

Depressão pós-parto: prevenção e conseqüências

Damiana Guedes-Silva

*Aluna do Programa de Graduação em
Enfermagem/UniFOA*

*End.: Av. Paulo Erlei Alves Abrantes, 1325 –
Três Poços*

Volta Redonda – RJ CEP 27251-970

e-mail: damianaguedes@yahoo.com.br

Marise Ramos de Souza

*Docente do Curso de Enfermagem UniFOA/
Bióloga/ Aluna do Programa de Mestrado em
Políticas de Educação e Saúde/UniFOA*

Vilma Perez Moreira

*Docente e Coordenadora do Curso de
Enfermagem/UniFOA/Enfermeira/Mestre em
Enfermagem/UniRIO*

Marcelo Genestra

*Docente do Curso de Enfermagem UniFOA/
Especialista, Mestre e Doutor em Bioquímica/
FIOCRUZ/ Coordenador do Mestrado em
Políticas de Educação e Saúde/UniFOA*

RESUMO

Este trabalho enfoca a depressão pós-parto, em que apresenta distúrbio de humor de grau moderado a severo, de caráter multifatorial, clinicamente identificado como um episódio depressivo, com início dentro de seis semanas após o parto. Os profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, médicos e psicólogos, devem estar aptos a cuidar das parturientes a fim de evitar traumas para a mãe, filhos e famílias envolvidos, inclusive, prevenindo episódios de suicídio e infanticídio. A depressão pós-parto acomete entre 15 a 20% das parturientes, mas sabe-se que boa parte das mães que sofreram e/ou sofrem deste distúrbio não procura ajuda para esse problema afetivo, ou prefere utilizar a totalidade dos cuidados médicos para o bebês e não para si mesmas. A metodologia usada para desenvolvimento deste trabalho inclui cuidadosa busca bibliográfica em livros e artigos que enfocam o problema.

Palavras-chave: depressão pós-parto, prevenção, gravidez, enfermagem

ABSTRACT

This work focuses the postpartum depression, a humor disturbance of the moderate to severe degree, of multifactorial character, identified clinically as a depressive episode, beginning inside of six weeks after the childbirth. Doctors, nurses and psychologists must be apt to take care of parturient to prevent trauma for the mother, children and involved families, also preventing episodes of suicide and infanticide. The postpartum depression take 15-20% of the women, but greatest part of the mothers that had suffered and/or

suffer this disturbance do not look aid for this affective problem, or prefers to use the totality of the medical cares for the babies and not does himself. The used methodology for development of this work includes careful bibliographical search in books and papers that focus the problem.

Key words: postpartum depression, prevention, pregnancy, nursing

Introdução

A depressão pós-parto é uma patologia derivada de uma combinação de fatores biopsicossociais, dificilmente controláveis, que atuam de forma implacável no seu surgimento. Lai e Huang (2004) apontaram diversos pontos desta multifatorialidade, incluindo:

- Gravidez não desejada;
- Baixo peso do bebê;
- Alimentação do bebê direto na mamadeira;
- Pouca idade da mãe;
- O fato da mãe não estar casada;
- Parceiro desempregado;
- Grande número de filhos;
- Desemprego após a licença maternidade;
- Morte de pessoas próximas;
- Separação do casal durante a gravidez;
- Antecedentes psiquiátricos anteriores ou durante a gravidez;
- Problemas da tireóide (simulando de uma série de doenças psiquiátricas);

Após o parto, ocorrem reações conscientes e inconscientes na puérpera, dentro de seu ambiente familiar e social imediato, ativando profundas ansiedades. Uma das mais importantes é a vivência inconsciente da angústia do trauma do próprio nascimento: a passagem pelo canal do parto, que inviabiliza para sempre o retorno ao útero e empurra o bebê para um mundo totalmente novo e, portanto, temido. Isto inclui a perda repentina de percepções conhecidas, como os sons internos da mãe, o calor do aconchego, o

sentido total de proteção, gerando o surgimento de percepções novas e assustadoras (Cox, Connor, & Kendell, 1982; Cox, Haldin, & Sagovsky 1987).

A secção do cordão umbilical separa para sempre o corpo da criança do corpo materno, deixando uma cicatriz, o umbigo, que marca o significado profundo desta separação. Assim, no inconsciente, o parto é vivido como uma grande perda para a mãe, muito mais do que o nascimento de um filho. Ao longo dos meses de gestação, ele foi sentido como apenas seu, como parte integrante de si mesma e, bruscamente, torna-se um ser diferenciado dela, com vida própria e que deve ser compartilhado com os demais, apesar de todo ciúme que desperta (Laplanche & Pontalis, 1986; Lai & Huang, 2004).

Sendo assim, a mulher emerge da situação de parto num estado de total confusão, como se lhe tivessem arrancado algo muito valioso ou como se ela tivesse perdido partes importantes de si mesma. Tanto quanto na morte, no nascimento também ocorre uma separação corporal definitiva. Este é o significado mais angustiante do parto, que se não for bem elaborado, pode trazer uma depressão muito intensa à puérpera: o parto é vida e também é morte.

Metodologia

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

Sinais e sintomas

Os sinais e sintomas do estado depressivo variam quanto à maneira e intensidade com que se manifestam, pois dependem do tipo de personalidade da puérpera e da sua própria história de vida, além das mudanças bioquímicas que se processam logo após o parto (Bernazzani, Conroy, Marks, Siddle, Guedeney, Bifulco *et al.*, 2004).

Além das vivências inconscientes em que predominam as fantasias de esvaziamento ou de castração, as mais intensas são as

ansiedades de carência materna - quando a puérpera apresenta forte dependência infantil em relação à própria mãe ou ao marido - e as de autodepreciação, quando se sente incapaz de assumir as responsabilidades maternas, e até mesmo inútil, quando não consegue captar a compreensão do significado do choro do bebê para poder satisfazê-lo. Para poder suportar tais ansiedades, inconscientemente, alguns mecanismos de defesa são colocados em movimento, segundo as características pessoais da puérpera. Dessa maneira, ela pode apresentar-se cheia de uma energia despropositada, eufórica, falante, preocupada com seu aspecto físico e com a ordem e arrumação do ambiente em que se encontra. As visitas são recebidas calorosamente, e a mãe parece tão disposta e auto-suficiente, como se não precisasse de ajuda externa. Em contrapartida, manifesta alguns transtornos do sono, muitas vezes necessitando de soníferos. Se o ambiente mais próximo não lhe oferecer carinho e atenções, tal estado pode produzir somatizações, como febre, constipação e outros sintomas físicos. Do mesmo modo, se as fantasias inconscientes não puderem ser contidas, surgem as ansiedades depressivas de modo ocasional ou em acessos de choro, ciúmes, aborrecimento, tirania ou em expressões de auto-depreciação e de auto-acusação (Nonacs & Cohen, 1998).

A puérpera deprimida, ao contrário da hiperativa, pode apresentar-se com um profundo retraimento, necessidade de isolamento. A prostração e a decepção com sentimentos de fracasso e desilusão têm também aspectos regressivos que se somam aos já produzidos pelo parto, com a re-atualização do trauma do próprio nascimento, fazendo com que a puérpera sinta-se mais carente e dependente de proteção, como que competindo com o bebê as atenções do meio que a cerca. A sensação predominante neste caso, é de sentir-se apenas a serviço do bebê, como se nunca mais fosse recuperar sua vida pessoal (O'Hara, Neunaber & Zesoski, 1984; Nonacs & Cohen, 1998). O homem também pode apresentar o quadro de depressão puerperal, embora com menor intensidade. A depressão masculina tem origem nos sentimentos de exclusão diante da díade mãe-bebê. É como se ele se percebesse apenas como uma pessoa provedora, que deve trabalhar e satisfazer as exigências impostas pelo puerpério da mulher. A própria vivência emocional do

parto e a possibilidade de decepção quanto ao sexo do bebê, num momento em que todos ao seu redor parecem ocupados demais para lhe dar a atenção, muitas vezes encontra saída para suas ansiedades no ambiente externo ao lar. Daí o aumento das atividades e carga horária no trabalho, relações extraconjugais ou mesmo somatizações com ocorrências de doenças ou acidentes com fraturas, para poder também chamar atenção sobre si (Souza & Daure, 1998).

No caso de já existirem outros filhos, estes também podem sofrer impactos emocionais, com a ausência da mãe e o medo de perder seu amor em prol do novo membro da família. O modo como demonstram tais sentimentos freqüentemente incluem a regressão, quando solicitam novamente o uso da chupeta, apresentam transtornos do sono, inapetência, enurese noturna, e até mesmo a negação da própria mãe, como se não precisassem mais de seu amor e cuidados. Neste momento, vinculam-se mais fortemente com o pai ou à pessoa que os está atendendo, fortalecendo na figura materna o sentido de incapacidade, de não conseguir realmente dar conta das antigas e novas responsabilidades (Cox, Haldin & Sagovsky, 1987, Bernazzani et al., 2004).

É muito difícil determinar o limite entre a depressão pós-parto normal e a patológica, chamada de psicose puerperal. A característica principal desta é a rejeição total ao bebê, sentindo-se completamente aterrorizada e ameaçada por ele, como se fosse um inimigo em potencial. A mulher sente-se, então, apática, abandona os próprios hábitos de higiene e cuidados pessoais, pode sofrer de insônia, inapetência e apresentar idéias de perseguição, como se alguém viesse roubar-lhe o bebê ou fazer-lhe algum mal. Se a puérpera estiver neste quadro de profunda depressão, sem poder oferecer a seu filho o acolhimento necessário, este também entrará em depressão. Neste caso, as características notadas na criança são: falta de brilho no olhar, dificuldade de sorrir, diminuição do apetite, vômito, diarreia e dificuldade em manifestar interesse pelo que quer que esteja ao seu redor. Conseqüentemente, haverá uma tendência maior em adoecer ou apresentar problemas na pele, mesmo que esteja sendo cuidado (Nonacs & Cohen, 1998).

Se há bloqueio materno em manifestar amor pelo filho, alguém

deve assumir a tarefa de cuidar do bebê, para que o mesmo possa sentir-se amado e acolhido, pois sem amor não desenvolverá a capacidade de confiar em suas próprias possibilidades de desenvolvimento físico e emocional. É comum e esperado, na puérpera, a ocorrência de idéias depressivas e persecutórias, retraimento, abandono ou hiperatividade, sem chegar ao nível alarmante da psicose puerperal. O próprio estado regressivo em que se encontra contribui para o surgimento de tais sintomas. Neste ponto, a família e os profissionais de saúde podem colaborar de modo satisfatório, proporcionando confiança e segurança à puérpera, principalmente no tocante às atividades maternas, sem críticas e hostilidades, mas com compreensão e carinho, acolhendo-a nos momentos de maior fragilidade emocional; assim a depressão pós-parto pode diminuir sua intensidade até se transformar em carinho pelo bebê e respeito pelo ritmo de seu desenvolvimento e progresso (Souza & Daure, 1998).

Até alguns anos atrás, quando as famílias eram mais numerosas, era comum o filho mais velho cuidar do mais novo e, desta forma, quando tinham seus próprios filhos, sentiam-se mais capacitados e seguros em assumi-los. Hoje em dia, é mais difícil passar por esta experiência, já que todos na família iniciam no mercado de trabalho muito cedo, e o número de filhos parece ter diminuído consideravelmente. Para suprir tal carência de aprendizagem, algumas maternidades estão implementando o sistema de alojamento conjunto, supervisionado por uma Enfermeira, que proporciona à gestante e ao bebê uma experiência real, facilitando a formação do vínculo precoce entre eles (Stein, Gath, Bucher, Bond, Day & Cooper, 1991).

É importante permitir que a gestante possa expressar livremente seus temores e ansiedades, e um Enfermeiro bem treinado pode dar assistência e orientação, auxiliando a gestante a enfrentar as diversas situações de maneira mais adaptativa, realista e confiante. Trata-se de um trabalho preventivo, se tiver início junto com o acompanhamento no pré-natal e/ou de suporte ante a crise, no caso da depressão pós-parto já instalada. Os benefícios dessa atuação precoce e preventiva não se restringem ao bem-estar exclusivo das mães. São atitudes que representam também um grande benefício às

crianças pois, de acordo com as observações da literatura, existem boas evidências de correlação entre as desordens depressivas das mães e os distúrbios emocionais de seus filhos (Chaudron & Pies, 2003).

Embora as razões para a correspondência entre o estado afetivo das mães e os futuros distúrbios emocionais de seus filhos não estejam ainda bem estabelecidas, alguns autores apresentam possibilidades para tal, incluindo o modo como a mãe deprimida interage com seu filho (Chenioux-Júnior, 1990). São vários os estudos sobre os efeitos deletérios do abandono para a criança e a importância do vínculo mãe - filho na formação do apego. Stein *et al.* (1991) e Lai & Huang, (2004) descreveram um período sensível-materno, imediatamente após o parto, que torna mais intenso o desenvolvimento do vínculo da mãe com seu recém-nascido. Pode-se acreditar que os transtornos psíquicos da mãe, nesta fase precoce da maternidade, sejam considerados fatores de grande risco para a negligência física ou emocional em relação à criança e que o grau dessa negligência seria diretamente proporcional à gravidade das condições psíquicas da mãe (Chaudron & Pies, 2003).

Tratamento

O tratamento médico da depressão pós-parto deve envolver, no mínimo, três tipos de cuidados: ginecológico, psiquiátrico e psicológico. Além da preocupação dos profissionais de saúde com o problema, são muito relevantes os cuidados sociais, comumente envolvidos com o desenvolvimento da depressão no período puerperal (Nonacs & Cohen, 1998). Enfatiza-se a necessidade para o tratamento da depressão pós-parto, não apenas objetivando a qualidade de vida da mãe mas, sobretudo, prevenindo distúrbios no desenvolvimento do bebê e preservando um bom nível de relacionamento conjugal e familiar. Embora alguns clínicos ainda defendam o uso de progesterona no período pós-parto, com finalidades curativas ou preventivas, tal conduta tem sido controversa. O trabalho de Harris, Lovett, Smith, Read & Walker (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. Avaliação da função tireoideana deve ser enfatizada e eventuais necessidades de correção são extremamente relevantes.

Psiquiatricamente, o tratamento com antidepressivos tem indicação para os casos em que a depressão está comprometendo a função e o bem estar da mãe. Shou (1998) recomendou a avaliação da relação custo-benefício do tratamento antidepressivo durante e depois da gravidez, e considera-o geralmente de baixo risco. Atualmente, muitos antidepressivos estão sendo estudados em relação à lactação e os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) foram os menos presentes no leite materno. Entre estes, a serotonina e paroxetina parecem as melhores alternativas (Kulin Pastuszak, Sage, Schick-Bochetto, Spivey, Feldkamp, 1998). Os estudos de Sclar, Robinson, & Skaer (1995) e de Zifko *et al.* (2003) confirmaram pesquisas anteriores, mostrando que a grande maioria das crianças que se amamentam de mães que fazem uso terapêutico de sertralina tiveram níveis sanguíneos baixíssimos, tanto de sertralina (3 ng/ml) quanto de seu metabólito N-dimetilsertralina (6 ng/ml ou menos). Em relação ao uso de sertralina, paroxetina e fluvoxamina (todos ISRS) durante a gestação, Kulin *et al.* (1998) e Van Marwijk, *et al.* (2001) concluíram não haver nenhum aumento de riscos teratogênicos para o feto nas doses terapêuticas habituais.

Entre os cuidados psicológicos para as pacientes com depressão pós-parto têm-se destacado com o sucesso a abordagem cognitivo-comportamental, preferencialmente em grupos de terapia (Meager & Milgrom, 1996).

Conseqüências de falta de tratamento

Godfroid (1997) e Chaudron & Pies (2003) descreveram as conseqüências da depressão pós-parto, dividindo-as em precoces e tardias. As conseqüências precoces incluem: suicídio e/ou infanticídio (0,2% dos casos), negligências na alimentação do bebê, bebê irritável, vômitos do bebê, morte súbita do bebê, machucados “acidentais” no bebê, depressão do cônjuge e divórcio; já as tardias seriam: criança

maltratada, desenvolvimento cognitivo inferior, retardo na aquisição da linguagem, distúrbio do comportamento e psicopatologias no futuro adulto. Desta forma, as repercussões de uma depressão pós-parto são múltiplas. A mulher que está sofrendo da síndrome corre o risco de suicídio, como em qualquer outra situação depressiva; as relações interpessoais são perturbadas; o casal - se for o caso - também sofre, o que pode provocar uma ruptura e, por fim, as interações precoces mãe-bebê são alteradas, comprometendo o prognóstico cognitivo-comportamental do bebê (Stowe & Nemeroff, 1995; Chaudron & Pies, 2003).

Conclusão

Enfatizamos o aspecto psicológico relevante durante a gravidez e o pós-parto. Um bebê inaugura a família (dito em outras palavras, um casal só passa a ser uma família quando tem um filho). Este fator pode trazer muita alegria, afinal, a sociedade, e de forma mais direta a família, espera manifestações de alegria e satisfação pela maternidade. Evidentemente, não existe uma fórmula para o sucesso desta empreitada que envolve no máximo três famílias - a família de origem da mulher, a do marido e a que está se formando. Porém, existe amor, atenção, aconchego e compreensão, que podem se transformar numa espécie de continente para a mulher, seja ela primípara, ou não.

Não se trata de criar uma redoma de proteção total, do tipo que impede a respiração e os sentimentos necessários de preocupação, dúvida, ansiedade, alegria, etc., que envolvem uma gravidez e que são absolutamente normais. Trata-se de apoio. Mas, é evidente que este não é um processo que deva envolver a participação de apenas das pessoas próximas a mulher. Os profissionais de saúde como Enfermeiros e Médicos devem estar atentos e, quando necessário, relatar à família que algo que não está bem com a paciente, e vice-versa.

Acreditamos que só a união de forças entre os profissionais de saúde e familiares pode transformar este momento em uma fase em que a paciente se sentirá mais firme e confiante para expressar seus sentimentos, sentindo-se acolhida e ajudada. Só assim pode-se

proporcionar uma melhor superação das dificuldades que a Depressão Pós-Parto, já que seus maiores aliados são o descaso e a subestimação do sofrimento da mulher, quer pela equipe de saúde, quer pela família.

Referências

- Bernazzani, O., Conroy, S., Marks, M. N., Siddle, K. A., Guedeney, N., Bifulco, A. et al. (2004). Contextual assessment of the maternity experience: Development of an instrument for cross-cultural research. *Br J Psychiatry*, 185, 24-30
- Chaudron, L. H., & Pies, R. W. (2003). The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: A review. *J Clin Psychiatry*, 64, 1284-92.
- Cheniaux-Júnior, E. (1990). Psicoses no puerpério: Uma revisão. *J Bras Psiquiatr*, 39, 119-124.
- Cox, J. L., Connor, Y., & Kendell, R. E. (1982). Prospective study of the psychiatric disorders of child birth. *British J Psychiatry*, 141, 111-117.
- Cox, J. L., Haldin, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Of postnatal depression: Development of the Edinburgh postnatal depression scale. *British J Psychiatry*, 150, 782-786.
- Godfroid, O. (1997). Une vue d'ensemble sur la dépression du post-partum. *Ann Med Psychol*, 155, 379-385.
- Harris, B., Lovett, L., Smith, J., Read, G., & Walker, R. (1996). Cardiff puerperal mood and hormone study. *British J Psychiatry*, 168, 739-744.
- Kulin, N. A., Pastuszak, A., Sage, S. R., Schick-Bochetto, B., Spivey, G., Feldkamp, M. et al (1998). Evolução da gravidez após a utilização dos novos inibidores da recaptação seletiva da serotonina pela mãe. *JAMA Brasil*, 2, 948-956.
- Lai J. Y., Huang T. L. (2004). Catatonic features noted in patients with post-partum mental illness. *Psychiatry Clin Neurosci*, 58, 157-162.
- Laplanche, J., & Pontalis J. B. (1986). *Vocabulário de psicanálise* (9a

- ed.) São Paulo: Martins Fontes.
- Meager, I., & Milgrom J. (1996). Group treatment for postpartum depression: A pilot study. *Aust N Z J Psychiatry*, 30, 852-860.
- Nonacs, R., & Cohen, L. S. (1998). Postpartum mood disorders: Diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry*, 59, 34-40.
- O'Hara, M. W., Neunaber, D. J., & Zeroski, E. M. (1984). Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course and predictive factors. *J Abnormal Psychol*, 93, 158-171.
- O'Hara, M. W., Rehm, L. P., & Campbell, S. B. (1983). Postpartum depression: A role for social network and life stress variables. *J Nervous Mental Dis*, 171, 336-341.
- Souza, I., & Daure, S. (1998). A importância da família na prevenção da depressão pós-parto. *Psicol Clin*, 11, 117-132.
- Sclar, D. A., Robinson, L. M., & Skaer, T. L. (1995). Antidepressant pharmacotherapy: Economic evolution of fluoxetine, paroxetine and sertraline in a health maintenance organization. *J Int Med Res*, 23, 395-412.
- Stein, A., Gath, D. H., Bucher, J., Bond, A., Day, A., & Cooper, P. J. (1991). The relationship between post natal depression and mother-child interaction. *British J Psychiatry*, 158, 46-52.
- Stowe, Z. N., & Nemeroff, C. B. (1995). Women at risk for post partum-onset major depression. *Am J Obst Gynecol*, 173, 639-645.
- Van Marwijk, H. W., Bijl, D., Ader, H. J., & Haan, M. de (2001). Antidepressant prescription for depression in general practice in the Netherlands. *Pharm World Sci*, 23, 46-49.
- Zifko, U.A., Rupp, M., & Schwarz, S. (2002). Sertraline in the treatment of post-stroke depression-results of an open multicenter study. *Wien Med Wochenschr*, 152, 343-348.

Recebido em 04 de maio de 2003

Aceito em 20 de maio de 2003

Revisado em 22 de julho de 2003