

A INFLUÊNCIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO PUERPÉRIO: uma revisão bibliográfica

Mayra de Jesus Campos Guimarães Magalhães¹
Pauliane Aparecida de Moraes²

RESUMO: A gestação é tida pela sociedade como um momento glorificado, em que a mulher deve aceitar de bom grado. São impostas muitas expectativas, porém no pós-parto quase não se dá atenção devida a nova mãe que surgiu, principalmente à sua saúde mental. Quando ela não tem uma rede de apoio, pode surgir fatores que acabam interferindo na relação familiar e no binômio mãe-bebê. A depressão pós-parto (DPP) é uma das mais comuns, porém como a mulher já se encontra instável, ela não recorre para ajuda profissional, ficando no seu íntimo, cuidando do seu bebê, e em alguns casos aguardando tudo isso passar. Durante as consultas de pré-natal, a enfermagem pode identificar fatores de risco e junto da equipe multidisciplinar, traçar planos de cuidados para procurar amenizar esse quadro, incluindo a rede de apoio que se faz primordial. Objetiva-se com este trabalho mostrar como a enfermagem durante o pré-natal pode amenizar, intervir e preparar esta nova mãe para os desafios que a aguardam. Para isso, buscou-se artigos das plataformas SciELO e BVS e autores renomados, que remetem dos últimos quinze anos, com a tratativa do tema de depressão pós-parto, em linguagem português, e que tenham associação com a atuação da enfermagem no pré-natal, sendo vinte e dois artigos selecionados. A enfermagem tem suma importância durante o pré-natal a fim de conduzir a mulher para uma maternidade menos complicada, podendo a preparar para os desafios que virão, e a ensinando como lidar com os cuidados consigo e com o novo bebê.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto. Cuidado Pré-Natal. Cuidados de Enfermagem. Período Pós-Parto.

ABSTRACT: Pregnancy is seen by society as a glorified moment, which women must accept willingly. Many expectations are imposed, but in the postpartum period, little attention is paid to the new mother who has emerged, especially to her mental health. When she does not have a support network, factors may arise that end up interfering with the family relationship and the mother-baby binomial. Postpartum depression (PPD) is one of the most common, but as the woman is already unstable, she does not seek professional help, staying within herself, taking care of her baby, and in some cases waiting for all this to pass. During prenatal consultations, nurses can identify risk factors and, together with the multidisciplinary team, draw up care plans to try to alleviate this situation, including the support network, which is essential. The aim of this work is to show how nursing during prenatal care can

¹ Pós-graduada em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade Famart. E-mail: mayra.guimaraess@gmail.com

² Professora orientadora do estudo e do artigo. Professora dos cursos de Graduação e de Pós-Graduação lato sensu da Faculdade Famart, Itaúna-MG. Graduada em Psicologia, Especialista em Psicopedagogia e Mestra em Educação.

alleviate, intervene and prepare this new mother for the challenges that await her. To this end, we searched for articles from the SciELO and BVS platforms and renowned authors, dating back to the last fifteen years, dealing with the topic of postpartum depression, in Portuguese, and which are associated with prenatal nursing activities, twenty-two articles were selected. Nursing is extremely important during prenatal care in order to guide women towards a less complicated motherhood, preparing them for the challenges that will come, and teaching them how to deal with caring for themselves and the new baby.

Keywords: Postpartum Depression. Prenatal care. Nursing care. Postpartum Period.

1 INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase especial, marcante e única na vida da mulher que a vive, além de toda a família de ambas as partes, que cria grandes expectativas acerca dessa novidade. O simbolismo social da gravidez traz consigo esperanças, desejos, idealizações, e também cobranças (PICCININI, 2012).

Essa nova mãe agora tem um novo encargo. Antes ela era filha, esposa, profissional. Agora a maternidade irá lhe exigir uma demanda exclusiva, e acaba por deixar de lado suas outras “funcionalidades”. Os afazeres domésticos ficam por fazer, sua vida profissional sofre uma pausa, sua vida como esposa e filha agora sofrerá uma mudança que necessitará sua total atenção, principalmente nos primeiros meses.

A exigência que lhe é demandada neste período puerperal é o que pode contribuir para problemas emocionais, já que ela terá que renunciar aos seus próprios interesses e vontades em razão de outrem, ou seja, agora para cuidar do seu bebê. No meio familiar, pode-se gerar crises e conflitos, além das preocupações emocionais que já sobrecarregam essa mulher (FRIZZO, 2005).

A novidade do nascimento de um filho traz consigo transformações para os membros da família, quer seja nos processos psíquicos, quer seja nos comportamentais (FRIZZO, 2019b). O fato é que a gravidez, o parto e o pós-parto vão interferir de alguma forma significativa na rotina dessa família, pois vão acontecer mudanças nos âmbitos familiares, conjugal e social (SOTTO-MAYOR, 2005).

A Depressão Pós-parto (DPP) é um quadro depressivo não psicótico que acomete os primeiros doze meses pós-parto. No Brasil, apresenta incidência de até 20%, porém esse número pode ser muito maior, já que nem todas as mulheres buscam ajuda. As manifestações da DPP se assemelham às depressões em geral: tristeza prolongada, perda de autoestima, perda de motivação para a vida, incapacidade ou sentimento irritadiço fácil, requerendo em

alguns casos o uso de fármacos antidepressivos. São considerados fatores de risco para DPP: primípara; mãe solteira; conflitos e falta de apoio conjugal; eventos da vida estressantes, como perda do emprego ou morte de familiar; falta de apoio familiar e/ou social; histórico pessoal ou familiar de doenças psiquiátricas, mas principalmente episódios depressivos antes e durante a gestação; complicações obstétricas durante ou após a gravidez; parto traumático; múltiplos bebês; prematuridade; abortos prévios; natimortos (ARRAIS, 2014).

A DPP tem sido constatada em um grande número de mães ao longo do primeiro ano do bebê e é considerada uma das complicações mais comuns nesse período. Apresenta diversas implicações para as relações familiares, em particular para a relação mãe-bebê e para o próprio desenvolvimento infantil (GABRIEL, 2015).

Mães com depressão se sentem menos competentes para cuidar do seu bebê do que as mães que não têm depressão (SOUSA, 2011; ARAUJO, 2019). A depressão pode interferir na relação da mãe com a criança, repercutindo negativamente no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança (SCHWENGBER, 2014).

As mulheres sofrem sozinhas a luta que é a maternidade. Por acharem “normal” o que estão sentindo, muito dificilmente buscam ajuda. E isso acaba por afetar não somente a ela, mas na sua relação e desenvolvimento com o bebê (SCHIAVO, 2020). O pai pode amenizar os possíveis efeitos da DPP, para isso ele precisa participar dos cuidados, identificar e entender que ele será o ponto de segurança para manter a estabilidade da mulher (PICCININI, 2007).

Mulheres com menos escolaridade e grávidas solteiras têm aumentado em duas vezes o risco de depressão; quando a gestação não é planejada, maior é a prevalência de DPP. E quando instalada, a depressão pré-natal se associa a piores resultados maternos, obstétricos e neonatais (SILVA, 2014; ARAUJO, 2019).

A importância da consulta de enfermagem se dá para poder identificar fatores de risco e traçar planos de cuidados para tentar prevenir a DPP. Cada vez mais as mulheres estão sujeitas a terem quadro de depressão relacionado à gravidez, pois estão incluídas no mercado de trabalho, e se veem agora dedicadas a um bebê. O fato de ter que abrir mão daquilo de tudo que conquistou para ter que abdicar por um tempo pode contribuir para sentimentos de tristeza na mulher.

Ainda, por entenderem que “é normal”, não buscam ajuda com facilidade. Esperam o quadro se resolver por si só, e sofrem cobranças da sociedade e de todos aqueles os quais ela deveria receber apoio.

Com este artigo, busca-se não apenas apresentar a DPP, mas compreendê-la como um quadro clínico que pode ser amenizado pela equipe que acompanha a gestante durante o pré-natal, agindo com qualidade e eficiência para amenizar o quadro, e conscientizar a família sobre a necessidade da rede de apoio.

Portanto, através deste, almeja-se apresentar a importância da enfermagem no pré-natal como intermediadora para diminuir as chances de depressão pós-parto. Além disso, também compreender a depressão pós-parto para poder fornecer apoio e ajuda a esta puérpera; entender como as consultas de pré-natal tem fundamental papel neste cenário enquanto gestação ainda ativa; visualizar a atuação da enfermagem no plano de cuidados pré-natal.

Justifica-se este trabalho pelos diversos indicadores apresentados por autores renomados acerca da depressão pós-parto, como isso vem sendo incidente, tem abrangido muitas mulheres de diferentes classes econômicas e sociais, e se torna ainda mais incisivo quando essa mulher não tem uma preparação durante o pré-natal para os diversos desafios que aparecerão. Ainda, isso pode acabar por atrapalhar a vida da mulher que antes era ativa e tinha sonhos, e pode acabar se prostrando frente a realidade a qual ela ainda não compreende, nem sabe enfrentar, nem consegue ter uma rede de apoio para ajudá-la.

Vem sendo apontado em estudos dos autores mais renomados do assunto (FRIZZO E PICCININI) que uma condição tão complexa quanto a depressão pós parto pode não ser solucionada, mas pode ser amenizada, e uma das opções para isso se trata da atenção ofertada no período pré-natal, e nesse contexto, o enfermeiro que atua realizando estas consultas pode ser chave fundamental para poder ajudar essa nova mulher a entender seu novo contexto.

Se trata de um trabalho qualitativo descritivo bibliográfico, buscando assuntos inerentes a temática apresentada da depressão pós-parto, e fundamentando-se nos expostos apresentados pelos autores renomados.

Através da plataforma Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) buscou-se artigos dos últimos quinze anos, que abordassem o assunto da depressão pós-parto, em linguagem português ou que tivessem disponível a tradução em português do Brasil. Dez artigos atenderam ao esperado quando abordaram o

tema, mas o que chamou atenção foi que a grande maioria deles apresentava autores em suas referências, sendo estes autores renomados sobre o assunto: FRIZZO E PICCININI. Com isso, buscou-se no guia de pesquisas do Google esses dois autores, individualmente, e ao analisar seus estudos, doze artigos atenderam aos objetivos desta pesquisa. Com isso, foram selecionados ao todo vinte e dois artigos para servir como base para este trabalho, pois são artigos que além de explanarem sobre a depressão pós-parto, alguns ainda contribuem com sugestões, seja com a atuação do enfermeiro, seja sobre a importância do pré-natal, e essas duas vertentes são de acordo com os objetivos deste trabalho. Ou seja, vinte e dois artigos foram selecionados: dez das plataformas de pesquisas de artigos científicos, e doze de autores renomados.

2 DESENVOLVIMENTO

A sociedade vende uma maternidade idealizada, glorificada, maravilhosa e especial, em que a mulher tem que aceitar essa dádiva de bom grado. Quando essa nova mãe se depara com a realidade propriamente dita, em que tem que se abster de muitas coisas que antes fazia, surgem as dificuldades em exercer o papel de mãe tão idealizado, o que aumenta o risco de Depressão Pós-parto (DPP), ou seja, essa decepção e desilusão frente ao paraíso prometido pode comprometer a mulher a crises emocionais e conflitos psicológicos (ARRAIS, 2014).

Algumas mães abrem mão da carreira profissional para se dedicar à maternidade, o que contribui para que ela se sinta incapaz, com labilidade de humor, e em alguns casos, financeiramente dependente (PEDROSA, 2020).

As mulheres têm aumentado em duas vezes mais as chances de desenvolverem DPP do que comparada aos homens, haja vista todo o processo gestacional pelo qual passam, e percebe-se com maior ênfase quando se tornam mães e passam a ser as responsáveis pelos cuidados com o seu filho. Neste período de gravidez e puerpério acontecem muitas mudanças a nível hormonal, físico e emocional, que favorecem o aumento das chances de se desenvolver DPP e ansiedade. Por isso essa mulher precisa de uma rede de apoio bem estabelecida e que a dê o suporte necessário (HARTMANN, 2017).

A cobrança da sociedade em cima desta nova mãe abrange: a maternidade por si própria, os afazeres domésticos, a atenção prestada ao seu cônjuge, os cuidados com seu bem-estar físico, e estar a todo momento bem apresentável; é apresentado a essa mulher uma

maternidade linda e perfeita, é oferecido a ela um cenário fictício e glorificado, mas quando ela se depara com a realidade sente logo um choque, pois não foi preparada para a maternidade real. As atividades diárias de casa vão ficando por fazer, a relação íntima com o marido é de certa forma afetada... tudo isso contribui para alterações emocionais, sentimentos de decepção, de inutilidade, de abandono, pressão psicológica, desordens hormonais (SOTTO-MAYOR, 2005).

Existem três distúrbios que podem estar presentes no período do puerpério: a melancolia da maternidade (*Baby Blues*), a Depressão Pós-parto (DPP) e a psicose puerperal. Os fatores de risco da DPP são eventos ou situações já estabelecidas que propiciam o surgimento de problemas emocionais após o parto (FRIZZO, 2005; ARRAIS, 2014; ARAUJO, 2019).

O *Baby Blues* não é um estado de depressão, é uma fase transitória do pós-parto caracterizada por alterações de humor, de leve a moderada intensidade, frequentemente rápida, que envolve sensação de tristeza, irritabilidade, ansiedade, redução da concentração, insônia, choro fácil e crises de choro; está presente em 70-90% das mulheres, geralmente com início entre o terceiro dia de pós-parto e com duração de 10 dias mais ou menos, mas também pode acontecer entre a 2ª e a 3ª semanas após o parto. Essa condição pode ser um fator de risco precursor à depressão materna (SOTTO-MAYOR, 2005; ARAUJO, 2019; PEDROSA, 2020). Já a psicose puerperal é caracterizada como uma desordem psiquiátrica rara e grave, que geralmente demanda internação (FRIZZO, 2005).

Geralmente, os sintomas que abrangem a DPP são: humor deprimido (triste ou irritada), perda de interesse por atividades que antes eram consideradas prazerosas, alterações no apetite e sono, cansaço, dificuldade de concentração, sentimentos de inutilidade e culpa, e até mesmo pode chegar ao ponto de ter ideias suicidas (FRIZZO, 2019b).

O surgimento de algumas condições emocionais nos pais como depressão, psicose pós-parto e manifestações psicossomáticas tem sido evidenciado após o nascimento de um bebê, principalmente se tratando do primeiro filho, e mais evidente na mãe. O evento depressivo que está ligado ao nascimento de um neonato diz respeito a um conjunto de sintomas que iniciam entre a quarta e a oitava semana após o parto, atingindo de 10 a 15% das mulheres, que são descritos como: irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, a sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como

queixas psicossomáticas. Porém, algumas literaturas indicam que os sintomas podem surgir em outros momentos do primeiro ano de vida do bebê, e não necessariamente nas primeiras semanas (SCHWENGBER, 2003).

2.1 As causas da DPP

Há poucas evidências que a DPP esteja associada apenas a mecanismos biológicos, como por exemplo os baixos níveis hormonais, o que a explicaria como resultado de alterações metabólicas. Fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos, principalmente se combinados, podem significar risco para a DPP. O pouco suporte recebido pela mulher, a gestação não planejada, nascimento prematuro ou morte do bebê, dificuldade em amamentar, dificuldades no parto, problemas de saúde da criança, dificuldades relacionadas ao trabalho, adversidades socioeconômicas são associadas à ocorrência de DPP (SCHWENGBER, 2003).

A etiologia da depressão ainda não é bem esclarecida, porém sabe-se que alguns fatores combinados ou isolados podem ser predisponentes para seu acontecimento. Como por exemplo: fatores biológicos (mudanças hormonais, níveis de estrogênio, progesterona, prolactina e cortisol aumentados ou diminuídos); fatores obstétricos (gravidez desejada, prematuridade, abortos anteriores, dificuldade de amamentação); fatores sociais (cobrança da sociedade pela “mãe perfeita”, problemas conjugais ou ausência de companheiro, dificuldades financeiras); e fatores psicológicos (SCHWENGBER, 2003; SOTTO-MAYOR, 2005; SOUSA, 2011; ARRAIS, 2014; ARAUJO, 2019).

Fala-se ainda de mães que têm bebês delicados (dificuldade de amamentar, choro intenso, que estranham outras pessoas, novos alimentos ou rotinas, funções biológicas ainda não totalmente estabelecidas) tendem a sofrer labilidade e maiores chances de desenvolver depressão. O apoio do companheiro é apontado como contribuidor primordial, importante. Um bebê acaba sendo um desafio emocional, físico, sexual e financeiro para qualquer casal (SOTTO-MAYOR, 2005; ARRAIS, 2014; ARAUJO, 2019).

As mudanças emocionais, físicas e psicológicas fazem parte da mulher assim que ela descobre a gravidez, especialmente as primíparas (PICCININI, 2008; 2012). Nas mulheres de classe média e baixa, ocorre algum nível de sofrimento psíquico, físico e social no período gestacional e no puerpério. Porém, todas as mulheres podem ter DPP, ainda mais as que desejam muito ter um filho, aquelas que não aceitam a gravidez, aquelas com menor

escolaridade, que não residem com o companheiro, multigestas, que idealizaram o aborto, fizeram uso de álcool/tabaco, sofreram algum evento estressor, tiveram depressão anterior, apresentam maior probabilidade de ter DPP (ARRAIS, 2014; HARTMANN, 2017; ARAUJO, 2019).

2.2 A relação com o bebê

O apego dos pais para com seu novo bebê não é instantâneo e automático com o nascimento. Ele não é instintivo, como é difundido popularmente; o vínculo deve ser visto como um processo contínuo para que exista a conscientização de suas complexidades (THOMAZ, 2005).

Uma mãe mais interativa estimula a criança, instiga a novas descobertas e a criança se vê mais engajada; já ao contrário de uma mãe mais reclusa, apática, ela deixa a criança brincando sozinha com mais frequência, o afeto é mais restrito, e a criança acaba sendo menos expressiva. Mães deprimidas comumente relatam mais sentimentos e afetos negativos relacionados à maternidade (SCHWENGBER, 2004).

Não se pode considerar a gravidez como um evento isolado na vida de uma mulher. O contexto social, econômico, cultural e emocional influencia diretamente na forma de como a mulher irá vivenciar esse momento na sua vida. A gravidez leva a uma readaptação dos mecanismos corporais como também a uma readaptação psicológica e organizacional, já que vários fatores podem perturbar inicialmente a mãe, gerando sentimentos de arrependimento, culpa e raiva, como as dificuldades domésticas, financeiras, emocionais, e conjugais ou não (THOMAZ, 2005).

Depois do nascimento, os novos pais vão conhecendo a si mesmos e ao seu filho, à medida que cuidam dele, e o bebê vai sinalizando, respondendo ao estímulo dos pais. Essa adaptação do apego íntimo varia. É um longo processo a ser percorrido para estabelecer um elo afetivo sólido com seus filhos. É um compromisso para a vida toda. Isso suscita não apenas em sentimentos, mas uma gama de sensações e emoções de intensidades diferentes que varia para cada pessoa (THOMAZ, 2005).

Um dos potencializadores para a DPP pode ser considerado também a autoimagem: ao se ver no espelho e ao se comparar com outras mulheres, ela já não se reconhece como antes, não há satisfação própria, pois agora é um corpo grávidico ou puerperal, composto de

alterações físicas que a desanima, a deixa entristecida e deprimida, e a falta de apoio ou ausência de um companheiro acaba por agravar este quadro, reforçando as ideias depressivas (SOUSA, 2011).

Aquela mulher antes autônoma, independente, empoderada, agora se vê dedicada exclusivamente aos cuidados de um novo bebê, que é diretamente dependente dela, que tem suas necessidades fisiológicas: amamentação, colo e afago, troca de fraldas, do acalento dela mais do que qualquer outra pessoa. Então, essa mãe se vê agora deixando para trás uma mulher que tinha suas características próprias, sua identidade, para ser agora a “mãe daquele bebê” (SOUSA, 2011).

2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A rede de apoio é muito importante para a nova mãe como fator de proteção. A mulher se orienta primeiro pela sua própria mãe, a figura de sua genitora, o seu espelho. O marido vem logo em seguida, e embora ele não sinta a gravidez propriamente dita, seu apoio é primordial, e sua ausência é sentida. A rede de apoio não acaba com as chances de desenvolver DPP, mas ajuda a amenizar (PICCININI, 2012; FRIZZO, 2019a).

A busca por tentar conciliar a maternidade e o trabalho (seja em casa ou fora) contribuem para o sofrimento materno (ARRAIS, 2014).

Os fatores de proteção para a DPP são medidas preventivas ou situações já estabelecidas com a finalidade de proteger a mulher de problemas emocionais na gravidez e no pós-parto: o apoio da mãe ou de outra figura materna confiável; detectar precocemente a depressão; o suporte social recebido fortalecido; otimismo; elevada autoestima; preparação física e psicológica para as mudanças advindas da maternidade; boa relação conjugal e suporte do parceiro, sendo este ponto primordial como fator protetor. Quanto maior o suporte do companheiro, menor as chances de DPP (ARRAIS, 2014).

Dois fatores de risco para a DPP que tem como principais agressores o parceiro e familiares são: a gestação inesperada e violência psicológica. Quando não se tem um bom suporte familiar ou do companheiro, e quando ela é mãe solteira, aumentam-se os riscos de desencadear sentimentos negativos em relação à gravidez, trazendo como consequência prejuízos na relação mãe e filho (PEDROSA, 2020).

A fragmentação do sono no puerpério interfere negativamente no bem-estar da mulher e, conseqüentemente, do seu bebê, na maternidade e na amamentação, assim como na saúde e no desenvolvimento do mesmo. A qualidade do sono no pós-parto influencia nos benefícios de saúde da puérpera e na sua capacidade de cuidar do bebê; a qualidade do leite melhora quando a mulher consegue relaxar e ter um bom sono, tornando-a mais tranquila e mais concentrada (PEDROSA, 2020).

O pré-natal é primordial para identificar e prevenir agravos ou complicações que possam transcorrer durante esse período ou no puerpério. Deve focar no zelo e cuidado ao binômio mãe e filho, e conseqüentemente, na relação familiar, principalmente primigesta. Quando há a confiança e fidelidade nas consultas, fica melhor o manejo, e assim consegue-se compreender o contexto envolvido: socioeconômico, psicossocial, problemas particulares prévios (depressão ou ansiedade, por exemplo), para poder planejar e implementar os cuidados de enfermagem (PICCININI, 2012).

Os novos genitores precisam compreender e ressignificar os seus papéis, que terão que reorganizar suas rotinas diárias para poderem receber, readaptar e atender às necessidades e demandas do bebê. A transição para este novo papel não é imediata, é desafiador e complexo para a nova mãe, pois além da gestação, ela é a principal cuidadora do bebê. Não se comenta acerca do papel do pai neste período, muito menos nos benefícios que a participação dele traz para a relação familiar. Por isso as mulheres ficam mais vulneráveis, por conta de toda essa sobrecarga depositada obrigatoriamente, que aumentam as chances de sintomas psicológicos (FRIZZO, 2019b).

Tem-se visto que a ultrassonografia faz com que a mulher perceba, entenda e construa a ideia da maternidade, haja vista que diminui preocupações com o bebê, com a gestação, e já é uma forma de criar o primeiro vínculo (PICCININI, 2012).

O momento do parto também pode ser traumático. Durante o pré-natal, a primeira barreira a se enfrentar é a fama do serviço público oferecido no SUS formalizado na mente das pessoas: de que é de baixa qualidade, que não é de grande valia. Este primeiro contato deve ser acolhedor. Quando a mulher cria um vínculo com a equipe que a consulta regularmente; outrora, já não é essa mesma equipe que irá lhe assistir no parto. São outras pessoas, em um ambiente desconhecido, com procedimentos estranhos e até mesmo grosseiros, enfim, é uma outra equipe que vai lhe dar assistência neste momento tão frágil, importante e especial em sua vida. O medo prévio da assistência ao parto pode acarretar uma

ansiedade que pode perdurar o pós-parto. Por isso se dá a importância da contra-referência entre Unidades Básicas de Saúde e Hospitais/Maternidades, para diminuir essas possíveis preocupações. Estudos mostram que há profissionais que não demonstram nenhum sentimento de empatia, o que acaba agravando o quadro geral da mãe grávida e pode tornar o parto traumatizante (PICCININI, 2012).

Um dos autores preconiza a importância do pré-natal psicológico realizado por equipe multidisciplinar, pois os sinais e sintomas indicativos de depressão podem passar despercebidos aos olhares dos profissionais que usualmente fazem o pré-natal, por se tratar de “mais uma paciente gestante”. Ainda, quando identificados a tempo, é mais fácil conduzir aos fatores protetores. O apoio psicológico pode fortalecer vínculos e criar esperanças, e contribuir para a percepção de maternidade da nova família, que se adaptará aos seus novos papéis (PICCININI, 2012). Nessa perspectiva, é ideal convidar o homem a participar das consultas de pré-natal, como já é preconizado ultimamente pelo Ministério da Saúde com o pré-natal do parceiro, onde são solicitados exames para ele também, são esclarecidas dúvidas e já o acolhe para a ideia dos cuidados que deverão ser feitos no puerpério, ou seja, já envolve o companheiro na perspectiva da maternidade, e não sobrecarrega a mãe. Quando o parceiro percebe o seu papel, tem ciência da sua importância, ele também alivia a sobrecarga mental imposta sobre a mulher, já que ela não precisa mais ficar “pedindo” para ele fazer algo, como foi apresentado por alguns estudos (GABRIEL, 2015).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sintomas da depressão materna podem surgir em qualquer momento do primeiro ano de vida do bebê, e não necessariamente nas primeiras semanas após o seu nascimento. Sua etiologia parece ser multideterminada, podendo ter influências genéticas, de estressores psicológicos, do contexto cultural e de mudanças fisiológicas no seu desenvolvimento e severidade.

O nível de gravidade da depressão tem a ver com as expectativas e frustrações depositadas na maternidade, com o papel de mãe idealizado, e com o tipo de vida que é estabelecido após a chegada da criança, o choque de realidade. A relação matrimonial, a falta de suporte social, e até mesmo os cuidados com o bebê, o seu choro, o comportamento do

neonato e a nova rotina (ou falta de organização do domicílio) podem contribuir com a DPP e alterar o humor da mãe.

Os profissionais de saúde devem procurar estabelecer com essa mulher um relacionamento de confiança e conduta, prestar cuidados específicos, caso esteja deprimida. As reuniões de grupos com gestantes, realizadas por profissionais da saúde, são indispensáveis no período do pré-natal, assim como elas comentam e compartilham suas vivências, com o intuito de aliviar os sentimentos de culpa, diminuir a insegurança, o sentimento de inferioridade e as expectativas sobre o bebê, ajudando na compreensão sobre o período que está passando, esclarecendo todas as dúvidas.

O trabalho em equipe multidisciplinar da saúde pode contribuir para que a gestante se sinta acolhida e confiante para expressar seus sentimentos. Igualmente, proporcionarão uma melhor superação das dificuldades da depressão pós-parto tanto pela paciente, quanto pelos familiares.

A falta de apoio é um dos principais fatores de risco para depressão pós-parto. Porém, esse apoio deve ser de bom grado, pois quando a rede de apoio é deficitária, quando não há uma boa relação, essas figuras são apontadas como fatores de risco para depressão pós-parto.

Dessa forma, os estudos revisados indicam que o estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente nas primeiras interações com o bebê e, conseqüentemente, no desenvolvimento da criança. A atuação preventiva das equipes multidisciplinares nesse período pode proporcionar à nova mãe o apoio de que necessita para enfrentar os eventuais episódios de depressão.

REFERÊNCIAS

ARRAIS, Alessandra da Rocha; MOURÃO, Mariana Alves; FRAGALLE, Bárbara. *O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto*. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.23, n.1, p.251-264, 2014.

ARAÚJO, Ivan de Sousa *et al.* *Postpartum Depression: Epidemiological Clinical Profile of Patients Attended In a Reference Public Maternity in Salvador-BA*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Vol. 41, n. 3, p. 155–163. 2019.

FRIZZO, Giana Bitencourt *et al.* *Conjugalidade em contexto de depressão da esposa no final do primeiro ano de vida do bebê*. Aletheia, núm. 31, jan/abr, 2010, pp. 66-81.

_____, Giana Bitencourt *et al.* *Maternidade Adolescente: A Matriz de Apoio e o Contexto de Depressão Pós-Parto*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2019a, v.35, e3533. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e3533>.

_____, Giana Bitencourt *et al.* *Coparentalidade no Contexto de Depressão Pós-Parto: Um Estudo Qualitativo*. *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 24, n. 1, p. 85-96, jan./mar. 2019b.

_____, Giana Bitencourt *et al.* *Depressão Pós-Parto: Evidências a partir de dois Casos Clínicos*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(1), 46-55. 2010b.

_____, Giana Bitencourt; PICCININI, Cesar Augusto. *Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos*. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 10, n. 1, p. 47-55, jan./abr. 2005.

_____, Giana Bitencourt; PICCININI, Cesar Augusto. *Depressão Materna e a Interação Triádica Pai-Mãe-Bebê*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 351-360. 2007

GABRIEL, Marília Reginato *et al.* *Depressão pós-parto materna e o envolvimento paterno no primeiro ano do bebê*. *Aletheia* 46, p.50-65, jan./abr. 2015.

HARTMANN, Juliana Mano *et al.* *Depressão entre Puérperas*. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017; 33(9). DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00094016>.

MONTEIRO, Almira Silva Justen *et al.* *Depressão pós-parto: atuação do enfermeiro*. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*. 2020; vol. 4. e4547. DOI <https://doi.org/10.25248/REAenf.e4547.2020>

PEDROSA, Elessandra Ramos; SILVA, Michelli Domingos da; MIRANDA, Railton da Silva. *Baby blues na atenção primária: reflexos entre mãe e o recém-nascido*. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2020; 12(9). DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4137.2020>.

PICCININI, Cesar Augusto *et al.* *Percepções e Sentimentos de Gestantes sobre o Pré-natal*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Jan-Mar 2012, Vol. 28 n. 1, pp. 27-33.

_____, Cesar Augusto *et al.* *Gestação e a constituição da maternidade*. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.

SCHIAVO, Rafaela de Almeida; PEROSA, Gimol Benzaquen. *Child Development, Maternal Depression and Associated Factors: A Longitudinal Study*. *Developmental Psychology*. Paidéia (Ribeirão Preto), 2020, Vol. 30, e3012. ISSN 1982-4327 (online version). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e3012>.

SCHWENGBER, Daniela Delias de Sousa; PICCININI, Cesar Augusto. *Depressão Materna e Interação Mãe-Bebê no Final do Primeiro Ano de Vida*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Set-Dez 2004, Vol. 20 n. 3, pp. 233-240.

_____, Daniela Delias de Sousa; PICCININI, Cesar Augusto. *A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê*. Estudos de Psicologia. Campinas. 22(2). 143-156. abril – junho. 2005.

_____, Daniela Delias de Sousa; PICCININI, Cesar Augusto. *O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê*. Estudos de Psicologia 2003, 8(3), 403-411.

SILVA, Vanessa *et al.* *Sintomatologia depressiva no termo da gestação, em mulheres de baixo risco*. J Bras Psiquiatr. 2019;68(2):65-72.

SOTTO-MAYOR, Iara Maria Backes de; PICCININI, Cesar Augusto. *Relacionamento conjugal e depressão materna*. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v. 36, n. 2, pp. 135-148, maio/ago. 2005.

SOUSA, Daniela Delias; PRADO, Luiz Carlos; PICCININI, Cesar Augusto. *Representações Acerca da Maternidade no Contexto da Depressão Pós-Parto*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2011, Vol. 24 n. 2, pp. 335-343.

THOMAZ, Ana Claire Pimenteira *et al.* *Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais*. Estudos de Psicologia, 2005, Vol. 10, n. 1, pp. 139-146.