

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

Emilena Abadia Muniz Gomes

Depressão pós-parto, causas e consequências.

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

Emilena Abadia Muniz Gomes

Depressão pós-parto, causas e consequências.

Monografia a ser apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Prof. Ileno Izídio da Costa

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

Emilena Abadia Muniz Gomes

Depressão pós-parto, causas e consequências.

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

Prof.
Avaliador 1

BRASILIA DF
2015

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

As minhas filhas, Jéssyca Muniz e Beatriz Muniz que me encorajam a enfrentar todos os momentos difíceis da vida e é por elas que vivo e morro.

Com muito carinho dedico ao meu esposo Wilson Gomes que sempre me incentivou a estudar, pela compreensão e apoio por toda minha formação acadêmica.

À Deus

Pela dádiva da vida, por ter me ajudado a manter a fé nos momentos mais difíceis e me ajudar nesta caminhada, pois a distância de Luziânia a UNB não é fácil.

Aos meus Pais

Em especial a minha Mãe Maria Abadia, pela minha vida e formação, por ser uma guerreira em todos os sentidos e com isso me transformar em uma mulher forte, que hoje sorri orgulhosa ou chora emocionada, que por muitas vezes, na tentativa de acertar, comete falhas, mas que inúmeras vezes foi vitoriosa, obrigada por tudo, em especial, por ter sido mãe e pai por vários anos. Ao meu Pai Emivaldo Muniz que não teve a oportunidade de estudos, mas me ensinou a ser quem você quer, refletindo nas indagações; Quem quero ser? Para onde quero ir? E o que quero fazer?

À minha família

Minha irmã Elaine Cristina que já sentiu esse gostinho de uma formação acadêmica e por se orgulhar de minha pessoa, a irmã Emanuelle que está caminhando rumo a esta conquista.

Ao meu orientador

Dr. Professor Ileno Izidio, na qual me orgulho em dizer que é meu professor para todos os meus colegas e familiares, que dedicou seu tempo e compartilhou suas experiências e vivências clínicas. O seu olhar crítico e construtivo me ajudou a querer superar alguns desafios.

À todos os professores

pelo ensinamento, pela dedicação ao ensino e pelos conhecimentos transmitidos para minha formação como especialista. Que me fizeram olhar o meu mundo e o mundo dos outros com outro olhar.

Aos amigos

A Jussara Caixeta por me acompanhar firmemente nesta caminhada de idas e vindas, conselhos, dividindo alegrias e tristezas, a Mary Nilce que sempre me levantou nos dias de tristeza ou desânimos com seu sorriso inigualável, a minha colega de trabalho Mônica dos Santos, que me ajudou na hora mais difícil e a todos aqueles de alguma forma ajudaram a semear, cultivar e colher os frutos desses anos de curso, pelas companhias e farras dos almoços nos restaurantes e lanches em sala de aula.

Aos usuários do CAPS e a minha chefe Psicóloga Dra. Neila Nascimento que me deu a oportunidade de participar do processo seletivo desta Especialização, acreditando em minha pessoa.

Meu muito obrigada!

Um dia uma criança chegou diante de um pensador e perguntou-lhe: “Que tamanho tem o universo?”. Acariciando a cabeça da criança, ele olhou para o infinito e respondeu: “O universo tem o tamanho do seu mundo”. Perturbada, ela novamente indagou: “Que tamanho tem meu mundo?”. O pensador respondeu: “Tem o tamanho dos seus sonhos”.

Se seus sonhos são pequenos, sua visão será pequena, suas metas serão limitadas, seus alvos serão diminutos, sua estrada será estreita, sua capacidade de suportar as tormentas será frágil. Os sonhos regam a existência com sentido. Se seus sonhos são frágeis, sua comida não terá sabor, suas primaveras não terão flores, suas manhãs não terão orvalho, sua emoção não terá romance. A presença dos sonhos transforma os miseráveis em reis, faz dos idosos, jovens, e a ausência deles transforma milionários em mendigos faz dos jovens idosos. Os sonhos trazem saúde para a emoção, equipam o frágil para ser autor da sua história, fazem os tímidos terem golpes de ousadia e os derrotados serem construtores de oportunidades.

Sonhe!

(Augusto Cury)

RESUMO

O presente trabalho examina algumas questões teóricas e estudos empíricos a respeito do impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. Analisam-se as características da depressão pós-parto e fatores de risco associados à sua ocorrência. Discutem-se, em particular, as repercussões do estado depressivo da mãe para a qualidade da interação com o bebê e, conseqüentemente, para o desenvolvimento posterior da criança. Os estudos revisados sugerem que a depressão pós-parto afeta a qualidade da interação mãe-bebê, especialmente no que se refere ao prejuízo na responsividade materna. Por outro lado, apontam que os efeitos da depressão da mãe na interação com o bebê dependem de uma série de fatores, o que não permite a realização de um prognóstico baseado em fatores isolados.

Palavras-chave: depressão pós-parto; interação mãe-bebê; desenvolvimento sócio-emocional

ABSTRACT

The present work examines some theoretical aspects and empirical studies related to the impact of postpartum depression to mother-child interaction. The characteristics of postpartum depression and the risk factors related to its occurrence are also examined. Furthermore, it discusses the consequences of maternal depressed state to mother-child interaction and to child development. The revised studies suggest that postpartum depression negatively affects the mother-child interaction quality, particularly maternal responsivity. On the other hand, studies show that postpartum depression effects on mother-child interaction depend on various factors, which makes it impossible for us to make predictions based on any isolated factor.

Key words: postpartum depression; mother-child interaction; socio-emotional development

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. METODOLOGIA E MÉTODOS DA PESQUISA.....	13
3. DEPRESSÃO PÓS PARTO.....	14
4. SER MÃE: MUDANÇAS E READAPTAÇÃO.....	20
5. TRANSTORNOS ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PÓS PARTO.....	22
5.1 Disforia puerperal.....	22
5.2 Depressão pós parto.....	22
5.3 Psicose pós parto.....	25
5.4 Transtorno ansioso.....	25
5.5 Transtorno da ansiedade generalizada.....	26
5.6 Fobia social.....	26
5.7 Transtorno obsessivo compulsivo.....	27
5.8 Transtorno do Pânico.....	28
5.9 Transtorno de estresse traumático.....	28
6. TRATAMENTOS DA DEPRESSÃO PÓS PARTO.....	30
7. CONCLUSÃO.....	31
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

1. INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto é uma patologia psíquica que a cada dia vem acometendo um número maior de mulheres mundo a fora. A mesma já vem sendo motivo de inúmeros estudos e é identificada na literatura desde Hipócrates, onde se notou uma associação entre o período de pós- parto e o transtorno do humor.

O conceito da DPP também é entendido como uma depressão atípica que apresenta como características a proeminência de sintomas neuróticos, como a ansiedade, a irritabilidade que muitas vezes encobrem a depressão e também a presença de algumas características e sintomas opostos ao da Depressão clássica, como a piora ao fim do dia e a insônia inicial que acomete principalmente as puérperas jovens ou de personalidade imatura.

A DPP para alguns autores é conceituada como um transtorno depressivo maior que contem no mínimo a presença de 05 (cinco) sintomas da depressão maior.

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais - DSM-IV, a descrição conceitual da depressão pós-parto encontra-se dentro da classificação Transtorno do humor, caracterizado por um transtorno depressivo com início no pós-parto e está descrita como uma depressão iniciada dentro de 04 (quatro) semanas após o parto.

Já na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10, a DPP encontra-se dentro das categorias selecionadas na classificação de Transtornos mentais e de comportamentos associados ao puerpério (F53), com início dentro de 06 semanas após o parto. Porém, essa categoria só pode ser usada quando for inevitável ou quando não conter informações suficientes que se enquadram em outras categorias.

O conceito da DPP é citado também como um episódio depressivo não psicótico que instala-se nos primeiros meses após o parto, apresenta um quadro de intensidade variável, tendo na maioria das vezes sintomas mais brandos e moderados. Em outro estudo o conceito mostra-se como um distúrbio do humor de grau moderado a severo, clinicamente identificado ao Episódio Depressivo.

Assim, este artigo tem como objetivo fornecer um panorama das pesquisas realizadas em que a DPP é objeto de estudo e discutir criticamente este conceito a partir da coleta de dados de uma extensiva revisão da literatura, também como as consequências sob a relação mãe-bebê.

2. METODOLOGIA E MÉTODO DA PESQUISA

A metodologia utilizada neste trabalho envolveu levantamento bibliográfico especializado, em artigos e base de dados, visando à busca de referencial teórico para referendar o presente estudo.

As buscas de dados foram realizadas por meio de bases de dados nacionais e internacionais on-lines, tais como:

1. Medline-PubMed,
2. Scielo Brasil.

Ambas bases de dados científicos eletrônicos.

Foi utilizada a busca por palavras-chaves, palavras estas que poderiam estar em qualquer parte do corpo do trabalho. As palavras-chaves ou key-works utilizadas para a obtenção dos artigos, teses e/ou livros foram: depression, anxiety, psychosis disorders, postpartum e postnatal. A referida busca foi realizada nos artigos datados entre os anos 2000 a 2009.

Após realizada a coleta dos artigos, foram definidas possíveis categorias de análise. São elas.

- Elementos causais
- “Ser Mãe”: Mudanças e Readaptações.
- Transtornos provenientes e/ou associados a depressão pós-parto.
- Relação causal.

3. DEPRESSÃO PÓS-PARTO: ELEMENTOS CAUSAIS

Diversos estudos já realizados afirmam que a depressão pós-parto (DPP) é uma patologia oriunda de um conjunto de fatores biopsicossociais, dificilmente controláveis, que atuam de forma implacável no seu surgimento. Ressaltam ainda que a depressão pós-parto começa algumas semanas depois do nascimento da criança e deixa a mulher incapacitada, com dificuldade de realizar até mesmo as tarefas mais simples como as do dia a dia.

Segundo Guedes-Silva, Souza e Moreira (2003) a depressão pós-parto é uma condição que afeta 10% a 15% das mulheres no pós-parto e atinge tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento de seu filho. A manifestação desse quadro acontece, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses. A sintomatologia mais comumente apresentada consiste em desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas. Os autores Lai e Huang em um estudo realizado no ano de 2004 apontaram diversos pontos para esta multifatorialidade, foram eles:

- Pouca idade da mãe;
- O fato da mãe não estar casada;
- Parceiro desempregado;
- Grande número de filhos;
- Baixo peso do bebê;
- Gravidez indesejada;
- Alimentação do bebê direto na mamadeira;
- Desemprego após a licença maternidade;
- Morte de pessoas próximas;
- Separação do casal durante a gravidez;
- Antecedentes psiquiátricos anteriores ou durante a gravidez;
- Tristeza constante, especialmente na parte da manhã e/ou à noite;
- Sensação de que não vale a pena viver e de que nada de bom vem pela frente.

Embora seja um transtorno de etiologia multifatorial a DPP apresenta diversos fatores de risco que sinalizam uma propensão para o desenvolvimento do transtorno, são estes:

fatores biológicos, fatores hereditários' fatores sociais, estressores e outros. No entanto, cabe ressaltar que propensão não significa determinação, ou seja' existe uma propensão que não determina o surgimento do transtorno.

Com isso e mediante os diversos estudos encontrados, observa-se que aparecem com maior frequência como motivos ligados a causalidade questões relacionados a mulheres com episódios passados de DPP pós-parto, vida cheia de acontecimentos estressantes, episódios passados de depressão, história de distúrbio do humor na família, ausência de apoio social em geral do pai da criança, humor deprimido durante a gravidez, ansiedade, relacionamento conjugal insatisfatório, apoio social insuficiente, depressão durante a gravidez, mau relacionamento com a mãe, falta de um confidente, condições psicossociais desfavoráveis, história familiar de DPP, gravidez não desejada, gravidez na adolescência, mães solteiras, pobreza relativa, dificuldade financeira, dificuldade profissional, amamentação, número de filhos, paridade, dificuldades obstétricas, o tipo de parto, síndromes de alterações mentais maternas transitórias e autolimitadas que ocorrem durante o início do puerpério com sintomas semelhantes ao da DPP (tristeza pós- parto).

Reforçando alguns fatores de risco, estudos mostram que mulheres que possuem história familiar ou pessoal de depressão e que tenham tido episódios prévios da doença possuem o risco de 50% se recorrências nas próximas gestações, e cerca de 30% das pacientes com depressão prévia a concepção desenvolverão o distúrbio.

Já outro estudo afirma que as mulheres com história de DPP teriam um risco de 41% de depressão em um futuro pós-parto.

No entanto, há divergências entre os estudos em relação aos fatores de risco. porém fatores como a amamentação e as variáveis obstétricas, (tipo de parto, idade da gestação, peso do recém-nascido) ou fatores como a idade da mãe, estado civil, escolaridade, o número de filhos, paridade, emprego durante a gravidez, e história familiar parecem não ter relevância na contribuição da DPP.

Como podemos ver, são muitos os fatores de risco que estão relacionados à DPP, talvez seja por conta disso que não haja uma unanimidade entre os autores. Podemos notar também que dentre os tipos de fatores de risco apresentados (psicossociais, biológicos e sociais) há uma tendência maior relacionado às questões psicossociais, devido às emoções vivenciadas na maternidade.

A depressão pós-parto caracteriza-se como u transtorno com diversos níveis de intensidade, vai desde uma depressão moderada a uma depressão grave e que acomete a

mulher após ela ter dado à luz um bebê. Ela pode ocorrer logo após o parto ou até um ano depois. Na maioria das vezes, ocorre dentro de 03 (três) meses após o parto.

O nascimento de um bebê, principalmente em se tratando do primeiro filho, tem sido considerado por diversos autores como um evento propício ao surgimento de problemas emocionais nos pais, como depressões, psicoses pós-parto e manifestações psicossomáticas (Klaus et al., 2000; Maldonado, 1990; Szejer & Stewart, 1997). A depressão comumente associada ao nascimento de um bebê refere-se a um conjunto de sintomas que iniciam geralmente entre a quarta e a oitava semana após o parto, atingindo de 10 a 15% das mulheres. Esses sintomas incluem 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 (Klaus et al., 2000).

Os distúrbios do humor que caracterizam o período pós-parto incluem também a melancolia da maternidade (*baby blues*) e as psicoses puerperais (Souza, Burtet, & Busnello, 1997). O primeiro quadro, que se caracteriza por um distúrbio de labilidade transitória de humor, atinge cerca de 60% das novas mães entre o terceiro e o quinto dia após o parto, porém geralmente tem remissão espontânea. Já as psicoses puerperais apresentam sintomas acentuados, os quais frequentemente requerem tratamento intensivo e, por vezes, hospitalização. A incidência desse quadro, de acordo com os autores, é de apenas dois a quatro casos em cada mil partos, ocorrendo entre as duas primeiras semanas após o parto.

Alguns autores sugerem que, por vezes, os sintomas da depressão pós-parto, podem surgir em algum outro momento do primeiro ano de vida do bebê e não necessariamente nas primeiras semanas após o seu nascimento (Beck, 1991; Brown et al., 1994; Klaus et al., 2000; Murray, Cox, Chapman, & Jones, 1995). Para esses autores, ainda que o quadro evidencie características específicas nas semanas que se seguem ao nascimento da criança, similaridades em relação à incidência, prevalência, características clínicas e fatores associados sugerem pouca distinção entre as depressões que acometem mães de crianças pequenas, independentemente de suas idades (Beeghly, Weinberg, Olson, Kernan, Riley, & Tronick, 2002; Cooper, Campbell, Day, Kennerley, & Bond, 1988; Cox, Murray, & Chapman, 1993).

A vulnerabilidade da mulher ao desenvolvimento ou agravamento da depressão após o nascimento de um filho tem sido estudada por diversos autores. De acordo com a literatura, há poucas evidências de que a presença da depressão pós-parto esteja associada apenas a

mecanismos biológicos, como, por exemplo, a uma diminuição nos níveis hormonais, o que a explicaria como resultado de alterações metabólicas, haja vista que a depressão é oriunda de uma junção de possíveis causas, ou seja, é multicausal (Lai & Huang apud Guedes-Silva et. al., 2003). Isso, por sua vez, vem reafirmar a perspectiva levantada por diversos autores, no sentido de que há uma combinação de fatores biológicos, psicológicos, obstétricos e sociais e que também sinalizam fatores de risco para o desenvolvimento de uma crise depressiva. Assim são diversos e difusos estes fatores que vão desde uma questão biológica até mesmo a uma questão de suporte social (Guedes-Silva et. al., 2003).

Variáveis sócio-demográficas, como idade, nível educacional e estado civil da mãe não têm apresentado uma associação consistente com a ocorrência da depressão pós-parto (Romito et al., 1999). Contudo, entre esses fatores o estado civil tem aparecido em alguns estudos como mais associados a esse quadro especialmente entre mães solteiras sem apoio social (Pfost et al., 1990).

Em outro estudo que avaliou a contribuição de fatores sócios demográficos para a ocorrência da depressão pós-parto entre adolescentes, Deal e Holt (1998) encontraram indícios de que a depressão das mães estava associada com a pouca idade, com a raça negra, estado civil de solteira, baixo nível educacional e suporte social inadequado. Apoiando esses resultados, Brown e colaboradores (1994), em uma investigação que avaliou a incidência de depressão e a experiência da maternidade oito e nove meses após o parto, encontraram sinais que a depressão materna nesse período também estava associada principalmente com a ausência de um parceiro, com complicações obstétricas e com a insatisfação relacionada aos cuidados recebidos na maternidade. Porém, nesse estudo, a idade da mãe, seu nível educacional e renda familiar não estiveram associados com a ocorrência de depressão.

Além dos fatores destacados acima, alguns estudos revelaram que histórico prévio de doença psiquiátrica ou problema psicológico da mãe, incluindo a melancolia da maternidade, também predisseram a ocorrência posterior de depressão pós-parto (Beck et al., 1992; Cutrona & Troutman, 1986; Klaus et al., 2000). Endossando esse ponto de vista, Klaus e colaboradores (2000) afirmaram que a ocorrência de histórico anterior pessoal ou familiar de depressão aumenta a probabilidade da depressão pós-parto, sem desconsiderarem a importância da contribuição de fatores psicossociais atuais.

Cramer e Palácio-Espasa (1993), no entanto, defenderam que o encontro mãe-bebê pode induzir uma patologia específica, determinada mais pelas vicissitudes da interação do que por uma patologia preexistente da mãe.

Alguns autores ressaltaram o caráter conflituoso da experiência da maternidade como um fator de risco para a ocorrência de distúrbios mentais após o nascimento de um bebê (Maldonado, 1990; Soifer, 1980). Nesse sentido, conceberam que tais distúrbios podem ter origem no conflito da mulher em assumir o papel materno, o que tornaria necessário um redimensionamento da própria identidade. Da mesma forma, Stern (1997) afirmou que com a chegada do bebê, a nova mãe percebe-se diante de uma reelaboração de esquemas a respeito de si mesma, os quais englobam todos os aspectos do seu ser. A reavaliação de sua identidade, sob essa ótica, pode ser acompanhada de um sentimento de perda subjacente ao sentimento de ganhos com a maternidade, o qual pode estar relacionado à presença de sintomas depressivos.

Embora a experiência da maternidade de mulheres que apresentam sintomas depressivos após o nascimento do bebê seja ainda pouco explorada, alguns estudos que investigaram esse tema foram consistentes ao mostrar que mães deprimidas comumente relatam mais dificuldades em exercer a maternidade do que mães não deprimidas (Downey & Coyne, 1990; Hock & DeMeis, 1990; Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000; McKim, Cramer, Stuart, & O'Connor, 1999; Rutter, 1990). Alguns desses estudos mostraram que mães deprimidas definiram-se como menos competentes menos ligadas emocionalmente às suas crianças, mais dependentes e isoladas socialmente (Milgron & McCloud, 1996), relataram menos confiança e satisfação com o desempenho do papel materno do que mães não deprimidas (Anderson, Fleming, & Steiner, 1994; Brown et al., 1994; Fowles, 1996; Panzarine, Slater, & Sharps, 1995), e tenderam a descrever seus bebês como crianças com temperamento difícil (Brown et al., 1994; Campbell & Marcus, 1987; Mebert, 1991; Whiffen, 1990).

Alguns autores apontaram ainda para a contribuição do temperamento do bebê na precipitação da depressão materna, mostrando que, diante de um bebê mais difícil, as mães perceberam a si mesmas como desempenhando uma maternagem mais pobre (Cutrona & Troutman, 1986). Endossando essa concepção, Murray, Stanley, Hooper, King e Fiori-Cowley (1996), ao avaliarem o comportamento neonatal de bebês de mães primíparas que na gestação foram avaliadas como tendo risco para o desenvolvimento de depressão após o nascimento do bebê, ressaltaram que o funcionamento motor pobre e o alto nível de

irritabilidade dos bebês entre o décimo e o décimo quinto dia após o nascimento estiveram associados ao início da depressão da mãe dois meses depois do parto. De acordo com os autores, esses resultados indicam que fatores neonatais podem causar um impacto significativo no estado mental da mãe. Contudo, ao avaliarem a contribuição do temperamento do bebê na precipitação da depressão da mãe, Cummings e Davies (1993) chamaram a atenção para a necessidade da realização de novos estudos que avaliassem o comportamento neonatal antes da ocorrência da depressão da mãe. Os autores consideraram que os resultados encontrados por Cutrona e Troutman deveriam ser interpretados com cautela, tendo em vista a possibilidade de que os bebês já sofressem o impacto das alterações do estilo interativo da mãe deprimida, uma vez que estavam com dois meses de idade no momento da investigação.

Como pôde ser visto, os estudos revisados indicam que a ocorrência da depressão pós-parto está associada a uma série de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos que se inter-relacionam. Além disso, a literatura aponta também para o caráter conflituoso da experiência da maternidade como um fator de risco para a depressão da mãe, uma vez que a maternidade implicaria na assunção de novos papéis e em mudanças profundas na identidade da mulher. Os estudos sugerem também que mães deprimidas tendem a perceber a própria experiência de forma mais negativa do que mães não deprimidas.

4. SER MÃE: MUDANÇAS E READAPTAÇÃO

Os estudos revisados indicam que a depressão pós-parto tem etiologia multifatorial, atingindo um significativo número de mulheres no pós-parto. A DPP pode se manifestar com intensidade variável, tornando-se um fator que dificulta o estabelecimento de vínculo afetivo favorável entre mãe e filho, podendo interferir na qualidade dos laços emocionais futuros. Existem evidências de associação entre a DPP e prejuízo no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança.

É importante a investigação a respeito das vivências da mulher durante a gravidez e, especialmente, como está se sentindo no pós-parto, bem como se ela conta com uma rede de apoio social que dê sustentação às mudanças psíquicas vividas com o nascimento de um bebê. Pois, o reconhecimento do estado depressivo da mãe é fundamental e, às vezes, difícil em razão das queixas psicossomáticas que podem sugerir somente problemas orgânicos. É necessário que esta experiência, vivida subjetivamente pela mulher, possa ser detectada o quanto antes para ajudá-la no seu processo de reconstrução.

Pode-se pensar que a detecção precoce dos fatores de risco envolvidos na DPP, realizada mediante o acompanhamento das gestantes, seja um fator importante para a prevenção da própria DPP e das repercussões na interação mãe-filho. Com isto abre-se a possibilidade de auxílio à mulher, e a sua família, principalmente durante a gestação e o puerpério.

Assim e na perspectiva da Psicologia da Saúde, considera-se que os profissionais de saúde/educação que estejam envolvidos em trabalhos com gestantes desempenham um papel importante neste reconhecimento, diagnosticando e encaminhando as famílias para atendimento psicológico, podendo desta forma auxiliar no desenvolvimento infantil saudável.

Como já visto anteriormente, transtornos psiquiátricos associados ao puerpério têm sido identificados há muito tempo. Já nos séculos XVII e XVIII, haviam relatos de casos de “insanidade puerperal” que começaram a aparecer na literatura médica francesa e alemã. Em 1818, Jean Esquirol foi o primeiro a fornecer dados detalhados e quantitativos de 92 casos de psicose puerperal retirados dos seus estudos na Salpêtrière. O médico francês Victor Louis Marcé, em 1856, sugeriu que mudanças fisiológicas associadas ao puerpério influenciavam o humor materno.

Isso porque no puerpério, ocorrem bruscas mudanças nos níveis dos hormônios gonadais, nos níveis de ocitocina e no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que estão relacionados ao sistema neurotransmissor. Além das alterações biológicas, a transição para a

maternidade é marcada por mudanças psicológicas e sociais. No puerpério há necessidade de reorganização social e adaptação a um novo papel, a mulher tem um súbito aumento de responsabilidade por se tornar referência de uma pessoa indefesa, sofre privação de sono e isolamento social. Além disso, é preciso reestruturação da sexualidade, da imagem corporal e da identidade feminina.

Dentre todas as fases da vida da mulher, o pós-parto é o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos psiquiátricos. Apesar de não serem reconhecidas como entidades distintas nos sistemas classificatórios atuais, a disforia puerperal, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto têm sido consideradas transtornos relacionados ao pós-parto. Atualmente, além dessas três categorias diagnósticas, os transtornos ansiosos no pós-parto também têm sido estudados.

5. TRANSTORNOS ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PÓS PARTO

5.1 Disforia puerperal

Na década de 1960, pesquisadores descreveram uma condição chamada disforia puerperal (*maternity blues* ou *postpartum blues*). Eles observaram que, após alguns dias do parto, grande parte das mulheres apresentava choro com facilidade e que esse choro não tinha relação com sentimento de tristeza. Notaram que essas mulheres apresentavam empatia exacerbada e ficavam com sensibilidade excessiva à rejeição.

A disforia puerperal é considerada a forma mais leve dos quadros puerperais e pode ser identificada em 50% a 85% das puérperas, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados. Os sintomas geralmente se iniciam nos primeiros dias após o nascimento do bebê, atingem um pico no quarto ou quinto dia do pós-parto e remitem de forma espontânea em no máximo duas semanas. Seu quadro inclui choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade e comportamento hostil para com familiares e acompanhantes. Algumas mulheres podem apresentar sentimentos de estranheza e despersonalização e outras podem apresentar elação. Mulheres com disforia pós-parto não necessitam de intervenção farmacológica. A abordagem é feita no sentido de manter suporte emocional adequado, compreensão e auxílio nos cuidados com o bebê.

5.2 Depressão pós-parto (DPP)

Apesar de a psicose pós-parto ser familiar à maioria dos clínicos já no final do século XIX, foi a partir da década de 1950 que começaram a aparecer estudos incluindo quadros moderados de transtornos do humor. Um dos primeiros estudos foi o realizado por Brice Pitt em 1968. Ele descreve o quadro clínico de 33 mulheres com depressão no pós-parto e propõe classificá-la como “depressão atípica”, por ter encontrado uma porcentagem delas com escores altos para neuroticismo.

A maioria dos pesquisadores do assunto utiliza o termo depressão pós-parto (DPP) para designar qualquer episódio depressivo que ocorra nos meses que se seguem ao nascimento do bebê, havendo estudos que consideram dois meses, três meses, seis meses, e até um ano.

Geralmente, o quadro inicia-se entre duas semanas até três meses após o parto, ocorrem humor deprimido, perda de prazer e interesse nas atividades, alteração de peso e/ou apetite, alteração de sono, agitação ou retardo psicomotor, sensação de fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldade para concentrar-se ou tomar decisões e até pensamentos de morte ou suicídio.

No quadro clínico da depressão nessa época da vida são observadas algumas peculiaridades, dentre elas a alta probabilidade de comorbidade com sintomas ansiosos e obsessivo-compulsivos, a menor incidência de suicídio e a resposta terapêutica mais demorada e requerendo mais de uma medicação. As mulheres com DPP têm mais chance de apresentar episódios depressivos posteriormente e principalmente novos episódios de DPP.

A prevalência da DPP varia entre 10% e 20%; essa taxa pode variar dependendo da cultura, do período e do método utilizado no diagnóstico.

Dez estudos estimaram a prevalência da DPP no Brasil. Foram encontradas taxas de 7,2% a 43%. Essa grande variação,

provavelmente, deve-se a fatores culturais e aos instrumentos utilizados para o diagnóstico. A maioria dos estudos utilizou a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), uma escala de rastreamento largamente encontrada em pesquisas de DPP.

Os fatores de risco fortemente associados à DPP são história pessoal de depressão, episódio depressivo ou ansioso na gestação, eventos de vida estressantes, pouco suporte social e financeiro e relacionamento conjugal conflituoso. Outros prováveis fatores de risco são histórico familiar de transtornos psiquiátricos e episódio de maternity blue, características de personalidade, padrões de cognição negativos e baixa auto estima. Também estão associados complicações obstétricas, parto prematuro, fatores culturais, história de abuso sexual ou de relação conflituosa com a mãe e gravidez não desejada.

São considerados fatores de proteção o otimismo, elevada auto estima, boa relação conjugal, suporte social adequado e preparação física e psicológica para as mudanças advindas com a maternidade.

A DPP pode causar significativas repercussões na qualidade de vida, na dinâmica familiar e na interação mãe-bebê. Mães com DPP, quando comparadas às mães não deprimidas, gastam menos tempo olhando, tocando e falando com seus bebês e apresentam mais expressões negativas que positivas. Elas se expressam menos face a face e são menos afetivas na interação com o bebê. Mães deprimidas podem interromper a amamentação mais precocemente e lidar com seus bebês de forma indecisa, pouco afetuosa e confusa por lhes

faltarem habilidades de resolução de problemas ou a persistência necessária para estabelecer interações afetivas com suas crianças. Outro aspecto desse relacionamento diz respeito à amamentação, momento de forte interação e intimidade entre a mãe e o bebê. Um estudo brasileiro avaliou a associação entre depressão pós-parto e lactação. Foi uma corte de 429 bebês acompanhados a partir do 20º dia de nascimento no Rio de Janeiro que observou um risco maior de interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro e segundo meses após o parto para aquelas crianças cujas mães estavam deprimidas. Quando os sintomas depressivos já são intensos no início do período puerperal, parece haver chance ainda maior de suspensão do aleitamento.

Os bebês são vulneráveis ao impacto da depressão materna, porque dependem muito da qualidade dos cuidados e da responsividade emocional da mãe. Quanto mais grave e persistente for a DPP materna, maior a chance de prejuízos na relação mãe-bebê e de repercussões no desenvolvimento da criança. Bebês de mães deprimidas quando comparados aos de não deprimidas exibem menos afeto positivo e mais afeto negativo, têm menor nível de atividade e menos vocalizações, costumam distanciar o olhar, apresentam mais aborrecimentos, protestos mais intensos, mais expressões de tristeza e raiva, menos expressões de interesse e uma aparência depressiva com poucos meses de idade. Os bebês se aconchegam pouco, têm pouca reciprocidade com suas mães e expressões emocionais diminuídas são irritadas e choram mais, têm mais problemas de alimentação e sono e menor desenvolvimento motor. Estudos de follow-up com crianças de mães com DPP demonstram que essas crianças têm menos segurança afetiva⁵³, apresentam maior incidência de distraibilidade, alterações de comportamento, atraso no desenvolvimento cognitivo e transtornos afetivos.

Estudos têm sugerido que a queda rápida dos hormônios gonadais que ocorre no pós-parto está implicada na exacerbação e precipitação dos transtornos de humor, pois o estrogênio e a progesterona estão associados à regulação de diversos sistemas de neurotransmissão, incluindo o serotoninérgico⁵. Outros hormônios neuroreguladores também têm sido estudados, como prolactina, ocitocina, cortisol, hormônios tireoidianos, com resultados não conclusivos.

5.3 Psicose pós parto

A psicose pós parto é o transtorno mental mais grave que pode ocorrer no puerpério. Ela tem prevalência de 0,1% a 0,2% (sendo esse percentual maior em casos de mulheres bipolares), usualmente é de início rápido e os sintomas se instalam já nos primeiros dias até duas semanas do pós-parto. Os sintomas iniciais são euforia, humor irritável, logorreia, agitação e insônia. Aparecem, então, delírios, idéias persecutórias, alucinações e comportamento desorganizado, desorientação, confusão mental, perplexidade e despersonalização.

O quadro psicótico no pós-parto é uma situação de risco para a ocorrência de infanticídio. Um estudo feito na Índia com mulheres internadas com quadros psicóticos no pós-parto revelou que 43% delas tinham ideias infanticidas. O infanticídio geralmente ocorre quando ideias delirantes envolvem o bebê, como ideias de que o bebê é defeituoso ou está morrendo, de que o bebê tem poderes especiais ou de que o bebê é um deus ou um demônio. Devem ser sempre investigados nos quadros de psicose pós-parto comportamento negligente nos cuidados com o bebê e ideias suicidas e infanticidas.

Entre os fatores de risco para psicose puerperal, estão a primiparidade, complicações obstétricas e antecedentes pessoais ou familiares de transtornos psiquiátricos, sobretudo outros transtornos psicóticos.

Quanto ao prognóstico, observa-se que cerca de 20% têm remissão completa do quadro e não apresentam recorrências. Estudos sugerem que há recorrência de novo episódio de psicose pós-parto em 18% a 37% das mulheres e que pode haver episódio subsequente, fora do pós-parto, de algum transtorno psicótico ou afetivo em 38% a 81% das mulheres.

Como o quadro da psicose pós-parto é grave, geralmente é necessária internação hospitalar. Causas orgânicas devem ser excluídas e o tratamento deve ser o mesmo que o recomendado para transtornos psicóticos agudos.

5.4 Transtornos ansiosos

O pós-parto tem sido identificado como um período de precipitação ou exacerbação dos transtornos ansiosos. Num recente estudo realizado em Recife, onde 400 puérperas foram

entrevistadas com a MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), foi observado que cerca de 30% delas apresentaram pelo menos um transtorno de ansiedade. Os mais prevalentes foram o transtorno de ansiedade generalizada (16,5%), a fobia social (11,2%) e o transtorno obsessivo-compulsivo (9,0%).

5.5 Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) ainda tem sido pouco estudado no pós-parto. Em uma pesquisa nos Estados Unidos, 68 puérperas com oito semanas de pós-parto foram entrevistadas utilizando-se a SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders*) e foi observada taxa de prevalência de 4,4% de TAG. Outro estudo do mesmo grupo, usando metodologia semelhante, mas desta vez com 147 mulheres examinadas, encontrou prevalência de 8,2%. Parte considerável desses casos pode ser desencadeada especificamente no pós-parto. Um estudo australiano conduzido com 408 puérperas encontrou incidência de 1,9% a 3,1% nesse período, utilizando a *Diagnostic Interview Schedule* (DIS). Sugere-se, inclusive, que eventualmente pode haver uma prevalência maior de TAG em puérperas do que na população geral. O quadro clínico envolve a presença persistente de ansiedade ou preocupações excessivas. As preocupações envolvem diversos eventos e atividades de vida e são acompanhadas de sintomas como inquietação, fadigabilidade, dificuldade para se concentrar, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono. Um estudo mostrou que, somadas as taxas de TAG com critérios cheios e de TAG subsindrômica, se chega a percentagem de 32,3%. Desse modo, diferenças nas taxas de prevalência podem ser encontradas, dependendo do rigor na aferição dos critérios diagnósticos em diferentes instrumentos utilizados.

5.6 Fobia social

A fobia social no período perinatal também foi pouco estudada. Um estudo de prevalência de ponto na oitava semana de pós-parto estimou a taxa de fobia social entre 4,1% e 15,0%, dependendo do critério utilizado. No estudo realizado por Cantilino, a prevalência foi de 11,2%. Esse dado nacional é compatível com o encontrado na literatura e mais um

pouco acima do encontrado em contexto fora do pós-parto, como num estudo brasileiro que mostrou prevalência de 7,9%. É compreensível que o puerpério seja um agravante para as portadoras desse transtorno ou para mulheres com quadros subsindrômicos, já que nesse período elas têm de lidar com um aumento de contatos sociais. Profissionais de saúde diversos, familiares do parceiro e pessoas presentes em sua residência para ajudar nos cuidados com o bebê são algumas das exposições que podem levar as mulheres a ficarem embaraçadas e temerosas de críticas.

5.7 Transtorno obsessivo compulsivo (TOC)

Há vários estudos retrospectivos que têm verificado que o puerpério é o principal evento de vida relacionado ao desencadeamento ou à exacerbação do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), provavelmente devido às alterações hormonais e psicossociais próprias desse período. Mas ainda poucos estudos estimam a prevalência do TOC especificamente no pós-parto. Wenzel *et al.*, avaliando mulheres com oito semanas de pós-parto, encontrou prevalência de TOC em 2,6% delas.

No estudo de Cantilino, foi encontrada prevalência de 9%, e em 2,3% o TOC teve início no pós-parto. Essa taxa foi considerada acima da esperada pelo pesquisador e um aspecto relacionado ao andamento da coleta de dados deve ser ressaltado: o projeto utilizou a mesma amostra de um outro intitulado “Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto”. Nesse outro projeto, houve a aplicação de um *checklist* para pesquisa de várias obsessões e compulsões. Isso pode ter sensibilizado tanto os entrevistadores como as puérperas quanto ao que estava sendo avaliado ao serem feitas as perguntas sobre TOC.

O conteúdo das obsessões e compulsões no pós-parto comumente envolve o bebê. São frequentes pensamentos obsessivos agressivos contra o recém-nascido, tais como medo de deixar o bebê cair no chão, impulso de jogar água fervendo sobre o bebê, de jogá-lo contra a parede, pensamento intrusivo de colocar o bebê no forno, imagens recorrentes do bebê morrendo sufocado no berço, sendo picado por insetos ou sofrendo um acidente ou sangrando. É necessário salientar que a ocorrência de pensamentos obsessivos agressivos contra o bebê não está relacionada com comportamentos infanticidas. Pensamentos obsessivos são intrusivos, não reconhecidos como pensamentos que se esperaria ter, causam ansiedade e desconforto e a pessoa tenta resistir a eles, ignorá-los ou neutralizá-los.

5.8 Transtorno do pânico

O transtorno do pânico, ao longo da gravidez, tem seu curso variável, com alguns autores sugerindo uma diminuição dos seus sintomas, enquanto outros relatam que não há modificação. Durante o pós-parto, no entanto, não parece haver dúvida de que ocorre exacerbação dos sintomas do transtorno preexistente e também alta taxa de aparecimento dos sintomas pela primeira vez. Num estudo com a participação de 64 mulheres portadoras de transtorno do pânico, verificou-se que 10,9% delas tiveram o início da sintomatologia nas primeiras 12 semanas de pós-parto. Essa taxa é consideravelmente maior do que a esperada para um período outro qualquer de 12 semanas, cerca de 0,92%. Cantilino observou prevalência de 3,3%. Admite-se que a maior emergência de crises de pânico durante o puerpério não seja simplesmente uma coincidência. Entre mulheres com história de transtorno do pânico anterior à gravidez, aumento significativo da gravidade ou da frequência dos ataques durante o pós-parto parece ser um achado consistente; isso tende a ocorrer em cerca de 31% a 63% dessas mulheres. Numa série de 22 casos de portadoras de transtorno do pânico estudadas prospectivamente, observou-se que a exacerbação de sintomas nesse período pode ocorrer mesmo naquelas mulheres que ficam livres de sintomas durante a gravidez. Algumas mulheres podem já apresentar certo aumento sintomatológico no final da gravidez. Uma vez que alterações fisiológicas associadas à gestação podem resultar em ocasionais taquicardias, sudorese, tonturas e encurtamento da capacidade para inspirar, elas podem interpretar esses sintomas de maneira catastrófica e ter crises de pânico completas ou incompletas.

5.9 Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)

Apenas recentemente o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) tem sido relacionado ao pós-parto. O DSM-IV define evento traumático como um “evento catastrófico envolvendo morte ou lesão real ou ameaçada, ou ameaça à integridade física de si mesma, sendo caracterizada por intenso medo, impotência ou horror”. Assim, advoga-se que partos em que a mulher vivencia situações como dor intensa e prolongada, procedimentos

obstétricos de urgência, experiência de ter sido humilhada pela equipe médica, medo de morte ou morte do feto ou recém-nascido, percepção de anomalia congênita no bebê, entre outras, podem ser considerados fatores traumáticos que eventualmente podem desencadear o TEPT.

A prevalência relatada de TEPT causada por eventos do periparto varia de 1,5% a 5,6%. O pico de prevalência parece ocorrer na sexta semana de pós-parto, havendo uma diminuição das taxas ao longo dos cinco meses seguintes. Os casos de TEPT no pós-parto obviamente não se devem exclusivamente a eventos relacionados ao periparto. Um estudo recente com puérperas pesquisou outros eventos de vida além dos eventos relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério e observou que os primeiros pareciam ainda mais frequentemente relacionados aos sintomas. De qualquer modo, o TEPT no pós-parto pode afetar a decisão da mãe quanto a ter outros filhos no futuro, além de interferir na lactação e no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê. Sendo assim, precisa ser revestido de mais atenção tanto por parte dos clínicos como dos pesquisadores. Sugere-se que apareçam no Brasil estudos pesquisando o TEPT no pós-parto secundário a experiências de violência doméstica e também urbana durante a gravidez comparando-o com o ocorrido fora do período perinatal, já que a mulher tende a vivenciar esse período com mais vulnerabilidade emocional.

6. TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS PARTO

O uso de medicação antidepressiva é a primeira linha no tratamento. Apesar de poucos estudos avaliarem o uso de antidepressivos especificamente na DPP, eles têm se mostrado, na prática clínica, eficazes e essenciais no tratamento. Numa revisão sistemática, feita por Dennis e Stewart, havia três estudos abertos, com grupos pequenos e sem grupo de controle, que avaliavam eficácia da sertralina, fluvoxamina e venlafaxina na DPP, e em todos eles foi observada melhora dos sintomas depressivos.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) também tem sido bastante avaliada em DPP. Em 1997, foi publicado o primeiro grande estudo nesse sentido. Oitenta e sete puérperas deprimidas foram separadas em quatro grupos que receberam: placebo, fluoxetina, TCC mais placebo e TCC mais fluoxetina. Observou-se que os grupos usando fluoxetina, TCC e fluoxetina mais TCC foram todos superiores ao que recebeu apenas placebo. Contudo, nenhum desses três grupos foi superior entre si. Sugere-se, assim, que a TCC pode ser tão eficaz quanto o antidepressivo, mas que a junção dos dois não oferece vantagem estatisticamente significativa. Foi isso que mostrou também outro estudo canadense, desta vez usando a paroxetina. A TCC também parece ser eficaz na prevenção de DPP quando aplicada em grávidas com sintomatologia depressiva mais exuberante.

Uma peculiaridade, nessa época da vida da mulher, é o aleitamento. A maioria das medicações é excretada no leite materno e, por questões éticas, não há estudos controlados avaliando a exposição do recém-nascido. Em geral, têm sido verificados poucos riscos e efeitos colaterais nos lactantes expostos a antidepressivos tricíclicos ou inibidores seletivos da recaptação da serotonina. Não há um exame específico para diagnosticar a depressão pós-parto. Seu médico pode solicitar que você responda um questionário (como a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo), durante a consulta, para verificar sinais ou riscos de depressão.

Em alguns casos, a depressão pós-parto pode estar relacionada a outros problemas de saúde. O hipotireoidismo, por exemplo, provocam sintomas como fadiga, irritabilidade e depressão. Mulheres com depressão pós-parto devem realizar exames de sangue para verificar as causas médicas da depressão.

7. CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES

Observou durante a realização da referida pesquisa que o processo de adoecimento de um indivíduo com depressão pós parto apresenta algumas particularidades em se tratando dos motivos causais. Particularidades essas, que dependem do histórico de vida do indivíduo em questão, da sua relação com o meio cultural, social e de acordo também com a época cronológica. Isso por sua vez, vem ressaltar os achados durante a realização da pesquisa. Pois, os estudos revisados indicam que a depressão pós parto tem etiologia multifatorial, atingindo um significativo número de mulheres no pós parto. Esse levantamento bibliográfico nos evidenciou que associado a esta causalidade multifatorial não é possível estabelecer uma porcentagem exata quanto às causas e as possibilidades de uma nova crise, haja vista que alguns estudos divergem quanto ao percentual para o ocorrido. Esta diferença entre estes percentuais vem evidenciar o quão irrelevante se torna tentar quantificar sua causalidade e enquadrá-la em uma relação linear entre sintoma e causa, isto porque cada indivíduo é único permeado por suas singularidades e vivências próprias.

Observou-se ainda que a DPP pode se manifestar com intensidade variável, tornando-se um fator que dificulta o estabelecimento de vínculo afetivo favorável entre mãe e filho, podendo interferir na qualidade dos laços emocionais futuros de ambos, isto porque em meio a estes estudos já realizados, observou-se um déficit na autoestima das mães portadoras do transtorno. Assim, existem evidências de associação entre a DPP e prejuízo no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança. Acredita-se que possamos explicar esse prejuízo uma vez que somos produtos de nossas aprendizagens, principalmente nos primeiros anos de vida. Portanto, se a relação mãe e filho já são iniciados com um déficit afetivo motivado pela DPP é possível que isto ocorra. Porém, também somos seres em constante modificação, assim se prontamente diagnosticada e tratada, esta relação tem todas as possibilidades de ser reestabelecida de forma saudável sem prejuízos maiores a nenhuma das partes. Haja vista, por sermos consideráveis seres mutáveis e resilientes, isto é, passíveis de ressignificar de eventos tidos como traumáticos.

Portanto, torna-se importante a investigação à respeito das vivências da mulher durante a gravidez e, especialmente, como está se sentindo no pós-parto, bem como se ela conta com uma rede de apoio social que dê sustentação às mudanças psíquicas vividas com o nascimento de um bebê.

Também torna-se essencial o reconhecimento do estado depressivo da mãe. O mesmo caracteriza-se como fundamental, porém, às vezes, difícil em razão das queixas psicossomáticas que podem sugerir somente problemas orgânicos. É necessário que esta experiência, vivida subjetivamente pela mulher, possa ser detectada para ajudá-la no processo de reconstrução. Pode-se pensar que a detecção precoce dos fatores de risco envolvidos na DPP, realizada mediante o acompanhamento das gestantes, seja um fator importante para a prevenção da própria DPP e das repercussões na interação mãe-filho. Com isto abre-se a possibilidade de auxílio à mulher, e a sua família, principalmente durante a gestação e o puerpério.

Na perspectiva da Psicologia da Saúde, considera-se que os profissionais de saúde/educação que estão envolvidos em trabalhos com gestantes desempenham um papel importante neste reconhecimento, diagnosticando e encaminhando as famílias para atendimento psicológico, podendo com este trabalho auxiliar o desenvolvimento saudável e construtivo da relação mãe-bebê e posteriormente um desenvolvimento infantil saudável.

A gravidez e o parto exercem efeitos psicológicos, fisiológicos e endocrinológicos sobre o corpo e a mente da mulher. Muitos estudiosos tentam comprovar que as alterações hormonais do período sejam as responsáveis pelos quadros clínicos. Porém, a relevância dessas questões biológicas, para o ser humano, ainda merecem melhores estudos e elucidações. Haja vista, que o nascimento de um filho é um momento único na vida de uma mulher. Momento este, permeado por diversas modificações corporais, diversas dúvidas quanto ao futuro e por uma reestruturação da vida em função desta nova vida agora sob sua responsabilidade. Ou seja, embora alguns autores tenham tentado estabelecer uma correlação entre a modificação dos níveis hormonais femininos e o surgimento de quadros de depressão pós parto, estes ainda continuam inconclusivos.

Portanto, embora uma conclusão definitiva ainda esteja longe de ser estabelecida, parece que os quadros puerperais são decorrentes de uma resposta individual anormal às variações hormonais e não das mudanças hormonais propriamente ditas.

Cabe ressaltar ainda que o surgimento da DPP também não segue uma regra linear, isto porque, este levantamento nos mostrou que não há um período “certo” para o seu

surgimento. A mulher por apresentar seus primeiros sintomas da DPP desde a gestação ou até mesmo durante o primeiro ano de vida da criança.

Assim é preciso que sejam realizadas mais pesquisas sobre o referido tema, e principalmente sobre a renovação da relação mãe-criança após um processo depressivo. Sugere-se que sejam realizados estudos longitudinais no intuito de verificar como se dá e o que facilita a reestruturação da relação mãe-criança, uma vez que somos seres mutáveis e que sofremos influência relacional e ambiental o tempo todo.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belmaker, R.H. & Agam, G. (2008). *Major depressive disorder*. The New England Journal of Medicine, 358(1), p.55-68.
- Cavalcanti, M.C. (2001). *Transtornos psiquiátricos associados à gravidez e ao puerpério*. In: Remígio Neto, J. et. al. Temas de obstetrícia e ginecologia. Recife: Editora Universitária da UFPE, p. 188-195.
- Glover V. (1992). *Do biochemical factors play a part in postnatal depression?*. Prog. Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 169(5), p.605-615.
- Guedes-Silva, D.; Souza, M.; Moreira, V. & Genestra, M. (2003). *Depressão pós-parto: prevenção e consequências*. Revista Mal-Estar e Subjetividades, 3(2), p.439-450.
- Hendrick, V.; Altshuler, L.L. & Suri, R. (1998). *Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression*. Psychosomatics, 39(2), p.93-101.
- Kendell RE; Chalmers, J.C. & Platz, C. (1987). *Epidemiology of puerperal psychosis*. The British Journal of Psychiatry, 150, p.662-673.
- Moloney, J. (1952). *Postpartum depression or third day depression following childbirth*. New Orleans Child Parent Digest, 6, p. 20-32.
- Nonacs, R. & Cohen, L. S. (1998). *Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guideline*. Journal of Clinical Psychiatry, 59(2), p. 34-40.
- Nonacs, R. Cohen, L. S. (2000). *Postpartum psychiatric syndromes*. In: Kaplan, Sadock's, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; p. 1276-83.

- Rehman A.U.; St Clair, D. Platz, C. (1990). *Puerperal insanity in the 19th and 20th centuries*. British Journal of Psychiatry, 156, p.861-865.
- Robin, A.A. (1962). *The psychological changes of normal parturition*. The Psychiatric Quarterly, 36, p. 129-150.
- Schmidt, E. B.; Piccoloto, N. M. & Müller, M. C. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. Revista Psico-USF, 10(1), 61-63.
- Yalom, I. D.; Lunde, D. T.; Moos R. H. & Hamburg. D. A. (1968). *“Postpartum blues” syndrome: a description and related variables*. Arch Gen Psychiatry, 18(1), p. 16-27.
- Yonkers, K. A.; Ramin, S.M.; Rush, A. J.; Navarrete, C.A.; Carmody, T. & March D. et al. *Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system*. Am J Psychiatry, 158(11), p. 1856-63.

