

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

RANIELLE GUIMARÃES GOMES

**O IMPACTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA RELAÇÃO  
MÃE-BEBÊ**

Paracatu

2021

RANIELLE GUIMARÃES GOMES

## **O IMPACTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em psicologia.

Área de Concentração: Saúde

Orientadora: Prof. Msc. Robson Ferreira dos Santos

Paracatu

2021

RANIELLE GUIMRÃES GOMES

## O IMPACTO DA DEPRESSÃO PÓS-PRTO NA RELAÇÃO MÃE-BEBÊ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em psicologia.

Área de Concentração: Saúde

Orientador: Prof. Msc. Robson Ferreira dos Santos

Banca Examinadora:

Paracatu- MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

---

Prof. Msc. Robson Ferreira  
Centro Universitário Atenas

---

Prof. Débora Delfino Caixeta  
Centro Universitário Atenas

---

Prof. Lidiane Aparecida Silva  
Centro Universitário Atenas

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço a Deus pela minha vida, por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados e pela minha perseverança durante toda minha trajetória acadêmica.

Aos meus pais, Ronê Caldeira Gomes e Shirley Guimarães Santana e aos meus sogros, Neiva Félix de Castro e Dalton Gaspar de Castro, pelo apoio e incentivo que serviram de alicerce para as minhas realizações. Do qual sem a ajuda e apoio não seria possível à concretização

Agradeço de uma forma especial ao meu marido e companheiro de todas as horas, Alan de Oliveira Castro, que sempre me apoiou e teve que lidar com minha ausência em diversos momentos além de aguentar meu estresse diário. Nunca mediu esforços ou me desamparou e é a pessoa com quem amo partilhar minha vida. Com você tenho me sentido mais viva de verdade. Obrigado pelo carinho, a paciência e por sua capacidade de me trazer paz no tumulto de cada semestre.

Deixo um agradecimento especial ao meu querido professor e orientador, Robson Ferreira dos Santos, pelo incentivo e pela dedicação do seu escasso tempo ao meu projeto. Sou extremamente grata pela confiança depositada no meu estudo. Obrigada por me manter motivada durante todo o processo.

Também quero agradecer ao Centro Universitário Atenas e a todos os professores do meu curso pela elevada qualidade do ensino oferecido.

Agradeço ainda aos meus colegas e amigos do curso de Psicologia, no qual tive o prazer de compartilhar momentos incríveis.

Por fim, agradeço todas as pessoas que de alguma forma estiveram envolvidas na realização deste trabalho

## RESUMO

A depressão pós-parto é uma doença que acomete tanto a saúde física quanto mental da mãe e do neonato. Após o parto a mãe que desenvolve a doença pode não sentir não se vincular adequadamente à criança e se negar a ter contato com ela, desta forma, é possível que ocorram diversos tipos de negligências que ocasionem defasagem no processo de desenvolvimento do bebê atrasando seu desenvolvimento afetivo, social e cognitivo. Esta pesquisa delibera sobre a depressão pós-parto destacando suas diversas manifestações, formas de identificações e diagnóstico além de enfatizar meios de prevenção e tratamento elucidando atendimento psicológico que pode auxiliar a promover saúde e bem-estar.

**Palavras-chave:** Depressão Pós-Parto; Diagnóstico; Prevenção; Tratamento.

## **ABSTRACT**

*Postpartum depression is a disease that affects both the physical and mental health of the mother and the newborn. After delivery, the mother who develops the disease may not feel that she is not properly connected to the child and refuses to have contact with her, thus, it is possible that several types of negligence occur that cause the baby's development process to lag, delaying her development affective, social and cognitive. This research deals with postpartum depression, highlighting its diverse manifestations, forms of identification and diagnosis, in addition to emphasizing means of prevention and treatment, elucidating psychological care that can help promote health and well-being.*

**Keywords:** *Postpartum Depression; Diagnosis; Prevention; Treatment.*

.

.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>1.1 PROBLEMA DE PESQUISA</b>	<b>8</b>
<b>1.2 HIPÓTESE DE PESQUISA</b>	<b>8</b>
<b>1.3 OBJETIVOS</b>	<b>8</b>
<b>1.3.1 OBJETIVO GERAL</b>	<b>8</b>
<b>1.3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>9</b>
<b>1.4 JUSTIFICATIVA</b>	<b>9</b>
<b>1.5 METODOLOGIA DE ESTUDO</b>	<b>10</b>
<b>1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO</b>	<b>10</b>
<b>2 DEPRESSÃO PÓS-PARTO</b>	<b>12</b>
<b>2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS</b>	<b>12</b>
<b>2.2 TIPOS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO</b>	<b>14</b>
<b>2.2.1 BABY BLUES</b>	<b>15</b>
<b>2.2.2 DEPRESSÃO PUERPERAL</b>	<b>15</b>
<b>2.2.3 PSICOSE PUERPERAL</b>	<b>16</b>
<b>3 TRATAMENTO E PREVENÇÃO</b>	<b>18</b>
<b>3.1 TRATAMENTO</b>	<b>18</b>
<b>3.2 PREVENÇÃO</b>	<b>18</b>
<b>4 IMPACTOS NA RELAÇÃO FAMILIAR</b>	<b>20</b>
<b>4.1 IMPACTOS NA VIDA DA MÃE</b>	<b>20</b>
<b>4.2 IMPACTOS NA VIDA DO BEBÊ</b>	<b>21</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>25</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A depressão foi uma doença interpretada por diversas formas ao longo dos anos. Por tempos foi entendida como loucura, melancolia e diversas outras interpretações diversas. Até que através de pesquisas e estudos foi compreendida como algo complexo tanto na forma em que se apresenta quanto se desenvolve e trata.

Depressão, caracterizada como um transtorno do humor se manifesta sob diversas formas e é desencadeada a partir de uma série de fatores que combinados acabam adoecendo o indivíduo. A gestação, por mais que seja um período de grande entusiasmo, onde não só a mãe, como toda a família aguarda pela chegada de uma criança pode também, ser um fator desencadeante da depressão.

Durante a gestação, a mulher recebe uma carga considerável de hormônios que são reduzidos drasticamente logo após o parto. Ou seja, além do estresse gerado pela alteração da dinâmica familiar e pessoal, existe um fator biológico que altera os hormônios do corpo feminino antes durante e pós-parto o que caracteriza como um fator preocupante para o desenvolvimento de uma depressão pós-parto.

É preciso de uma atenção especial para mulheres neste período, pois sintomas de depressão pós-parto são semelhantes à sintomas comuns de inúmeras mulheres que passaram por todo este processo da gravidez, como: cansaço, irritabilidade, alterações no humor, alimentação e no sono. Como o nascimento da criança cria um ambiente novo onde as pessoas precisam se adaptar a ele se torna complicado observar e destacar quando os sintomas são patológicos. Ao realizar o diagnóstico, é preciso de acompanhamento específico e direcionado.

Ou seja, a depressão pode ser manifestada antes, durante e até mesmo após o parto e através deste estudo, é abordado a Depressão Pós-Parto, também chamada de DPP, no intuito de entender fatores que favorecem seu desenvolvimento e que qualificam sua ocorrência facilitando a argumentação sobre o tema, trazendo aspectos que podem auxiliar na análise precoce deste quadro e compreender as formas que esta doença pode impactar no vínculo entre mãe e filho.



## **1.1 PROBLEMA DE PESQUISA**

Quais são os impactos da depressão pós-parto na relação mãe-bebê?

## **1.2 HIPÓTESE DE PESQUISA**

A DPP pode impactar diretamente na relação entre mãe-bebê dificultando o estabelecimento do vínculo entre eles e impactando negativamente no desenvolvimento normativo da criança. De acordo com os diversos graus da DPP a mãe pode se comportar de diversas formas sendo elas, se negar a ver ou ter contato com a criança, não querer amamentá-la ou até não a identificando como seu filho ou se culpar por não o amar como é esperado socialmente.

Em casos que a DPP não é tratada corretamente a mãe pode negligenciar os cuidados com a criança deixando-a sem alimentação, higiene e cuidados em geral podendo causar ferimentos ou até tentar acabar com a vida da criança. Por fim, é possível que a criança acabe não se vinculando adequadamente à mãe podendo desenvolver transtornos psicológicos que influenciam negativamente no seu desenvolvimento que podem acompanhá-la até a vida adulta.

Portanto, é necessário acompanhamento psicoterápico visando o tratamento da DPP e para resolver possíveis questões da mãe quanto ao parto e a sua maternidade. Caso seja necessário, o tratamento medicamentoso pode ser indicado pelo médico e também é aconselhado que outras pessoas estejam próximas à mãe e ao bebê para garantir que os cuidados básicos sejam realizados.

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 OBJETIVO GERAL**

Evidenciar a necessidade da atuação do psicólogo no período pós-parto e as suas implicações na relação entre mãe e neonato.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Refletir a respeito da depressão pós-parto, formas de identificação e diagnóstico;
- b) Enfatizar formas de prevenção e tratamento à depressão pós-parto;
- c) Expor sobre como a depressão pós-parto pode impactar na vida da mãe e do recém-nascido.

#### **1.4 JUSTIFICATIVA**

Atualmente, existe uma gama de pesquisas, artigos e publicações sobre a DPP e suas relações com a família, vinculação com a criança e a própria saúde mental da mulher e seu contexto familiar antes, durante e após a maternidade não só no Brasil, mas em todo o mundo.

A DPP afeta de 15% a 20% das mulheres grávidas em todo o mundo e caso o transtorno não seja tratado adequadamente podem existir diversas complicações, como: risco de suicídio materno, a mãe pode ferir ou matar o filho, desenvolvimento de outros transtornos psicológicos, desequilíbrio na organização familiar além de grande sofrimento psicológico para a mãe e criança (GARFIELD et al., 2015).

Para Arrais (2018) a DPP afeta o vínculo entre mãe e bebê em diversos aspectos, incluindo afetivo e cognitivo da criança que pode ter sequelas prolongadas na infância e adolescência. A mulher além de amamentar pouco ou se recusar a amamentar pode negligenciar os cuidados com a criança. Desta forma, quanto antes a identificação do transtorno, melhor será a identificação dos fatores de risco e a qualidade da assistência oferecida à puérpera.

A portaria n 1.020 de 2013 publicada pelo Ministério da Saúde, assegura a relevância dos serviços de saúde prestados a mulheres gestantes e cuidados após o parto. Acolhimentos, cuidados de pré-natal com exames, além da possibilidade de acompanhamento em serviços multidisciplinares como assistência social, nutricionista, assistência médica e psicológica. Estas e outras especialidades garantidas na portaria são de suma importância para o bem-estar da mulher e da criança como um todo em âmbito biológico, psicológico e social.

A assistência psicológica durante a gravidez pode contribuir para uma experiência mais saudável desse período maturacional, prevenindo sobre perturbações no processo de desenvolvimento gestacional e possíveis mazelas desencadeadas a partir de ocorrências patológicas, como complicações no parto e distúrbios emocionais no pós-parto além de facilitar a lidar com esta nova etapa da vida da mulher e de sua família (ALMEIDA E ARRAIS, 2016).

Logo, esta pesquisa busca propagar informações sobre como identificar sinais e formas de diagnóstico da DPP, além de ressaltar a importância de um diagnóstico e tratamento precoce e suas possíveis consequências não só na vida da mãe, mas do recém-nascido e sua família.

## **1.5 METODOLOGIA DE ESTUDO**

Este estudo se classifica como descritivo, por buscar tornar mais explícito os conceitos, ideias e identificar um objeto de estudo que possa ser alvo de outros estudos. Conforme Gil (2007), esta é uma pesquisa bastante flexível que possibilita a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

Serão usados Artigos científicos, Google Acadêmico, Biblioteca Digital, Livros relacionados ao tema, do acervo da biblioteca do Centro Universitário Atenas.

As palavras chaves utilizadas nas pesquisas serão: Depressão Pós-Parto; Diagnóstico; Prevenção; Tratamento.

## **1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO**

O primeiro capítulo apresenta a introdução com contextualização do estudo, formulação do problema de pesquisa, proposições do estudo, objetivos específicos e geral, justificativa, além da relevância e contribuições da proposta de estudo, metodologia do estudo, bem como definição estrutural da monografia.

O segundo capítulo aborda uma contextualização histórica sobre a depressão em geral e como foi inicialmente caracterizada a DPP ao longo dos séculos. Também é especificado os tipos de manifestações da DPP, bem como seus sintomas.

O terceiro capítulo apresenta sobre o tratamento e formas de prevenção à DPP destacando a importância da realização do diagnóstico precoce.

O quarto capítulo faz uma contextualização da construção histórica sobre o papel da mulher enquanto mãe e como contrariar ou questionar este papel acaba gerando sofrimento. Além disto, expõe os impactos que a DPP pode causar tanto na vida da mãe quanto da criança.

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

## 2 DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Para tratar sobre impactos advindos da DPP na relação entre mãe-bebê se vê necessário compreender como esta doença mental surge, formas de identificação e diagnóstico, devidos tratamentos e prognósticos além dos impactos causados tanto na vida da mãe e da criança quanto das pessoas do contexto familiar.

### 2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

Alguns séculos antes de Cristo, Hipócrates estudou a melancolia humana e a compreendeu como um transtorno que tinha sua origem no meio físico, mas a partir da classificação dos quatro tipos de humores humanos baseados no sangue, sendo eles, colérico, fleumático, sanguíneo e melancólico que foi inicialmente proposto por Aristóteles. Assim, se a bile estivesse em desequilíbrio causaria doenças (SOUZA E LACERDA, 2013).

Durante séculos a melancolia foi tratada por métodos que buscavam reestabelecer o equilíbrio do corpo humano. Por volta do século XI, com a maior disseminação do cristianismo pelo mundo, a igreja católica começou a utilizar da sua grande influência para modificar a percepção do povo e tratar os melancólicos como pecadores e passíveis de punição (SOUZA E LACERDA, 2013).

Durante este período a melancolia era vista como uma doença nociva, tendo em vista que o doente não era abençoado pela alegria, amor e misericórdia de Deus. Desta forma, as pessoas acometidas pela doença eram tratadas como pecadoras e sua patologia não passava de um castigo divino para pagarem por seus devidos pecados (GONÇALES E MACHADO, 2007).

Na Idade Moderna, os transtornos mentais passaram a ser assimilados por visões biológicas, filosóficas e psicológicas substituindo o estudo dos humores ligados à bile por estudos dos nervos, ou seja, do corpo humano em si. O avanço nos estudos do corpo aponta que a melancolia era uma doença de origem clínica e passível de tratamento e não um castigo divino.

O termo “depressão” surgiu por volta do século XVII e era apresentado como um estado de desânimo ou falta de interesse sendo então incluída ao dicionário. A partir daí a depressão foi sendo cada vez mais estudada e sustentada

pelas práticas médicas, investigações científicas e observações clínicas (SOUZA E LACERDA, 2013).

Sigmund Freud, teve grande influência na consolidação definitiva sobre a percepção sobre as mazelas emocionais dos seres humanos. Ele sugeriu a presença de disposições patológicas.

Freud sugere a presença de uma disposição patológica e distingue os traços mentais da melancolia, os quais incluíam desânimo profundo, perda da capacidade de amar, inibição de toda e qualquer atividade, diminuição da autoestima, autorrecriminação e auto-envilecimento e expectativa delirante de punição. Ele postula que, na melancolia, acontece um empobrecimento e esvaziamento do próprio ego, que resulta em um delírio de inferioridade, principalmente moral, que é completado por insônia e pela recusa em se alimentar (SOUZA E LACERDA, 2013, p.24).

No século XX, durante as Grandes Guerras Mundiais a depressão foi amplamente reconhecida em sua complexidade e presente em toda sociedade. Os psiquiatras não estavam mais presos às atuações em centros psiquiátricos, pois os militares desenvolviam transtornos mentais em decorrência das guerras e assim a psiquiatria recebeu grande destaque e o campo de atuação foi expandido visando resolver os novos problemas de saúde física e emocional que surgiram (SOUZA E LACERDA, 2013).

Por fim, foi percebido que a depressão não tinha apenas uma causa específica, mas um conjunto de fatores de risco que culminavam no seu aparecimento. Marques (2016), destacou diversos fatores que juntos podem desencadear a depressão, como, predisposição biológica, problemas com autoestima, problemas conjugais, fatores financeiros, grau de escolaridade, faixa etária, entre outros. Assim, cada sujeito percebe o mundo de uma forma única e cada fator irá afetá-lo de maneira específica e assim, se percebe a necessidade de questionar e investigar as diversas variáveis.

Atualmente, a depressão é caracterizada como um transtorno de humor marcado pelo humor deprimido, diminuição dos interesses ou prazeres nas atividades, perda ou ganho significativo de peso, redução ou aumento de apetite, insônia ou hipersônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade, dificuldades pra se concentrar, pensamentos recorrentes de morte ou suicida (DSM-5).

Estes sintomas causam sofrimento significativo e grande prejuízo no funcionamento social, profissional e pessoal da vida do indivíduo. Desta forma, a depressão pode se manifestar de diversas maneiras na vida das pessoas, especificamente em mulheres, após período gestacional, pode surgir uma depressão específica conhecida como Depressão Pós-Parto.

Historicamente a mulher teve um papel social onde seu principal objetivo era gerar filhos e cuidar da família enquanto o homem fornecia proteção e alimento. Em inúmeras vezes a mulher precisava abdicar das suas vontades e desejos para cuidar dos filhos e servir ao lar. Com o processo de urbanização e industrialização a instituição familiar está sendo reorganizada e as concepções de namoro, casamento, maternidade, papel social da mãe (pessoal e profissional) vêm sendo atualizados (NEIVERTH, 2003).

As transformações sociais dos últimos séculos e a vida moderna trouxeram novos olhares sobre o papel da mulher-mãe e assim, a DPP “não é mais encarada simplesmente como um problema relacionado a hormônios que se acalmarão com o tempo, agora, a DPP está sendo levada a sério” (HARVEY, 2002, p.9). Somente em 1857 que quadros de doença mental, como insanidade puerperal foram destacados como consequências exclusivas do parto.

## **2.2 TIPOS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Por mais que a gestação seja um período de bem-estar emocional onde não somente a mulher, mas toda a família, aguardam ansiosamente pela chegada de um filho, a mãe não está protegida de transtornos do humor. Após o parto, existe uma alteração hormonal intensa que pode ser muito marcante e se tornar um fator de risco para o surgimento da DPP.

No entendimento de Tess e Dias (2011), não é apenas o período pós-parto que pode influenciar para o surgimento da DPP, mas complicações clínicas no período gestacional, suspeita de estresse fetal, episódios depressivos anteriores à gestação, histórico de natimortos e trabalho de parto traumático também podem influenciar na sua manifestação.

Conforme Moraes (2006), “pode-se concluir que as precárias condições socioeconômicas da puérpera e a não aceitação da gravidez são os fatores que mais influenciam o aparecimento de depressão no puerpério”. Ou seja, entende-se

que dificuldades financeiras, violência doméstica, desamparo social, ser mãe solteira, falta de apoio conjugal além da depressão iniciada durante a gestação são fatores de risco preponderantes para o desenvolvimento da DPP.

A DPP é um transtorno do humor que altera o desempenho comportamental, emocional, físico e cognitivo interferindo diretamente na qualidade de vida da genitora (CAMACHO et al., 2006). Segundo Camacho et al. (2006) e Tess e Dias (2011) existem três categorias de DPP: baby blues, depressão puerperal e psicose puerperal.

### **2.2.1 BABY BLUES**

O baby blues é uma forma mais leve de DPP, ele pode ser identificado em até 85% das mulheres após o parto. Ele é causado pelas mudanças hormonais que ocorrem no corpo da mulher desde o momento do parto (HARVEY, 2002), considerando a alteração hormonal significativa ocorrendo nos primeiros 7 a 10 dias após o parto (MORENO, DEMÉTRIO E MORENO, 2011).

É comum nestes casos “labilidade emocional, choro fácil, ansiedade, insônia, irritabilidade e sentimentos de inadequação, que, geralmente, começam nos primeiros dias do parto e desaparecem espontaneamente em até duas semanas” (TESS E DIAS, 2011, p.1731).

Por se tratar de um quadro leve e transitório não é necessário um tratamento específico levando em consideração que “algum grau de confusão, medo e introspecção é inteiramente apropriado às novas condições de vida de uma recém-mamãe” (OLIVEIRA, 2006, p.115). Porém, é necessário estar atento, pois, o baby blues pode ser o início de uma depressão mais grave.

### **2.2.2 DEPRESSÃO PUERPERAL**

Conforme Moreno, Demétrio e Moreno (2011, p.703) a depressão puerperal:

Desenvolve-se nas primeiras quatro semanas após o parto, via de regra em primíparas, mas frequentemente a depressão teve início durante a gestação. Fatores psicossociais desempenham um papel importante e devem ser endereçados. Os sintomas requerem tratamento



medicamentoso, caso comprometam os cuidados maternos (MORENO, DEMÉTRIO E MORENO, 2011, p.703).

Esta depressão puerperal, atinge de 10 a 15% das mulheres em estágio puerperal e é identificada clinicamente como DPP. Entre mulheres com histórico de depressão o índice se aproxima de 25% (MORENO, DEMÉTRIO E MORENO, 2011).

A depressão puerperal afeta diretamente o funcionamento comportamental, físico e cognitivo da mulher influenciando diretamente na sua qualidade de vida (CAMACHO et al., 2006).

### **2.2.3 PSICOSE PUERPERAL**

A psicose puerperal, é a terceira manifestação da DPP. Esta condição é um raro transtorno bipolar, atingindo severa gravidade em mais de 90% dos casos diagnosticados.

Psicose puerperal é uma emergência psiquiátrica. Caracteriza-se por quadros graves, de início precoce, com instalação nas primeiras três semanas após o parto, em geral, entre as primeiras 48 e 72 horas. Estão presentes em 0,1 a 0,2% das parturientes. Os sintomas prodômicos são inquietação, irritabilidade e alteração do sono, que evoluem rapidamente para um quadro psicótico caracterizado por humor depressivo ou eufórico, comportamento desorganizado, labilidade emocional, delírios e alucinações. Também são frequentes quadros confusionais, como o delirium (TESS E DIAS, 2011, p.1733).

Outros sintomas comuns da psicose puerperal são: transtornos cognitivos, hiperatividade, desânimo persistente, sentimento de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, redução do apetite, alteração no desejo sexual, diminuição do nível de desempenho cognitivo e presença de ideias obsessivas (Camacho et al. 2006).

Tess e Dias (2011) afirmam que a psicose puerperal carece de cuidados imediatos, uma vez que a ausência de tratamento pode colocar a mãe e o bebê em risco (tem se estimado uma taxa de infanticídio de 4%).

O primeiro mês após o parto é um período marcado por desafios para a mãe, que busca se recuperar do parto e ao mesmo tempo cuidar do recém-nascido. Neste período ocorre privação de sono, estabelecimento de novas rotinas e ajustes a uma nova dinâmica familiar.

As mães assistem às catástrofes pela TV e choram pelo sofrimento de outras crianças e de outras mães. Assim se manifestam as emoções do pós-parto (à flor da pele). É uma panela de pressão no fogo alto e trepidando, pronta para explodir. O curioso é que essas emoções podem se espalhar pela família e todos os envolvidos podem se tornar sensíveis (OLIVEIRA, 2006, p.16).

Durante este período os sentimentos estão “à flor da pele”. Os comportamentos da mãe refletem nos relacionamentos familiares e sociais e toda a família é afetada. Além dos sintomas padrões da depressão, se pode observar, sensação de total infelicidade, choros constantes e até sentir que não está cuidando corretamente do filho.

Depressão puerperal não tratada 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 e de cronificação da depressão. Ocorrência de dificuldades conjugais é comum e o parceiro também pode deprimir (TESS E DIAS, 2011, p.1732).

### **3 TRTAMENTO E PREVENÇÃO**

O diagnóstico precoce é muito importante para melhorar as chances de tratamento e evitar possíveis complicações. Em casos não identificados e/ou não tratados é comum que a mãe acabe negligenciando os cuidados essenciais com o bebê podendo desencadear alguma deficiência ou problema de saúde devido à má alimentação, má higiene e ausência de cuidados em geral.

É possível que em casos graves a mãe tente ferir ou até matar o filho. Desta forma, a criança pode acabar não tendo uma vinculação adequada à mãe podendo desenvolver transtornos que influenciem negativamente em seu desenvolvimento podendo acompanhar até a vida adulta.

#### **3.1 TRTAMENTO**

O tratamento indicado em todos os casos é acompanhamento psicoterápico para trabalhar com a mãe possíveis demandas de antes, durante e após a gestação que possam influenciar negativamente na sua vida como mãe. Em casos mais graves, como de psicose puerperal é indicado além da psicoterapia acompanhamento com médico para tratamento medicamentoso (RIBEIRO, 2021).

Porém, é percebido que em casos de baby blues normalmente não ocorrem muitos diagnósticos, pois os sintomas como alteração de sono, humor e de alimentação são totalmente justificáveis por causa da chegada de uma criança no ambiente que naturalmente altera todo o contexto e dinâmicas familiares e por isto diversos casos acabam evoluindo para uma depressão mais severa por não ter tido atenção suficiente.

#### **3.3 PREVENÇÃO**

O pré-natal é uma alternativa essencial para acolher e proporcionar garantia de bem-estar da mãe e da criança desde o início da gravidez até após o nascimento. Durante todo o processo, a gestante deve ser o foco principal e assistida por enfermeiro, médico-obstetra, assistente social e toda equipe de saúde que possa lhe auxiliar (SILVA, 2010).

O acompanhamento psicológico perinatal ou pré-natal psicológico é uma

importante ferramenta que através de encontros individuais ou grupais auxilia as mães através de um processo acolhedor e humanizado a se prepararem para o nascimento do filho que pode vir carregado de medos, dúvidas e transtornos mentais (ARRAIS, 2014).

Da mesma forma que existem fatores que predispõem ou facilitam o desenvolvimento da DPP há também condições que podem proteger contra mazelas emocionais durante a gravidez e no período pós-parto (ARRAIS, 2014). Logo, além dos trabalhos realizados com o acompanhamento psicológico e prévia identificação a doenças mentais, apoio de outras mulheres, boa relação conjugal e apoio do companheiro, proteção biopsicossocial da gestante, além de cursos para gestantes que preparam não só psicologicamente, como tiram dúvidas e apresentam técnicas que podem ser usadas pelas mães durante o parto e para cuidados com o recém-nascido (CANTILINO, 2010).

Ou seja, o acompanhamento perinatal dos aspectos físicos é essencial para verificar o desenvolvimento da criança, mas o apoio psicológico também é algo fundamental para propiciar saúde mental tanto à gestante quanto ao bebê.

## **4 IMPACTOS NA RELAÇÃO FAMILIAR**

A gravidez é algo vivido socialmente. A mãe passa, normalmente, por inúmeros processos juntamente com outras pessoas, seja a família ou companheiro. Logo é importante destacar quais são os impactos da DPP na vida da mãe que gerou a criança, do próprio neonato e também da família que acompanhou todo de perto.

### **4.1 IMPACTOS NA VIDA DA MÃE**

Por traz da gravidez existe uma construção histórica e cultural gigantesca que foi moldada por diversos tipos de comportamentos, onde muitos são machistas. Assim, desde criança se ensinaria de forma imposta, seja explícita ou implícita, às meninas e mulheres em como se tornarem donas de casa, como serem boas mães e que aquele era o futuro perfeito que elas desejariam para sua vida (TOURINHO, 2006).

Quando a mulher se torna mãe, principalmente primíparas, é sentido na pele que a maternidade não é algo sempre lindo e feliz. Existem muitas dores, sejam do parto, na amamentação, na recuperação de cesárias, diversas noites sem conseguir dormir e inúmeras outras situações complexas e duras que as mães vivenciam que pode acabar podendo gerar impactos emocionais negativos, sofrimento e frustrações (AZEVEDO, 2017).

Conforme Leão (2020), se leva em consideração todo o papel social que foi estigmatizado sobre ser mãe e que está diretamente ligado a cuidar e sanar às necessidades do bebê. Quando a mãe passa pelo processo de gravidez, por enjoos, mal-estar, dores no corpo, dificuldades de dormir o encanto da maternidade pode acabar se rompendo e gerando certo conflito interno sobre ser ou não mãe.

Por mais que a gravidez seja um momento muito esperado por diversas mães a depressão que surge após o nascimento do filho pode fazer com que ela se sinta incapaz de cuidar dele e conseqüentemente apresentar sintomas de nervosismo, choro constante, alterações de humor, que são potencializadas pela DPP (SILVA, 2010).

A maternidade não se trata de uma ideia de que o amor materno é instintivo, mas sim um sentimento construído na vivência diária com o filho, através

de toda imperfeição e dificuldade que quando superada gera alívio à mãe. Segundo Azevedo (2005):

Não é por acaso que ser mãe na modernidade suscita sentimentos de culpa e frustração e conflitos de identidade, afinal as mães estão habituadas a uma cultura que proíbe a discussão plena da ambivalência materna, da coexistência de sentimentos ambivalentes natural em todas as mães. O natural passa a ser o sacrifício e o amor irrestrito.

A mãe que não se sente próxima ou que não teve uma vinculação imediata com o neonato acaba fugindo do estereótipo básico de amar e precisar sempre ser perfeita e cuidar da criança gerando certo dualismo que decorre em sofrimento. Este, é expressado através do humor deprimido, pela perda do sentimento perfeito de ser mãe que foi tão idealizado por ela, mas que na prática não foi como esperado (AZEVEDO, 2005).

Logo, é possível compreender que a maternidade é extremamente complexa e cada mãe vivencia a sua de uma forma única. É importante salientar que a mãe que recusa ter contato com a criança ou se sente mal perto do bebê está em sofrimento e precisa ser acolhida e escutada. Por isto o acompanhamento psicológico é fundamental para orientá-la da melhor forma possível.

#### **4.2 IMPACTOS NA VIDA DO BEBÊ**

Brazelton e Cramer (1992), apontaram que o período pós-parto com a presença de depressão, mesmo que mais branda, possui fatores que frequentemente podem afetar a relação de mãe-filho. Esta relação é complexa e depende diversos fatores para ocorrer adequadamente e estabelecer uma vinculação saudável.

Mazet e Stoleru (1990) salientam que a mãe em estado depressivo acaba se tornando insegura sobre seu papel materno e se afasta, fisicamente ou emocionalmente, do filho através de desvios de olhares e faz pouco contato com a criança evitando tocar e até se comunicar com ela.

Segundo Winnicot (1999), a mãe precisa gerir algumas funções essenciais nos meses iniciais a vida do bebe para propiciar melhor experiência e ter um vínculo saudável com o neonato, como o *holding* e *handling*. O *holding*, é a maneira com que a genitora segura a criança no colo. Através do contato, do abraço

e amparo seja em momentos de choro ou entusiasmo do bebê. Por meio deste toque se busca segurar e fazer com que a criança se sinta protegida além de ampliar a experiência sensorial e tátil de seu corpo e do corpo da mãe possibilitando a delimitação corporal e gerando uma noção de que sua existência é além do corpo materno.

Outra função da mãe seria o *handling* que é a forma com que a mãe cuida, da atenção e trata da criança. A mãe que recusa ou evita este cuidado pode reduzir o desenvolvimento e a capacidade da criança se sentir real e distinta do mundo e dos objetos. Konratz, 2017 afirma que o *handling*:

Está ligado ao processo de personalização do bebê, onde é realizado através de cuidados corporais, dessa forma há uma união firme entre psique e corpo, que favorece a parceria psicossomática na criança e contribui para a formação do sentido de real. (KONRATZ, 2017, p.15)

Assim, se percebe que o toque, é tido como uma ferramenta fundamental para desenvolvimento da sinestesia, noção corporal e percepção de objetos. A fala e o cuidado com a criança são importantes para desenvolvimento do vocabulário e preparar a criança para se comunicar. Logo, mãe depressiva que busca evitar contato com o filho, acaba não estimulando adequadamente a criança o que pode atrasar seu desenvolvimento afetivo, social e cognitivo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou explicar o impacto da DPP na relação entre mãe e neonato e realçar formas de prevenção, tratamento e cuidados que devem ser realizados.

Ao se aprofundar sobre quais são os impactos que esta relação sofre sobre influência da DPP é perceptível que existem muitas pesquisas publicadas sobre o assunto e com diversos posicionamentos.

Porém, foi possível refletir sobre formas de identificação e diagnóstico da doença, bem como as diversas formas de manifestação da DPP, como o Baby blues, que é uma forma mais branda e comum entre as parturientes e que frequentemente não recebe tanta atenção como deveria, pois, os sintomas são camuflados diante da mudança na vida da mãe a partir do parto.

A depressão puerperal já se apresenta com sintomas mais fortes e característicos de uma depressão, caso os sintomas não recebam atenção devida por assistência especializada podem evoluir e impactar diretamente no funcionamento comportamental da mãe.

Já a psicose puerperal é um transtorno mais raro e em mais de 90% dos casos diagnosticados são considerados graves, logo se considera como uma emergência psiquiátrica que pode ser acometida por outros transtornos e alterações comportamentais, como hiperatividade e infanticídio.

Também foi possível elucidar as formas de tratamento, que geralmente estão associadas ao acompanhamento psicológico e até psiquiátrico, além de boa alimentação e prática de exercícios físicos. As formas de tratamento expostas são bem aceitas pela comunidade de saúde, no geral, que é o tradicional pré-natal, porém com a junção do acompanhamento psicológico que não é tão comum.

Logo, compreendeu-se que a DPP causa impactos negativos tanto físicos quanto psicológicos na mãe e na criança e que se não receberem devido tratamento especializado podem acabar evoluindo e resultando cada vez mais em sofrimento e angustia para os afetados.

A mãe com a DPP acaba passando por um conflito interno angustiante, que envolve o sonho de ser mãe construído conscientemente, ou inconscientemente, através da sociedade em que cresceu e que choca diretamente com o momento em que nasce seu filho e ela acaba não tendo sentimentos positivos



para com ele ou simplesmente se frustrando com a maternidade por não ser tudo que ela esperava. Esta dualidade acaba levando sofrimento emocional à mãe que se cobra e se culpa diante da situação podendo sentir incapaz de cuidar da criança gerando efeitos adversos potencializados pela DPP.

A criança também caso tenha seus cuidados negados pela mãe pode acabar não sendo alimentada, tendo machucados ou ferimentos por falta de higiene pois sua progenitora prefere não o tocar ou até mesmo em casos extremos machucar ou até matar a criança. A não alimentação e falta de estímulo com o recém-nascido, seja a o não olhar para o bebê, o não brincar ou não conversar com ele pode atrasar o desenvolvimento cognitivo.

Diante de todo o material estudado, foi possível confirmar a hipótese de que a DPP pode ser um fator negativo que pode influenciar negativamente na relação entre a mãe e criança. A mãe adoecida pode acabar se afastando física ou mentalmente da criança gerando diversos impactos atrapalhando o desenvolvimento normativo do bebê.

Por fim, compreende-se que a DPP é uma doença complexa e que afeta profundamente a mãe e o recém-nascido. Desta forma é aconselhável que o acompanhamento psicológico seja feito frequentemente com a mãe visando trabalhar suas dúvidas, medos e inseguranças para que superando os limites consiga construir aos poucos uma relação saudável com seu filho.

## REFERENCIAS

- ALMEIDA, N. M. C.; ARRAIS, A. R. **O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto.** Scielo, 2016. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932016000400847&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932016000400847&script=sci_arttext)>. Acesso em: 2 mai. 2021;
- ARRAIS, A. R.; ARAUJO, T. C. C.; SCHIAVO, R. A. **Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico.** Scielo, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003342016>>. Acesso em 06 mar. 2021;
- ARRAIS, A. R.; MOURAO, M. A.; FRAGLLE, B. **O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto.** Soc. Saúde São Paulo, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2014.v23n1/251-264/pt>>. Acesso em: 15 abr. 2021;
- AZEVEDO, A. R. **“Amo meu filho, mas odeio ser mãe”: reflexões sobre a ambivalência na maternidade contemporânea.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/163940/001025591.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 30 abr. 2021;
- AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. **O mito da mãe exclusiva e seu impacto na Depressão Pós-parto.** Scielo, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/prc/v19n2/a13v19n2.pdf>>. Acesso em: 01 mai. 2021;
- BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. **As primeiras relações.** São Paulo: Martins Fontes, 1992;
- 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. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832006000200009](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200009)>. Acesso em 17 abr. 2021;
- CANTILINO, A. et al. **Depressão pós-parto em Recife-Brasil: prevalência e associação com fatores biossociodemográficos.** Jornal Brasileiro de psiquiatria, vol. 59, n.1, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852010000100001&lng=en&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000100001&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 30 abr. 2021;
- GARFIELD, L. et al. **Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low-birth-weight infants.** *Advances in Neonatal Care Journal*, 2015. Acessado em: <<https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000131>>. Acesso 15 mar. 2021;

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007. Disponível em: <<https://docente.ifrn.edu.br/mauriciofacanha/ensino-superior/redacaocientifica/livros/gil-a.-c.-como-elaborar-projetos-de-pesquisa.-sao-paulo-atlas-2002./view>>. Acesso em: 13 mar. 2021;

GONÇALES, C. A. V.; MACHADO, A. L. **Depressão, o mal do século: De que século?** Rio de Janeiro: Revista de Enfermagem, 2007;

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

KONRATZ, R. G. F. C. **Relação mãe-bebê: a importância do contato físico na amamentação**. Faculdade de Educação e meio ambiente, 2017. Disponível em: <<http://repositorio.faema.edu.br/bitstream/123456789/1276/1/KONRATZ%2c%20R.%20G.%20F.%20C.%20-%20A%20IMPORT%c3%82NCIA%20DO%20CONTATO%20F%c3%8dSICO%20NA%20AMAMENTA%c3%87%c3%83O.pdf>>. Acesso em 30 abr. 2021;

LEÃO, L. C. A. **Sintomas depressivos, de estresse e ansiedade em mães primíparas jovens e tardias com recém-nascidos e bebês**. Faculdade Meridional, 2020. Disponível em: <<https://www.imed.edu.br/Uploads/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Final%20-%20Vers%C3%A3o%20Parcial%20-%20Luzia%20Leao.pdf>>. Acesso em: 3 mai. 2020;

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)**. 5 ed. São Paulo: Artmed, 2013. Disponível em: <[http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM\\_V.pdf](http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2021;

MARQUES, L. C. et al. **Saúde mental materna: Rastreamento os riscos causadores da depressão pós-parto**. Journal Health, 2016. Disponível em: <<http://gurupi.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/918/1/Maternal%20mental%20health.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2021;

MAZET, P., & STOLERU, S. **Manual de psicopatologia do recém-nascido**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990;

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA N°1.020**, 2013. DISPONÍVEL EM: <<saude.gov.br>>. Acesso em: 02 abr. 2021;

MORAES, I. G. S. et al. **Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados**. Scielo, 2004. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rsp/2006.v40n1/65-70/pt/>>. Acesso em: 15 abr. 2021;

MORENO, D. H.; DEMÉTRIO, F. N.; MORENO, R. A. **Depressão**. In: MIGUEL, E. C. et al. Clínica psiquiátrica. Barueri: Manole, 2011. p.698-710. LIVRO

NEIVERTH, I. S.; ALVES, G. B. **Gravidez na adolescência e mudança do papel social da mulher**. Paidéia, 2003. Disponível em:

<<http://www.periodicos.usp.br/paideia/article/view/6116/7647>>. Acesso em: 07 abr. 2021;

OLIVEIRA, F. G. **E depois do parto? Cuidados com o corpo, a mente e a vida sexual**. São Paulo: Ideia e Ação, 2006. LIVRO;

RIBEIRO, et. al. **Interface entre prevalência, fatores de risco e terapêutica da psicose puerperal: uma revisão de literatura**. Brazilian Journal of Development, 2021. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/22531/18038>>. Acesso em: 01 mai. 2021;

SILVA, C. S. S. et. al. **Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família**. Scielo, 2010. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000300016&script=sci\\_arttext&tIng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000300016&script=sci_arttext&tIng=pt)>. Acesso em 30 abr. 2021;

SOUZA, T. R.; LACERDA, A. L. T. **Depressão ao longo da história**. Porto Alegre: Artmed, 2013. Disponível em: <[https://www.larpsi.com.br/media/mconnect\\_uploadfiles/c/a/cap\\_01\\_72\\_.pdf](https://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_01_72_.pdf)>. Acesso em: 06 mar. 2021;

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. LIVRO;

TOURINHO, J. G. **A mãe perfeita: idealização e realidade**. IGT, 2010. Disponível em: <<http://www.igt.psc.br/ojs2/index.php/igtnarede/article/viewFile/1710/2343>>. Acesso em 01 mai. 2021;

WINNICOT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999. Disponível em: <<https://lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/WINNICOTT-Os-Bebes-e-Suas-Maes.pdf>>. Acesso em 27 abr. 2021.