

# OS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA MULHER: DA GRAVIDEZ AO PUERPÉRIO ✓

202

Adriana Sperandio Ventura Pereira de CASTRO<sup>1</sup>

Isabela de Lima GERMANO<sup>2</sup>

Thais Helena FERREIRA<sup>3</sup>

---

✓ Artigo recebido em 22/04/2019 e aprovado em 10/05/2019.

<sup>1</sup> Mestre em Educação, Mestre em Letras, Graduada em psicologia (Bacharel e Licenciatura) e Serviço Social. Docente do curso de Psicologia do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora. E-mail: <adrianaventura@cesjf.br>.

<sup>2</sup> Graduanda em Psicologia. E-mail: <belagermano@live.com>.

<sup>3</sup> Graduanda em Psicologia. E-mail <thais.helenaf@hotmail.com>.

**OS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA  
MULHER:**

DA GRAVIDEZ AO PUERPÉRIO

**RESUMO**

O presente artigo tem como objetivo estudar os principais aspectos psicológicos da gravidez e do puerpério. A gravidez é um período de complexidade e riqueza de sentidos que só podem ser interpretados dentro do contexto da história particular de cada gestante. Assim, cada gestação tem uma história e cada mulher experimenta esse período de uma maneira singular. A maneira como a maternidade é vista e idealizada pela sociedade, as transformações culturais no papel da mulher, o mito do amor materno e a vivência da gravidez e do parto, influenciam diretamente no desenvolvimento dos distúrbios do puerpério. A mulher, nesse período, está exposta a maiores riscos de surgimento de transtornos mentais em comparação a outras fases da vida, porque na fase puerperal as defesas tanto físicas quanto psicossociais da mãe estão direcionadas à proteção e vulnerabilidade do bebê. Os transtornos puerperais abordados nesse trabalho são a tristeza materna ou *baby blues*, a depressão pós-parto e a psicose puerperal. Este trabalho consiste em uma pesquisa qualitativa, realizada através do levantamento de dados bibliográficos através da leitura de livros e artigos científicos sobre o tema, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre os aspectos psicológicos da mulher durante e após o período gestacional. Foi possível verificar que a gravidez e o puerpério são períodos em que a mulher está sujeita a várias alterações físico/hormonais e psicossociais. Pôde-se observar um número maior de estudos sobre a Depressão Pós-parto e uma escassez de pesquisas sobre a Síndrome da Tristeza Materna, sendo esta ainda confundida com a Depressão Pós-parto.

Palavras-chave: Gravidez. Puerpério. Transtornos puerperais.

**THE PSYCHOLOGICAL ASPECTS IN  
WOMEN:**

FROM PREGNANCY TO PUERPÉRIO

**ABSTRACT**

The purpose of this article is to study the main psychological aspects of pregnancy and puerperium. Pregnancy is a period of complexity and abundance of meaning that only can be interpreted within the context of the particular history of each pregnant woman. Thus, each gestation has a history and every woman experiences this period in a unique way. The way motherhood is seen and idealized by society, cultural transformations in the role of women, the myth of maternal love and the experience of pregnancy and childbirth, directly influence the development of puerperal disorders. Women in this period are exposed to a greater risk of developing mental disorders compared to other phases of life, because in the puerperal phase both the physical and psychosocial defenses of the mother are aimed to the protection and vulnerability of the baby. The puerperal disorders addressed in this study are "maternal sadness" or "baby blues", postpartum depression and puerperal psychosis. This work consists of a qualitative research, carried out through the collection of bibliographical data through the reading of books and scientific articles about the subject, in order to deepen the knowledge about the psychological aspects of the woman during and after the gestational period. It was possible to verify that the pregnancy and the puerperium are periods in which the woman is subject to several physical/hormonal and psychosocial changes. A larger number of studies on Postpartum Depression and a shortage of research on Maternal Sadness Syndrome were found, and this was still confused with Postpartum Depression.

Keywords: Pregnancy. Puerperium. Puerperal disorders.

## 1 INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto representam momentos marcantes para a mulher, já que são períodos de grandes modificações físicas, hormonais e psíquicas, que podem refletir diretamente na saúde mental. Dessa forma, a gestação e o puerpério podem ser considerados momentos na vida da mulher que precisam ser avaliados com especial atenção, uma vez que o nascimento de um bebê (principalmente do primeiro filho) é um evento favorável ao surgimento de problemas emocionais, especialmente na mãe. As transformações culturais no papel da mulher, o mito do amor materno e o desenvolvimento da gravidez e do parto, podem ser entendidos como possíveis etiologias para os distúrbios puerperais, conforme será visto a seguir.

Os transtornos emocionais do pós-parto que serão discutidos no presente estudo são a tristeza materna (*baby blues*), a depressão pós-parto e a psicose puerperal. A metodologia utilizada será uma revisão bibliográfica realizada através da leitura de artigos científicos e livros sobre os temas.

## 2 GRAVIDEZ

Na vida da mulher, do casal e da família, a gravidez consiste em um período de complexidade e riqueza de sentidos que só podem ser interpretados dentro do contexto da história particular de cada gestante. Dessa forma, cada gestação tem uma história e cada mulher experimenta esse período de uma maneira singular. O momento de poder dar a vida e senti-la evoluir, é extremamente privilegiado pela sociedade. No entanto, esse período é repleto de sentidos variados e contraditórios que teceram a história familiar até o nascimento do bebê (SZEJER; STEWART, 2002).

Atualmente, a Psicologia do Desenvolvimento tem concebido o desenvolvimento psicológico como um processo contínuo que se prolonga por muito tempo depois da adolescência, marcado por vários períodos de crise, que são verdadeiros pontos decisivos no crescimento emocional e que podem determinar o estado de saúde ou doença mental. Ou seja, a pessoa nunca deixa de evoluir

psicologicamente e existe sempre a possibilidade de reestruturação, transformação e reintegração da personalidade (MALDONADO, 1976).

A gestação é um período complexo, onde inúmeras modificações ocorrem na vida da mulher. Esta experiência é repleta de diversos sentimentos intensos e ambivalentes que podem dar vazão a conteúdos inconscientes na mãe. (RAPHAEL-LEFF, 1997). Esse período reflete toda a vida da mulher anterior à concepção, suas experiências com os próprios pais, sua vivência do Complexo de Édipo, as forças que a levaram a se adequar com maior ou menor sucesso a essa circunstância e, finalmente, a se separar de seus pais. Tudo isso influencia sua adaptação ao novo papel. As mães têm, durante a gravidez, a oportunidade de elaborarem antigos conflitos de separação, promovendo uma nova etapa em seu processo de individuação das relações simbióticas originais. Dessa forma, a gestação não é só um período de ensaios e expectativas, mas é também uma fase em que antigos relacionamentos podem ser mentalmente reelaborados, podendo ser entendida como um processo de constante confronto entre a satisfação de desejos e o reconhecimento da realidade (BRAZELTON; CRAMER, 2002).

Dessa forma, de acordo com Raphael-Leff (1997) a mulher, ao descobrir-se grávida, é levada às profundezas de seu psiquismo e suas fantasias, sonhos e vida emocional passam a ser permeados por imagens inconscientes de sua história. O significado da concepção muda de mulher para mulher e, seja como for que esta ocorra, a gestação é uma experiência essencialmente feminina, que compromete todas as esferas de sua experiência corporal e psíquica. Fisicamente, a criança é implantada em seu corpo, que sofrerá mudanças; psiquicamente, a criança é colocada em seu mundo interior inconsciente, significando suas fantasias.

Maldonado (1976) considera que é a partir do momento da percepção (consciente ou inconsciente) da gravidez que a formação da relação mãe-filho e das modificações da intercomunicação familiar se inicia, começando, também, a instalação de um sentimento básico desse período: a ambivalência afetiva. Esta é gerada pela perspectiva de grandes mudanças envolvendo perdas e ganhos, no período gestacional. De acordo com Szejer e Stewart (2002) este sentimento de ambivalência está inscrito na estrutura do inconsciente e na linguagem de cada

indivíduo, mas, como esse saber não é divulgado, muitas mulheres se culpam por estarem com esse sentimento.

A gestante, principalmente a que espera o primeiro bebê, possui uma ansiedade característica desse período. No entanto, por mais que essa ansiedade faça parte do processo normal de adaptação à gravidez, se aliada às situações de estresse, pode afetar a forma como a mulher se sente em relação a si própria e à criança, e liberar hormônios do estresse. Isso pode criar sintomas que assustem a mulher, interferindo na gestação (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000).

De acordo com os autores supracitados, alguns fatores influenciam a maneira como a mulher se sente em relação às mudanças deste período, tais como: se a gravidez foi planejada, se a mulher mora com o pai do bebê, se tem outros filhos ou se recebe apoio da família, entre outros. Qualquer estresse que faça com que a grávida se sinta pouco apoiada ou desperte nela preocupações quanto à saúde e sobrevivência do feto e de si própria, poderá interferir na preparação para a chegada do bebê ou na formação do vínculo. Os sintomas físicos envolvidos na gravidez e no trabalho de parto podem ser afetados pelo medo e o estresse, assim como por emoções conscientes e inconscientes.

Finalmente, muitas vezes, ao invés de sentir apenas alegria com a confirmação da gravidez ou ao ver seu bebê pela primeira vez, a reação da mulher não corresponde ao que é idealizado no mito da maternidade feliz. É muito comum que a mãe experimente sentimentos em que se misturam contentamento, surpresa e desagrado, o que por vezes, faz com que ela se recrimine (MALDONADO; DICKSTEIN; NAHOUM, 1997).

### 3 O MITO DO AMOR MATERNO

Afirma-se, com muita naturalidade, que o amor materno é um sentimento inato à natureza da mulher. Portanto, todas as mulheres deveriam vivenciar esse sentimento, independentemente da cultura, condições objetivas e subjetivas vivenciadas, ou de quaisquer contingências. Dessa forma, se o amor materno é algo inerente a todas as mulheres, aquelas que abandonam seus filhos, ou os colocam para adoção, possuem algum desvio ou patologia, pois uma mulher “normal”

passaria por privações, dificuldades e inúmeros riscos, mas não cometeria tal ato. Esse pensamento é repetido e reproduzido no senso comum, lançando nas mulheres que não podem ou não desejam ter filhos o sentimento de culpa e do dever de manter a criança sob seus cuidados a qualquer custo (SANTOS, 1998).

O amor materno, de acordo com Badinter (1985), não é um sentimento inerente à condição de mulher, portanto, deve ser adquirido. Pode-se afirmar que o amor materno, tal como é visto hoje, é produto da evolução social desde o princípio do século XIX, uma vez que nos séculos XVII e XVIII o próprio conceito do amor da mãe aos filhos era outro. Nessa época, as crianças geralmente eram entregues às amas desde tenra idade para serem criadas por elas, e só voltavam ao lar depois dos cinco anos. Assim, como todos os sentimentos humanos, o amor materno varia de acordo com as variações sócioeconômicas da História, uma vez que, a forma como ele é visto atualmente é diferente da forma como era visto no século passado, que é diferente da forma como será visto futuramente, e assim por diante. A maternidade segundo os antropólogos e sociólogos, é um constructo social e cultural, que dita não só a maneira de criar os filhos, mas também, quem irá fazê-lo (FORNA, 1999).

Dessa forma, apesar do crescente questionamento sobre o amor materno inato e incondicional, a visão da mãe ideal ainda é bastante presente na literatura e no senso comum (BADINTER, 1985). Essa insistência em que o amor materno é algo “natural” entra em choque com a vivência de muitas mães, o que gera nessas mulheres muita angústia e sofrimento.

A maternidade, como vem sendo idealizada até os dias atuais, tem influência direta no surgimento de distúrbios no período pós-parto. Essas pressões culturais que as mulheres sofrem associadas ao sentimento de incapacidade de adequarem-se a uma visão romanceada desse estado, acabam deixando-as ansiosas e culpadas, provocando, dessa maneira, conflitos que predisporiam os distúrbios puerperais. Dessa forma, a mulher que sofre algum desses distúrbios estaria apenas exercendo seu choque, desapontamento e indignação por não estarem sentindo toda a emoção e felicidade mostradas nos filmes, nos livros, nas brincadeiras da infância, nas propagandas de fralda e aleitamento materno. Assim, pode-se entender que as transformações culturais no papel da mulher, o mito do amor

materno e o desenvolvimento da gravidez e do parto, possuem uma estreita relação com os distúrbios do puerpério (AZEVEDO; ARRAIS, 2006).

#### 4 TRANSTORNOS MENTAIS DO PUERPÉRIO

O puerpério é uma fase de intensas mudanças no âmbito social, psicológico e físico da mulher, que se inicia após o parto e que dura aproximadamente três meses (MALDONADO, 1997). Esta fase pode se estender no caso das mulheres que vão dar à luz pela primeira vez, uma vez que a falta de experiência, a ansiedade, o medo, podem produzir um quadro de instabilidade maior do que o “normal”.

A mulher, nesse período, se encontra exposta a maiores riscos de surgimento de transtornos mentais em comparação a outras fases da vida. Isso ocorre porque na fase puerperal as defesas tanto físicas quanto psicossociais da mãe estão direcionadas à proteção e vulnerabilidade do bebê (ZANOTTI et al. apud SILVA; BOTTI, 2005).

Com o nascimento do bebê, as alterações intra e interpessoais que ocorrem se processam num ritmo acelerado e em todos os âmbitos, tanto na família quanto na mulher. De acordo com Maldonado (1976), os primeiros dias após o parto são caracterizados por inúmeras emoções e expectativas vivenciadas pela mulher. Esse turbilhão de sentimentos provoca uma instabilidade emocional que se alterna entre a euforia e a tristeza.

[...] As primeiras vinte e quatro horas constituem um período de recuperação da fadiga do parto. A puérpera sente-se em geral debilitada e confusa, principalmente quando o parto é feito sob narcose. A sensação de desconforto físico devido a náuseas, dores e ao sangramento pós-parto é particularmente intensa, lado a lado com a excitação pelo nascimento do filho (MALDONADO, 1976, p.46).

A gravidez confere à mulher um sentimento de completude e de que o bebê é parte integrante de si. O parto, por sua vez, faz com que a mãe vivencie a sensação de mutilação do próprio corpo, o que pode ocasionar uma deficiência psicológica permanente. Vários fatores são considerados como determinantes para

um desfecho saudável do puerpério. Pode-se citar como exemplo uma boa relação familiar, o desejo e planejamento da gravidez, entre outros. (MALDONADO, 1997).

Os sentimentos de ansiedade, expectativa, realizações, projeções, marcam a experiência do nascimento do bebê. O puerpério é uma fase marcada pela instabilidade emocional e vulnerabilidade feminina. Mesmo com o ritmo acelerado das mudanças na fase puerperal, surgem diversas exigências culturais, sociais, familiares e pessoais em relação à mulher, no que diz respeito ao desempenho adequado das funções maternas, ou seja, mesmo vivenciando um período de fragilidade, cabe à mulher a satisfação e o reconhecimento holístico das necessidades e demandas do bebê (ROCHA, 1999 apud SILVA; BOTTI, 2005).

Deve-se ressaltar que as condições sociais atuais favorecem situações estressantes para a saúde da mulher, uma vez que o ritmo acelerado possibilita a produção de sentimentos de ansiedade, expectativa, frustração, preocupações, tanto no âmbito pessoal e familiar quanto no de trabalho. A inserção da mulher no mercado de trabalho e o surgimento na maioria das vezes de jornadas extensas e dedicadas ao desenvolvimento profissional constituem fatores limitantes à realização de ações integralistas dos cuidados puerperais, principalmente quando se trata de famílias com condições sócio-econômicas desfavoráveis (SILVA; BOTTI, 2005).

Para os estudiosos da área os transtornos do puerpério não são considerados distúrbios mentais específicos dessa fase, mas sim associados a ela, uma vez que o parto atua como um fator desencadeante devido à fragilidade psicológica à qual a mulher se expõe. Os transtornos são classificados da seguinte maneira: Síndrome da Tristeza Pós-Parto; Depressão Puerperal ou Pós-Parto e Psicose Puerperal (ZANOTTI et al. apud SILVA; BOTTI, 2005).

De acordo com Kaplan e Sadock (1999 apud SILVA; BOTTI, 2005), a etiologia dos transtornos puerperais envolvem fatores orgânicos ou hormonais, psicossociais e a predisposição da mulher. As alterações hormonais que se processam após o nascimento do bebê, são marcadas pela queda brusca dos hormônios progesterona e estradiol, além da redução de cortisol sérico, relacionado a uma diminuição elevada das atividades secretoras da glândula pituitária imediatamente após o parto. Os fatores psicossociais, por sua vez, envolvem o estresse vivenciado nas transformações puerperais (como as mudanças na rotina

ocorridas com a chegada do bebê, por exemplo) o que contribui para a intensificação dos sintomas psíquicos. Outro fator que merece ser investigado é o histórico de infertilidade, uma vez que em muitos casos pode funcionar como potencializador de risco. Além disso, predisposição também é um fator relevante na etiologia dos transtornos psiquiátricos puerperais. Deve-se destacar que primiparidade e história familiar e pessoal de transtorno mental pós-parto são situações que expõem a puérpera ao maior risco de adoecimento.

[...] Um outro aspecto importante é que, para a mãe, a realidade do feto *in útero* não é a mesma realidade do bebê recém-nascido e para muitas mulheres é difícil fazer esta transição; especialmente as que apresentam forte dependência infantil em relação à própria mãe ou ao marido, podem facilmente gostar do filho enquanto ainda está dentro delas e amar uma imagem idealizada do bebê mas não a realidade do recém-nascido (MALDONADO, 1976, p. 47).

O confronto com o bebê real pode trazer sentimentos ambivalentes de várias intensidades após o parto. Além disso, a tensão e as dores vividas no parto, as mudanças emocionais e bioquímicas dessa fase e a responsabilidade diante da dependência e fragilidade do bebê também contribuem para que a mãe experimente sentimentos ambivalentes, oscilando entre a tristeza e a alegria (MALDONADO; DICKSTEIN; NAHOUM, 1997).

Na volta para casa, entram em questão as novas obrigações e o estado mental da mulher é de confusão, fadiga, despersonalização e pode ser acompanhado de depressão e choro, fazendo com que o apoio familiar seja indispensável. Em condições psicológicas normais, no decorrer do primeiro mês a mulher vai saindo lentamente desse estado, com o ego voltando a se integrar, embora as ansiedades, como as referentes à lactação e ao seu corpo, ainda permaneçam (SOIFER, 1992).

#### 4.1 TRISTEZA MATERNA (*BABY BLUES*)

De acordo com Beretta et al. (2008), a tristeza materna, também conhecida como *baby blues* ou tristeza puerperal acomete de 50% a 85% das mulheres, mas, devido ao tabu mencionado anteriormente (Mito do Amor Materno), pode se

imaginar um índice ainda maior (IACONELLI, 2005). Atualmente, na Classificação Internacional de Doenças (CID – 10), o *baby blues* pode ser incluído entre os transtornos de ajustamento (CLASSIFICAÇÃO..., 1993). Surgem sintomas como irritabilidade, mudanças bruscas de humor, indisposição, tristeza, insegurança, baixa autoestima e a sensação de incapacidade de cuidar do bebê. O que a distingue da depressão pós-parto é a gravidade dos quadros.

Segundo Iaconelli (2005), a tristeza materna é um estado de humor depressivo coerente com a difícil tarefa de elaboração psíquica a qual a mulher é submetida (transformação da filha em mãe, transformação da auto-imagem corporal, administração da relação entre a sexualidade e a maternidade).

Durante a gestação, a mulher e o companheiro/família passam por uma série de mudanças em suas vidas que pode ser caracterizada como um momento de crise. Geralmente nessa fase, surge a necessidade de ser acolhido e identificado por pessoas que vivenciam as mesmas situações que as suas. A intensidade das alterações psicológicas depende de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante. O envolvimento do marido, parceiro, mãe, sogra, familiares, amigos, e até mesmo dos profissionais de saúde com a nova mãe pode significar apoio ou indicar o quanto a mãe está inapta para realizar os cuidados de si e do filho (BERETTA et al., 2008).

Segundo Oliveira et al. (2004) citado por Amorim (2010), a tristeza materna gira em torno de dois pólos: o negativo, no qual predominam sentimentos de incapacidade, tristeza e melancolia e o pólo positivo, no qual estão presentes sentimentos de alegria e bem estar, caracterizando desta forma a tão frequente labilidade emocional. Normalmente é um quadro em que não há necessidade de intervenção farmacológica, e a abordagem é direcionada no sentido do suporte emocional à puérpera, compreensão e auxílio nos cuidados com o bebê (GONÇALVES, 2008 apud AMORIM, 2010).

No que se refere à etiologia, o autor supracitado sugere que a presença de problemas emocionais durante a gestação, algumas características de personalidade, como a ansiedade, reações negativas inerentes ao parto e à chegada do bebê (por exemplo, sua aparência física) e a dificuldade em cuidar dele, têm sido descritas como variáveis associadas ao desenvolvimento da tristeza pós-

parto, bem como as variações hormonais que ocorrem na mulher no momento que se segue ao parto.

De acordo com Iaconelli (2005, p. 5), o apoio da família é essencial para que a mulher se sinta acolhida e que os sintomas desse quadro seja passageiro:

[...] O que as pessoas próximas podem fazer diante do humor depressivo que comumente se apresenta no pós-parto? Primeiro, a família pode ajudar sendo compreensiva e apoiando a mãe neste momento único, sem cobrar atitudes idealizadas pela mídia. A mídia tende a glorificar o papel da mãe e tratar o humor depressivo da mulher como da ordem da patologia. Basta vermos as propagandas e matérias veiculadas nos meios de comunicação que encontraremos a mãe que amamenta sem dificuldades ou desconforto, a mãe sentindo-se realizada e completa, sentindo-se linda. No entanto, o que a mãe de um recém-nascido menos sente é completude. Uma gestante pode sentir-se assim e é o que se espera em algumas fases da gestação. Já a mãe de bebê vive exatamente o oposto, ela vive a incompletude, o vazio da barriga, a separação. Ela precisará de um tempo até que possa preencher este espaço. São necessários todo apoio e compreensão para que a mãe recém nascida saiba que não há nada de errado com ela. Ser aceita em sua natureza de mãe ajuda muito a diminuir o mal estar, encurtando o baby blues drasticamente.

A tristeza materna não se trata de uma perturbação psicopatológica, mas sim algo natural e adaptativo, que favorece inclusive a aproximação mãe-bebê (CANAVARRO, 2001 apud AMORIM, 2010). Estudos revelam que a tristeza materna deve ser diferenciada da depressão pós-parto, por ser um transtorno normal e passageiro (ROCHA, 1989 apud FELICE, 2008).

#### 4.2 DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A depressão pós-parto (DPP) é um quadro clínico severo que demanda acompanhamento psicológico e psiquiátrico, uma vez que, devido à gravidade dos sintomas, pode ser necessário o uso de medicação. A intensidade da experiência vivida pela mulher faz com que todo o ciclo gravídico-puerperal seja considerado como um período de risco ao psiquismo, sendo que essa experiência pode incidir sobre psiquismos mais ou menos estruturados (IACONELLI, 2005). A DPP se encontra clinicamente identificada com os Transtornos Depressivos descritos no DSM V (MANUAL..., 2014).

Geralmente, a depressão puerperal se inicia durante o primeiro ano do período pós-parto, havendo maior incidência entre o primeiro e o segundo mês após o nascimento do bebê. Irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo, falta de esperança e incapacidade de lidar com as novas solicitações, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono e ansiedade são os sintomas mais comuns dessa doença (SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005).

A literatura indica, de maneira geral, que a depressão pós-parto tende a ser leve ao longo do primeiro ano após o nascimento do bebê. No entanto, por mais que seja leve, pode trazer muito prejuízo para a nova mãe, porque faz com que frequentemente não seja diagnosticada, podendo eventualmente tornar-se tão severa que pode ser necessária uma internação. A severidade da depressão pode estar relacionada com uma forte frustração das expectativas da maternidade, com o papel materno, com o bebê e com o tipo de vida que se estabelece com a chegada da criança (BERETTA et al., 2008).

Os principais fatores etiológicos da depressão puerperal são, geralmente, aqueles de natureza psicológica e social. Problemas com os pais, problemas nas relações interpessoais (principalmente a relação conjugal), dificuldades de tipo social, antecedentes depressivos e sentimentos de ambivalência com relação à gravidez estão entre os fatores de risco mais frequentemente associados a esse quadro (JADRESIC, 1990 apud FELICE, 2008). Husain et al. (2006, apud FELICE, 2008) constataram que altos escores de depressão pós-parto estavam relacionados com precário suporte social, eventos de vida estressantes no ano anterior à gravidez e altos níveis de sofrimento psíquico no período pré-natal.

Reck et al. (2004 apud FELICE, 2008, p.185), constataram que

[...] a interação entre mães com depressão puerperal e seus filhos é caracterizada por falta de respostas maternas, passividade ou intrusão, retração e evitação, assim como por baixo nível de expressão afetiva positiva. Dessa forma, uma capacidade prejudicada de regular o afeto da criança é demonstrada por mães deprimidas.

O diagnóstico precoce é essencial e, para isso, faz-se necessário um acompanhamento em todo ciclo gravídico-puerperal, sendo a melhor forma de evitar,

suavizar ou reduzir a depressão pós-parto. O que a difere da tristeza materna é a gravidade desse quadro e o que ela tem de incapacitante, afetando a funcionalidade da mãe e pondo em risco o seu próprio bem-estar e, conseqüentemente, o do bebê. A depressão pós-parto é fator de risco para a saúde mental do bebê e, portanto, merece toda atenção, além da evidente necessidade de cuidados à mulher (IACONELLI, 2005).

#### 4.3 PSICOSE PUERPERAL

A psicose puerperal é um quadro psicopatológico de alta gravidade, com alteração de humor e modificação do teste de realidade, que é manifestada por meio de ideação delirante, alucinações e alterações cognitivas, cuja incidência é de apenas um a dois a cada mil partos (0,1 a 0,2%) (ROCHA, 1989 apud FELICE, 2008). Agressão materna, negligência, pensamentos e/ou comportamentos infanticidas são observados nas pacientes com sintomas psicóticos (RECK et al., 2004 apud FELICE, 2008). A psicose puerperal é o transtorno mais grave do puerpério e tem o início rápido, cujos sintomas se instalam nos primeiros dias até duas semanas após o parto. Vale ressaltar que a porcentagem de psicose pós-parto é maior no caso de mulheres bipolares (CANTILINO et al., 2009).

Para o diagnóstico precoce é fundamental a presença dos seguintes sintomas: hiperatividade, pouca necessidade de descanso, irritabilidade, alucinações, dificuldade de concentração e discurso muito rápido (FEINENMANN, 2001 apud AMORIM, 2010). De acordo com Cantilino et al. (2009, p. 290) “[...] entre os fatores de risco para psicose puerperal, estão a primiparidade, complicações obstétricas e antecedentes pessoais ou familiares de transtornos psiquiátricos, sobretudo outros transtornos psicóticos”.

Segundo Iaconelli (2005), para essas mulheres, não é recomendado o aleitamento materno. Nos transtornos psiquiátricos mais graves, faz-se necessário que a família seja acionada para que alguém se responsabilize de atender às necessidades do bebê, uma vez que, para a mulher em surto, ele não existe enquanto tal. Ele passa a ser um espaço vazio, preenchido por elementos do

psiquismo da mãe, cindidos do real. Os parentes precisam ser alertados, pois há risco de vida para a mãe e para o filho.

Muitas gestantes “normais” têm fantasias persecutórias em relação ao roubo do bebê ou a medos sem fundamento. Isto é esperado e é apenas uma projeção de suas próprias fantasias ambivalentes nos outros, não correspondendo, assim, a um quadro psicótico. No caso da psicose, a angústia é insuportável, e podem surgir rituais obsessivos e pensamento desconexo. Histórico psiquiátrico com surtos anteriores é um forte fator de risco para esse quadro (IACONELLI, 2005).

A maior frequência de infanticídio está associada a episódios psicóticos no período puerperal, com alucinações de comando ou delírios de possessão envolvendo o bebê (MANUAL..., 2014). Segundo Cantilino et al. (2009, p. 290)

[...] O infanticídio geralmente ocorre quando ideias delirantes envolvem o bebê, como ideias de que o bebê é defeituoso ou está morrendo, de que o bebê tem poderes especiais ou de que o bebê é um deus ou um demônio. Devem ser sempre investigados nos quadros de psicose pós-parto comportamento negligente nos cuidados com o bebê e ideias suicidas e infanticidas.

No que se refere ao prognóstico, observa-se que 20% das mulheres têm remissão completa e não apresentam recorrências. Alguns estudos apontam que 18% a 37% das mulheres sofrem recorrência e pode haver um episódio subsequente fora do pós-parto, e 38% a 81% podem sofrer algum transtorno psicótico ou afetivo. Como o quadro da psicose puerperal é grave, faz-se necessário, em grande parte dos casos, a internação hospitalar. No entanto, as causas orgânicas devem ser excluídas e o tratamento deve ser o mesmo que o recomendado para pacientes psicóticos agudos (CANTILINO et al., 2009).

A eletroconvulsoterapia tem sido descrita na literatura como uma opção relevante de efeito rápido e robusto no tratamento dos quadros de psicose puerperal. Essa terapia permite minimizar o período sintomático e restabelecer tão cedo quanto possível a normalidade da relação mãe-bebê, além de possibilitar a continuação da amamentação (MADEIRA et al., 2012).

## 6 CONCLUSÃO

A gravidez consiste em um período de complexidade e riqueza de sentidos que só podem ser interpretados dentro do contexto da história particular de cada gestante. Dessa forma, cada gravidez tem uma história e cada mulher vivencia essa experiência de uma maneira única. As transformações culturais no papel da mulher, o mito do amor materno e o desenvolvimento da gravidez e do parto, podem ser entendidas como possíveis etiologias dos distúrbios do puerpério. Após esta revisão bibliográfica sobre o assunto, foi possível verificar que a gravidez e o puerpério são períodos em que a mulher está sujeita a várias alterações físico/hormonais e psicossociais. Pode se observar um número maior de estudos sobre a Depressão Pós-parto, sendo este o mais conhecido entre as mulheres. Há ainda uma escassez de pesquisas sobre a Síndrome da Tristeza materna, sendo esta ainda confundida com a Depressão pós-parto, mesmo entre os profissionais da rede de saúde. Isso nos mostra, o quão importante são essas discussões para que se possa pensar em estratégias de intervenção buscando o esclarecimento e a sensibilização para a criação de suportes sociais (família, companheiro, profissionais da saúde) que previna estes quadros no puerpério, possibilitando que a mulher possa inaugurar a fase da maternidade com qualidade de vida afetiva para a mãe e o bebê.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, S. P. T. **Tristeza pós-parto – importância do diagnóstico precoce.** 2010. 106 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Fernando Pessoa, Ponte Lima, 2010. Disponível em: <[http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1574/1/MONO\\_17381.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1574/1/MONO_17381.pdf)> Acesso em: 27 out. 2015
- AZEVEDO, K. R; ARRAIS, A. R. O Mito da Mãe Exclusiva e seu Impacto na Depressão Pós-Parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 2, p 269-276. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n2/a13v19n2>> Acesso em: 27 out. 2015.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BERETTA, M. I. R. et al. Tristeza/depressão na mulher: uma abordagem no período gestacional e/ou puerperal. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 4, p. 966-978, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a09.pdf>> Acesso em: 27 out. 2015.

BRAZELTON, B. T.; CRAMER, B. G. **As primeiras relações**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev. Psiqu. Clín.**, v. 37, n. 6, p. 278 – 284, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n6/a06v37n6.pdf>> Acesso em: 04 dez. 2015.

CLASSIFICAÇÃO de Transtornos mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

FELICE, E. M. A depressão puerperal: um desafio para o profissional da saúde mental. In: LANGE, E.S.N. (org.). **Contribuições à Psicologia Hospitalar: desafios e paradigmas**. São Paulo: vetor, 2008.

FORNA, A. **Mãe de todos os mitos**: como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

IACONELLI, V. Depressão Pós-Parto, Psicose Pós-Parto e Tristeza Materna. **Revista Pediatria Moderna**, Julho-Agosto, v. 41, n. 4, 2005. Não paginado. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1927.pdf>> Acesso em: 21jun. 2018.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. Petrópolis: Vozes, 1976.

\_\_\_\_\_.; DICKSTEIN, J.; NAHOUM, J. C. **Nós estamos grávidos**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

MADEIRA, N.; et al. Eletroconvulsoterapia no tratamento da psicose puerperal. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 61, n. 1, p. 45-48, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n1/09.pdf>> Acesso em: 21 jun. 2018.

MANUAL de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V. Porto Alegre: Artmed, 2014.

RAPHAEL-LEFF, J. **Gravidez**: a história interior. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

SANTOS, L. S. **Adoção**: da maternidade à maternagem uma crítica ao mito do amor materno. Revista Serviço Social & Sociedade, nº 57, Ano XIX, São Paulo, Cortez Editora, julho 1998, p. 83-109.

SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M.; MÜLLER, M. C. Depressão Pós-Parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**, v. 10, n. 1, p. 61-68, jan./jun. 2005. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n1/v10n1a08.pdf>> Acesso em: 27 out. 2015.

SILVA, E. T; BOTTI, N. C. L. Depressão Puerperal: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 231 – 238, 2005. Disponível em:  
<[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista7\\_2/pdf/REVISAO\\_01.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista7_2/pdf/REVISAO_01.pdf)>  
Acesso em: 27 out. 2015

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher**: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.