

A PSICOFISIOLOGIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Nathalia Freitas Santos¹

Pollyana Maria Marques de Burgos²

Rafaela Marsiglia Ferrario Várady³

André Fernando De Oliveira Fermoseli⁴

Psicologia



**cadernos de
graduação**

ciências biológicas e da saúde

ISSN IMPRESSO 1980-1769

ISSN ELETRÔNICO 2316-3151

RESUMO

O presente trabalho é uma revisão bibliográfica sobre a Psicofisiologia da Depressão Pós-Parto (DPP) no qual serão levantadas questões a respeito do período puerperal e o processo psicofisiológico da DPP. Entende-se que o tema é de grande relevância pela razão de que a maternidade e tudo que ela implica nas esferas: psicológica, social e biológica da mulher, traz grandes mudanças significativas a nível hormonal e fisiológico, que geralmente ocorrem com maior intensidade durante o período pós-parto, e essas transformações por vezes são desconhecidas pelas puérperas e por sua rede de apoio. Sendo assim, o seguinte trabalho trata de um assunto relevante e de utilidade pública, para que ocorra a conscientização de que a patologia (DPP) é mais comum do que se é comentada, e de que a Psicofisiologia engloba todo processo hormonal que envolve o período do parto e o pós-parto.

PALAVRAS-CHAVE

Depressão Pós-Parto. Psicofisiologia. Revisão bibliográfica.

ABSTRACT

The present work is a bibliographic review on the Psychophysiology of Postpartum Depression (DPP) in which concepts and data will be presented regarding the puerperal period and the psychophysiological process of postpartum depression, besides promoting an updated survey on the subject. It is understood that work is relevant because maternity, and everything that it implies in the psychological, social and biological life of women, is of great importance, if it is a matter that must be demystified for the purpose of information and utility public awareness, so that it becomes aware that the pathology (DPP) is more common than is commented.

KEYWORDS

Postpartum Depression. Psychophysiology. Literature review.

1 INTRODUÇÃO

O período pós-parto é marcado pelas alterações de humor na mulher. Segundo Campos e Rodrigues (2015) tais mudanças podem ser classificadas de acordo com a gravidade do quadro apresentado, podendo ser um caso de *baby blues* ou tristeza materna, depressão pós-parto ou a psicose pós-parto. O *baby blues* caracteriza-se por ser um período transitório, e por isso não é classificado como transtorno.

Para Iaconelli (2005) a tristeza materna é coerente com o processo de elaboração psíquica que a mulher passa no pós-parto. É o momento em que ela deixa de ser somente filha, para ser mãe, seu corpo está diferente, mas ela não está mais grávida e nem seu corpo é o mesmo de antes, e a partir de agora não é mais somente ela e seu cônjuge, mas existe um bebê, e será necessário que ela aprenda a gerenciar sua sexualidade e a maternidade.

A partir dos estudos de Sit e Wisneer (2009); Cantilino e outros autores (2010) e Prenoveau e Colaboradores (2013), para o diagnóstico diferencial classifica-se o *baby blues*, ou tristeza maternal, que não se enquadra como transtorno e acomete cerca de 50% a 85% das mães até dez dias pós-parto. O quadro apresenta sintomas como choro frequente, ansiedade, irritabilidade, disforia e dependência. Alguns pressupostos apontam que o quadro surge a partir da mudança brusca de hormônios, juntamente do estresse do pós-parto e a nova realidade da maternidade.

Já a psicose pós-parto apresenta um quadro mais severo, porém menos presente na população de mães. De acordo com as pesquisas de Campos e Rodrigues (2015) é um quadro que acomete uma a cada 1.000 mães. Ocorre nas duas primeiras semanas pós-parto e com sintomas mais graves como alucinações e delírios. Iaconelli (2005) afirma que neste quadro é necessário que os familiares sejam acionados, pois mãe e bebê correm risco de vida.

O quadro de depressão pós-parto (DPP), de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), tem seu início nas quatro primeiras semanas após o nascimento do bebê e tem possível comorbidade com stress, ansiedade e sintomas obsessivo-compulsivos (SIT; WISNER, 2009; PRENOVEAU *et al.*, 2013). Além do cuidado com a mulher, em casos de depressão pós-parto é fundamental o olhar atento para o bebê, pois sua saúde mental é fator de risco nesse quadro (IACONELLI, 2005).

A DPP é um tema relevante, precisando ser pesquisado e divulgado a fundo em detrimento da falta de conhecimento por parte de mães e familiares que desconhecem tal quadro depressivo. Segundo Greinert e Milani (2015), as transformações que ocorrem com a mulher no período gravídico-puerperal proporcionam condições para o desenvolvimento da DPP e de outras patologias de ordem psíquica.

A falta de informação sobre DPP acarreta o adoecimento e negligência de tratamento, podendo assim afetar o desenvolvimento da criança que de acordo com Zanca e outros autores (2013) nesse cenário, as mães com depressão podem apresentar dificuldades em prover o suporte necessário para suas crianças. Alguns fatores envolvidos no processo de DPP foram citados por Azevedo e Arrais (2006) que são de ordem Psicossocial e alteram o comportamento, são eles: o sentimento de fracasso e incompetência para ser mãe, insônia e dificuldade para dar conta da vida profissional e familiar com êxito.

A DPP acomete mulheres no mundo todo de variadas idades. Por muito tempo foi criado um tabu em cima desse adoecimento psíquico de que mulheres, mães, não podiam estar sofrendo dessa patologia em específico, pois o momento que ela está vivenciando com a chegada do bebê deveria ser considerado como um momento de felicidade plena, ignorando totalmente as mudanças que ocorrem fisiologicamente na mulher. Oliveira (2018) ressalta que a fase da maternidade é diversas vezes colocada como um momento tão desejado e perfeito, o que dificulta o espaço para a fala de muitas mulheres que vivenciam medos e conflitos neste período, e em consequência disso as mães não buscam ajuda.

Assim, de acordo com Azevedo e Arrais (2006) um dos fatores que influencia para o desenvolvimento da DPP é a idealização da maternidade como um momento de pleno gozo e perfeição, pois ao esquecer-se das possíveis dificuldades para cuidar do recém-nascido, como amamentação e cólicas, a mãe pode frustrar-se e não entender o motivo da tristeza.

Outros fatores que estão diretamente ligados ao desenvolvimento da DPP foram investigados por Moraes e outros autores (2006), no qual foi constatado na pesquisa realizada que, níveis socioeconômicos mais baixos e a não aceitação da gravidez influenciam o surgimento da patologia. Além disso, a falta de rede de apoio durante o período da gravidez também está relacionada ao desenvolvimento da depressão pós-parto, como foi confirmado nos estudos de Konradt e colaboradores (2011).

Segundo Hartmann, Mendoza-Sassi e Cesar (2017), existe diferença de variação entre os países desenvolvidos e os menos desenvolvidos quanto a depressão no período gestacional. Nos países ainda em desenvolvimento a prevalência, em sua maioria, é de 20%, enquanto nos países desenvolvidos ficou entre 5% a 30%.

Como citado anteriormente, as mudanças que ocorrem com a mulher durante este período, seja a nível psicológico, fisiológico ou comportamental, proporcionam uma maior facilidade para o desenvolvimento da DPP. Diante disso o presente artigo tem como objetivo evidenciar as bases psicofisiológicas da DPP, explicando assim como este fenômeno ocorre neurofisiologicamente.

2 METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida a partir de uma revisão bibliográfica narrativa de aprofundamento exploratório, através de artigos nacionais e internacionais publicados entre os anos de 2000 a 2018, foi no ano de 2000 que a *Postpartum Depression Screening Scale* – PDSS, foi criada. A escala de rastreamento, segundo Coutinho e Saraiva (2008), é uma escala de autoavaliação onde são analisados distúrbios do sono/apetite, ansiedade/insegurança, labilidade emocional, prejuízo cognitivo, perda do eu, culpa/vergonha e intenção suicida.

A busca de artigos foi realizada por meio do *Google Acadêmico*. Foram utilizadas para a pesquisa de artigos as palavras-chave psicofisiologia, depressão pós-parto, neurotransmissores.

As publicações foram analisadas inicialmente através dos títulos e resumos, onde os que se estavam de acordo com o tema DPP e sua psicofisiologia eram estudados em sua íntegra para referenciar o artigo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PSICOFISIOLOGIA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Dentre os diversos aspectos que envolvem a DPP podemos abordar a psicofisiologia dessa patologia. A psicofisiologia é uma área interdisciplinar e tem gerado contribuições “para o esclarecimento do funcionamento cerebral e, a partir daí, dos processos mentais anormais” (BRANDÃO, 2004, p. 193). Nesse sentido, o funcionamento neural, incluindo os possíveis distúrbios, são relevantes para a compreensão da DPP. De acordo com Pinel (2005), a teoria mais aceita para explicar a depressão é a *teoria monoaminérgica*. Ela fala que a depressão está associada com a baixa das sinapses de serotonérgicas e noradrenérgicas.

Nosso cérebro através de sinapses nervosas e da liberação de neurotransmissores, como norepinefrina (NE), serotonina (5-HT), dopamina (DA) e acetilcolina (ACh) controlam a atividade psicomotora, apetite, sono e, provavelmente, o humor. Existe a hipótese de que a deficiência das aminas biogênicas particularmente NE, 5-HT e DA são causas da depressão. (COUTINHO *et al.*, 2015, p.49).

Os neurotransmissores são produzidos pelos neurônios e são responsáveis por enviar informações para outras células. Foi observado por volta de 1960, segundo Cajão (2011), a diminuição dos neurotransmissores NE, 5-HT e DA com fármacos que causavam a perda de monoaminas na fenda sináptica.

Outra hipótese sobre o hormônio da Ocitocina (OT) de acordo com Jacondino e outros autores (2014), a OT é um hormônio norapeptídico, produzido pelos neurônios localizados nos núcleos paraventricular e supra óptico do hipotálamo. A OT é secretada na corrente sanguínea pela neuro-hipófise para realizar as contrações no útero, produção do leite materno e, como neuro-hormônio, é liberada para atuar como neuromodulador.

Oliveira (2013), diz que há grandes evidências que comprovam que a OT está relacionada com a regulação das emoções. Segundo Jacondino e outros autores (2014, p.412):

O sistema límbico, considerado como o centro das emoções, é o principal local de expressão dos receptores da ocitocina, principalmente o hipocampo e amígdala, sendo este um dos motivos da associação da ocitocina com transtornos afetivos, no comportamento maternal, social, memória social e no aumento da empatia.

No puerpério, ocorrem bruscas mudanças nos níveis dos hormônios gonadais, nos níveis de ocitocina e no eixo hipotálamo-hipófiseadrenal, que estão relacionados ao sistema neurotransmissor (CANTILINO *et al.*, 2010, p.1).

A redução de produção de OT pode causar graves prejuízos na relação afetiva e social da mulher no período puerperal, principalmente no seu primeiro momento de contato com o bebê. Susana Eusébio (2013), em sua dissertação *Determinantes psicofisiológicos da resposta ao estresse*, esclarece que “Em particular, a ocitocina (OT), hormona produzida no hipotálamo e libertada na corrente sanguínea, parece estar envolvida na redução da resposta ao estresse, pela possível ação sobre o eixo hipotálamo-hipófise-suprarenal” (EUSÉBIO, 2013, p. 9). Embora relate haver poucos estudos acerca do funcionamento da OT na formação de vínculo entre mãe e bebê no primeiro momento pós-parto, a autora complementa:

Por exemplo, níveis de OT (ocitocina) medidos durante a gravidez e no período pós-parto parecem predizer comportamentos maternos tais como olhar para o rosto de criança, vocalizações maternas, expressão de afeto positivo e de toque afetivo. O inverso também se verifica, ou seja, pais e mães que revelam maiores níveis de contato táctil com os seus bebês apresentam aumentos da OT salivar após as interações pais-bebê, ao contrário de pais com menor contato táctil. (FELDMAN *et al.*, 2012 apud EUSÉBIO, 2013, p. 9).

Figueiredo e colaboradores (2012) faz a discussão em seus estudos sobre a amamentação como efeito protetor no que se refere a saúde psicológica da mãe. Os autores apontam que:

Os hormônios lactogênicos – ocitocina e prolactina – estão associados a efeitos antidepressivos e ansiolíticos. Alguns estudos sugerem que a amamentação pode ter um efeito protetor sobre a saúde psicológica materna porque atenua as respostas ao estresse. A lactação tem sido associada a respostas atenuadas ao estresse, principalmente a do cortisol. As respostas atenuadas do cortisol ao estresse, bem como as respostas atenuadas ao estresse com cortisol total e respostas ao estresse de cortisol livre, foram mostradas em mães lactantes em comparação a mães não lactantes. Esses resultados sugerem que a lactação atenua as respostas neuroendócrinas ao estresse livre, uma circunstância que tem sido relacionada a um número menor de sintomas depressivos pós-parto. (FIGUEIREDO *et al.*, 2012, p. 334).

A pessoa que é acometida com depressão é “privado” de obter um nível de neurotransmissores necessários para um bom funcionamento neuronal, sendo assim, durante o processo de sinapse em que os neurotransmissores são liberados na fenda sináptica o nível de DA, 5-HT e NE são escassos, fazendo automaticamente que o indivíduo se sinta a longo prazo bastante abalado sem notar qualquer motivo aparente (a não ser neurológico) (IBIAPINA *et al.*, 2010, p. 163)

No caso da DPP o funcionamento ocorre da mesma forma, sendo que a mulher já vem com uma alteração hormonal durante todo o período gestacional e no pós-parto. Esse processo se agrava fazendo com que ela possa vir a desencadear quadro mais severo. Na DPP, de acordo com Zinga, Phillips e Born (2005) os neurotransmissores que são liberados as vezes não são suficientes para dar conta dessa regulação hormonal isso ocorre por muitas vezes quando eles são inibidos não conseguindo ser depositados na fenda sináptica para o suprimento adequado em nosso organismo. A DPP surge podendo ser por questões genéticas, situações traumáticas, uso de drogas, entre outras.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo, discutiu o processo psicofisiológico da DPP abrangendo questões relacionadas ao universo da maternidade e suas implicações. A maternidade é citada trazendo como foco a idealização do que se é propagado culturalmente, sobre a própria como algo pleno, instintivo e automático.

A psicofisiologia comprova com sua cientificidade e embasamento teórico, que organicamente o processo de “bem-estar” automático com a chegada do bebê que tanto é propagado culturalmente, torna-se contraditório a partir do momento que

está envolvida uma questão hormonal durante todo o ciclo gravídico puerperal, envolvendo mudanças no organismo feminino, podendo assim vir a ocasionar uma possível DPP. Alguns outros fatores discutidos no decorrer do texto que podem ocasionar a DPP são a baixa renda, escolaridade, idade, e principalmente a falta de uma rede de apoio consistente.

A falta de informação durante o período do parto e pós-parto, pode ocasionar um sofrimento psíquico maior do que se é esperado nesse período, a mulher por não ter sido informada sobre seu processo hormonal e fisiológico e acaba acreditando fortemente que o problema não é hormonal e muito menos “mais comum do que se espera” e por vezes a cobrança triplica ocasionando um sofrimento maior do que se é esperado.

Podemos perceber com esse trabalho, a importância de pesquisas voltadas com foco na Psicofisiologia da DPP, para que haja um maior entendimento sobre os hormônios, e como eles trabalham dentro do organismo durante todo o ciclo gravídico puerperal, podendo assim trazer novas perspectivas, questionamentos, para que haja um olhar minucioso, menos voltado para o senso comum, mais consistente e respaldado cientificamente, com o intuito informacional, de prevenção e promoção da saúde, fazendo com que a maioria das mulheres que passam por esse processo, tenham o mínimo de informação possível para que diminua, assim, o sofrimento psíquico que é ocasionado pelo processo gestacional e o período pós-parto.

REFERÊNCIAS

APA – American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM V)**. Porto Alegre: Artmed (2014).

BRANDAO, M. L. As bases biológicas do comportamento: introdução à neurociência. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 124, jun. 2005.

CAJÃO, R. C. **Neurobiologia da depressão pós-parto**. 2011. Dissertação (Mestrado em Medicina área científica de Psiquiatria) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2011.

CANTILINO, A. *et al.* Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010.

CANTILINO, A. *et al.* Postpartum depression in Recife-Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 1, p. 1-9, 2010.

DE CAMPOS, B. C.; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. **Psico**, v. 46, n. 4, p. 483-492, 2015.

COUTINHO, M. E. M. *et al.* Aspectos biológicos e psicossociais da depressão relacionado ao gênero feminino. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 19, n. 1, 2015.

COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. Depressão pós-parto: considerações teóricas. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 8, n. 3, 2008.

EUSÉBIO, S. F. G. **Determinantes psicofisiológicos da resposta ao stress**: aspectos do desenvolvimento e adaptação ao cancro da mama. 2013. 202 f. Dissertação (Mestrado em Neurociências) – Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2013.

FIGUEIREDO, B. *et al.* Amamentação e depressão pós-parto: revisão do estado de arte. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 4, 2013.

HARTMANN, J. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, 2017.

IACONELLI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Revista pediatria moderna**, v. 41, n. 4, p. 1-6, 2005.

IBIAPINA, F. L. P. *et al.* Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências. **Femina**, v. 38, n. 3, 2010.

JACONDINO, C. B., *et al.* Associação dos polimorfismos rs53576 e rs2254298 do gene receptor da ocitocina com depressão: uma revisão sistemática. **Sci Med**, v. 24, n. 4, p. 411-419, 2014.

KONRADT, C. E. *et al.* Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Rev Psiquiatr. Rio Gd Sul**, v. 33, n. 2, p. 76-79, 2011.

MORAES, I. G. da S. *et al.* Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista de saúde pública**, v. 40, p. 65-70, 2006.

OLIVEIRA, M. P. **A ocitocina e suas inúmeras aplicações**. 2013.

PINEL, J. Hormônios e Sexo. *In*: PINEL, J. **Biopsicologia**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 342-367. Cap. 13.

PRENOVEAU, J.; CRASKE, M.; COUNSELL, N.; WEST, V.; DAVIES, B.; COOPER, P.; STEIN, A. Postpartum GAD is a risk factor for postpartum MDD: the course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD. **Depression and anxiety**, v. 30, n. 6, p. 506-514. 2013.

SIT, Dorothy K.; WISNER, Katherine L. The identification of postpartum depression. **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 52, n. 3, p. 456, 2009.

OLIVEIRA, N. P. Depressão Pós-Parto, Principais Causas e Sintomas. **Psicologado**, v. 6, 2018.

ZINGA, D.; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, p. S56-S64, 2005.

Data do recebimento: 7 de Outubro de 2021

Data da avaliação: 9 de Dezembro 2021

Data de aceite: 9 de Dezembro de 2021

1 Psicóloga graduada pelo Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL. E-mail: nathaliasantosf16@gmail.com.

2 Psicóloga graduada pelo Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL. E-mail: pollyanammarques@gmail.com

3 Psicóloga graduada pelo Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL. E-mail: rafaelamfvarady@gmail.com

4 Mestrado e Doutorado realizado na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - FCLRP/USP pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências na área de Psicobiologia; Orientador; Professor titular II do curso de Psicologia do Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL. E-mail: afermoseli@hotmail.com