estado De Goiás. DEPRESSÃO POS PARTO. IN MINISTERIO DA SAUDE. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-pos-parto-1>

BRASIL, Governo Do Estado De Goiás. DEPRESSÃO PÓS-PARTO. IN: Secretaria De Estado De Saúde. 2019. Disponível em: <HTTPS://WWW.SAUDE.GO.GOV.BR/BIBLIOTECA/7594-DEPRESS%C3%A3O-P%C3%B3S-PARTO>. Acessado no dia: 20.04.22

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério

da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno n. 5)

Camacho, R.S., Cantinelli, F.S., Ribeiro, C.S, Cantilino, A, Gonsales, B. K., Braguittoni, E. et al. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 2006, recuperado em abril, 2007, de: www.scielo.br

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

CARLESSO, Janaína Pereira Pretto. ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO MATERNA E ÍNDICES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL. Dissertação, Santa Maria RS, p. 1-161, 2011. Disponível em: <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/518/2020/09/2011-CARLESSO.-Dissertacao.pdf>. Acesso em: 19 maio 2022.

Chaudron, L. H., & Pies, R. W. (2003). The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: A review. *J Clin Psychiatry*, 64, 1284-92.

Cooper, P. & Murray, L. (1995). The course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166, 191-195

DIEGO, Miguel A. et al. Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. *Psychosomatic medicine*, v. 68, n. 5, p. 747-753, 2006.

FERNANDES, F. C., & Cotrin, J. T. D. (2013). DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SUAS IMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL. *Revista Panorâmica Online*, 14, 15–34. Recuperado de <https://periodicoscientificos.ufmt.br/revistapanoramica/index.php/revistapanoramica/article/view/454>

FIORINI, H. J. (2004). Teoria e técnicas de psicoterapias. (M. S. Gonçalves, trad.). São Paulo: Martins Fontes.

FRANCO, Sérgio. COMO SABER SE ESTOU COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO?. In: FRANCO, Sérgio. COMO SABER SE ESTOU COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO. [S. l.], 1964. Disponível em: <https://sergiofranco.com.br/>. Acesso em: 31 maio 2022.

FRANCO, Sérgio. O SEMINÁRIO DE JACQUES LACAN. 3. ed. [S. l.: s. n.], 1994. 273 p. Disponível em: <https://lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/Jacques-Lacan-O->

seminario-Livro-11-Os-quatro-conceitos-fundamentais-da-psicanalise.pdf. Acesso em: 31 maio 2022.

GALVÃO, Drielly da Silva; RODRIGUES, Brena Carolina Leite; CARRIL, Thaíse Vale; MARQUES JR, Nelzo Ronaldo de Paula Cabral.; SIQUEIRA, Thomaz Décio Abdalla. PERSPECTIVAS SOBRE A DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA. Revista, Amazonas, v. 3, ed. 4, p. 1-13, 2019. Disponível em: <https://www.periodicos.ufam.edu.br/index.php/BIUS/article/view/6880>. Acesso em: 12 abr. 2022.

GIL, Antônio Carlos. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo: Atlas, 2002.

Godfroid, O. (1997). Une vue d'ensemble sur la dépression du post-partum. *Ann Med Psychol*, 155, 379-385.

GODOY, Bárbara Spina Donadio de. A IMPORTÂNCIA DO PSICÓLOGO DENTRO DAS MATERNIDADES PARA O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO. Artigo, São Paulo, p. 1-45, 2017.

Klaus, M. H., Kennel, J. H. & Klaus, P. (2000). Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas.

Koo, V., Lynch, J. & Cooper, S. (2003). Risk of postnatal depression after emergency delivery. *Journal of Obstetric and Gynaecology Research*, 29(4), 246-250.

MILGROM, J., MARTIN, P. R., & NEGRI, L. M. (1999). Treating postnatal depression: A psychological approach for health care practitioners. West Sussex: Wiley.

OíHara, F. (1997). The nature of postpartum depression. Em Cooper, P. & Murray, L. Postpartum depression and child development (pp. 3-31). New York: Guilford.

Parker, J. (2004). Does traumatic birth increase the risk of postnatal depression? *British Journal of Community Nursing*, 9(2), 74-79.

ROBERTSON, E., GRACE, S., WALLINGTON, T., & STEWART, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289- 295.doi:10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006

Sampaio Neto, L. F. de, & Alvares, L. B. (2013). O papel do obstetra e do psicólogo na depressão pós-parto. *Revista Da Faculdade De Ciências Médicas De Sorocaba*, 15(1), 180–183. Recuperado de

<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/13171>

SANTOS, Carlos Michell Tôres; DE OLIVEIRA ALMEIDA, Glessiane; SOUZA, Thiago Santos. Depressão pós-parto: revisão da literatura. *Psicologia em foco*, v. 3, n. 2, 2009.

Schmidt, Elisa Bordin, Piccoloto, Neri Maurício e Müller, Marisa Campio. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF* [online]. 2005, v. 10, n. 1 [Acessado 20 Outubro 2022], pp. 61-68. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-82712005000100008>>. Epub 19 Out 2011. ISSN 2175-3563. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712005000100008>.

Schwengber, DDS, Piccinini, CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Est Psicol*. 2003;8:403-11

SEBASTIANI, R. W. MAIA, E. M. C. Contribuições da Psicologia da saúde hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. São Paulo: *Acta Cirúrgica Brasileira* [online] v.20, n.1, pp.50-55, 2005.

SEGATO, Luciana et al. Ocorrência e controle do estresse em gestantes sedentárias e fisicamente ativas. *Journal of Physical Education*, v. 20, n. 1, p. 121- 129, 2009.

SILVA, Damiana Guedes-; SOUZA, Marise Ramos de; MOREIRA, Vilma Perez. Depressão pós-parto: prevenção e conseqüências. *Artigo, Fortaleza*, v. 5, p. 1-13, 2003.

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. Depressão puerperal – Uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 07, n. 02, p. 231-238, 2005.

SIMONETTI A. MANUAL DE PSICOLOGIA HOSPITALAR. O MAPA DA DOENÇA. 6ª ED. SÃO PAULO: CASA DO PSICÓLOGO; 2011.

SOUZA, Elyemerson Alves de; ACÁCIO, Karolline Hércias Pacheco. ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO COMO FORMA INTERVENTIVA NO PUERPÉRIO. *Artigo, Alagoas*, v. 5, p. 1-14, 2019.

Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas

STOWE, Z. N., & NEMEROFF, C. B. (1995). Women at risk for post partum-onset major depression. *Am J Obst Gynecol*, 173, 639-645.

STUART, S., O'HARA, M. W., & GORMAN, L. L. (2003). The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6, s57-s69. doi:10.1007/s00737-003-0003-y

Winnicott D. Preocupação materna primária. In: Russo J, tradutor. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1978. p. 491-8.