

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

THAIS VIEIRA SANTANA

PSICOLOGIA PERINATAL: como a psicoterapia pode ajudar
na prevenção da depressão pós-parto

Paracatu

2022

THAIS VIEIRA SANTANA

PSICOLOGIA PERINATAL: como a psicoterapia pode ajudar na prevenção da depressão pós-parto

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia e Saúde

Orientador: Prof. Msc. Robson Ferreira dos Santos

Paracatu

2022

THAIS VIEIRA SANTANA

PSICOLOGIA PERINATAL: como a psicoterapia pode ajudar na prevenção da
depressão pós-parto

Monografia apresentada ao Curso de
Psicologia do Centro Universitário Atenas,
como requisito parcial para obtenção do
título Bacharel em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia e Saúde

Orientador: Prof. Msc. Robson Ferreira dos
Santos

Banca Examinadora:

Paracatu- MG, 10 de junho de 2022.

Prof. Msc. Robson Ferreira dos Santos
Centro Universitário Atenas

Prof. Msc. Romério Ribeiro da Silva
Centro Universitário Atenas

Prof. Msc. Fátima Das Neves Martins Santos
Centro Universitário Atenas

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer a Deus por, ao longo deste processo complicado e desgastante, me ter feito ver o caminho, nos momentos em que pensei em desistir.

Deixo também um agradecimento especial ao meu orientador. Agradeço à minha família, ao meu companheiro por sempre estarem me apoiando e incentivando ao longo dessa caminhada.

Agradeço ainda as minhas amigas que ao longo desta etapa me encorajaram e me apoiaram, fazendo com que esta fase ficasse leve para conseguir continuar a caminhada.

RESUMO

A gravidez pode ser considerada um período de grandes modificações na vida da mulher, que pode ter mudanças físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. A gestante em crise se torna mais vulnerável e acessível a ajuda. Desse modo, a intervenção atinge níveis de eficiência elevados, o que torna o período de gravidez melhor vivido e auxilia na redução de ansiedade. O objetivo desse trabalho é promover a importância do acompanhamento psicológico nesse período. Este trabalho buscou a partir da produção de bibliografia encontrada em artigos, visando à importância do suporte psicológico nesse período.

Palavras-chave: Perinatal. Gestação. Psicologia.

ABSTRACT

Pregnancy can be considered a period of great changes in a woman's life, which can have physical, physiological, psychological and social changes. The pregnant woman who is in crisis becomes more vulnerable and accessible to help. Thus, the intervention reaches high levels of efficiency, which makes the pregnancy period better lived and helps to reduce anxiety. The objective of this work is to promote the importance of psychological counseling during this period. This work sought from the production of bibliography found in articles, aiming at the importance of psychological support in this period.

Keywords: *Perinatal. Pregnancy. Psychology*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	10
1.2 HIPÓTESE DE PESQUISA	11
1.3 OBJETIVOS	11
1.3.1 OBJETIVO GERAL	11
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
1.4 JUSTIFICATIVA	11
1.5 METODOLOGIA DE ESTUDO	13
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	13
2 DEPRESSÃO PÓS-PARTO	15
2.1 A MULHER E O PUERPÉRIO: CONTEXTO HISTÓRICO	15
2.2 DEPRESSÃO PÓS-PARTO ENQUANTO DOENÇA	17
2.3 FATORES DE RISCO	19
3 A TCC NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO	22
3.1 IDENTIFICAÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO JUNTO A TCC	22
3.2 PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA TCC	23
4 AS PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS NA PSICOLOGIA PARA O ENFRENTAMENTO DA DPP	27
4.1 ESTRATÉGIAS PSICOSSOCIAIS	27
4.2 A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO JUNTO AOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA DPP	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

Assim como a depressão, que acomete milhões de brasileiros todos os anos, a depressão pós-parto é uma condição que se destaca por profunda tristeza, sensação de desespero e falta de esperança que invade o coração das novas mães logo após o parto. O número de mulheres que reclama com seus obstetras de uma certa tristeza e irritabilidade após darem à luz é grande, cerca de 20 a 40 % das mulheres têm sido evidenciadas como perturbações emocionais ou disfunções cognitivas no período pós-parto (KAPLAN; SADOK, 1990). O bebê nasceu perfeito, tem boa saúde, o pai está radiante, a família não se aguenta de felicidade pelo novo membro, mas algo não se encaixa.

Muitas mães ainda não se sentem preparadas para tais mudanças, não sabem lidar com as alterações corporais, hormonais e até traumas relacionados na infância com novas histórias de vida dos seus pais até as suas. Quando esses sentimentos devastadores se agravam e persistem pode haver indícios de depressão pós-parto (SOUZA et al., 2011). Entre os fatores mais relacionados às causas da doença estão as alterações biológicas, como a flutuação hormonal, e as condições sociais, econômicas e psicológicas durante um período de novidades na vida da mulher e da família. Ambos podem colaborar para o agravamento ou o desenvolvimento de um quadro depressivo (SILVA; BOTTI, 2005).

Segundo Laconelli (2012), é habitual que durante a gravidez e, principalmente, o parto seja movido por fatores emocionais que permeiam as expectativas das futuras mães e da família toda. Esses medos e expectativas estão geralmente relacionados com o processo de desenvolvimento do bebê, com o momento do parto e com a perspectiva de ser uma boa mãe. Por esta razão, o acompanhamento psicológico, bem como uma escuta especial a todo esse contexto, pode auxiliar a mulher e sua família neste novo mundo de mudanças e de adaptações.

O silêncio sobre a depressão pós-parto reacende uma série de debates em torno da maternidade. A saúde mental das mulheres durante e após a gravidez algumas vezes são subvalorizadas durante o pré-natal e depois dos primeiros meses do nascimento da criança. Uma elaboração mais determinada sobre a rotina de cuidar de um recém-nascido feito por profissionais ajudaria a esclarecer essas dúvidas e diminuir os riscos de desilusões (CAMACHO, 2006). Ainda há muita idealização e certo romantismo em torno do que é a maternidade. É importante falar sobre essas questões

com o médico que está fazendo o pré-natal ou o acompanhamento. Até mesmo o pediatra pode dar esse auxílio. Mas é algo que deve ser conversado.

O papel do psicólogo na maternidade é propiciar um espaço de escuta para que a família possa nomear e atribuir significados àquela situação. A importância deste lugar de escuta deve ultrapassar as fronteiras do contexto hospitalar, os serviços psicológicos e sociais devem facilitar o caminho para que as mulheres possam pedir ajuda para lidar com os fragmentos, “buracos” da história de cada gestação e maternidade (IACONELLI, 2012).

Outras questões ainda muito relevantes serão consideradas pelo psicólogo que assiste este momento, como o eventual nascimento de um bebê com deficiências, nascimento prematuro, envolvimento emocional da família, o vínculo da gestante com o bebê, as dúvidas e dificuldades que surgirão após o parto, a idealização em contraste com a realidade da gestação, do parto e pós-parto.

Esta idealização é construída socialmente muitas vezes pelo mito de que toda mulher deve ser mãe e de que a gravidez é um período maravilhoso, o que em vários casos não são reais. Como já citado, essa experiência é muito particular para cada mulher e preciso que aquelas mulheres que não consigam engravidar ou terem experiências negativas com suas gestações sejam igualmente ouvidas e compreendidas com naturalidade, sem julgamentos ou pré-conceitos que reforcem sentimento de culpa desnecessário.

Novamente, o papel do psicólogo perinatal se faz importante, auxiliando a mulher a lidar com estes contextos e reconhecendo seus sentimentos de forma legítima. Além de considerar que nem todo quadro apresentado pela mulher será necessariamente patológico, muitas vezes a questão é a adaptação ao novo momento, às dificuldades e, de novo, a desconstrução de uma idealização para que ela possa lidar com a realidade da maternidade.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Qual a importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto?

1.2 HIPÓTESE DE PESQUISA

Trazer para as gestantes que o acompanhamento psicológico ajudará nos processos relacionados ao medo, ansiedade e nas dificuldades emocionais, orientando-as e preparando para que passem por esse processo da melhor maneira possível. E oferecer uma escuta qualificada e diferenciada sobre o processo da gravidez, fornecendo assim um espaço em que a mãe possa expressar. Além de favorecer a troca de experiências, descobertas e informações, com a extensão a família. Tendo como foco desse acompanhamento é assegurar o desenvolvimento de uma gestação saudável e sem transtornos para a mãe em todos os seus aspectos, e criando vínculos entre mães e bebês.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a importância do acompanhamento psicológico para a prevenção da depressão pós-parto.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) apresentar a depressão pós-parto, contexto histórico e fatores de risco que englobam o tema;
- b) descrever como a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) pode auxiliar no processo de identificação, prevenção e tratamento da Depressão Pós-Parto (DPP);
- c) discutir sobre as principais estratégias na psicologia para o enfrentamento e prevenção da Depressão Pós-Parto (DPP).

1.4 JUSTIFICATIVA

A gestação é um período especial na vida da mulher, sendo uma fase de transição do desenvolvimento humano, nessa fase acontecem várias transformações

no seu organismo e no seu bem-estar, alterando seu psiquismo e podendo ter o desenvolvimento de transtornos mentais comuns, incluindo os sintomas depressivos.

A gestação é um processo de estar à frente com o novo e buscar recursos para conseguir lidar com todas as mudanças, e a responsabilidade de cuidar de si e de outra vida que atravessa sua rotina e exige uma reorganização em todos os aspectos da vida. Compreendem-se, portanto, que “a gravidez é um tratamento de importantes reestruturações na vida da mulher e nos papéis que está exerce” (PICCININI *et.al.*, 2008, p.64).

No Brasil, a Depressão Pós-Parto tem prevalência entre 10 a 15%. Menos de 25% das puérperas acometidas têm acesso ao tratamento, e somente 50% dos casos de DPP são diagnosticados na clínica diária. Números que retratam a dificuldade de se estabelecer vias de tratamentos para a doença (OLIVEIRA; DUMNINGHAM, 2015).

É necessário desenvolver políticas nacionais específicas para a atenção à saúde mental perinatal, que visem à redução das morbidades maternas decorrentes de transtornos mentais relacionados a este período e com consequências graves não só para a mulher, mas também, para a criança, família e sociedade (ABUCHAIM *et al.*, 2016).

Ainda há estudos que compararam e avaliaram a prevalência de depressão pós-parto (DPP) e fatores associados em mulheres que deram à luz em dois hospitais um público e outro privado. No hospital público, a prevalência de Depressão Pós-Parto foi de 26% e, no privado, de 9%. (SALUM; MORAIS *et al.*, 2015). Mostra-se a necessidade de uma atenção integral à saúde da mulher, voltada para saúde física da mulher e da criança, sobretudo prestar um olhar à conjuntura sócio econômico, visando minimizar o aparecimento de Depressão Pós-Parto e seus possíveis efeitos prejudiciais sobre mãe e o filho (SOARES; GONÇALVES; CARVALHO, 2015).

Os impactos da depressão pós-parto vão além do mundo interno da mãe e podem repercutir no vínculo afetivo que permeia a díade, pelo fato das mães com DPP conversarem menos e interagirem menos com seus bebês, apresentam menos contato físico, que podem acarretar em desordens linguísticas, físicas, cognitivas e sociais, além do abandono da amamentação, influenciando na alimentação da criança e em escores nutricionais inferiores (SUI *et al.*, 2016).

O acompanhamento psicológico junto ao pré-natal é essencial na vida da gestante, desde a gestação até o nascimento do bebê, ele precisa se desenvolver com

segurança as competências motoras e cognitivas. Uma mãe com estado depressivo tende a se tornar ausente, ansiosa, fadigada, irritada, empobrecendo a assistência ao seu bebê (MOURA; FERNANDES; APOLINÁRIO, 2011).

Segundo Zampiri (2001) o pré-natal é um período essencial para dar suporte a mulher, auxiliar na sua gravidez por meio da troca de aprendizados simplificando essa vivência e registra ainda que “[...] o pré-natal visa segurar o bem-estar materno e fetal, favorecendo a compreensão, adaptação e novas vivências, oriundas de todas as transformações físicas, sociais, psicológicas, culturais da gestante, do companheiro e dos familiares”.

A devida atenção direcionada as mulheres no período gestacional é fundamental havendo a necessidade de que o cuidado não seja voltado apenas para a saúde física da mulher e do bebê, a gestante precisa de um apoio psicológico com um espaço de escuta onde possa falar das suas mudanças vivenciadas e como se sente diante delas.

Assim essa pesquisa tem grande importância buscando formas de trazer para as puerpérios o bem-estar materno e fetal e para todos os familiares, ajudando as mães construir o vínculo mãe-filho, prevenção e tratamento depressão pós-parto maior destacando a utilização da escuta qualificada e técnicas psicológicas para esses indivíduos.

1.5 METODOLOGIA DE ESTUDO

O presente trabalho trata de pesquisa bibliográfica de natureza descritiva, por buscar tornar mais explícito os conceitos, ideias e identificar um objeto de estudo que possa ser alvo de outras pesquisas. É uma pesquisa “bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos o fato estudado” (GIL, 2007, p.41).

Foram utilizados artigos científicos, Google Acadêmico, Biblioteca Digital, livros relacionados ao tema do acesso da biblioteca do Centro Universitário Atenas.

Foi realizada uma revisão do assunto, pontuando alguns aspectos relevantes para ser analisada a importância da atuação do psicólogo no tratamento da depressão pós-parto e o suporte emocional que este pode oferecer às mulheres que passam por algum tipo de sofrimento, como forma de conscientização para os profissionais da área de saúde e pacientes.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

O primeiro capítulo apresenta a introdução e descrição do tema, foi realizada a formulação do problema de pesquisa, as proposições do estudo, os objetivos geral e específico, a justificativa, relevância e contribuições da proposta de estudo, a metodologia do estudo, e também a definição estrutural da monografia.

O segundo capítulo aborda a contextualização histórica sobre a depressão pós-parto, a forma que era interpretada alguns séculos, como a mulher era vista, a forma de ser tratada como mãe e nos tempos de hoje. É abordado também, sobre o que é a depressão pós-parto e seus fatores de risco.

O terceiro capítulo descreve como a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) pode auxiliar no processo de identificação e prevenção e tratamento da depressão pós-parto.

O quarto capítulo discutir sobre as principais estratégias na psicologia para o enfrentamento da Depressão Pós-Parto (DPP).

Por fim, as considerações finais expõem quais foram as conclusões após fim da pesquisa refletindo acerca do problema central da pesquisa.

2 DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A depressão pós-parto (DPP) é um importante problema de saúde pública, afetando 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 depressão relacionada ao nascimento de um bebê refere-se a um agrupamento de sintomas que envolvem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança. Além disso, há 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 (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

2.1 A MULHER E O PUERPÉRIO: CONTEXTO HISTÓRICO

Nos séculos passados a gravidez era extremamente valorizada principalmente por causa da sua finalidade, a perpetuação da espécie. Desta forma, em determinadas culturas as mulheres grávidas eram colocadas acima da humanidade, escolhidas por Deus, para dar continuidade à vida humana, sendo respeitadas e honradas através da religião. No período romano (27 a. C. a 476 d. C.), a gestação representava a efetivação da união e dava direito a um dote ao cônjuge, aumentando o seu legado (CRAMPE-CASNABET, 1990).

De acordo com Badinter (1985), a história demonstra que as mulheres foram, durante muito tempo, depreciadas socialmente, estando abaixo dos homens nas mais diversas comparações. Na Grécia antiga (IV a. C.), a mulher tinha pouco valor como pessoa, tendo este valor aumentado a partir do momento em que se tornava mãe; entretanto, tais privilégios desaparecem quando a mulher atingia uma idade mais madura, pois não conseguiriam mais gerar filhos.

Diante da precariedade e dos estudos sobre o período gestacional e o parto da época, muitas mulheres tinham seu destino determinado pela maternidade, uma vez que, no mundo romano, a primeira certeza era o risco mortal da gravidez e, principalmente, dos partos, em todas as classes sociais. Cerca de 5 a 10% das mulheres morriam durante o parto e de suas sequelas. Nem parteiras, nem médicos estavam seguros em proporcionar a todos os partos finais felizes. As gestantes temiam

estes momentos e solicitavam conselhos aos médicos e parteiras, que em decorrência dos riscos inerentes a esta fase da vida, preconizavam a abstinência sexual na gravidez, algumas restrições alimentares e repouso (GIORGIO,1990).

Até o século XVII a obediência da mulher ao seu marido era uma premissa da sociedade; com o passar do tempo, as mulheres passaram a se interessar pelo saber e pela cultura e, por esse motivo, foram até mesmo ridicularizadas Badinter (1985). A história do sujeito feminino dependeu-se muito das representações masculinas. Admitir que a história é construída e arquitetada a partir de uma hierarquização e a diferença entre os sexos possibilita um entendimento melhor sobre o papel da mulher na sociedade, na forma que ela e seu período gestacional era percebido.

No século XIX, resolvidas às dúvidas sobre como a fecundação ocorria, quais momentos eram mais propícios a ocorrer e quais cuidados seriam eficazes para evitar a gravidez os médicos passaram a se preocupar com os sinais e sintomas de gravidez e o tempo de duração da mesma. Para eles, a gestação da mulher não tinha duração fixa, podendo durar de sete a onze meses.

As estatísticas demonstravam que a mortalidade feminina era superior à masculina. Os grandes progressos da obstetrícia não se processaram no domicílio das parturientes, mas nos hospitais. Entretanto, no final do século XIX, as mulheres começaram a se perceber melhor, estabelecendo uma imagem mais real e total de seu corpo, que era, até então, fluida e fragmentada. Buscaram meios para controlar as gestações e os nascimentos que penetraram no meio cultural e social que ainda são mantidos até os dias atuais. A gestação, de certa forma, passou a ser parcialmente controlada pelas mulheres, porém, ainda subjugada ao médico (KNIBIEHLER, 1990).

Desde o final do século XIX, uma série de descobertas científicas e tecnológicas passou a abalar os fundamentos tradicionais da divisão do trabalho e do poder entre os sexos, fazendo recuar a mortalidade e diminuindo, consideravelmente, a parte ocupada pela gestação e amamentação na vida das mulheres. Os riscos de mortalidade e de morbidade maternas e infantis foram fortemente reduzidos no decorrer do século XX (COSTA-LASCOUX, 1990).

As transformações sociais dos últimos séculos, no entanto, ensejaram novos papéis sociais, onde homens e mulheres assumiram novos papéis; porém, à mulher continua cabendo o papel de mãe, responsável pela criação e educação dos filhos.

Tais mudanças colaboraram para novos problemas de ordem social e mental, como dúvidas e incertezas acerca do papel exercido por cada um na criação dos filhos. Surgia, portanto, uma nova compreensão da feminilidade e da maternidade, ocasionando também novos problemas.

Conforme Harvey (2002), a vida moderna enseja novos olhares sobre o papel da mulher-mãe, uma vez que o modo de vida da sociedade contemporânea dificulta a adaptação das mulheres à maternidade, por se tratar de uma vida corrida, cheia de responsabilidades e horários, onde a mulher precisa conciliar o papel de mãe com o papel de profissional e companheira.

Logo, após análise do contexto histórico, é percebida que a mulher por séculos foi reduzida apenas ao papel de genitora, mulher que está ali para reproduzir e cuidar dos filhos e do lar. Diante da evolução da sociedade, a mulher ganhou cada vez mais espaço dentro da sociedade e passou de se sentir obrigada a ter filhos para escolher o caminho que queira trilhar e mesmo tendo os filhos, na atualidade, não seria impedimento para trabalhar e ser independente.

2.2 DEPRESSÃO PÓS-PARTO ENQUANTO DOENÇA

Mesmo após toda evolução científica o pensamento de que a mulher tinha por tarefa dar filhos ao seu esposo e, conseqüentemente, transformar-se em uma boa mãe permanecia. Para Badinter (1985) a mulher sempre foi lembrada como mãe, pelo amor aos seus filhos; e este amor sempre estava acompanhado de sacrifício e dores. A maternidade então seria a maior glória da mulher.

Apesar de a gestação ser tipicamente considerada um período de bem-estar emocional e de se esperar que a chegada da maternidade seja um momento jubiloso na vida da mulher, o período perinatal não a protege dos transtornos do humor. Após o parto, demonstra-se uma acentuada queda nos hormônios estradiol e progesterona, além da redução do cortisol sérico, relacionada a uma diminuição das atividades secretoras da glândula pituitária. Este fato pode estar envolvido nas alterações do humor que ocorrem durante esta fase (CAMACHO *et al.*, 2006).

Nesse sentido, a gestação é algo significativo do desenvolvimento da mulher, um fato importante da vida de todos os envolvidos que pode estimular lembranças e experiências passadas (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000). A partir desse momento que ela começa a gerar um bebê ela passa de filha e esposa para o

papel de mãe e que ela precisa adequar, até então, ao seu novo estilo de vida, formas de se relacionar e em como dedicar parte da sua vida ao bebê.

O desejo de ter um filho constitui-se em um processo que tem início antes da gestação, por meio das primeiras relações e identificações da mulher, passando pela infância e adolescência, até constituir-se na gestação propriamente dita (PICCININI *et al.*, 2008).

Geralmente, a mulher espera que a gestação seja um período especial e assim cria suas expectativas, faz consultas com obstetras e ao psicólogo para ser uma gestação saudável tanto física quanto emocional, buscando por informações sobre todo o processo gestacional, que se torna especial para a mulher, e que engloba desde a concepção ao pós-parto, se atualizando sobre a vida do bebê, as mudanças de seu corpo e principalmente o controle emocional (PAIM, 1998).

A figura materna é muito importante para o desenvolvimento e o crescimento do bebê, é preciso que a mãe tem um bom preparo físico para seguir todas as etapas da gestação, protegendo e cuidando, ao mesmo tempo ela vai explorando esse novo mundo essas novas sensações proporcionando o equilíbrio e satisfazendo suas precisões (PAIM, 1998).

A Depressão Pós-Parto é uma síndrome em que o funcionamento comportamental, emocional, físico e cognitivo interfere na qualidade de vida da mulher (CAMACHO *et al.*, 2006). Durante a gestação, há a liberação em larga escala de hormônios como o estrogênio e a progesterona, que atuam na manutenção do feto e podem interferir na emissão de neurotransmissores. Depois do nascimento, os níveis hormonais despencam, fazendo com que haja um desequilíbrio no organismo. Essa condição pode causar o descontrole emocional e a sensação de melancolia.

Na Depressão Pós-Parto os sentimentos estão, de fato, “à flor da pele”. A conduta da mãe, entretanto, reflete nos relacionamentos familiares e sociais: todos sofrem com as consequências. Pode-se perceber, portanto, que é vasta a gama de sintomas que devem ser observados para um correto diagnóstico e tratamento.

Em muitos casos, a Depressão Pós-Parto demora a ser diagnosticado, em virtude de a mãe buscar e esconder os sintomas de seu médico, em virtude de se sentir culpada por seus próprios sentimentos e, ao se compararem com outras mães, sentem-se completamente incapazes. Muitas mulheres sentem vergonha de admitir que estejam deprimidas e precisam de ajuda (HARVEY, 2002).

A nova fase da parentalidade é traçada pelas mudanças a diversos níveis, exigindo um processo de adaptação onde importa cumprir um conjunto de tarefas de desenvolvimento. De facto, a futura mãe e o futuro pai terão de ajustar-se a uma variedade de transformações que ocorrem tanto no seu próprio corpo, como em resultado de situações ocorridas ao longo do período de gestação ou no parto nas suas expectativas aos novos papéis que se geram com a gravidez e em torno do bebê, as quais implicarão uma obrigatória reestruturação na rede de relações conjugais, familiares e sociais (FIGUEIREDO, 2001).

Então, se percebe que a gestação foi, e algumas culturas ainda é tida como um momento maravilhoso, cheio de realizações e sentimentos extremamente positivos e felizes. Porém, ao se depararem grávidas, muitas mulheres descobriam o outro lado da maternidade, a fase da gestação que pode apresentar complicações, diversas mudanças corporais, alterações hormonais que mexem intensamente com toda a vida pessoal, social, amorosa da mulher e muitas se sentem frustradas neste processo.

Logo após o parto, muitas mães se veem em uma situação estranha com seu bebê no colo, mas não sentem aquele intenso amor pelo filho, como era pregado socialmente. Os medos e receios são os mais diversos e pode estar relacionado ao não querer ser mãe, ao não se reconhecer no papel de mãe o que pode gerar medo de exteriorizar estes sentimentos que parecem tão “cruéis” com um bebê inocente que depende dela. Diante de tantas questões emocionais juntamente com as alterações biológicas desencadeadas pelo parto pode surgir um espaço para o desenvolvimento de uma depressão pós-parto.

2.3 FATORES DE RISCO

Ao acontecer às mudanças físicas, embora sutis, elas já podem ser percebidas desde o primeiro trimestre: aumento das mamas, percepção diferente de cheiros e gostos e sonolência. Assim, a sensação de estar grávida pode existir mesmo antes da confirmação clínica, sendo associada às sensações e mudanças corporais (SILVA; SILVA, 2009).

Para a mulher, o primeiro trimestre pode ser caracterizado como um “duplo segredo” (SANTOS et al., 2010), pois ela não sente ainda os movimentos do feto e as demais pessoas têm dificuldade em perceber as mudanças físicas em seu corpo. Dessa forma, é comum a presença do sentimento de ambiguidade: se por um lado a mulher

sente-se feliz em ser mãe, por outro lado surgem preocupações e dúvidas sobre sua capacidade de exercer a maternidade.

Além dessas modificações sentidas no corpo, a maternidade pode proporcionar modificações no contexto familiar com a chegada de um bebê. Não raro, os genitores precisam encontrar recursos para lidar com essa situação nova. Esses recursos geralmente são buscados na rede de apoio social, como a família, os avós da criança que está chegando, que se configura na disponibilidade de pessoas significativas para proporcionarem suporte e ajuda no enfrentamento das diversas situações que possam desencadear estresse ao longo dos processos.

Costa (1999), por exemplo, encontrou diferenças significativas ao longo da gestação em três componentes da ansiedade, as quais discriminam: a experiência de luta ou discussão, a ansiedade relativa à gravidez (frequentemente como os medos que a mulher tem relativamente à gestação e ao parto, à sua própria saúde e à saúde do bebê) e a ansiedade (vista como uma resposta emocional a estressores do meio).

De acordo com Felice (2007), o tipo de relação que a mulher estabeleceu com sua própria mãe pode tornar-se referência no modo como ela desempenhará a maternidade. Quando são transmitidos modelos positivos, com a ideia da maternidade como uma experiência gratificante para a mulher, isso tende a ser reproduzido na relação da mãe com seu próprio bebê. Por outro lado, exemplos negativos também podem fazer parte dos modelos incorporados ainda na infância pela mulher. Com isso, esses modelos passam a compor o universo mental feminino, com o qual a mãe poderá se identificar ao cuidar de seu bebê.

Destaca-se, também, o apoio do companheiro da mãe como fundamental nesse período de transição e constituição da maternidade. O envolvimento paterno não se refere apenas à divisão de tarefas, mas também ao envolvimento emocional com a mãe e o bebê e a falta deste envolvimento pode ser um fator significativo que afete a puérpera (SILVA et al., 2013).

No entendimento de Tess e Dias (2011), outros fatores importantes para o surgimento da Depressão Pós-Parto são complicações clínicas no período gestacional, suspeita de estresse fetal, episódios depressivos anteriores à gestação, histórico de natimortos, trabalho de parto traumático, entre outros. A DPP é uma síndrome em que o funcionamento comportamental, emocional, físico e cognitivo interfere na qualidade de vida da mulher (CAMACHO et al., 2006).

Segundo Padilha et al. (2011), as Políticas Públicas relacionada a Saúde da Mulher foram desenvolvidas com objetivo de uma assistência integral, aprimorar as questões psicológicas, sociais, físicas, etc., de saúde, o parto e o puerpério constituem experiência das mais significativas, sendo algo positivo e enriquecedor.

Nesse sentido, considerando-se a gestação como uma etapa de preparação de novos papéis a serem desempenhados pelos genitores, quanto maior o envolvimento paterno e materno nesse período, maiores as possibilidades de desenvolvimento do vínculo pai/mãe-filho depois do nascimento do bebê e menores são os riscos de patologias psicológicas após o parto (CIA; BARHAM, 2009).

Ou seja, no período gestacional acontecem várias mudanças tais como física, psicológicas e hormonais. Muitas mulheres experimentam sentimentos como desprezo, ansiedade, medos, inseguranças, expectativas, sendo que nem sempre é o desejo de toda mulher passar pela maternidade, mas mesmo quando este desejo existe podem ocorrer conflitos que desencadeiem a depressão pós-parto (COSTA, 2010).

3 A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma terapia breve, estruturada e direcionada a resolver problemas atuais através da modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais. Conforme Beck (1997), pensamentos automáticos é um acúmulo de pensamento que coexiste com um fluxo de pensamento mais manifesto. Muitos pensamentos automáticos não nos causam problemas, mas alguns pensamentos são disfuncionais. A terapia cognitiva comportamental refere-se, portanto, às crenças disfuncionais, que podem ser desaprendidas, e às novas crenças mais embasadas na realidade e funcionais, que podem ser desenvolvidas e aprendidas através da terapia.

Uma das abordagens mais empregadas no tratamento da depressão puerperal é a Teoria Cognitiva Comportamental (TCC), que têm como base analisar quais as ideias, pensamentos e emoções que a pessoa tem sobre si mesma e que se encontram distorcidos, ocasionando uma cadeia de reações comportamentais disfuncionais (CAMACHO *et al.*, 2006).

A terapia cognitiva refere-se, portanto, às crenças disfuncionais, que podem ser desaprendidas, e às novas crenças mais embasadas na realidade e funcionais, que podem ser desenvolvidas e aprendidas através da terapia.

3.1 IDENTIFICAÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO JUNTO A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL

Na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) planejam-se ações de intervenções acerca da nova realidade para o puerpério, junto com o terapeuta e seus familiares para a identificação da DPP. Mas com uso do psicofármaco apresenta algumas contraindicações devido ao aleitamento materno, que pode ser comprometido com a excreção desses medicamentos no leite. Os efeitos dos medicamentos no organismo do bebê podem variar segundo o tipo de droga (ROCHA, 1999).

Através da TCC pode-se identificar os questionamentos acerca dos pensamentos automáticos, considerando que as crenças irracionais determinam os sentimentos e comportamentos depressivos. Quando o paciente está em estado

depressivo é refletido uma visão distorcida dele mesmo e do mundo, suas ideias e crenças negativas parecem ser uma representação verdadeira da realidade (SHINOHARA, 2012).

Para a avaliação e diagnóstico da depressão, de modo geral, é preciso um instrumento com a capacidade de compilar dados relevantes para o quadro depressivo, incluindo a determinação da gravidade do episódio atual. Em uma escala adicional para avaliação da desesperança e outra para o risco de suicídio, entre outros relevantes para o monitoramento da evolução do caso e para eficácia no tratamento adotado (SHINOHARA, 2012).

O diagnóstico da depressão pós-parto é basicamente clínico, feito com observação nos sintomas e comportamentos específicos apresentados pela mãe. Para ser considerada depressão pós-parto, os sintomas devem surgir até quatro semanas após o nascimento da criança. Durante avaliação clínica individual, conforme cada caso, o médico especialista em psiquiatria pode diagnosticar a depressão pós-parto, a depressão ou outro tipo de transtorno mental que tenha sintomas semelhantes.

Conforme BECK (1976), a terapia proporciona uma porta de entrada para a organização cognitiva do paciente. Através das técnicas de questionamentos é possível identificar o pensamento ilógico, determinando as regras do tratamento conforme cada caso, auxiliando pela terapeuta e a cada paciente a compreenderem qual a realidade construída pelo indivíduo.

Uma das principais proposições da TCC é de que, através deste conhecimento, as mudanças desejadas possam ser obtidas por um método alternativo, capaz de focalizar e priorizar as mudanças cognitivas. Estas técnicas promovem a identificação e o questionamento acerca dos pensamentos automáticos, considerando que as crenças irracionais determinam os sentimentos e comportamentos depressivos.

Neste sentido, a terapia cognitiva é realizada a partir de uma abordagem ativa, direta e estruturada, com prazo limitado e fundamentada em uma base teórica lógica, através da qual se percebe que o afeto e o comportamento individual encontram-se relacionado ao modo pelo qual este indivíduo estrutura o mundo em que está inserido (BECK, 1976).

3.2 PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA TCC

A presença do psicólogo é essencial ainda no período gestacional. Em 1998, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria nº 3.477, a relevância das 20 especialidades da saúde para o acompanhamento multidisciplinar da gestante de alto risco, como por exemplo os profissionais das áreas da Neurologia, Cardiologia, Endocrinologia, Nefrologia, Cirurgia Geral, Clínica Geral, Ultrassonografia, Enfermagem, Assistência Social, Farmácia, Psicologia, Nutrição e Neurocirurgia. Estas mudanças foram embasadas, conforme o referido dispositivo, em virtude da relevância do acompanhamento do atendimento perinatal, visando à redução do índice de morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 1998).

A realização de acompanhamento psicológico durante a gravidez em mulheres de risco pode contribuir para uma vivência mais saudável desse período maturacional, prevenindo perturbações no processo de desenvolvimento gravídico e consequentes ocorrências patológicas, como complicações no parto e distúrbios emocionais no pós-parto (ALMEIDA E ARRAIS, 2016, p.859).

Em 2000, o mesmo Ministério publicou a Portaria nº 569. Esta Portaria entrou em vigência a partir da consideração da necessidade de atendimento digno e de qualidade durante a gestação, o parto, o puerpério e o período neonatal, instituindo o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000). Neste sentido, observa-se um esforço conjunto para a melhoria do atendimento prestado à mulher, durante e após a gestação e, deste modo, o profissional da Psicologia se insere neste contexto como um facilitador desta nova etapa da vida da mulher.

De acordo com Rocha (1999), a depressão puerperal pode ser tratada do mesmo modo que outras manifestações depressivas: através da farmacologia e da psicoterapia. Neste sentido, este estudo aborda a possibilidade de uso de terapias de ordem cognitivo-comportamental para a terapêutica da DPP.

É possível verificar, portanto, a eficácia na adoção da TCC para o tratamento da depressão puerperal. Neste sentido, a relevância do profissional da Psicologia, uma vez que, em conjunto com demais profissionais, torna-se possível uma visão mais panorâmica dos processos que influenciam e são influenciados pela DPP (SAMPAIO et al., 2013).

O profissional de saúde mental não deve ter uma visão de rótulos da doença, e nem se colocar em posição de dizer o que pode ser certo ou errado para o paciente,

ele deve sim, ter conhecimento metodológico dos processos psíquicos envolvidos no adoecer, proporcionando uma escuta que permita ao paciente elaborar sua doença por meio da análise de pensamentos e comportamentos disfuncionais que por si só já produz efeitos terapêuticos.

Além disso, a desconstrução da maternidade perfeita pode auxiliar como uma forma de prevenção da Depressão Pós-Parto. As mulheres precisam conversar mais sobre a dificuldade e desafios da maternidade. Conhecer suas habilidades e limitações, seus valores, crenças e possibilitar uma maternidade possível, real e livre de julgamentos. É sempre bom lembrar que a maternidade é feita de muitas alegrias, mas também de tristezas e fracassos, o que difere do que é comumente planejado e sonhado. Deve-se, portanto, buscar o sentido desta situação para a mãe, auxiliando a na reconstrução de seus processos cognitivos e colaborando para a retomada de um cotidiano familiar pautado na afetividade e tranquilidade.

A Teoria Cognitivo Comportamental é um tipo de psicoterapia breve, que se baseia na premissa de que o sofrimento emocional e os padrões de comportamento desadaptativos estão associados a padrões de pensamento disfuncional; desta forma, a TCC foca-se na identificação e modificação de padrões de pensamento disfuncional (BECK, 1995).

Os pensamentos automáticos negativos são uma componente importante da sintomatologia da Depressão Pós-Parto. Os pensamentos relacionados com o bebê no período pós-parto podem ser perspectivados num contínuo: podem ser adaptativos e fazer parte de um fenómeno normal após a gravidez, ou serem pensamentos negativos e intrusivos que geram sentimentos de estranheza e culpa, e podem influenciar negativamente no funcionamento da mulher.

Inicialmente o modelo cognitivo da depressão, tal como foi desenvolvido por Beck (BECK *et al.*, 1979), postula três conceitos específicos para explicar o funcionamento psicológico da depressão: tríade cognitiva; esquemas; e erros ou distorções cognitivas:

A Tríade cognitiva: Consiste na visão negativa de si mesmo, na qual a pessoa tende a ver-se como inadequada ou inapta (por exemplo: “Sou uma pessoa chata”, “Sou desinteressante”, “Sou muito triste para gostarem de mim”). Quando tais pensamentos se associam à ideação suicida, a desesperança torna os mais intensos, e a morte pode ser compreendida pelos pacientes depressivos como alívio para a dor

ou sofrimento psicológico ou como saído diante da percepção de uma situação como impossível de ser suportada.

As distorções cognitivas: Compreendidas como erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações, ocupam lugar central na depressão. As pessoas com depressão tendem a estruturar suas experiências de forma absolutista e inflexível, o que resulta em erros de interpretação quanto ao desempenho pessoal e ao julgamento das situações externas.

Esquemas se referem a uma rede estruturada e inter-relacionada de crenças que orientam o indivíduo em suas atitudes e posturas nos mais variados eventos de sua vida. Esquemas são, então, compreendidos como estruturas de cognição com significado.

A terapia cognitiva refere-se, portanto, às crenças disfuncionais, que podem ser desaprendidas, e às novas crenças mais embasadas na realidade e funcionais, que podem ser desenvolvidas e aprendidas através da terapia. O uso da Terapia Cognitiva Comportamental na Depressão Pós-Parto, Beck (1997) demonstra aplicabilidade eficaz, pois o tratamento a partir da intervenção cognitivo-comportamental proporciona a manutenção em longo prazo da melhora alcançada na relação mãe-filho, trazendo um vínculo.

Vale ressaltar que a Terapia Cognitivo-Comportamental contribui no tratamento da DPP a partir do momento que o indivíduo passa a reconhecer os padrões de seus pensamentos inadequados e comportamentos disfuncionais. Isto acontece através da discussão sistemática e tarefas comportamentais cuidadosamente estruturadas para ajudar os pacientes a avaliar e modificar tanto seus pensamentos, quanto seus comportamentos em questão. Alguns aspectos do tratamento dão maior ênfase ao comportamento, outros a ênfase cognitiva.

4 AS PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS NA PSICOLOGIA PARA O ENFRENTAMENTO DA DPP

Intervenção para prevenção da DPP tem uma função protetora à saúde da mãe-bebê, uma vez que diminui a intensidade das consequências negativas que a presença da depressão poderia gerar para a mãe e o bebê. Entende-se por prevenção as ações direcionadas a evitar o início do transtorno (CZERESNIA, 2009), o que ocorre por meio de estratégias que minimizam os fatores de riscos, dotando o indivíduo de recursos para lidar com situações difíceis, atuais ou futuras, que possam torná-lo mais vulnerável ao adoecimento.

4.1 ESTRATÉGIAS PSICOSSOCIAIS

Observa-se que a necessidade para o tratamento da DPP e também a necessidade da qualidade de vida da mãe-bebê, seu desenvolvimento e o relacionamento conjugal familiar. Alguns clínicos ainda defendem que o uso de medicamentos como o uso da progesterona no período pós-parto, com finalidades curativas ou preventivas. O trabalho de Harris et al. (1996) apontaram a inexistência de correlação entre níveis desse hormônio e alterações do humor pós-parto. Seus resultados apontam associação com o cortisol, diminuído precocemente no puerpério em pacientes que desenvolveram depressão pós-parto.

As iniciativas educativas visam como premissa fornecer informações para as famílias sobre a importância de esperar o período pós-parto, que ajudará a diminuir o impacto dos fatores de risco psicossociais. Algumas pesquisas associaram a educação pré-natal à redução de ansiedade e à percepção de benefícios pelas mulheres participantes, ao passo que outras pesquisas não encontraram redução de ansiedade. Em geral, as intervenções educativas pré-natais não demonstraram ser muito eficazes em reduzir a DPP (FIGUEIRA *et al.* 2011).

O diagnóstico precoce da DPP e uma intervenção terapêutica adequada poderiam diminuir os prejuízos sobre a mãe e os efeitos negativos de longo prazo da DPP sobre a criança e a família (FIGUEIRA *et al.* 2011).

Dois estudos investigaram a questão da prevenção do pré-natal e sua conexão com o período pós-parto (TAM *et al.*, 2003), tiveram seu foco dirigido a mulheres que tiveram complicações na gravidez que resultaram em hospitalização,

cesariana ou complicações no parto. As mulheres foram recrutadas nas 48 horas após o nascimento e a seguir foi randomicamente distribuída para receber atenção de rotina ou aconselhamento educativo, o que incluiu uma explicação completa do desfecho prejudicado, uma discussão sobre a resposta emocional da mulher e uma oportunidade de reconciliar-se com o evento e encontrar as soluções à medida das necessidades. Após seis semanas e seis meses do parto, não houve diferenças significativas quanto à morbidade psicológica, satisfação da cliente ou qualidade de vida entre os grupos (FIGUEIRA *et al.* 2011).

Em um segundo ensaio clínico controlado, as mulheres identificadas como "vulneráveis" foram randomicamente distribuídas em um grupo de tratamento (cinco encontros pré-natais mensais em grupo e seis encontros pós-natais mensais) ou em um grupo de intervenção controle. Embora as mães que estavam em seu segundo parto não tivessem benefícios com o tratamento, as mães primíparas no grupo de tratamento demonstraram menos sintomas depressivos do que as do grupo controle. Os resultados deste último grupo sugerem que fazer uma transição entre os períodos pré e pós-natal pode melhorar a eficácia das iniciativas educativas (FIGUEIRA *et al.* 2011).

Estudos brasileiros SCHWENGBER *et al.* (2009) tem trabalhado com a temática das representações maternas em mães com indicadores de depressão. Para esses autores, a escuta das representações maternas é imprescindível para o planejamento de estratégias de prevenção e intervenções voltadas para a interação mãe-pai-criança.

As intervenções preventivas para a DPP são intervenções psicossociais (aulas de preparação para o parto, visitas a casa por profissionais de saúde) ou psicoterapêuticas, iniciadas durante a gravidez ou no início do período pós-parto (STUART *et al.* 2003), que têm como objetivo prevenir a ocorrência de sintomas depressivos no período pós-parto. Os resultados da eficácia das intervenções preventivas da DPP são inconsistentes, e isso parece relacionar-se com a grande variabilidade das características das intervenções.

4.2 A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO JUNTO AOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA DPP

O papel da atuação do psicólogo frente à depressão pós-parto é de grande relevância. Dentre as abordagens utilizadas por este profissional na atualidade destaca-se a terapia cognitivo-comportamental.

Segundo Camacho et al (2006), a TCC tem como base analisar quais são as ideias, os pensamentos e as emoções que a pessoa tem sobre si mesma e que se encontram distorcidos, causando uma cadeia de reações comportamentais disfuncionais.

Durante séculos passaram buscando entender a depressão como uma doença e, desta forma, passível tratamento. Durante muito tempo, a depressão (ou tristeza profunda) era considerada uma doença mental como a loucura, sendo desta forma tratada medicamente e socialmente. A depressão pós-parto, por sua vez, passou a ser compreendida ainda mais tardiamente, principalmente ao se considerar a situação de submissão social das mulheres até o século XX (CAMACHO *et al*, 2006).

As adversidades enfrentadas pela mulher na maternidade são as mais diversas: horas de sono prejudicadas, preocupação com a saúde do bebê, choros constantes da criança, falta de tempo para cuidar de si mesma, entre outros aspectos que afetam diretamente a saúde emocional da mulher. Neste momento, estas adversidades podem provocar um sentimento de culpa, em que a mulher se sente incapaz de cuidar de seu filho, apresentando os sintomas de uma depressão pós-parto (CAMACHO *et al*, 2006).

Atualmente, essas adversidades que a mulher encontra se misturam aos novos papéis assumidos por ela: o papel de mãe encontra-se aliado ao papel de esposa, companheira, profissional, estudante. São inúmeras as responsabilidades que recaem sobre as mulheres além da maternidade, considerando a evolução social ocorrida nas últimas décadas.

Este tipo de depressão apresenta sinais característicos e pode se apresentar em três fases diferentes: baby blues, depressão puerperal e psicose. Perceber a depressão na primeira fase é extremamente importante para evitar que sejam atingidas as fases seguintes, onde os sintomas se agravam e os tratamentos são mais complexos.

A terapia cognitivo-comportamental é utilizada, portanto, como forma de reverter o quadro depressivo, buscando novos olhares da mulher sobre a maternidade, identificando suas demandas e oportunizando a compreensão sobre seus próprios sentimentos.

Neste sentido, o papel do psicólogo no tratamento da depressão pós-parto é fundamental, uma vez que sua formação profissional permite a compreensão do íntimo da paciente, trazendo à tona as razões de cada sentimento, cada angústia, cada sensação; e possibilitando o auxílio para a promoção das mudanças necessárias no comportamento desta paciente. Destaca-se, entretanto, que as terapias aplicadas para o tratamento da depressão pós-parto ainda são relativamente novas, carecendo de melhor compreensão e aplicação para que possam, além de registrar sua eficácia, tornar-se ainda mais qualificadas (CAMACHO *et al*, 2006).

De acordo com Winnicott (1987/2006) a melhor forma de auxiliar as mães é reforçando a sua confiança em si mesma, ou seja, a sua capacidade de ser mãe daquele bebê. O mais importante não é instruir as mães no que elas têm de fazer, mas sim mostrar-lhes como são os seus bebês e o que se passa na relação entre eles, habilitando-as a descobrirem a maternidade dentro de si. Gutman (1993) complementa a ideia apontando que ao invés de conselhos, as mães precisam de apoio para sustentar suas próprias referências internas, sua essência e jeito de maternar. Para entrar em harmonia com seu bebê, ela precisa ser sincera consigo mesma, admitindo seus sentimentos ambivalentes e hostis.

A prevenção e o tratamento da DPP devem envolver a ação coordenada de uma equipe multidisciplinar composta por diferentes profissionais envolvidos na prestação de cuidados às mulheres no período perinatal. Além disso, o tratamento da DPP deve privilegiar uma abordagem biopsicossocial (HOROWITZ *et al*, 2005).

Sendo assim a intervenção psicológica nestes aspectos é importante, pois pode oferecer uma escuta qualificada e diferenciada no processo da gestação, um espaço para que a mãe possa expressar seus medos, suas ansiedades (ARRAIS *et al*, 2014). Outro fator de importância do Psicólogo nesta fase é que as influências exercidas sobre uma criança durante o período pré-natal e o primeiro ano de vida pós-natal, serão determinantes para o seu futuro comportamento e personalidade, pois todo processo biológico contribui com a influência psicológica e este efeito psicológico modifica a arquitetura do cérebro, pois antes do nascimento, a criança é dotada de sentimentos, de traços de memória e já possui alguns níveis de consciência (VERNY;

2003). Por isso, a importância da gestante ser vista pelo profissional de psicologia sob uma ótica biopsicossocial, onde ela será compreendida como um sujeito integrado.

Para as famílias da puérpera em vulnerabilidade social ou situação de risco, o psicólogo que atua no CRAS (Centro de Referência Assistência Social) cria uma articulação com outros profissionais para que possam promover e fortalecer vínculos sócios afetivos, de forma que as atividades de atendimento gerem progressivamente independência dos benefícios oferecidos e promovam a autonomia na perspectiva da cidadania (CREPOP, 2007, p.19).

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PAISM), e tem vários objetivos relacionados à integralidade e a promoção da saúde. As principais metas do PAISM estão à atenção obstétrica e planejamento familiar, a assistência em todas as fases da vida, o acompanhamento clínico ginecológico, e também a atenção na área da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério).

O não tratamento da depressão pós-parto pode comprometer o cuidado com o recém-nascido e o vínculo afetivo mãe-bebê, com efeitos negativos sobre o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança. Além disso, aumenta o risco de suicídio materno, amplia as dificuldades conjugais e até facilita que o companheiro desenvolva depressão (TESS; DIAS, 2011, p.1732).

Sendo assim, a realização de acompanhamento psicológico durante a gravidez, pode contribuir para uma vivência mais saudável desse período gestacional, prevenindo perturbações no processo de desenvolvimento gravídico e consequentes ocorrências patológicas, como complicações no parto e distúrbios emocionais no pós-parto, ou ainda, e de forma mais negativa, o parto prematuro (CAMPOS, 2000, p. 31).

Dessa forma, o psicólogo assume um papel fundamental nesse contexto, pois, conforme afirma Baptista e Furquim (2009), o apoio psicológico em um momento de tantas mudanças externas e internas pode contribuir melhor adaptação da mulher, desde a gestação até a chegada do bebê, oferecendo o bem-estar para a gestante e seus familiares, visando a promoção, prevenção e assistência integral à saúde da mãe e do recém-nascido.

5 CONSIDERAÇÕES FINIAIS

O objetivo do presente trabalho foi avaliar a importância do acompanhamento psicológico para a prevenção da depressão pós-parto, evidenciando o contexto histórico e fatores de risco e identificar a principal demanda da paciente e aplicar uma intervenção, que pode variar de acordo com o nível do quadro de sintomas e necessidade de cada mãe.

Podemos desta forma, constatar nossa hipótese que o acompanhamento psicológico ajudará nos processos de medos, ansiedades e nas dificuldades emocionais. Orientando as mães e preparando-as para que passem por esse processo da melhor maneira possível. Foi usada para essa revisão, a metodologia descritiva, onde foi pontuado as diversas mudanças vindas juntamente com a puerpério, como as transformações sentidas no corpo e no contexto familiar, trazendo uma nova etapa na preparação de novos papéis.

Outro aspecto relevante discutido na pesquisa se refere de como a gravidez era vista e como passou por várias mudanças ao longo dos séculos, destacando que mesmo assumindo o papel de mãe e responsável pela criação e educação dos filhos a mulher, na atualidade, continua integrando cada vez mais papéis sociais e responsabilidades.

Os estudos visando enriquecer os novos conhecimentos nos fornecem dados que reforçam as nossas hipóteses a esse respeito. Então oferecer uma escuta qualificada e diferenciada sobre o processo da gravidez, fornecendo assim um espaço em que a mãe pode se expressar é essencial. Além de fornecer a troca de experiência, descobertas e informações com a extensão a família.

Através dessa pesquisa foi possível avaliar que pelo menos, minimizando o aparecimento da DPP e oferecendo a assistência psicológica como um meio de prevenção com essas mães antes do convívio com o bebê ajudará no vínculo e no bem-estar mãe e filho.

Sendo assim o papel do psicólogo frente à depressão pós-parto é de grande relevância, veio dar possibilidades para o psicólogo complementar a assistência pré-natal para as puerpérios, com a atuação direcionada ao suporte emocional, a fim de contribuir para melhor amparar às mulheres na vivência da maternidade.

REFERÊNCIA

- ABUCHAIM, E. S. V. *et al.* **Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar:** prevalência e associação. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 29, n. 6, 2016. p. 665-670.
- ALIANE, Poliana Patrício *et al.* **Avaliação de saúde mental em gestantes.** *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 1, n. 2, 2008. p.113-122.
- ANDRADE, Florise Teles *et al.* **Puerpério e processos indenitários maternos diante da perda gestacional e suas implicações psicossociais na parentalidade.** 2021.
- ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. **Depressão pós-parto:** uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Psicologia, Saúde e Doenças*, v. 18, n. 3, 2017. p. 828-845.
- BADINTER, Elizabeth. **Um amor conquistado:** o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BAPTISTA, A. S. D.; FURQUIM, P. M. **Enfermaria de obstetrícia.** *In:* M. N. Baptista, & R. R. Dias, *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos.* Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan. 2009. p. 12-31.
- BECK, A. T. **Cognitive therapy of emotional disorders.** New York: New American Library, 1976.
- BECK, Judith. **Terapia Cognitiva:** Teoria e Prática. Porto Alegre, Artmed, 1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.477, de 20 de agosto de 1998.** Brasília: MS, 1998.
- _____._____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000.** Brasília: MS, 2000.
- CAMACHO R. S., Cantinelli F. S., Ribeiro C. S., Cantilino A., Gonsales B. K., Braguittoni E. *et al.* **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério:** Classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista Psiquiatria Clínica.* 2006. p. 92-102.
- CAMACHO, R. S. *et al.* **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério:** classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista Psiquiatria clinica* V 33 n.2; p. 92- 102, 2006.
- CAMPOS, R. C. **Processo gravídico, parto e prematuridade:** Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica*, 2000. p. 15-35.
- CIA, F.; Barham, E. J. **O envolvimento paterno e o desenvolvimento social de crianças iniciando as atividades escolares.** *Psicologia em Estudo*, 2009. p. 67-74.
- CONDE, Ana; FIGUEIREDO, Bárbara. **Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto.** *Análise Psicológica*, v. 25, n. 3, 2000. p. 381-398.

CORTEZ, Wisliene da Silva; PALERMO, Carolina Alves; FITARONI, Juliana Batista. **A importância do suporte psicológico durante o período gestacional e no trabalho de parto: um olhar a partir da abordagem centrada na pessoa.** TCC-Psicologia, 2021.

COSTA, E. S.; PINON, G. M. B.; COSTA, T. S.; SANTOS, R. C. D. A.; NÓBREGA, A. R.; SOUSA, L. B. D. **Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação.** Rer. Rene. Fortaleza, v.11, n.2, 2010. p. 86-93.

COSTA-LASCOUX, J. **Procriação e bioética.** In: PERROT, M.; DUBY, G. História das mulheres no Ocidente: o século XX. Afrontamento. Porto, v.5, 1990. p. 638-659.

CRAMPE-CASNABET, M. **A mulher no pensamento filosófico do século XVIII.** In: PERROT, M., DUBY, G. História das mulheres no ocidente: do renascimento à idade média. Afrontamento. Porto, v. 3, 1990 p. 371-455.

CUNHA, Aline Borba da *et al.* **A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto.** Saúde e Pesquisa, v. 5, n. 3, 2012.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.** In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org). 1999. Cad. Saúde Pública [online]. p. 701-709.

FIGUEIRA, Patrícia Gomes; DINIZ, Leandro Malloy; SILVA FILHO, Humberto Correa da. **Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 33, 2011. p. 71-75.

GIORGIO, M. **O modelo católico.** In. PERROT, M., DUBY, G. História das mulheres no Ocidente: o século XIX. Afrontamento. Porto, v. 3, 1990. p. 199-203.

GUEDES, Ana Carolina Emerenciano *et al.* **Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados.** Revista de Medicina, v. 90, n. 3, 2011. p. 149-154.

HARRIS, B. *et al.* **Cardiff puerperal mood and hormone study.** British J Psychiatry, 1996. p. 739-744.

HARVEY, E. **Depressão pós-parto: esclarecendo suas dúvidas.** São Paulo: Ágora, 2002.

KAPLAN, H.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiátrica.** 2. ed. Porto Alegre: Arte medicas, 1990.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. **Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 2000.

KNIBIEHLER, Ie. **Corpos e Corações.** In: PERROT, M., DUBY, G. História de mulheres no Ocidente: o século XIX. Porto: Afrontamento, v. 4, 1990. p. 351-393.

MARQUES, Luzilene de Carvalho *et al.* **Saúde mental materna: rastreando os riscos causadores da depressão pós-parto/Maternal mental health: tracking the risks causing**

postpartum depression/Salud mental materna: rastreando los riesgos causantes de la depresión pós-parto. JOURNAL HEALTH NPEPS, v. 1, n. 2, 2016.

MILGROM, J.; GEMMILL, A. W. **Screening for perinatal depression**. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2015. p. 13-23.

MORAIS, M.L.S. *et al.* **Fatores psicossociais e sócio demográficos associados à depressão pós-parto**: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. Estudos de Psicologia, v. 20, n. 1, 2015. p. 41-49.

MOURA, Elaine C. C.; FERNANDES, Márcia A.; APOLINÁRIO, Flayda I.R. **Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério**: implicações na relação mãe-filho. Rev. Bras. Enferm. Brasília, 2011. p. 445-450.

OLIVEIRA, M. J. M. de; DUNNINGHAM, W. A. **Prevalência e fatores de risco relacionados à depressão pós-parto em Salvador**. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria, v. 19, n. 2, 2015. p. 72-83.

ROCHA, F.L. **Depressão puerperal: revisão e atualização**. J Bras Psiq, v. 48, 1999. p. 105- 114.

SANTIAGO, Mayane de Oliveira. **Atuação da psicologia junto às práticas humanizadas complementares e integrativas no pré-parto e parto**: relato de experiência. 2019.

SANTOS, J. dos, ALVES, M. A, SOUZA, M. A. de; GAMA, M. L. **A percepção da gestante quanto às mudanças corporais decorrentes da gravidez**. Periódico científico dos profissionais de enfermagem, 2010.

SANTOS, Nádia Valéria Moreira; ASSIS, Cleber Lizardo de. **Psicologia e gravidez: o papel do psicólogo a partir de uma pesquisa-intervenção junto a mulheres grávidas do interior de rondônia, brasil**. *Integración Académica en Psicología.*, CREPOP 2007, n. 21, 2019.

SANTOS, Nádia Valéria Moreira; ASSIS, Cleber Lizardo de. **Psicologia e gravidez: o papel do psicólogo a partir de uma pesquisa-intervenção junto a mulheres grávidas do interior de rondônia, brasil**. *Integración Académica en Psicología.*, v. 7, n. 20, 2019.

SANTOS, Rhaymore Roberta Mello Pereira dos; CARVALHO, Adriana Duarte de Souza. **Políticas sociais e o Programa Bolsa Família**: uma revisão de literatura. Transformação e “cura” através da experiência de ser mãe. Psychê, 2007. p.145-159.

SARMENTO, Regina; SETÚBAL, Maria Silvia Vellutini. **Abordagem psicológica em obstétrica**: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. Revista de Ciências Médicas, v. 12, n. 3, 2003.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. **O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê**. Estud. psicol. Natal, 2003. p. 41-403.

SHINOHARA, Helene. **Terapia cognitiva da depressão**. In: FALCONE, Mary de Oliveira; OLIVEIRA, Margareth da Silva. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p.43-72.

SILVA, Darlan Ferreira da. **Reflexões sobre o estágio no contexto hospitalar: relato de uma experiência**. 2018.

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. **Depressão puerperal: uma revisão de literatura**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiás, v.7, n 2, 2005. p. 231-238.

SILVA, Elda Terezinha da; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. **Depressão Puerperal – uma revisão de literatura**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 02, 2005. p.231–238

SILVA, F. B., SOUZA, L., & ScorsoliniComin, F. **Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas**. Revista Psicologia-Teoria e Prática, 2013. p. 19-34.

SILVA, Francisca Cláudia Sousa da *et al.* **Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 23, 2010. p. 411-416.

SILVA, L. J. da; SILVA, L. R. da. **Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2009. p. 393-401.

SILVA, Ricardo Azevedo da *et al.* **Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados**. Cadernos de Saúde Pública, v. 26, 2010. p. 1832-1838.

SOARES, Y. K. C.; GONÇALVES, N. P. C.; CARVALHO, C. M. S. **Avaliação da depressão pós-parto: prevalência e fatores associados**. Revista Interdisciplinar, v. 8, n. 4, 2015. p. 40-46.

SOUZA, D. D.; PRADO, L.C.; PICCININI, C. A. **Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto**. Psicologia- Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v. 24, n. 2, 2011.

SUI, G. *et al.* **The Long-Term Effects of Maternal Postnatal Depression on a Child's Intelligence Quotient: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies Based on 974 Cases**. J. Clin Psychiatry, v. 77, n. 11, 2016. p. 1474-1482.

TAM, W. H. *et al.* **Um estudo controlado randomizado de aconselhamento educacional sobre o manejo de mulheres que sofreram resultados subótimos na gravidez**. BJOG. 2003. p. 110-853.

TESS, V. L. C.; DIAS, R. S. **Interconsulta em Ginecologia e Obstetrícia: Transtornos Psiquiátricos na Gestação e no Puerpério**. In: MIGUEL, E. C. *et al.* *Clínica psiquiátrica*. Barueri: Manole, 2011. p.1726-37.

VIEIRA, Bárbara Daniel; APAV, Parizotto. **Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico.** Unoesc Ciênc. ACBS, v. 4, n. 01, 2013. p. 79-90.

ZANATTA, Edinara; PEREIRA, Caroline Rubin Rossato; ALVES, Amanda Pansard. **A experiência da maternidade pela primeira vez:** as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 12, n. 3, 2017. p. 16.

ZINGA, Dawn; PHILLIPS, Shauna Dae; BORN, Leslie. **Depressão pós-parto:** sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? Brazilian Journal of Psychiatry, v. 27, 2005. p. s56-s64.