



A Psicologia Perinatal e Sua Importância na Prevenção da Depressão Pós-Parto: uma revisão bibliográfica

SOARES, Brunna Keênia Fonseca¹

REIS, Jakeline Assunção dos²

ITACARAMBY, Lívia Gomes Souza³

BARBOSA, Adriana de Oliveira⁴

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo identificar como a Psicologia Perinatal poderá atuar na compreensão dos aspectos psicológicos puerperais, bem como verificar a sua influência na prevenção da Depressão Pós-parto (DPP). A mulher, após o parto, pode vivenciar um estado de total confusão, sendo necessário que este momento seja muito bem elaborado. É importante entender que a história de vida da puérpera e seu tipo de personalidade, além das várias mudanças bioquímicas que se processam após o parto, podem influenciar no seu estado psíquico. Por meio de uma Revisão Bibliográfica pode-se averiguar que o Pré-natal Psicológico consegue identificar os fatores de risco para os transtornos psíquicos atrelados ao período puerperal, podendo atuar de maneira preventiva contra a DPP. A depressão vista num contexto social revela-se como um fenômeno de saúde pública, mostrando sinais com transtornos biopsicoafetivos e apresentando sintomas multivariados. O estudo aponta que a Psicologia Perinatal pode ajudar as mulheres e suas famílias na prevenção da Depressão Pós-parto (DPP),

¹ Discente do Curso de Psicologia da Universidade Salgado de Oliveira, Campus Goiânia-Goiás.

² Discente do Curso de Psicologia da Universidade Salgado de Oliveira, Campus Goiânia-Goiás.

³ Discente do Curso de Psicologia da Universidade Salgado de Oliveira, Campus Goiânia-Goiás.

⁴ Docente do Curso de Psicologia da Universidade Salgado de Oliveira, Campus Goiânia-Goiás.

pois a mesma visa a integração da gestante e da família a todo o processo gravídico-puerperal, podendo trazer uma preparação psicológica para a maternidade e paternidade. A atuação do Psicólogo Perinatal, através da profilaxia, pode complementar o pré-natal tradicional, oferecendo apoio emocional, compreendendo as demandas que surgem nesse período e auxiliando para que a família se adeque a elas. Dessa forma humaniza-se o processo gestacional e do parto numa perspectiva complementar, auxiliando a mãe e a família a enfrentar a maternidade.

Palavras-chave: Perinatalidade. Depressão Pós-parto. Transtornos psicológicos.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é uma experiência significativa e marcante na vida da gestante e de sua família, porém alguns sentimentos, sintomas de ansiedade e estresse poderão surgir nessa etapa da vida. Ambientes desfavoráveis e um parto traumático, além de todo processo normal da gestação, que ocasionam mudanças e alterações, também poderão desenvolver transtornos relacionados a esse período.

O objeto de estudo deste trabalho situa-se dentro dos transtornos psíquicos puerperais, com foco na Depressão Pós-Parto (DPP).

A Psicologia Perinatal surge para prevenir e remediar situações de angústia que possam surgir no processo gravídico-puerperal, visando a integração da gestante e da família a todo o processo gravídico-puerperal, buscando trazer uma preparação psicológica para a maternidade e paternidade. Através da atuação do psicólogo perinatal poderá ser possível complementar o pré-natal tradicional, oferecendo apoio emocional, compreensão das demandas que poderão surgir neste período e auxiliar para que a família se

adeque a elas de maneira terapêutica, promovendo saúde materno-infantil adequada. Esta traz ainda o Pré-natal Psicológico (PNP), que é um novo conceito em atendimento perinatal, uma assistência psicoprofilática e psicoterápica personalizada, voltada para maior humanização do processo gestacional e do parto com uma preparação psicológica para a maternidade.

Muitas mudanças ocorreram em relação à visão sobre esse momento da vida da mulher e sobre a assistência ao pré-natal, nascimento e puerpério. Para que haja uma nova forma de cuidado e atenção é necessário uma mudança de paradigma: é imprescindível reconhecer que o pré-natal em sua dimensão fisiológica atende apenas as necessidades parciais de mulheres grávidas, deixando-as desassistidas em relação a outras dimensões. Com o presente trabalho busca-se identificar a atuação da Psicologia Perinatal para a compreensão do ciclo gravídico puerperal; averiguar se o pré-natal psicológico identifica os fatores de risco e de prevenção para a DPP e verificar intervenções

necessárias da Psicologia Perinatal para integrar a família ao processo gravídico-puerperal.

Diante dessa realidade surge a relevância deste trabalho, a discussão sobre a importância do olhar para a gestante, que vai além dos cuidados físicos, gerando um grande impacto na sociedade, pois através do presente estudo buscamos compreender de que maneira a Psicologia Perinatal poderá atuar no ciclo gravídico puerperal, a fim de prevenir futuros transtornos causados neste período. Acredita-se que através das intervenções do

psicólogo perinatal, pode-se identificar fatores de risco dos transtornos relacionados a esse período e atuar de maneira preventiva. Para a realização deste estudo a metodologia utilizada foi revisão bibliográfica da literatura, sendo que a busca para a coleta de dados e levantamento bibliográfico especializado foi possível através de livros, artigos e base de dados, realizada em plataformas de dados bibliográficos, dos quais foram: Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Plataforma Capes.

2 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, sendo que a busca para a coleta de dados e levantamento bibliográfico especializado foi possível através de livros, artigos e base de dados, realizada em plataformas de dados bibliográficos, dos quais foram: Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Plataforma Capes.

Assim, inicialmente foi realizada uma busca sobre a produção do conhecimento referente à psicologia perinatal, tendo como objetivo identificar os cuidados e a prevenção da depressão pós-parto, referida em periódicos nacionais, através da revisão de literatura sobre o tema.

Na busca inicial foram considerados os títulos e os resumos dos artigos para seleção ampla de prováveis trabalhos de interesse, sendo destacados os resumos quando o texto completo não estava acessível, e os textos completos dos artigos,

utilizando como palavras-chave perinatalidade, depressão pós-parto, transtornos psicológicos.

Foram utilizados como critérios de inclusão os textos que abordavam os princípios da perinatalidade da depressão pós-parto e dos transtornos psicológicos, textos nacionais e os textos publicados entre 2000 e 2020. Assim, foram encontrados 29 artigos referentes às palavras-chave, sendo excluídos aqueles que não atendiam aos critérios estabelecidos.

As análises dos artigos foram predominantemente de cunho qualitativo, ou seja: ao invés de chegar-se aos temas pela utilização de medidas, procurou-se interpretar os sentidos das ideias centrais dos artigos. Na análise dos artigos caminhou-se da identificação das ideias centrais dos artigos, passando pela

interpretação dos sentidos dessas ideias e pelo seu agrupamento em categorias empíricas ou núcleos de sentido, chegando-se à descrição de temas, como classificações mais amplas.

A análise foi realizada da seguinte forma: leitura de cada artigo visando uma compreensão global e a descoberta da abordagem utilizada pelos seus autores; identificação das ideias centrais de cada

3 RESULTADOS

Os 29 artigos encontrados mostra um crescente interesse pela temática da Psicologia Perinatal, uma vez que teve predominância de publicações nos últimos anos. Com a leitura dos títulos e dos resumos dos artigos foram aplicados os critérios de exclusão, além de uma busca manual e leitura dos artigos completos, com a seleção dos que atendiam a todos os critérios de elegibilidade (Participantes, Intervenção, Comparação, Resultados, Desenho do estudo). Para a inclusão, construiu-se uma tabela com identificação, objetivos, método, resultados e conclusões com posterior síntese qualitativa dos estudos. Com isso, os artigos selecionados foram dos anos de 2003 e 2007.

Com base nos títulos dos artigos, verificou-se que, em termos do assunto

artigo; comparação entre os diferentes artigos estudados; classificação dos abrangentes temas em torno das discussões dos autores e a redação das sínteses interpretativas de cada tema.

Após a análise dos conteúdos dos artigos, buscou-se estabelecer um diálogo entre as temáticas encontradas que serviu de base para introduzir o presente estudo.

mais frequente, a depressão pós-parto (DPP) foi o assunto mais encontrado ao tratar-se da Psicologia Perinatal.

Constatou-se também que uma das áreas que mais vem desenvolvendo discussões sobre questões relacionadas é a depressão pós-parto (DPP). Essa constatação reforça a ideia de que essa área da Psicologia Perinatal é a mais pesquisada e estudada.

Portanto, as concepções sobre a psicologia perinatal, depressão pós-parto e transtornos psicológicos encontrados nos artigos selecionados foram: depressão pós-parto, prevenção e consequências, depressão pós-parto e apoio social. Foi notado nos artigos que essas concepções estão interligadas, ou melhor, são interdependentes.

4 TEMAS DA PRODUÇÃO ESTUDADA

4.1 PUERPÉRIO

Dizemos que puerpério corresponde ao período da maternidade com período

cronológico variável, onde se desenvolvem as manifestações involutivas, de recuperação genitália pós-parto. Tal período, conforme descreve Resende e Montenegro (*apud* SARAIVA; COUTINHO, 2007, p. 320), inclui os seguintes períodos, que se sucedem logo após o parto: pós-parto imediato, do primeiro ao décimo dia; pós-parto tardio, do décimo ao 45º dia; e o pós-parto remoto, além do 45º dia. Além disso, essa fase também se relaciona à amamentação, o que aumenta a intensidade do elo mãe-bebê.

4.2 TRANSTORNOS PSÍQUICOS DA PUERPERALIDADE

Além de todo processo normal da gestação, que ocasiona mudanças e alterações, também podem aparecer transtornos psíquicos relacionados ao período do puerpério. Os transtornos puerperais podem ser divididos em três subgrupos: *Baby Blues*, Depressão puerperal ou depressão pós-parto (DPP) e Psicose puerperal. A primeira condição é nomeada como *Baby blues*: um transtorno que ocasiona uma labilidade emocional transitória e que ocorre nos primeiros 10 dias pós-parto. Os sintomas geralmente aparecem nos primeiros dias após o nascimento e pode afetar entre 50 a 70% das puérperas. Seu quadro inclui crises de choro, labilidade afetiva, irritabilidade, falta de afeto com o bebê, alterações do sono e comportamento hostil com familiares próximos (ROSENBERG, 2007).

A segunda condição é mais séria e precisa ser bem avaliada e diagnosticada. A

depressão pós-parto (DPP) pode aparecer entre 6 semanas a 1 ano após o parto e chega a afetar aproximadamente 10% das puérperas. Pode ser uma evolução da fase anterior, que não foi solucionada, como também pode surpreender algumas mulheres que tiverem inicialmente um bom processo de adaptação. Os sintomas incluem falta de sono, irritabilidade, intenso sentimento de culpa e medo e maior labilidade emocional.

Já a psicose puerperal, o terceiro estado, é um quadro grave que ocorre em 1 a cada 1000 mulheres. As manifestações podem aparecer como um quadro de depressão psicótica onde ocorre lentificação psicomotora, choro constante, alterações de sono e apetite, confusão e delírios relativos ao recém-nascido e manifestações maníacas, onde a mulher se encontra agitada, hiperativa, também com alterações do sono e alimentação. Também pode aparecer na forma esquizofrênica, onde aparecem delírios e alucinações, alterações na forma de pensar e os delírios envolvem o recém-nascido ou ela própria (ROSENBERG, 2007).

4.3 DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP)

A depressão pós-parto (DPP) apresenta uma incidência de 10% e, segundo alguns autores, ela pode aparecer até um ano após o parto. A depressão pós-parto (DPP) pode surpreender a família mesmo após um bom período de bem-estar e aparente adaptação. Bortoletti (2007) afirma que existem alguns fatores que são predisponentes, tais como: primípara,

ambivalência em relação à gravidez, relação difícil com o parceiro ou a ausência do mesmo, depressão anterior à gestação, situações de violência sexual e relacionamento precário com a família de origem. De acordo com Chiattonne (2007), 10 a 16% das pacientes preenchem critérios para o diagnóstico de depressão pós-parto (DPP), que merece maior atenção. Existem relatos de que 50 a 90% dos casos de depressão pós-parto (DPP) nem sequer são detectados (BRASIL, 2006).

Segundo o DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002), a depressão pós-parto (DPP) é um episódio de depressão maior, que pode aparecer inicialmente dentro das quatro primeiras semanas após o parto, dentro dos sintomas podem aparecer um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades (anedonia). No critério diagnóstico o indivíduo precisa experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, que compõem uma lista que inclui alterações no apetite ou peso, do sono e da atividade psicomotora, irritabilidade, diminuição da energia, sentimentos de desvalia ou culpa, labilidade emocional e medo de não estar sendo uma boa mãe (BORTOLETTI, 2007).

Após o parto a mulher se vê numa certa confusão entre a nova realidade da qual se depara, onde anteriormente ao parto o seu corpo era o templo de vida do seu bebê. Tudo muda de imediato, seu ambiente familiar, seu relacionamento social, o que gera uma ansiedade profunda. Com o ato do parto, nasce também inconscientemente a angústia do

nascimento, Guedes-Silva *et al.* (2003, p. 441-442), citando Cox, Connor e Kendell (1982) e Cox, Haldin e Sagovsky (1987), afirmam que a passagem pelo canal do parto 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.

O corte do cordão umbilical desliga de forma definitiva o corpo da criança do corpo materno, deixando apenas uma cicatriz, o umbigo, marcando ali um significado profundo desta seção. No inconsciente da mãe, o parto é uma experiência de grande perda, pois durante meses ela o teve ali dentro do seu ventre, sendo sentido como parte de si mesma. E assim, após o parto, ele se torna um ser diferenciado dela. Neste contexto, a mulher, após o parto, emerge num estado de total confusão, afirmação justificada por Guedes-Silva *et al.* (2003, p. 439):

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.

É necessário que este momento seja bem elaborado, pois poderá acarretar uma depressão muito intensa.

4.4 SINAIS E SINTOMAS

A história de vida da puérpera e seu tipo de personalidade poderão influenciar os sinais e sintomas do seu estado depressivo, juntamente com as várias mudanças bioquímicas que se processarão após o parto.

Sobre as fantasias de esvaziamento ou de castração predominantes nas experiências inconscientes, as ansiedades de carência materna são consideradas as mais demasiadas, onde a puérpera mostra vigorosa dependência na relação à própria mãe ou por seu marido. E também as de autodepreciação, ao sentir-se incapacitada de encarregar-se das suas responsabilidades maternas, ou até se sentindo inútil por não conseguir compreender o motivo do choro de seu bebê. Alguns mecanismos de defesa são evocados inconscientemente, para dar suporte a tais ansiedades, conforme as particularidades pessoais da puérpera, podendo esta mostrar-se com energia desproporcional, eufórica, falante, apreensiva com a sua aparência física, além da arrumação com o ambiente em que se encontra. Poderá ainda manifestar alguns transtornos do sono, necessitando, em alguns casos, de medicações. Ainda, na falta de um ambiente com atenção e afeto, algumas somatizações poderão ser produzidas, como constipação, febre, além de sintomas físicos. Guedes-Silva *et al.* (2003, p. 443) diz que “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 de autoacusação”

(NONACS; COHEN, 1998 *apud* GUEDES-SILVA *et al.*, 2003, p. 443).

No caso da puérpera deprimida, o inverso da hiperativa, esta poderá apresentar um retraimento profundo e necessidade de isolar-se. Junto com os sentimentos produzidos no parto, a desilusão, a decepção com sentimentos de fracasso e a prostração, surgem também perspectivas regressivas, que crescem com a reatualização do trauma de seu próprio nascimento. Com isso, a puérpera irá se sentir com certa carência e dependência de proteção, o que gerará uma certa competição com o bebê sobre as atenções do ambiente que a rodeia. A puérpera poderá ter a sensação de que nunca mais irá reestabelecer a sua vida pessoal e sentirá somente a dispor do bebê, sendo desconsiderado o seu aspecto pessoal, conforme defendido pelos autores (O'HARA; NEUNABER; ZEZOSKI, 1984, NONACS; COHEN, 1998 *apud* GUEDES-SILVA *et al.*, 2003).

Muito se fala sobre a Depressão Puerperal na perspectiva da puérpera, deixando de lado o homem que também está inserido no núcleo familiar. É importante ressaltar que este homem poderá apresentar o quadro de depressão puerperal, porém com intensidade menor. Esta depressão masculina se originará diante da díade mãe-bebê apresentada neste meio, a partir desses sentimentos surgem os sentimentos de exclusão. O homem, neste contexto, irá se sentir apenas como provedor, devendo trabalhar e sustentar as condições do puerpério da mulher. Este ainda acarretará pessoal

vivência emocional do parto e poderá surgir uma certa desilusão ao sexo do bebê, isso diante da circunstância onde àqueles que o cercam estão com toda atenção oposto a si. Na maioria dos casos, a saída de suas ansiedades se voltam para o meio externo ao seu lar. Isso poderá aumentar as suas atividades e carga horária de trabalho, fora possibilidades de se envolver em relações extraconjugais, e como forma de buscar a atenção para si, poderá somatizar por meio de doenças ou ainda acidentar-se gerando fraturas (SOUZA; DAURE, 1998).

A psicose puerperal, também conhecida como depressão pós-parto patológica, é a forma mais grave do quadro depressivo e pode ser complicado encontrar o limite entre a depressão pós-parto normal e a patológica. Sua característica predominante é rejeição total ao bebê, podendo a mãe sentir-se totalmente aterrorizada e ameaçada por este. A puérpera irá se sentir apática, inapetente, com abandono dos próprios cuidados pessoais e hábitos de higiene, sofrer insônia e ainda apresentar ideias de perseguição, como se alguma pessoa estivesse querendo fazer-lhe algum mal ou mesmo com a intenção de roubar o seu bebê. Encontrando a mãe neste quadro, o seu bebê poderá também entrar em depressão, pois este não sentirá acolhido. As características notadas neste bebê, nessa situação, podem ser: diminuição do apetite, vômito, diarreia, falta de brilho no olhar, dificuldade de sorrir, e ainda dificuldade na manifestação de interesse por qualquer coisa ao seu redor. Como consequência, poderá surgir uma

propensão em adoecer-se, podendo surgir problemas na pele, isso mesmo que ele esteja sendo cuidado.

Havendo o bloqueio da mãe na manifestação de amor pelo seu filho, deverá alguém assumir tal tarefa dos cuidados ao bebê. Desta maneira ele poderá se sentir acolhido e amado, e assim desenvolver a capacidade de confiar em si próprio, possibilitando desenvolver aspectos físicos e emocionais.

No estado regressivo em que se encontra a puérpera, é comum a presença de ideias depressivas e persecutórias, além do abandono, retraimento ou hiperatividade, isso sem alcançar o nível ameaçador da psicose puerperal. Entende-se que a colaboração da família e dos profissionais de saúde poderão proporcionar à mãe, confiança e segurança, isso sem julgamentos e hostilidades quanto ao que se relaciona às atividades maternas. Lembrando da importância que o acolhimento tem nos momentos de maior fragilidade emocional. Desta forma, poderá ir diminuindo a sua intensidade até se converter em carinho por seu bebê, além do ritmo de sua evolução e progresso, como defendido por Souza e Daure (1998).

Apesar das correlações existentes entre o estado afetivo das mães e o porvir de distúrbios emocionais de seus filhos, ainda não foram bem delineadas, neste contexto, algumas possibilidades exibidas por certos autores, que vão desde a forma de interação da mãe deprimida com seu bebê até os efeitos do abandono que poderá ocorrer, além também do tema importante na formação do apego entre mãe-filho. Lai

e Huang (apud GUEDES-SILVA *et al.*, 2003, p. 446) descreveram um período sensível materno, imediatamente após o parto, que torna mais intenso o desenvolvimento do vínculo da mãe com seu recém-nascido. O autor Chaudron e Pies (apud GUEDES-SILVA *et al.*, 2003, p. 446), relata que 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.

4.5 O CONTEXTO BIOPSIKOSSOCIAL DA DEPRESSÃO

A depressão analisada num contexto social contemporâneo revela-se como um fenômeno da saúde pública, sendo uma doença conhecida, porém de difícil entendimento. Tal doença, como falada num viés social, ou síndrome, como conhecida no meio científico, mostra sinais como transtornos biopsicoafetivos e apresenta sintomas multivariados, compreendendo aspectos hereditários, sociais, orgânicos, econômicos, entre outros. Indica um problema de saúde mental, preocupando os serviços de saúde, atingindo indivíduos distintos de sexo, idade, raça, classe econômica etc.

A Depressão pós-parto, que também pode ser denominada como depressão pós-natal, maternal ou puerperal, nas duas últimas décadas tem sido reconhecida, pois algumas mulheres, após o parto, podem

desencadear problemas psicoafetivos. Com as mudanças ocasionadas com a chegada do bebê, situações de estresse surgem no meio familiar, pois as rotinas diárias já não são mais as mesmas.

Conforme dados epidemiológicos, a depressão pós-parto atinge um número significativo de mulheres no mundo inteiro, assentando-se na dor humana, e revela-se seguida de manifestações biopsicossociais com associação de eventos estressores.

Sabe-se da influência que os fatores biopsicossociais têm sobre o surgimento tenaz e de certa forma incontrolável da Depressão Pós-Parto (DPP). Conforme Lai e Huang (apud GUEDES-SILVA *et al.*, 2003), são apontados diversos pontos desta multifatorialidade, incluindo: - gravidez não desejada; - baixo peso do bebê; - alimentação do bebê direto na mamadeira; - pouca idade da mãe; - o fato de a 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 tireoide (simulando de uma série de doenças psiquiátricas);

Possuindo sintomas multivariados, tal transtorno depressivo passa a ser investigado como uma modalidade de depressão reativa, por ter reações à estímulos externos ao indivíduo. Sendo psicoafetivo, pode se enquadrar como uma estrutura de sofrimento psíquico não patológica.

Tal transtorno, a DPP, contraria o senso

comum, pois para a maioria das pessoas este período da maternidade é visto como uma vivência de sentimentos prazerosos para todas as mulheres, o que diverge do sofrimento psíquico e a dor humana, que também poderá acarretar este momento, lembrando que muitas mudanças de rotina acompanham o que poderá gerar grande estresse.

A fase puerpério também está relacionada ao período que a mulher tira a licença maternidade do trabalho. Vista a partir de uma perspectiva biopsicossocial, verifica-se as repercussões que ocorrem em meio a interação social da mãe-bebê e sua família. A demanda da função reprodutiva feminina necessita de atenção em questões de programas de saúde pública e devem destacar o papel social da mulher no viés contemporâneo, num contexto socioeconômico, que estão a exigir novas adaptações inter e intrapessoais e de mudança de identidade feminina (MOREIRA; LOPES *apud* SARAIVA; COUTINHO, 2007, p. 320).

Analisada pela ótica da Psicologia Social é possível abordar a temática da depressão puerperal onde se procura entender a estrutura central e periférica que as mães puérperas têm sob as suas representações sociais. A investigação acerca do tema é instrumentalizada por meio de uma abordagem psicossocial, apoiada nas Teorias das Representações Sociais, de Moscovici, e na Teoria do Núcleo Central (ABRIC *apud* SARAIVA; COUTINHO, 2007, p. 320).

Pode-se dizer que as representações sociais são estímulos externos mais

compostos diante de repertório circulante na sociedade, onde as informações captadas são direcionadas à significação e à elaboração real. Aqui, como defende Moscovici (*apud* SARAIVA; COUTINHO, 2007, p. 320), representar um objeto, pessoa ou coisa não consiste apenas em desdobrá-los, repeti-los ou reproduzi-los, mas em reconstruí-los, retocá-los e modificá-los.

A função da representação social tem como objetivo elaborar a comunicação e os comportamentos entre os indivíduos, onde é considerada a indissociabilidade existente entre a inserção social dos sujeitos e a sua experiência subjetiva. Contextualizando sob a ótica das puérperas e seus transtornos psicoafetivos, podem ser entendidas como uma interpretação coletiva da realidade falada e vivida por seu determinado grupo social, conduzindo comunicações e comportamentos a explorar como nova ocorrência na vida dessas mulheres, que acontece a partir do nascimento do bebê e a vivência da maternidade, convertendo em algo singular e familiar. As novas vivências individuais e sociais das puérperas podem ser investigadas através dos processos cognitivos da ancoragem e da objetivação. Tal estudo de mulheres puérperas sobre a DPP compreende os processos de nomeação e classificação, que permite esta novidade vivencial da maternidade, retirando do anonimato e dando suporte numa rede de significação.

A representação social sob a DPP baseia-se no bloco sociocognitivo, que é produto da interpretação do meio social e

simbólico que está inserido, que conduz os vínculos das puérperas entre seu ambiente físico e social, o que determina práticas e seus comportamentos, ou seja, suas movimentações sociais.

4.6 A PSICOLOGIA PERINATAL E A PSICOPROFILAXIA

A Psicologia Perinatal visa a integração da gestante e da família a todo o processo gravídico-puerperal, trazendo uma preparação psicológica para a maternidade e paternidade. Através da atuação do Psicólogo Perinatal é possível complementar o pré-natal tradicional e oferecer apoio emocional, compreender as demandas que surgem nesse período e auxiliar para que a família se adeque a elas. Essa intervenção, realizada pelos psicólogos perinatais foi denominada de Psicoprofilaxia por Bortoletti (2007), já que se denomina uma ação preventiva a essa gestante e família, que trabalhará aspectos das modificações da identidade; vínculo pais-bebê; ampliará recursos do casal como agente de prevenção com outras pessoas da família; trabalhará o desenvolvimento da confiança na percepção materna, bem como a conscientização dos pais em relação aos seus direitos durante o parto. Abordará também questões sobre a amamentação, cuidados com o bebê, a maternidade real e a idealizada.

A Psicoprofilaxia se refere a uma Prevenção de Transtornos Psicológicos e pode ser denominada como um “Pré-natal Psicológico”, que é uma assistência psicoprofilática e psicoterápica

personalizada, indicada em toda e qualquer gestação, utiliza um protocolo padrão do curso natural do CGP, adapta-se às particularidades de cada realidade obstétrica/fetal e prioriza a abordagem do conteúdo psíquico sem detrimento da orientação psicopedagógica e conscientização corporal terapêutica (BORTOLETTI, 2007).

Maldonado (2017) enfatiza que na gravidez pode ser aplicada a Psicoterapia Breve, que possui tempo e objetivos específicos e limitados, e se tem a ênfase no presente, naqueles conflitos que estão sendo desencadeados naquele momento e nas relações interpessoais envolvidas nesse contexto. O pré-natal psicológico atuaria nesse contexto auxiliando a mãe a ter a chance de, durante a gestação, conseguir olhar para si, para seus traumas, suas feridas, encarar sua história e conseguir ressignificar suas experiências negativas para que tenham estrutura emocional para enfrentar a maternidade de uma maneira mais leve.

O Acompanhamento Psicológico na gestação promove uma circunstância favorável para que essa mulher consiga se conectar a ela mesma e enxergar a criança que foi, suas necessidades e carências, suas demandas, suas faltas e, mesmo que seja difícil encontra a possibilidade de acessar suas experiências infantis, a oportunidade de entender seus pais, compreender suas raízes, validar o seu começo (CERÁVOLO, 2019).

Arrais (2005) apresenta um parecer no qual as mulheres e a sociedade ainda hoje acreditam, que a maternidade provém do

instinto, e isso gera um comportamento peculiar de passividade, pois se é instintivo, logo, não necessita de preparação ou alinhamento. Dessa forma, a noção de instinto traz um pressuposto de uma natureza materna que seria suficiente para se adequar a uma função social tão complexa que é a maternidade. Porém, é um grande equívoco esse pensamento de que a maternidade é natural e instintiva, que foi sendo disseminado socialmente e que direciona muitas mulheres a se assustarem quando estão diante do bebê real, se decepcionarem consigo mesmas e se frustrarem como mães. Ficam insatisfeitas com a maternidade, pois nesse contexto elas começam a fazer comparações consigo antes da maternidade e agora, tanto físicas quanto psíquicas. Como salienta Arrais (2005, p. 120): Fica evidente nessa comparação entre antes e depois as várias mudanças impostas às mulheres; após a maternidade têm, na sua grande maioria, um elemento

surpresa de caráter negativo e decepcionante”.

Essa afirmação de Arrais nos leva a acreditar que a DPP está intimamente ligada a essa decepção mediante a frustração de não estar sendo “uma boa mãe”, dentro de uma visão de mãe ideal que todos esperam e, nesse sentido, ela se deprime e se sente inadequada e totalmente responsável pelo seu insucesso. A gravidez representa um processo transitório e normal do desenvolvimento e envolve a mudança de identidade e novas definições de papéis.

A mulher, agora, além desse papel que ocupa, se adequa também para ocupar o lugar de mãe. Esse período de mudanças para a mulher precisa ser acompanhado e apoiado por familiares ou amigos que possam contribuir para que as inseguranças possam diminuir. É necessário um ambiente fortalecedor para que essa gestante tenha condições de criar uma ligação com seu bebê ainda no ventre.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho foi possível verificar que dentre os transtornos psíquicos relacionados a puerperalidade, a Depressão Pós-parto (DPP) gera grande preocupação, visto que poderá aparecer entre 6 semanas a 1 ano após o parto e chega a afetar aproximadamente 10% das puérperas. Pode ser uma evolução da fase anterior, que não foi solucionada. A história de vida da puérpera e seu tipo de personalidade poderão influenciar nos sinais e sintomas do seu estado depressivo,

juntamente com as várias mudanças bioquímicas que se processarão após o parto. O marco entre a fase da gestação e do parto é o corte do cordão umbilical, desligando de forma definitiva o corpo da criança do corpo materno, deixando apenas uma cicatriz, o umbigo, marcando ali um significado profundo desta secção. Sabe-se que no inconsciente da mãe, a experiência do parto é uma grande perda, pois durante meses ela carregou dentro do seu ventre o seu bebê, sentindo-o como parte de si

mesma. Mas, após o parto, eles se diferenciam.

A mulher, após o parto, pode emergir num estado de total confusão, que é evidenciado por várias mudanças psicofísicas, sendo necessário que este momento seja muito bem elaborado, pois caso contrário poderá acarretar uma depressão muito intensa.

A DPP contraria o senso comum, pois, para a maioria, este período da maternidade é visto como uma vivência de sentimentos prazerosos e romantizados para todas as mães, e isso é algo que diverge do sofrimento psíquico e da dor humana que poderá emergir. Este momento também poderá acarretar muitas mudanças na rotina dessa mãe.

A depressão num contexto social revela-se como um fenômeno de saúde pública, sendo de difícil entendimento, mostra sinais com transtornos

biopsicoafetivos, e apresenta sintomas multivariados, compreendendo aspectos hereditários, sociais, orgânicos, econômicos, entre outros. Ela atinge indivíduos independente de sexo, idade, raça, classe econômica etc.

Este estudo aponta que a Psicologia Perinatal pode ajudar as mulheres e suas famílias na prevenção da Depressão Pós-parto (DPP), pois a mesma visa a integração da gestante e da família a todo o processo gravídico-puerperal, podendo trazer uma preparação psicológica para a maternidade e paternidade. Com atuação do psicólogo perinatal, através da profilaxia, é possível complementar o pré-natal tradicional, oferecendo apoio emocional, compreendendo as demandas que surgem nesse período e as resignificando, favorecendo, assim, uma boa elaboração no que se refere ao período puerperal para a família.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2002.

ARRAIS, A. R. **As configurações subjetivas da depressão pós-parto:** para além da

padronização patologizante. 2005. Tese

(Doutorado em Psicologia Clínica) -

Universidade de Brasília, Brasília: DF, Brasil,

2005. Disponível em:

http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14011/1/2005_AlessandradaRochaArrais.pdf.

Acesso em: 21 nov. 2018.

BORTOLETTI, F. F. Psicoprofilaxia no ciclo gravídico puerperal. *In:* MORON, A. F.;

BORTOLETTI, F. F.; BORTOLETTI FILHO, J.;

NAKAMURA, M. U.; SANTANA, R. M.; MATTAR,

R. **Psicologia na prática obstétrica:**

abordagem Interdisciplinar. Barueri, SP:

Manole, 2007. p. 37-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2006). **Área**

Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e

puerpério: atenção qualificada e humanizada.

Brasília, DF, 2006.

CERÁVOLO, K. **O começo da vida:** a atuação do psicólogo perinatal no parto. Rio de Janeiro,

RJ.: Med Book, 2019.

CHIATTONE, H. B. C. Assistência psicológica de urgência. *In*: MORON, A. F.; BORTOLETTI, F. F.; BORTOLETTI FILHO, J.; SANTANA, R. M.; MATTAR, R. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem Interdisciplinar**. Barueri, SP: Manole, 2007. p. 52-59.

GUEDES-SILVA, D.; SOUZA, M.; MOREIRA, V.; GENESTRA, M. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 439-450, set. 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000200010. Acesso em: 10 mar. 2020.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez**. São Paulo: Ideias & Letras, 2017. 24p.

ROSENVERG, J. L. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar**. Barueri: Ed. Manole, 2007.

SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. **Psico-USF**, Itatiba, v. 12, n. 2, p. 319-326, jul./dez. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712007000200020#:~:text=Estudar%20as%20representa%C3%A7%C3%B5es%20sociais%20das,grupo%20de%20mulheres%20que%20convivem. Acesso em: 10 jan. 2020.

SOUZA, I.; DAURE, S. A importância da família na prevenção da depressão pós-parto. **Psicologia Clínica**, n. 11, p. 117-132, 1998.