

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: FATORES EMOCIONAIS DA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

2019

Joyce Emmyly de Melo Sena Santos
Psicóloga – CRP:02\21753 (Brasil)

João Luiz da Silva Neto
Psicólogo e Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário de Vitória de Santo Antão (UNIVISA) (Brasil)

E-mail de contato:
joycesenapsicologa2019@gmail.com

RESUMO

Este artigo tem como objetivo apresentar os fatores emocionais presentes na gestação até o puerpério, que podem desencadear problemas emocionais graves como a depressão pós-parto. O trabalho foi realizado através de pesquisas de literaturas e artigos recentes, visando obter uma perspectiva atualizada sobre o tema. Na gestação ocorrem diversas mudanças na vida da mulher, e aumentam ainda mais, após o nascimento do bebê. Tais mudanças necessitam de preparo e essas gestantes necessitam de uma rede de apoio. A depressão pós-parto ocorre devido a diversos fatores, inclusive a comprometimentos diversos na fase do puerpério. Uma das condições deste artigo é também trazer à luz as diversas facetas causadoras de problemas relacionados ao tema.

Palavras-chave: gravidez, puerpério e depressão pós parto.

Copyright © 2020.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



INTRODUÇÃO

Na gestação ocorrem diversas mudanças na vida da mulher, e aumentam ainda mais, após o nascimento do bebê. Desde o século XVII, já existiam relatos sobre a “insanidade puerperal”, na literatura francesa e alemã. O médico francês Victor Louis Marcé, em 1856, afirmou que mudanças fisiológicas associadas ao puerpério influenciavam o humor materno. Entendendo-se assim que os transtornos psiquiátricos durante o puerpério têm sido identificados há muito tempo. Na opinião de Cantilino (2010), dentre todas as fases da vida da mulher, o puerpério é a fase de mais vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos. Cerca de 13% das mulheres, são acometidas pelo transtorno afetivo denominado depressão pós-parto DPP, no puerpério por meio de pesquisas literárias foi observada a relevância do tema em questão, visto que, o período de gestação e pós-parto é um momento delicado na vida da mulher, repleto de instabilidades, tanto emocionais quanto fisiológicas. Deve-se levar em consideração que a gravidez é uma situação que envolve o meio social e que acompanha o processo psicológico da gestante/puérpera.

DEPRESSÃO PÓS PARTO: FATORES EMOCIONAIS NA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

Estudos demonstram que a depressão pós-parto ocorre quando as mulheres passaram por períodos estressantes durante a gestação e no início do puerpério, além disso, as diferenças culturais relacionadas aos costumes e ao papel de cada membro da família podem reduzir ou acentuar os sintomas depressivos. Psiquiatras afirmam que são diversos os fatores que dão origem a síndromes pós-parto, como: fatores orgânicos/hormonais; psicossociais e predisposição feminina, antecedentes familiares de depressão, antecedentes pessoais. Outros aspectos são os seguintes: personalidade pré-mórbida, qualidade da saúde materna, complicações na gestação, parto de risco. Além disso, atualmente vem sendo associada a depressão pós parto ao estado civil, no caso das mães solteiras que não têm apoio social. Enfim, os transtornos depressivos são mais provenientes de uma soma de fatores ligados à puérpera e a sua realidade psicossocial, do que a uma doença preexistente da mulher (SILVA, 2010).

Há uma síntese da dinâmica psicológica na parturiente: as ansiedades básicas da situação do parto são a reativação da angústia do nascimento. Tais ansiedades são, especialmente, de perda, de esvaziamento e de defrontação com o/um desconhecido – o filho. A angústia traumática é de natureza desintegradora e catastrófica; a ansiedade de esvaziamento tem caráter depressivo; o temor ao castigo, a ansiedade de castração e o medo do desconhecido prendem-se a uma raiz paranoide. Seu inter-jogo produz o estado de confusão, sensações de estranheza, despersonalização e perda de identidade.

Pode-se dizer que a situação psicológica da parturiente é um estado de confusão, um processo lento e gradual e tem duração de muitos meses e culmina quando a criança começa a andar, mas não acaba nunca, pois cada evolução do filho é como um novo parto. Portanto, os primeiros 6 meses de puerpério definem o futuro mental da mulher e selam ou não a relação com o filho, família e sociedade (SOIFER, 1986).

De acordo com Silva (2010), o quadro clínico é característico de depressão em outras fases da vida, por exemplo: sentimentos negativos, desinteresse pelo bebê, culpabilidade por não conseguir cuidar do filho, ou seja, fatores psicológicos sociais, obstétricos e biológicos são determinantes no quadro de depressão pós-parto. Em conformidade com Zambaldi et al. (2008) e Cantilino (2010), o quadro clínico da DPP se caracteriza pelas seguintes características: humor deprimido,

desânimo, perda de prazer, cansaço, falta de concentração, alterações no sono e apetite, com início entra a segunda e terceira semana após o parto. São observados também, sintomas obsessivo-compulsivos; aliás, estes sintomas são mais frequentes em depressão pós-parto, do que fora do pós-parto. Ainda de acordo com Cantilino (2010), o quadro depressivo na puérpera se inicia das duas semanas até os seis meses após o parto e pode ocorrer também pensamentos de morte ou suicídio.

Os temas mais corriqueiros dos pensamentos das mães nesse período são obsessivo-agressivos contra o bebê, imagens envolvendo morte ou algo horrível acontecendo com o bebê, bem como compulsões de checagem e lavagem. Tais obsessões e compulsões ocorrem devido à queda de hormônios, associada à situação de estresse e da imensa responsabilidade que se apresenta nesse período, para a parturiente.

O estresse é uma junção de respostas do organismo diante de um estímulo que o despertou, provocando gasto significativo de energia, sendo entendido também como uma resposta fisiológica, psicológica e comportamental do sujeito, que está se adaptando a novas situações. O período de gestação e puerpério é marcado por alterações emocionais, pois é uma fase da vida em que há mudanças expressivas. Os fatores sociais e psicológicos podem influenciar o desenvolvimento da gestação e saúde materno-infantil. Entre os fatores emocionais que implicam em complicações desde a gestação até o período pós-parto estão os estressores vivenciados na gravidez e no puerpério. O estresse na gestação está associado aos enjoos, gravidez não planejada, medo do parto, medo do ganho excessivo de peso, e há possibilidade do quadro agravar diante do contexto familiar, se houver violência doméstica, uso de drogas, depressão, pânico e complicações pré-natais (RODRIGUES; SCHIAVO, 2011).

Ainda de acordo com Rodrigues; Schiavo (2011), o estresse pode ocasionar diversas consequências: o feto pode responder com predisposição a doenças mentais, alergias e asma, sendo assim, estudos demonstram que o estresse está associado a prejuízos no desenvolvimento infantil, a saber: quanto mais problemas apresentar durante a gestação, maior a probabilidade da

criança apresentar problemas comportamentais e temperamentais, o que, por sua vez, pode levar a mãe a ter sintomas depressivos. O estresse durante a gestação pode também causar complicações durante o parto, além de ser um indicativo para o surgimento da depressão pós-parto. O puerpério é um período estressante, de adaptação, tanto biológica, quanto psicológica, em que a mulher terá que reorganizar seu cotidiano, incluindo o bebê na dinâmica de sua vida. A literatura acerca do tema estresse no puerpério é escassa, existem poucas pesquisas sobre o fenômeno. O que se sabe é que os eventos estressores tanto na gestação, parto e puerpério podem provocar a manifestação de sintomas de depressão pós-parto.

A depressão pós-parto pode ter grandes consequências na qualidade de vida da recém mãe, que comumente gastam menos tempo falando e interagindo com o bebê e apresentam mais expressões negativas (como não atender ao choro do bebê, falta de cuidado com a higiene do bebê.), podem interromper a amamentação precocemente e lida com seu bebê de maneira confusa. Os bebês sofrem as consequências da depressão pós-parto, pois são vulneráveis ao clima afetivo da mãe. Por outro lado, a intensidade dos efeitos depende do apoio emocional que a mãe receba; quanto mais grave for a DPP e menor o apoio psicossocial, mais prejudicial será a relação da mãe e do bebê (CANTILINO, 2010).

De acordo com Silva (2010) e Rodrigues; Schiavo (2011), os fatores de risco associados à DPP são, história pessoal de depressão, episódio depressivo ou ansioso na gestação, eventos de vida estressantes, pouco suporte social e financeiro, relacionamento conjugal conflituoso, história familiar de transtornos psiquiátricos, episódio de “maternity blues” (sentimento de tristeza e choro intenso, durante o pós parto), características de personalidade, baixa auto estima. Também são associadas a complicações na gestação, parto prematuro, fatores culturais, história de abuso sexual, ou de relação conflituosa com a mãe e gravidez indesejada.

A par dos fatores de risco é conveniente ressaltar a importância dos fatores de proteção, um deles, de fato essencial para a melhoria da qualidade de vida da mulher, é o pré-natal psicológico, que é complementar ao pré-natal comum que a gestante deve fazer. Este processo visa à humanização da gestação em si, inclusive a fim de prevenir possíveis problemas decorrentes da gestação. Em estudos foi observado que entre 50% a 90% dos casos de DPP no mundo não são sequer detectados. Durante a gestação ocorrem várias modificações no comportamento da mulher, nos aspectos familiares, sociais, conjugais, profissionais e pessoais. Sendo assim, é comum que o humor tenha característica instável, podendo ocasionar sentimentos confusos em relação a si, ao bebê e aos outros. O pré-natal psicológico é um recurso que auxilia a mulher a lidar de maneira saudável com o contexto que vivencia (ALMEIDA; ARRAIS, 2016).

Ainda de acordo com Almeida; Arrais (2016), os fatores de proteção da DPP estão relacionados a condições do próprio sujeito, as quais podem contribuir para melhores respostas a determinados eventos de risco: expectativa de sucesso no futuro, senso de humor, otimismo,

autonomia, tolerância ao sofrimento, assertividade, estabilidade emocional, engajamento nas atividades, comportamento direcionado para metas, habilidade para resolver problemas e boa autoestima. Em relação à rede de apoio, é importante que a gestante e puérpera tenha o apoio de outra mulher, suporte social, conjugal (nas relações tradicionais), suporte emocional do companheiro, estabilidade financeira, apoio familiar, e também um trabalho de prevenção, no caso, o acompanhamento psicológico pré-natal.

De acordo com Konradt (2011), é importante reforçar a importância do suporte social como fator de proteção, onde estão presentes a família e amigos como forma de afeto, assistência e informação, ou seja, tudo que faz o indivíduo se sentir amado e amparado serve como fator de proteção contra DPP. Esta assistência combinada a acompanhamentos terapêuticos, colaboram para a melhora da situação em que as gestantes/puérperas se encontram.

Silva (2010) afirma que atualmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), vêm atendendo essa demanda, propiciando apoio desde o pré-natal até o pós-parto, disponibilizando cuidados como conforto psicológico, afeto e educação em saúde na depressão pós-parto.

É preciso destacar também a importância de uma equipe interdisciplinar, para auxílio da gestante, focando em observar quais os fatores de risco que podem ocasionar transtorno físico ou psicológico para a mãe e para o bebê, incentivando-se a humanização do espaço, a fim de que relações humanas mais saudáveis entre todos (membros e equipe/ equipe e paciente) do hospital aconteçam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando-se em conta o que foi apresentado, apesar da escassez de pesquisas sobre o tema, sabe-se que a gestação e puerpério são períodos de expressiva vulnerabilidade na vida da mulher, em que é necessário que ela tenha

uma rede de apoio sólida, que lhe dê assistência em todos os âmbitos, tanto relacionado a afetividade e saúde emocional, quanto a questões informativas. Tais condições são protetivas de transtornos psicológicos graves, como a depressão pós-parto.

Isso posto, pode-se concluir que há maneiras de prevenção eficazes para a DPP, o que, em última análise, não apenas diminuem os efeitos da carga emocional que ocorre durante este período da vida da gestante/puérpera, como proporciona uma melhor qualidade de vida às parturientes, com repercussão direta no desenvolvimento positivo de seu rebento. Nesse sentido, a participação da família e do meio social em que o sujeito está inserido é essencial, condição que pode ser

construída ou fortalecida por meio da informação e trabalhos psicossociais de fortalecimento de laços.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Natália Maria de Castro; ARRAIS, Alessandra da Rocha. **O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 36, n. 4, p. 847-863, dez. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000400847&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 31 ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001382014>.

CANTILINO, Amaury et al. **Transtornos psiquiátricos no pós-parto**. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000600006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>.

KONRADT, Caroline Elizabeth et al. **Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação**. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre*, v. 33, n. 2, p. 76-79, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082011000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 31 ago. 2017. Epub 29-Jul-2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082011005000010>.

RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. **Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto**. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 252-257, set. 2011.