

O ESTIGMA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ

LAUSCHNER, Sabrina¹

PALOSCHI, Aline Sabino da Silva²

PEREIRA, Tiago Luiz³

¹ Estudante do curso de Psicologia do Centro Universitário UCEFF/ Itapiranga, SC, Brasil.

² Mestra em Educação. Professor do curso de Psicologia do Centro Universitário UCEFF/ Itapiranga, SC, Brasil.

³ Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais. Professor e Coordenador do curso de Psicologia do Centro Universitário UCEFF/ Itapiranga, SC, Brasil.

E-mail para correspondência: sabrinawlauschner@gmail.com

Grande área do conhecimento: Ciências da Saúde.

Introdução: A depressão é caracterizada pelo sofrimento psíquico que causa interferência significativa em diferentes momentos da vida, afetando a capacidade social e produtiva do indivíduo¹. Apesar de ser uma condição frequente, especialmente na atualidade, ainda existe um estigma associado à doença, muitas vezes reforçado por expressões como “isso é coisa da sua cabeça”, em razão de se tratar de um transtorno cujos sinais e sintomas são, em grande parte, de natureza subjetiva². Os sintomas depressivos envolvem alterações persistentes do humor, da cognição, das funções físicas e do comportamento, podendo variar desde sentimentos contínuos de infelicidade até a ideação suicida. A depressão pode decorrer da interação entre fatores biológicos, genéticos, psicológicos e ambientais². Os transtornos mentais apresentam maior prevalência entre as mulheres,

especialmente quando relacionados a episódios depressivos². Entre os fatores biológicos, destaca-se a complexa regulação hormonal, diretamente relacionada à saúde orgânica e mental feminina². As variações hormonais femininas são cíclicas e ocorrem de maneira mais frequente e intensa do que aquelas observadas nos homens². Além disso, uma parcela significativa das mulheres vivencia o que pode ser compreendido como uma jornada tripla de trabalho, composta pelas atividades profissionais, pelas responsabilidades familiares, como os papéis de mãe, esposa e filha, e por uma “jornada da beleza”, considerando a pressão social ainda existente sobre as mulheres em relação à aparência, frequentemente associada à ascensão profissional e à manutenção dos relacionamentos conjugais². **Objetivo:** Compreender os aspectos relacionados à depressão pós-parto e sua influência na relação mãe-bebê, considerando fatores biológicos, psicológicos e sociais. **Método:** A pesquisa apresenta abordagem qualitativa e foi realizada por meio de uma revisão narrativa da literatura. A busca contemplou artigos científicos publicados em periódicos especializados, indexados na base Scientific Electronic Library Online (SciELO). A análise do material reunido fundamentou-se na técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin³, utilizada como parâmetro para a seleção das produções mais relevantes ao objetivo do estudo, as quais foram posteriormente apresentadas e discutidas. **Resultados:** Devido às alterações biológicas, especialmente neuroendócrinas, psicológicas e sociais, o período pós-parto constitui uma fase de maior vulnerabilidade para a ocorrência de transtornos psiquiátricos nas mulheres⁴. Nesse contexto, podem ocorrer sentimentos de inutilidade e culpa, humor deprimido, perda de prazer e interesse pelas atividades, alterações do apetite e do sono, agitação ou retardo psicomotor e, em casos mais graves, pensamentos relacionados à morte⁴. Mehoudar⁵ observa que as mulheres frequentemente estranham as transformações ocorridas durante a gravidez, uma vez que o próprio corpo pode passar a ser percebido como algo pouco familiar, tanto para elas quanto para seus companheiros. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), episódios depressivos ou maníacos no período pós-parto podem ocorrer em aproximadamente 1 a cada 500 a 1.000 partos, sendo mais frequentes em mulheres na primeira gestação e naquelas com histórico de transtorno depressivo ou

bipolar⁶. Quando não identificada e acompanhada adequadamente, a gestação e o período puerperal podem ser acompanhados pela depressão pós-parto (DPP), condição que afeta não apenas a saúde mental materna, mas também as relações sociais e familiares, influenciando diretamente a relação mãe-bebê⁷. Souza e Filho⁸ explicam que a gestação representa um período de preparação psicológica para a maternidade, durante o qual se constitui progressivamente o vínculo entre a mãe e o feto. Os bebês são particularmente vulneráveis aos efeitos da depressão materna, uma vez que dependem intensamente dos cuidados dos adultos, especialmente nos primeiros meses de vida. De modo geral, bebês de mães com DPP, quando comparados aos de mães sem o transtorno, apresentam menor vocalização e nível de atividade, além de maior frequência de manifestações de aborrecimento, raiva, tristeza e aparência depressiva já nos primeiros meses de vida⁹. A depressão materna também pode repercutir sobre os padrões de interação familiar. Frizzo e Piccinini¹⁰, ao investigarem famílias com e sem depressão materna, observaram que a depressão pode estar associada a mudanças, ainda que sutis, nos padrões de interação entre os membros da família. Os autores destacam que mães deprimidas tendem a apresentar menor responsividade ao bebê, o que pode afetar a disponibilidade cognitiva e emocional necessária para uma interação sensível¹⁰. O bebê pode vivenciar a depressão materna por meio de microeventos relacionais¹¹. As autoras exemplificam esse processo considerando uma situação na qual o bebê sorri e a mãe responde a esse sorriso. Essa resposta constitui um microevento de interação. À medida que o bebê vivencia repetidamente padrões semelhantes de interação, pode ocorrer um progressivo afastamento da relação com a mãe, caracterizado pela redução da animação, pela diminuição da expressão facial positiva e pela alteração da postura corporal, configurando uma espécie de “microdepressão”¹¹. A repetição frequente desse padrão pode contribuir para dificuldades do bebê em estabelecer episódios satisfatórios de interação com outras pessoas¹². Estudos também demonstram que bebês de mães deprimidas podem apresentar menor expressão de afeto positivo e menor expressividade emocional, apresentando características semelhantes às observadas em suas mães¹³. Nesse contexto, os profissionais dos serviços de saúde desempenham papel fundamental

na oferta de atendimento qualificado, bem como no acolhimento, na identificação precoce e no tratamento da DPP¹⁴. O contato com a mulher durante o pré-natal e o puerpério é fundamental para a construção de vínculos e para a oferta de um espaço seguro no qual ela possa compartilhar suas preocupações, inseguranças e dificuldades relacionadas à maternidade⁸. **Conclusão:** A partir da literatura revisada, observa-se que os transtornos mentais, especialmente os episódios depressivos, apresentam importante ocorrência entre as mulheres e estão relacionados à interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos e ambientais. No período pós-parto, essa vulnerabilidade pode ser intensificada em decorrência das profundas transformações físicas, hormonais, emocionais e sociais associadas à maternidade. A depressão pós-parto não afeta exclusivamente a mãe, mas pode repercutir também sobre o bebê e sobre a qualidade da interação entre ambos, especialmente em razão da vulnerabilidade infantil e da dependência dos cuidados maternos nos primeiros meses de vida. Dessa forma, destaca-se a importância do acompanhamento durante o pré-natal e o puerpério, com ações de prevenção, identificação precoce, acolhimento e intervenção, visando promover a saúde mental materna e, consequentemente, favorecer o desenvolvimento saudável da criança.

Palavras-chave: Maternidade. Gestação. Depressão. Transtornos.

Referências

1. Vieira KFL, Coutinho MPL. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2008;28(4):714-727.
2. Barbosa-Silva AB. *Mentes depressivas*. São Paulo: Globo Livros; 2016.
3. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
4. Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Rennó Jr J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2010;37:288-294.
5. Mehoudar A. *Da gravidez aos cuidados com o bebê*. São Paulo: Summus Editorial; 2012.

6. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed; 2014.
7. Landim L, Veloso F, Azevedo A. Depressão pós-parto: uma reflexão teórica. *Revista Saúde em Foco*. 2014;1(2):41-59.
8. Souza PN, Filho ECO. *Intervenções de enfermagem na prevenção de transtornos mentais e comportamentais no puerpério*. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF; 2016.
9. Cohn JF, Matias R, Tronick EZ, Connel D, Lyons-Ruth K. Interações face a face de mães deprimidas e seus bebês. *New Directions for Child Development*. 1986;34:31-45. doi:10.1002/cd.23219863405.
10. Frizzo GB, Piccinini CA. Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007;20(3):351-360.
11. Frizzo GB, Piccinini CA. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*.
12. Brazelton TB, Cramer BG. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
13. Hoffman Y, Drotar D. The impact of postpartum depressed mood on mother-infant interaction: like mother, like baby? *Infant Mental Health Journal*. 1991;12:65-80.
14. Santos MLC, Reis JF, Silva RP, Santos DF, Leite FMC. Sintomas de depressão pós-parto e sua associação com as características socioeconômicas e de apoio social. *Escola Anna Nery*. 2022;26.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.