

## PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO COMO RECURSO NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: uma visão dos profissionais da área

Sheila Marcelino da Silva<sup>1</sup>  
Ariany Magalhães Leandro<sup>2</sup>

**Resumo:** A gestação é um momento marcado por mudanças em relação aos diversos aspectos biopsicossociais. Essas mudanças estão relacionadas aos conflitos presentes durante essa fase, como o medo, a ansiedade, culpa e sentimentos de ambiguidade. O presente artigo teve como objetivo apurar a eficácia do atendimento psicológico durante o pré-natal como uma medida de prevenção da depressão pós-parto. Justificando-se pelo fato de o atendimento psicológico oferecer um amparo psicoterapêutico precoce diante de eventuais crises da ordem psíquica que a mulher possa vir a desenvolver. O estudo foi realizado com profissionais de psicologia atuantes na cidade de Sete Lagoas, foi realizada uma entrevista semiestruturada e análise de discurso. Os resultados sugerem que o atendimento psicológico durante o pré-natal contribui para a prevenção da depressão pós-parto, porém é necessário maiores investimentos em atividade que promovam a saúde mental da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

**Palavras-chave:** depressão pós-parto; pré-natal psicológico; prevenção.

**Abstract:** Pregnancy is an occasion for changes in relation to the various biopsychosocial aspects. These changes are related to the conflicts present during this phase, such as fear, anxiety, guilt and feelings of ambiguity. This article aimed to investigate the effectiveness of psychological care during prenatal care as a measure to prevent postpartum depression. Justified by the fact that psychological care offers early psychotherapeutic support in the face of possible crises of the psychic order that the woman may develop. The study was carried out with psychology professionals working in the city of Sete Lagoas, a semi-structured interview and discourse analysis were carried out. The results suggest that psychological care during prenatal care contributes to the prevention of postpartum depression, but it is necessary to invest more in activities that promote the mental health of women during the pregnancy-puerperal cycle.

**Keywords:** postpartum depression; psychological prenatal care; prevention

### 1. INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno psiquiátrico, que pode vir a comprometer o estado físico, o humor e conseqüentemente o pensamento. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V a depressão é um transtorno depressivo maior que envolve humor deprimido e perda do interesse ou prazer por atividades que eram tidas como geradoras de prazer. O transtorno depressivo maior está associado com um alto índice de mortalidade, sendo que grande parte se estabelece por suicídios. (PSYCHIATRIC ASSOCIATION). Trata-se de uma doença afetiva ou do humor, não devendo ser vista como sinal de fraqueza (APARECIDA; JESUS, 2017).

<sup>1</sup> Graduanda em Psicologia da Faculdade Ciências da Vida, Sete Lagoas-MG. E-mail: sheila.marcelino@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Mestre em Psicologia pela UFMG; Professora do curso de psicologia da Faculdade Ciências da Vida, Sete Lagoas-MG. E-mail: arianymagalhaes.psic@gmail.com

O tratamento da depressão varia conforme a gravidade de cada caso além dos fatores que desencadearam a doença e sintomas presentes no paciente, podendo ser indicado psicoterapia e também medicamentos quando necessário. Beck (1964) desenvolveu a terapia cognitiva comportamental (TCC) para o tratamento da depressão, esse método se caracteriza por ser estruturado, e de curto prazo quando comparado aos demais, uma vez que, é compreendido entre 12 a 20 sessões, tendo como finalidade a resolução dos problemas do presente momento através da modificação do pensamento e mudanças sobre os comportamentos disfuncionais (ISCAIFE *et al.*, 2020).

A depressão ficou definida pela medicina como um inadequado funcionamento cerebral, fazendo distinção de má vontade psíquica e falta de visão mental para as coisas boas que a vida tende a oferecer, podendo se manifestar por através de inúmeras formas, porém em todos os tipos é constatado o ânimo comprometido até mesmo diante das atividades geradoras de prazer (ARRAIS; ARAÚJO, 2017).

De acordo com o DSM-V os transtornos depressivos existentes mais comuns são: transtorno disruptivo da regulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno disfórico pré-menstrual e transtorno depressivo induzido por substâncias ou medicamentos. A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno depressivo maior que ocorre nas primeiras quatro semanas após o parto, frequentemente pode ter início durante a gestação. A DPP abarca múltiplos sintomas, sendo os mais comuns: funcionamento cerebral em nível diminuído, ideias obsessivas, sentimento de culpa, autodepreciação, desinteresse sexual, falta de interesse pela criança recém-nascida, falta de disposição e motivação, desesperança, sensação de incapacidade em lidar com as novas situações (ARRAIS; ARAÚJO, 2017).

É imprescindível que não se confunda a DPP com o *blues* puerperal que é um estado semelhante, porém com o diferencial de os sintomas cessarem dentro de um período dez dias, nesse sentido não se faz necessário uma intervenção medicamentosa, outro diferencial se deve ao início do quadro sintomático que ocorre logo nos primeiros dias após o parto aproximadamente entre o 3º e 5º dia. (ANDRADE *et al.* 2017). Para o diagnóstico clínico da DPP é necessário que esteja presente os mesmos sintomas dos critérios diagnósticos para o transtorno depressivo maior, tais como: desinteresse pelas atividades cotidianas, humor deprimido, sendo que o início dos sintomas deve ser até quatro semanas após o parto (ISCAIFE *et al.*, 2020)

A avaliação do quadro clínico da DPP pode se dar por meio da EDPS (Escala de Depressão de Edimburgo), que consiste em um instrumento de autoavaliação composto por

dez itens que se referem aos sintomas depressivos comumente observáveis durante o puerpério. O instrumento de Edimburgo é composto por dez itens, que variam em uma escala de zero a três, se relaciona com a intensidade do sintoma depressivo relatado pela puérpera. A pontuação varia de zero a trinta, e as mulheres que participam deste tipo de estudo/tratamento, e obtêm uma pontuação igual ou superior a doze são avaliadas contendo um quadro de depressão (BOSKA *et al.*, 2016).

As causas que levam a quadro de DPP são multifatoriais, podendo ser de origem cultural, socioeconômica, psicológica entre outras. Além disso este quadro depressivo pode ser desenvolvido por mulheres diferentes classes sociais e faixas etárias. Sendo assim quanto mais cedo a mulher receber o diagnóstico, mais adequado e eficaz é o tratamento (FREITAS *et al.*, 2016)

Para o tratamento para a DPP é indicado acompanhamento psicológico, e em casos graves o uso da medicação se faz necessário. É possível prevenir o desenvolvimento da doença ainda durante o pré-natal. Dentre as medidas de prevenção que podem ser adotadas destacam-se o acompanhamento psicológico desde a gestação até o pós-parto, é importante que a gestante tenha um suporte da sua rede de apoio que pode ser composta pelo cônjuge, amigos e familiares (EMMYLLY *et al.*, 2020).

Estimativas apontam que em 2020 a depressão foi a segunda maior causa de morbidade no mundo, sendo assim se faz necessário uma atenção mais cautelosa voltada para os cuidados da saúde materna, sendo necessário um acompanhamento multiprofissional desde a gestação até o pós-parto. Pois nesse período a mulher fica mais suscetível a desenvolver transtornos psicológicos em decorrências das diversas mudanças que perpassa esse período gestacional (FROTA *et al.*, 2020). A DPP é uma das maiores complicações enfrentadas pela mulher durante o período puerperal, atingindo de 15% a 20% das mulheres no mundo todo. Sendo que no Brasil essa condição atinge cerca de 26,3% das puérperas. (SOUSA *et al.*, 2021).

Esse trabalho se justifica pelo fato de o pré-natal psicológico oferecer um amparo psicoterapêutico para a mulher o mais breve possível, perante eventuais crises da ordem psíquica, com a finalidade de proporcionar uma gestação saudável. Devido ao grande número de mulheres atingidas por essa patologia, que segundo Sousa *et al.*, 2021 alcança cerca de 26,3% das puérperas no Brasil, é necessário que exista mais estudos acerca da temática sobre o pré-natal psicológico, uma vez que essa modalidade de atendimento funciona como forma de prevenção da doença. Diante disso busca-se responder se o atendimento psicológico

durante o pré-natal contribui para a prevenção para casos de DPP. Neste sentido este trabalho tem como objetivo geral investigar junto a profissionais de saúde, a eficácia do atendimento psicológico durante o pré-natal como medida preventiva da depressão pós-parto. O estudo tem como objetivos específicos pesquisar de que forma o pré-natal psicológico pode contribuir para a prevenção da DPP, bem como apresentar os fatores de risco e prevenção a DPP, e compreender como as mulheres controem sentidos acerca da doença.

A pesquisa foi realizada com cinco profissionais de psicologia, foi utilizada uma entrevista semiestruturada, com questionamentos a fim de responder aos objetivos iniciais da pesquisa.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

Durante a gestação é possível observar diversas alterações no comportamento da mulher e na vida do casal, nos quais estão envolvidos vários fatores de aspectos familiar, social, profissional, conjugal e pessoais. Diante dessas alterações há uma alteração de humor que pode fazer com que aconteça um surgimento de sentimentos que entram em conflito com aspectos pessoais da mulher e na relação com o bebê (DE JESUS, 2017).

O puerpério é um momento de extrema delicadeza na vida da mulher, pois marca o rompimento da relação da mãe com o bebê dentro do útero. Esse período é marcado ainda, pela transição de gestante para mãe, ocorrendo assim diversas mudanças físicas e psicológicas na mulher. Além disso, acontecem muitas mudanças hormonais nesse período fazendo com que a mulher tenha várias alterações de humor até que o organismo fique estável (MATEUS *et al.*, 2020). Nessa fase o aumento do estresse psicológico e fisiológico faz com que a mulher fique mais propensa a desenvolver problemas mentais, dentre os quais se destaca a depressão pós-parto (SERRATINI, 2019).

Devido à alta vulnerabilidade que o período pós-parto apresenta, é exigida uma atenção maior, a fim de que seja oferecida uma assistência clínica eficiente para a puérpera. Além disso, é necessário que a mesma tenha uma atenção biopsicossocial nesse período, a fim de amenizar os danos que podem vir a lhe acometer. O apoio do cônjuge e familiares se faz necessário para que ela se fortaleça e tenha um suporte social durante esse período de fragilidade ao qual está exposta (FROTA *et al.*, 2020).

## 2.1. BLUES PUERPERAL

O *blues* puerperal é também conhecido como *baby blues*, é marcado por inúmeras mudanças hormonais que ocorrem com a mulher logo após o parto, trata-se de uma tristeza profunda que surge aproximadamente entre o 3º e o 5º dia após o parto, contudo esses sintomas tendem a se resolver sozinhos após algumas semanas não necessitando de tratamento (ANDRADE *et al.*, 2017)

As mudanças hormonais estão entre os principais fatores desencadeadores desses sintomas, pois há uma flutuação hormonal nesse período fazendo com que a mulher apresente uma oscilação de humor, o *blues* puerperal chega a afetar até 50% das novas mães. Quando os sintomas persistem por mais de 14 dias o blues puerperal passa a ser considerado como depressão pós-parto. (ANDRADE *et al.*, 2017). Dentre os sintomas observados durante o blues puerperal destacam-se alterações de humor, cansaço, sentimentos de preocupação, irritabilidade, ansiedade, choro frequente, infelicidade, alterações no apetite e na concentração. os sintomas podem aparecer entre o primeiro e décimo dia após o parto, e persistindo por até 15 dias consecutivos. Esse quadro tende a regredir espontaneamente no espaço de duas semanas (RATTI *et al.*, 2020).

O *blues* puerperal é apontado como um fator de risco para o surgimento da DPP, sendo necessário um diagnóstico prévio a fim de que os sintomas não evoluam para uma gravidade maior. O apoio da família nesse período se faz extremamente importante, a fim de que essa mulher se sinta acolhida e segura durante esse processo que é marcado por inseguranças e novidades as quais ela não estava acostumada (AMBRÓSIO; LEITÃO, 2019).

## 2.2. DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A depressão pós-parto é definida como um episódio de depressão maior, podendo ocorrer nas quatro primeiras semanas após o parto, tendo uma alta prevalência chegando a afetar cerca de 25% das mulheres durante o puerpério. Trata-se de um sofrimento psíquico, podendo surgir através de fatores externos ao indivíduo. A DPP quando não tratada traz prejuízos em níveis familiar e social, além de interferir na relação da mãe com o bebê recém-nascido, trazendo prejuízos no que se refere ao desenvolvimento da criança (SERRATINI, 2019).

O início da DPP é semelhante ao das depressões de forma geral, trazendo à tona os sintomas de tristeza profunda e prolongada, falta de motivação por atividades que antes eram prazerosas, falta de concentração, desinteresse pelo filho recém-nascido. Acomete mulheres de todas as classes sociais, idades e níveis de escolaridade. (ARRAIS; ARAÚJO, 2017)

O diagnóstico de depressão pós-parto é complexo de ser realizado devido ao fato de os sintomas, como cansaço, alterações do sono e apetite serem extremamente comuns durante o puerpério (KROB *et al.*, 2017). Existem diversas escalas de rastreamento de depressão, podendo ser de autoavaliação, as aplicadas por observadores, as de avaliação global e as mistas. A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) é o parâmetro de rastreamento de sintomas depressivo mais recorrido pelo fato de ser uma escala autoaplicável, sendo a avaliação simples e rápida, podendo ser utilizada por profissionais da saúde, não necessariamente médicos (PEREIRA; ARAÚJO, 2020).

O questionário de autoavaliação de Edimburgo (EPDS) consiste em dez perguntas, as quais tem uma pontuação de 0 a 3, de acordo com a presença de alguns sintomas como: humor deprimido ou disfórico, diminuição de desempenho, perda de prazer, distúrbio do sono, ideias de morte e suicídio e culpa. As entrevistadas que alcançam uma pontuação igual ou maior que 10 são consideradas como um grupo de risco a desenvolver a depressão, devendo procurar um médico. (MATEUS *et al.*, 2020).

Os sintomas da DPP se assemelham a diversos transtornos de humor que surgem em períodos não puerperais, contudo essa sintomatologia surge geralmente nas quatro primeiras semanas do pós-parto, se intensificando no decorrer dos seis meses seguintes, geralmente acompanhados pela falta de interesse nas atividades do dia a dia e humor depressivo persistente por mais de duas semanas. Geralmente surgem outros sintomas associados, dentre os quais aparecem baixa autoestima, tristeza constante, irritação, crises de choro, ansiedade, ideias obsessivas e pensamentos suicidas dentre outros (FREITAS *et al.*, 2016).

A depressão pós-parto se tornou um dos problemas de saúde mentais extremamente comuns no mundo, e tem acompanhado a humanidade por um período longo da história. Sendo necessário acompanhamento médico a fim de que se tenha um diagnóstico e tratamento adequados (PEREIRA; ARAÚJO, 2020).

### **2.3. FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

A depressão pós-parto é uma doença oriunda de uma combinação de diversos fatores biopsicossociais geralmente incontroláveis que atuam de forma conjunta para seu surgimento, dentre esses fatores podemos citar: gravidez indesejada, mães muito jovens, parceiro desempregado, separação do casal durante a gravidez, antecedentes psiquiátricos, morte de pessoas próximas (ARRAIS *et al.*,2018).

Os fatores de risco são considerados eventos propícios ao desencadeamento de problemas psicossociais, com maior probabilidade de surgir durante o período gravídico-puerperal. A violência verbal e física é um dos fatores que favorece o surgimento da depressão pós-parto, cabe aos profissionais de saúde que têm um maior contato com a paciente durante os atendimentos ficarem atentos a todos os sinais tanto físicos quanto comportamentais, a fim de que seja feito um encaminhamento adequado para um acompanhamento psicossocial em casos de comprovação da violência (SOUSA *et al.*,2021). Dentre os fatores de risco é observado também que outros múltiplos eventos contribuem para o desenvolvimento da DPP tais como: a pouca idade da mãe, falta de apoio do cônjuge, gestante solteira, desemprego tanto da gestante quanto do pai do bebê, gravidez não desejada, dificuldades financeiras depois do parto, idealização da maternidade, conflitos conjugais, eventos estressantes inerentes à gravidez (ARRAIS *et al.*, 2018).

Os fatores de proteção são considerados como as medidas de prevenção ou situações que já estejam estabelecidas com a finalidade de minimizar os fatores de risco, ou potencializar as influências positivas a fim de melhorar as respostas pessoais nesse período (ARRAIS; ARAÚJO, 2017). Dentre os fatores de proteção pode se destacar a participação da gestante em um programa de pré-natal com base numa abordagem psicológica humanizada, suporte social durante a gravidez, além de um planejamento da gravidez que contribui para uma menor incidência de depressão pós-parto (ALMEIDA; ARRAIS, 2016).

A depressão pós-parto é multifatorial, podendo envolver diversos aspectos biopsicossociais presentes na vida da mulher. Sendo assim torna-se praticamente impossível atribuir uma única causa para o aumento do risco de surgimento da doença, pois cada mulher vai experienciar de maneira diferente os impactos dos fatores que podem vir a lhe afetar desencadeando a doença (FREITAS *et al.*,2016).

#### **2.4. DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO**

De acordo com o DSM-V a sintomatologia da depressão pós-parto não difere dos sintomas de episódios de alteração do humor que acontecem durante o puerpério. Sendo comum o início após as quatro semanas posteriores ao pós-parto. Um dos fatores determinantes que devem ser levados em conta para o diagnóstico são os sintomas que prevalecem pelo período mínimo de duas semanas, sendo obrigatórias as alterações de humor depressivo e anedonia associados ao menos a quatro dos diversos sintomas (ANDRADE *et al.*, 2017).

A depressão pós-parto é possível de ser prevenida por meio de uma intervenção psicoterápica precoce, possibilitando assim que haja uma evolução favorável a fim de diminuir os sintomas depressivos, bem como melhorar o desempenho das atividades sociais facilitando e melhorando a relação entre a mãe e o bebê (APARECIDA; JESUS, 2017). É importante que seja identificado questões de riscos para o desencadeamento da depressão no puerpério tais como: histórico familiar de transtornos de humor, fatores estressores na vida da mulher, abuso sexual, uso de drogas e álcool, falta de apoio por parte da família. É importante que seja feito as consultas de pré-natal para que sejam avaliados esses fatores de risco, pois o diagnóstico diferencial permitirá uma intervenção mais assertiva nesse contexto (ALMEIDA; ARRAIS, 2016).

O tratamento da depressão pode ser realizado por meio de intervenção psicológica e social, e em casos mais graves deve se levar em consideração a introdução adequada farmacológica (HIGEIA, 2017). A Terapia cognitiva comportamental (TCC) aplicada durante o período pós-parto apresenta resultados satisfatórios no que diz respeito a qualidade física e mental das puérperas, sendo capaz de proporcionar renovações cognitivas e novas habilidades diante das adversidades que possam surgir. A Terapia cognitiva comportamental se mostra extremamente eficaz pelo fato de ser uma abordagem pragmática focada em situações específicas (DE CAMPOS *et al.*, 2021). Em casos em que é necessário o uso de medicação específica para tratar a doença é imprescindível que seja discutido os riscos e benefícios de se manter a amamentação, uma vez que pode acontecer uma transferência do fármaco para o leite da mãe (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

## **2.5. PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO**

O pré-natal psicológico é uma modalidade de atendimento perinatal, que é voltada para uma maior humanização do processo gestacional desde o parto até a construção da

parentalidade. O atendimento as gestantes pode ser individual, em grupo juntamente com outras mulheres também grávidas, e ainda pode se dar com a gestante e um acompanhante de sua escolha, podendo ser o companheiro ou mesmo pessoas da sua rede de apoio como amigas ou até mesmo os avós da criança que vai nascer. Durante os atendimentos o profissional vai sanando as dúvidas da gestante, bem como informa a mesma sobre possíveis intercorrências que podem vir a surgir durante a gestação e puerpério (APARECIDA; JESUS, 2017). O pré-natal psicológico se caracteriza como um ambiente qualificado para a contribuição de um auxílio terapêutico, o mais recente possível diante de prováveis crises de ordem psíquica. Atuando de forma preventiva a possíveis danos e crises de origem psíquicas, cuja finalidade é uma vivência do puerpério mais sadio e menos desacompanhado (BENINCASA *et al.*, 2019).

O atendimento das gestantes por parte dos profissionais da saúde deve ser humanizado, propiciando assim a valorização e o cuidado com as emoções e experiências maternas nesse período (ARRAIS; ARAUJO, 2017). O psicólogo oferece esse suporte para a gestante, onde esta tem o lugar de fala e pode expressar todos os sentimentos de angústia e ansiedade que permeiam esse período singular de sua existência (KROB *et al.*, 2017).

Durante os atendimentos no período da gravidez o profissional de psicologia acolhe as inseguranças e os conflitos emocionais da gestante, dessa forma a mulher se sente mais segura para passar pelo período gestacional, parto e pós-parto (SERRATINI, 2019). Uma intervenção com foco na psicoeducação atua de maneira a prevenir a DPP, uma vez que será trabalhada em conjunto com a mulher como ela pode desenvolver uma rede de apoio social eficaz, como ela consegue aprender a gerir o estresse, além disso, ela será informada a respeito das intercorrências que podem vir a surgir durante o período gravídico puerperal, e também é conversado a respeito dos sintomas da DPP, fazendo assim com que a mesma consiga se autoavaliar quando sentir algum sintoma depressivo e a partir disso ela possa buscar ajuda profissional. (ARRAIS, *et al.*, 2018)

Essa modalidade de atendimento psicológico durante a gestação não substitui o pré-natal biomédico. O pré-natal psicológico tem o objetivo de prevenir situações adversas que possam surgir em decorrência da gestação e pós-parto. Intenciona proporcionar as gestantes um compartilhamento de vivências, sentimentos e emoções vivenciadas nesse momento comum em suas vidas. Os atendimentos tem o intuito de acolher e ouvir as mulheres, além de dar orientação e informação a fim de prepara-las para que elas possam passar por esse momento da melhor forma possível (ARRAIS; ARAÚJO, 2017).

## 2.6 . PAPEL DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA NESSE CONTEXTO

O psicólogo tem o conhecimento dos métodos e processos psíquicos envolvidos no adoecimento mental, a partir disso promove uma escuta que faz com que o paciente consiga elaborar sua doença através da fala, que intrinsecamente já produz efeitos terapêuticos (APARECIDA; JESUS, 2017). Diante disso é importante que seja levado em consideração o histórico de antecedentes pessoais das puérperas, a fim que seja trazido à tona aspectos relevantes de situações acerca dos fatores de risco que podem vir a desencadear a depressão pós-parto (ALMEIDA; ARRAIS, 2016).

O profissional de psicologia é o responsável pelo tratamento psicoterápico, que pode ser uma psicoterapia breve, aplicada ao paciente a fim de que este consiga recuperar sua integridade psíquica e emocional, que é essencial para esta etapa da vida que a mulher está vivendo. É possível também que o profissional juntamente com o paciente busque formas de ressignificar essa condição para que o paciente atravesse esse processo de adoecimento (SOUZA, 2017).

Sendo a origem da depressão pós-parto multifatorial, é imprescindível que haja um acompanhamento da gestante desde o início da gravidez a fim de que se possa prevenir ou minimizar os danos causados pelo adoecimento mental no puerpério (RATTI *et al.*, 2020). Como as causas da DPP são multifatoriais o tratamento deve ser feito por uma equipe multiprofissional, pois o benefício deste atendimento é a observação dos diferentes saberes dentro da equipe, ampliando assim as possibilidades de atenção total para com a gestante. A falta de acompanhamento durante o pré-natal com foco nos sintomas depressivos pode comprometer o auxílio a gestante, pois os sintomas de depressão podem aparecer desde a gestação, e a identificação prévia é importante para dar início ao tratamento evitando que se prolongue até o pós-parto (ARRAIS *et al.*, 2018).

Usualmente a equipe multiprofissional que atende a gestante é composta por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistente social, nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos. A assistência ao pré-natal é oferecida de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e de acordo com o Ministério da Saúde (MS) precisa ser organizada de maneira que atenda as necessidades atuais das mulheres durante a gestação e pós-parto. Os profissionais de saúde são de extrema importância nesse momento para que se reconheçam os

períodos críticos e façam a intervenção necessária para manter a saúde da mulher, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Diante de um diagnóstico de DPP já estabelecido, fica o profissional de psicologia incumbido pelo tratamento psicoterápico. Buscando juntamente com a paciente uma ressignificação desse momento, para que ela possa atribuir novo sentido ao que lhe causa sofrimento psíquico. Permitindo assim que a paciente consiga elaborar sua doença através da fala, pois, a fala por si só já ocasiona efeitos terapêuticos (FROTA *et al.*, 2020).

### **3. METODOLOGIA**

A presente pesquisa caracteriza-se como descritiva e qualitativa. A pesquisa é descritiva, sendo essa modalidade de acordo com Marconi e Lakatos (2006), usada com o intuito de descrever determinados fenômenos e experiências, de maneira imparcial sem interferências de quem está pesquisando. Nesse estudo foi descrito como as puérperas constroem sentidos acerca da depressão pós-parto, bem como se elas conhecem as condutas de enfrentamento da doença. Foi ainda pesquisado se o pré-natal psicológico pode funcionar como um fator de prevenção à depressão pós-parto, e como se dá o processo de atendimento das gestantes nesse contexto. Foi descrito como é a percepção das gestantes no que diz respeito ao cuidado da saúde mental, em especial a prevenção da depressão pós-parto descrita pelo olhar do psicólogo. A pesquisa é qualitativa, o que de acordo com Marconi e Lakatos (2006), tem o objetivo de interpretar e analisar aspectos mais profundos descrevendo a complexidade do comportamento humano, dando ênfase nos processos e nos significados. A pesquisa analisou como o profissional de psicologia realiza os atendimentos voltados para a prevenção da depressão pós-parto, e como esse atendimento pode contribuir para o não desenvolvimento da doença. Para coleta de dados foi realizada uma entrevista semiestruturada, como critérios de inclusão foram selecionados profissionais de psicologia atuantes com gestantes e puérperas. A amostragem foi por conveniência, sendo esta uma técnica de amostragem não probabilística e não aleatória usada para criar amostras de acordo com a facilidade de acesso. Tendo em conta a disponibilidade de pessoas para fazer parte da amostra em um determinado intervalo de tempo (MARKONI E LAKATOS, 2006).

A entrevista foi fragmentada em quatro momentos. No primeiro momento foi realizado perguntas a fim de identificar os profissionais, com perguntas em relação a idade, sexo, local de atendimento, tempo de atuação junto a gestantes e puérperas. Em um segundo

momento houve questionamentos acerca da percepção das gestantes e puérperas quanto as formas de prevenção da DPP, e se elas tinham conhecimento das condutas de enfrentamento da doença. No terceiro momento foi perguntado sobre fatores de risco e proteção associados a DPP. No ultimo momento da entrevista as perguntas foram direcionadas em relação ao atendimento psicológico para gestantes e puérperas, como eram os atendimentos, de que forma eles poderiam contribuir para a prevenção da DPP, e se de fato eles contribuíam para a prevenção da doença. A entrevista foi realizada através de videochamada pelo aplicativo Zoom, sendo gravada e transcrita posteriormente para analisar o conteúdo das respostas, a fim de responder a questão norteadora da pesquisa. Os dados foram analisados conforme proposto por Bardim (2011).

A pesquisa foi realizada na cidade de Sete Lagoas com profissionais atuantes no momento da pesquisa. Participaram da pesquisa cinco pessoas, sendo duas do sexo masculino e três do sexo feminino, com idades entre 37 e 44 anos, e com tempo de atuação profissional entre 10 e 16 anos no mercado de trabalho. Todos os participantes da pesquisa que constituíram a amostra assinaram espontaneamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Tabela 1. Caracterização dos entrevistados**

<b>Colaboradores</b>	<b>Faixa Etária</b>	<b>Gênero</b>	<b>Grau de Escolaridade</b>	<b>Tempo de Experiência</b>
A	43 anos	Masculino	Mestrado	14 anos
B	44 anos	Masculino	Mestrado	16 anos
C	37 anos	Feminino	Mestrado	10 anos
D	39 anos	Feminino	Pós-graduada	11 anos
E	44 anos	Feminino	Mestrado	13 anos

**Fonte:** Dados construídos pelo pesquisador (2021)

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Arrais e Araújo (2017) afirmam que a DPP é um problema latente, e um espaço amplo a ser pesquisado, tratando-se de um fato cada vez mais presente no trabalho dos profissionais de saúde, em particular os psicólogos, que por sua vez encontram-se em uma posição propícia para identificar o mais breve possível e intervir, com a finalidade de evitar um agravamento

da doença. Para realização da pesquisa, foi feita uma entrevista com profissionais de psicologia.

Foram entrevistados cinco profissionais da saúde, psicólogos, todos tinham um no mínimo dez anos de atuação junto a gestantes e puérperas. As idades dos entrevistados eram de 37 a 44 anos de idade, sendo dois do sexo masculino e três do sexo feminino, os entrevistados foram identificados por letras: A, B, C, D e E, para que suas identidades fossem preservadas.

#### **4.1. PERCEPÇÕES DAS GESTANTES ACERCA DA DPP**

Algumas mulheres se habitam a não reportar os sintomas depressivos com medo do estigma associado a doença, pois a sociedade espera que a chegada de um recém-nascido seja um evento de grande alegria para essa mãe, sendo quase inadmissível que essa mulher não esteja realizada. Isso contribui para que essa mulher sinta dificuldade em reconhecer comportamentos relacionados à tristeza ou depressão durante esse ciclo (SOARES; RODRIGUES, 2018).

“As gestantes que fazem o acompanhamento psicológico durante o pré-natal, geralmente fica mais atenta aos sintomas depressivos que podem vir a aparecer, e sempre que percebe que algo não está muito bem em relação aos sentimentos ou quando estão em dúvida sobre qualquer assunto, elas ficam preocupadas e logo vem para consultar.” (C)

“É percebido uma certa dificuldade da mulher em reconhecer os sintomas, bem como confundi-los com o cansaço próprio da maternidade. Deixando muitas vezes de buscar ajuda, e isso acaba atrasando o tratamento adequado para elas.” (A)

“As gestantes que não fazem um acompanhamento psicológico durante o período gestacional muitas vezes não conseguem identificar os sintomas depressivos, confundindo-os até com outras doenças, e acontece também por vergonha de ter uma doença mental, e acaba não procurando ajuda. Então nessa situação os profissionais de saúde precisam ficar atentos aos sintomas, pois assim eles conseguem identificar e encaminhá-las o mais rápido possível para que ela tenha um tratamento o mais rápido possível.” (A)

Essa fala do entrevistado “A” confirma a importância de uma equipe multiprofissional no atendimento a gestantes, a fim de que sejam reconhecidos os sintomas depressivos ainda durante a gestação para evitar um agravamento da doença. De acordo com Oliveira *et al* 2020, essa intervenção precoce da equipe multiprofissional, ainda durante a gestação contribui para proporcionar uma melhor qualidade de vida para a mulher durante a gestação e após o parto.

## 4.2. FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO ASSOCIADOS À DPP

Quanto aos fatores de risco todos os entrevistados citaram que a pouca idade da mãe, desemprego, gravidez não planejada e falta de apoio do cônjuge são fatores que têm forte impacto no desenvolvimento da doença, conforme descrito por Arrais *et al* (2018).

“Quando a mulher engravida estando desempregada ou mesmo o parceiro estando nessas condições, a preocupação com o futuro da criança é algo que deixa essas mulheres bastante deprimidas, pelo fato de não saber se terá todo o suporte financeiro necessário para suprir as necessidades do filho que está por vir.” (B)

“É de extrema importância que a mulher seja acolhida pela rede de apoio, que pode ter o cônjuge, a família e amigos próximos para que ela possa passar por esse período da gestação e puerpério de forma que se sinta de fato acolhida e compreendida durante esse período de extrema fragilidade que é durante a gestação e após o parto.” (D)

Dentre os fatores de proteção foram citados ter um apoio do companheiro e da família durante a gestação, gravidez planejada e estabilidade econômica.

“Quando a gestante tem uma gravidez planejada, geralmente ela se prepara melhor para que a experiência seja positiva antes e após o parto, e isso traz mais segurança para que ela possa vivenciar esse momento que é dela com maior tranquilidade e plenitude.” (E)

Conforme afirmado por Almeida e Arrais (2016), o planejamento da gravidez contribui para uma menor incidência de depressão pós-parto.

## 4.3. ATUAÇÕES DO PSICÓLOGO E PREVENÇÃO DA DPP

Em relação aos atendimentos psicológicos durante o pré-natal, os profissionais entrevistados relataram que:

“É feito uma psicoeducação com a gestante, onde é trabalhado as demandas que podem vir a surgir no período gravídico-puerperal, como também a idealização do bebê onde é falado das possibilidades de perda fetal, má formação fetal, medo do parto e da dor do parto, os transtornos depressivos e ansiosos, as mudanças sociais e familiares que a mulher irá passar.”(A)

“Através da psicoeducação a mulher tem a possibilidade de vivenciar todo o período gravídico-puerperal sem traumas, e fazer com que seja uma experiência prazerosa e

positiva, ela vai se sentir menos ansiosa e mais segura para viver todo o processo”.(D)

Quando foi questionado de que forma os atendimentos poderiam ser um aliado contra DPP os entrevistados ressaltaram que:

“Munindo essa mulher de informações acerca das transformações físicas, psicológicas e sociais que ela poderá a vir enfrentar ela ficará menos insegura e ansiosa, devido a todas as mudanças pelas quais ela irá passar, e quando ela sentir qualquer sintoma de ansiedade ou depressão ela conseguirá identificar e trará isso como demanda para a psicoterapia.”(D)

“Através da psicoeducação, as gestantes passam a ter uma melhor compreensão de como se sentem, e quando observam qualquer sintoma que pode se relacionar a depressão, as mesmas relatam aos profissionais de saúde, fazendo com que sejam tomadas medidas que as auxiliem no processo de prevenção a DPP.” (E)

Diante dessas falas pode-se compreender o que foi descrito por Arrais e Araújo (2017), sendo os atendimentos usados para dar orientações e informações para preparar as gestantes, a fim de elas possam passar por esse momento da melhor forma possível, além de acolhê-las e ouvi-las.

A DPP muitas vezes é mal compreendida pela família e pessoas próximas da mulher, em alguns casos sendo negligenciado e não levado a sério. A depressão materna no pós-parto acarreta abusos e descuidos com o recém-nascido, trazendo assim influências negativas na interação mãe-bebê. (Krob et al., 2017)

“Não é uma depressãozinha, é algo muito sério. A paciente chega a tentar suicídio, falam que tem vontade de jogar o filho na parede, que querem sumir. Essas falas das pacientes nos fazem refletir o quão grave e perigoso é essa doença, e às vezes não é levado muito a sério por familiares e pessoas próximas. E diante disso uma prática de atendimento preventivo durante a gestação minimizaria muito o potencial da doença se ela surgir, pois a paciente teria conhecimentos dos sintomas da doença e ficaria mais atenta a tudo”. (A)

O pré-natal psicológico não substitui o pré-natal biomédico convencional, sendo, no entanto um aliado para complementar este. Pois quanto mais suporte e informações essa mulher tiver durante a gestação menor serão as chances de desenvolver depressão pós-parto ou qualquer outro transtorno da ordem psíquica. O que acaba trazendo mais tranquilidade e fazendo com que essa mulher possa vivenciar a maternidade em sua total plenitude.

“Eu trabalho há mais de treze anos atendendo gestantes e puérperas, quando elas começam a fazer psicoterapia ainda durante a gestação, as queixas no período depois do parto são mínimas e isso é resultado de um atendimento precoce, com fins preventivos. De fato se todas fizessem esse acompanhamento psicológico durante a gravidez as chances de desenvolver uma depressão pós-parto seria quase nula.” (A)

“De fato a psicoterapia contribui para a prevenção da depressão pós-parto, por proporcionar um momento de escuta qualificada para a mulher, que com certeza trará seus anseios e medos para que juntos possamos construir estratégias para que ela consiga passar pelo processo gestacional e puerperal com mais segurança e tranquilidade.” (C)

De acordo com Alves Da Silva *et al* (2020) quanto maior o amparo que a mulher tiver durante a gestação parto e puerpério, menor serão as chances de ela vir a desenvolver uma DPP.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos depoimentos dos profissionais e dos estudos aqui apontados, ficou evidenciado que o objetivo inicial da pesquisa foi atingido, tendo como intuito apurar a eficácia do atendimento psicológico durante a gestação como medida preventiva a DPP, foi constatado que houve consistência entre os depoimentos e os dados apresentados. Não foram observados fatores de risco e proteção diferentes dos apresentados no referencial teórico. Observa-se que os fatores de proteção devem ser ampliados a fim de garantir maiores benefícios para que a gestante viva esse momento com maior segurança e tranquilidade, e conseqüentemente deve se observar os fatores de riscos aos quais ela esteja ligada, e tentar minimizá-los para que a mesma transcorra pelo ciclo gravídico-puerperal com maior segurança e tranquilidade.

A DPP precisa ser investigada desde o início da gestação, com a intenção de prevenir o desenvolvimento da doença no puerpério, sendo imprescindível uma assistência pré-natal com características e estratégias voltadas para essa finalidade. Sendo necessário uma psicoeducação com as gestantes, a fim de que as mesmas fiquem munidas de informações, e dessa forma possam identificar os sintomas e buscar ajuda o mais breve possível com fins preventivos. Pois é percebido que algumas mulheres podem ter dificuldades em reconhecer alguns sintomas relacionados à DPP, motivo pelo qual não procuram ajuda especializada, podendo assim ter um agravamento da doença.

De acordo com os dados levantados, o acompanhamento psicológico durante a gestação mostra-se como uma importante ferramenta na prevenção da DPP. Dessa forma, faz se necessário o acompanhamento psicológico para complementar as consultas do pré-natal biomédico, pois assim torna-se possível diagnosticar e tratar a depressão logo no início, uma

vez que essa prática resulta num possível decréscimo das taxas de mulheres com depressão pós-parto.

## REFERÊNCIAS

ALVES DA SILVA, C.R.; *et al.* (2020). **Depressão pós-parto: A importância da detecção precoce e intervenções de enfermagem.** ReBis Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde. 2020.

ALMEIDA, N.M de C.; ARRAIS, A. da R. **O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto.** Psicologia Ciência e Profissão, 2016.

AMBRÓSIO, M.; LEITÃO, C. **Fatores de risco para blues puerperal: Uma revisão integrativa.** 2019.

ANDRADE, M. *et al.*, **Tristeza materna em puérperas e fatores associados.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 8-13, 2017.

APARECIDA, M.; Jesus, S. de. **O pré-natal psicológico e a relação com a prevenção.** 1-20, 2017.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira; SCHIAVO, R. de A. **Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão pós-parto no pré-natal psicológico.** Revista Psicologia Ciência e Profissão, 38, 711-729. 2018

BARDIN, Laurende. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

DA ROCHA ARRAIS, A.; T, Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo. **Depressão pós-parto: uma revisão sobre os fatores de risco e proteção.** Psicologia, Saúde & Doença, 828-839, 2017.

DE CAMPOS, C. A. *et al.*,. **Fatores de risco, proteção, diagnóstico e tratamento da depressão pós-parto no contexto da atenção primária.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, 13(1), e5410. Disponível em:><https://doi.org/10.25248/reas.e5410>. 2021. Acesso em 10 mai. 2021.

EMMYLLY, J.; SENA, D. M. e J, Luiz. **Depressão pós-parto: Fatores emocionais da gestação e puerpério.** 1-6, 2020.

EMMYLLY, J.; SENA, D. M. e J, Luiz. **Vivências do puerpério materno e melancolia.** 1-9, 2020.

FREITAS, M. E. S. de, SILVA, F. P. da, e BARBOSA, L. R. **Análise dos fatores de risco associados à depressão pós-parto**: revisão integrativa. Revista Brasileira Ciências Da Saúde-USCS. 99-105, 2016.

FROTA, C. A. Batista *et al.*, **A transição emocional materna no período puerperal associada aos transtornos psicológicos como a depressão pós-parto**. Revista Eletrônica Acervo Saúde. Disponível em:> <https://doi.org/10.25248/reas.e3237.2020>. Acesso em 15 de mar. 2021.

HIGEIA, R. A. **Sintomas de depressão e ansiedade em mulheres no período pós-parto**. 30-36, 2017.

ISCAIFE, A. B. *et al.*, **Associação entre sintomas de depressão pós-parto e qualidade da relação de apego mãe-bebê**. Cadernos de pós-graduação Em Distúrbios Do Desenvolvimento. Disponível em:><https://doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v20n1p158-175.2020>. Acesso em 15 de mar. 2021.

KROB, A. D. *et al.*, **Depressão na gestação e no pós-parto e a Resnsividade Materna Nesse Contexto**. Revista Psicologia e Saúde, 3-16.2017.disponível em:> <https://doi.org/10.20435/pssa.v9i3.565>. Acesso em 20 mar. 2021.

MARCONI, M. A., LAKATOS, E.V. **fundamentos de metodologia científica**. 6ª ed., São Paulo: Editora Altas, 2006.

MATEUS, A. da S. *et al.*, **Avaliação do risco de depressão pós-parto na atenção primária**. Brazilian Journal of Development, 6(7), 48424-48437. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-476>. Acesso em 12 out. 2020.

OLIVEIRA, P. P. de *et al.*, **Atenção primária à saúde e pré-natal: o ciclo gravídico puerperal e a avaliação do atendimento recebido a partir da percepção das gestantes e puérperas**. 2020.

PEREIRA, D. M.; ARAÚJO, L. M. B. **Depressão pós-parto: uma revisão de literatura**. Brazilian Journal of Health, 3(4), 8307-8319. 2020.disponível em:> <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-086>. Acesso em 16 abr. 2021.

PSYCHIATRIC. Association, A. (n.d). **Manual diagnóstico e estatístico d transtornos mentais: DSM-5**- 5ª Edição.

RATTI, G. da S.; DIAS, S. e Hey, A. P. **Sinais e sintomas da depressão pós-parto**. Brazilian Journal of Health Review, 3(5), 15429-15439.2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-319>. Acesso em 16 de mar. 2021.

SERRATINI, C. P. **Depressão pós-parto**. 55(13), 82-95. 2019

SILVA., D Costa,; K. e PITANGA, A. (n.d). **Depressão pré e pós-parto**. Journal of Chemical Information and Modeling, 1-22.

SOARES, Mariane Lourenço; RODRIGUES, M. M. G. **A percepção das puérperas acerca da depressão pós-parto**. 29(2), 113-125. 2018.

SOUZA, E. A. de. **Acolhimento psicológico como forma interventiva no puerpério**. 11-24. 2017.

SOUSA, P. H. S. F *et al.*, **Fatores de risco associados a depressão pós-parto: Revisão Integrativa**. Brazilian Journal of Development. 11447-11462, 2021. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-780>. Acesso em 27 mai. 2021.