

DEPRESSÃO PÓS-PARTO, PSICOSE PÓS-PARTO E TRISTEZA MATERNA

Artigo publicado na Revista Pediatria Moderna, Julho-Agosto, v. 41, nº 4, 2005.

Vera Iaconelli

CRP 35751-1, Psicanalista, Mestre e Doutoranda em Psicologia pela USP, Membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, Coordenadora do Instituto Gerar de Psicologia Perinatal

A **Depressão Pós-Parto (DPP)** é um quadro clínico severo e agudo que requer acompanhamento psicológico e psiquiátrico, pois devido à gravidade dos sintomas, há que se considerar o uso de medicação. Todo ciclo gravídico-puerperal é considerado período de risco para o psiquismo devido à intensidade da experiência vivida pela mulher. Esta experiência pode incidir sobre psiquismos mais ou menos estruturados. Mesmo mulheres com boa organização psíquica podem se ver frente a situações em que a rede social falha.

A **DPP** acomete entre **10% e 20%** das mulheres, podendo começar na primeira semana após o parto e perdurar até dois anos.

Há **fatores de risco** que vêm sendo estudados e demonstram uma alta correlação com a **DPP**. Entre eles temos: *mulheres com sintomas depressivos durante ou antes da gestação, com histórico de transtornos afetivos, mulheres que sofrem de TPM, que passaram por problemas de infertilidade, que sofreram dificuldades na gestação, submetidas à cesariana, primigestas, vítimas de carência social, mães solteiras, mulheres que perderam pessoas importantes, que perderam um filho anterior, cujo bebê apresenta anomalias, que vivem em desarmonia conjugal, que se casaram em decorrência da gravidez.*

A **puérpera se beneficia** de grupos terapêuticos onde possa compartilhar o seu sofrimento junto a outras mulheres em igual situação e sob orientação de um profissional. Também pode ser recomendado atendimento psicológico individual em casos cuja gravidade perturbaria o grupo ou que manifestem preferência por esta modalidade de atendimento. O acompanhamento psiquiátrico é indispensável.

Aparecem **sintomas** como *irritabilidade, mudanças bruscas de humor, indisposição, doenças psicossomáticas, tristeza profunda, desinteresse pelas atividades do dia-a-dia, sensação de incapacidade de cuidar do bebê e desinteresse por ele, chegando ao extremo de pensamento suicidas e homicidas em relação ao bebê.* O **diagnóstico precoce** é fundamental e para isso é necessário um acompanhamento em todo ciclo gravídico-puerperal, sendo a melhor forma de evitar, atenuar ou reduzir a duração da DPP.

Grupos de gestante têm caráter **psicoprofilático** e, portanto, ajudam no diagnóstico e tratamento precoces.

I., 32 anos, segunda gestação, procura-nos, pois está deprimida desde há última gravidez, ocorrida há 3 anos. Desde que viu confirmada a gravidez, encontra-se mais prostrada e ansiosa. Não tratou o quadro

depressivo há 3 anos, pois se sentia envergonhada. A sogra assumiu as tarefas perante o primeiro neto. O marido se afastou por achá-la “preguiçosa” e “egoísta”. I. foi encaminhada pelo atual ginecologista. Desde então, I. vem sendo medicada e acompanhada em psicanálise. Participou de atividades junto a outras gestantes e sentiu-se muito compreendida ao ouvir depoimentos parecidos com os seus, mesmo que menos graves. O trabalho junto à família mostrou-se proveitoso. Atualmente, I. busca reaver seu lugar junto à prole, consciente de que precisará de ajuda para poder cuidar dos filhos, mas que isso não é motivo de vergonha.

No caso da **Psicose Puerperal** encontramos perda do senso de realidade, delírios, alucinações (por volta **0,2 %** de casos). Não é recomendável aleitamento. Nos transtornos psíquicos mais graves há que se acionar a rede social da gestante antes do nascimento, para que alguém se incumba de responder às necessidades emocionais do bebê. Para a mulher em surto o bebê não existe enquanto tal. Ele passa a ser espaço vazio preenchido por elementos do psiquismo da mãe, cindidos do real. Por vezes, as fantasias são ocultadas pela paciente, pois ela se encontra em delírio paranóide que inclui todo staff que dela se ocupa. Os parentes precisam ser alertados, pois há risco de vida para mãe e filho. Muitas gestantes normais trazem fantasias persecutórias em relação ao roubo do bebê ou medos infundados. Isto é esperado e não corresponde ao quadro psicótico, mas apenas a uma projeção de suas próprias fantasias ambivalentes nos outros. No caso da psicose a angústia é da ordem do insuportável, podendo aparecer rituais obsessivos e pensamento desconexo. Um histórico psiquiátrico com surtos anteriores traz fortes indícios de risco nestes casos.

S. nos procurou encaminhada pelo ginecologista para entrar no grupo de gestantes. Primigesta, 30 anos, 6 meses de gestação. S., cuja gravidez transcorre sem dificuldades físicas, apresenta um delírio de contaminação, tem medos relativos à saída do bebê. Tudo que lê em revistas serve para alimentar seu delírio obsessivo e paranóico. Não recomendamos atendimento grupal neste caso, nem qualquer tipo de orientação de parto, pois todo o uso que S. faz da informação recebida é pernicioso. Por exemplo, se S. lê sobre a contaminação da carne bovina em outro país, imediatamente para de comer carne. S. recebe atendimento psicanalítico e psiquiátrico. Recomendou-se um acompanhamento de orientação aos familiares e uma acompanhante treinada na hora do parto.

O que **distingue a DPP da Tristeza Materna** (baby blues, post-partum blues) é a gravidade do quadro e o que ele tem de incapacitante, afetando a funcionalidade da mãe e colocando em perigo seu bem-estar e o do bebê. Além da evidente necessidade de cuidados da mulher, acima citados, a DPP é fator de risco para a **saúde mental do bebê** e, portanto, requer toda a nossa atenção.

Culturalmente, a maternidade é vista de forma idealizada e qualquer afeto negativo da mãe para com o bebê é julgado como algo da ordem do impensável. Na psicanálise o tema do ódio materno foi suplantado pela interpretação de que somente os filhos seriam capazes de odiar os pais por rivalidade do

pai do mesmo sexo (o famoso complexo de Édipo). Mesmo para Freud, lidar com este assunto mostrou-se tarefa espinhosa e só em seus escritos finais ele pode confrontar-se com este mito¹: da mãe capaz de odiar o próprio filho. Existe um **tabu cultural** em relação ao tema gestação e depressão, como se a mulher devesse estar radiante pelo nascimento de seu filho e ela fosse culpada de uma espécie de “ingratidão”, pois “ela tem tudo e mesmo assim sofre”. Nesta visão, o sofrimento de uma mãe de bebê recém nascido seria decorrente de uma incapacidade de dar valor ao “milagre da maternidade”. O senso comum tende a esconder a real natureza da tarefa de vir a ser mãe.

O processo de transformação psíquica que uma mulher precisa passar no ciclo gravídico-puerperal envolve três grandes momentos que englobam pequenas etapas vividas de forma diferentes para cada sujeito. **A transformação da filha em mãe, a transformação da auto-imagem corporal e a relação entre a sexualidade e a maternidade.** Cada um destes temas requer uma reordenação psíquica que incide sobre as vicissitudes de cada mulher. A mentalidade, de que a chegada de um filho é isenta de ambigüidade, tende a dificultar o auxílio que estas mães precisam receber. Algumas mulheres não conseguem admitir para si mesmas que merecem ajuda, escondendo dos cônjuges e da família seu estado.

A **Tristeza Materna (baby blues)**, por sua vez, acomete até **80%** das mulheres, mas devido ao tabu mencionado pode se imaginar um índice até maior. É um estado de humor depressivo que costuma acontecer a partir da primeira semana depois do parto. Este humor é coerente com a enorme tarefa de elaboração psíquica citada anteriormente (transformação da filha em mãe, a transformação da auto-imagem corporal, a administração da relação entre a sexualidade e a maternidade). De forma geral, a mulher sente que perdeu o lugar de filha sem que tenha ainda segurança no papel de mãe; que o corpo está irreconhecível, pois se já não é mais de uma grávida tampouco retomou sua forma original; que entre ela e o marido encontra-se um terceiro elemento. O bebê emerge como um outro ser humano aos olhos desta mãe e precisa encontrar um espaço dentro desta configuração anterior (casal) de forma a deixar preservada a sexualidade dos pais. Forma-se o triângulo que remete o casal a suas próprias questões com seus pais. O quadro é **benigno**, há medida em estas questões possam ser elaboradas, e regride por si só por volta do primeiro mês.

Aparecem **sintomas** como *irritabilidade, mudanças bruscas de humor, indisposição, tristeza, insegurança, baixa auto-estima, sensação de incapacidade de cuidar do bebê e outros*. Apesar de ser comum e normal envolve uma quantidade razoável de **sofrimento que pode ser atenuado** no compartilhar com outras pessoas que entendam esta condição como natural e até benéfica. Benéfica como?

¹ Stein, Conrad, “As Erínias de uma mãe: ensaio sobre o ódio”, São Paulo, Ed Escuta, 1988.

Existe um estado denominado de **Preocupação Materna Primária**² que se refere a um período que vai do fim da gestação até por volta do primeiro mês do bebê, em que a mulher teria uma hipersensibilidade às necessidades do bebê. Este estado tão necessário, caso fosse vivido fora da maternidade, seria considerado esquizóide e, no entanto, é fundamental para a vinculação com a criança. Faz parte deste estado uma certa dose de humor depressivo. A **tarefa de uma mãe de bebê** é monótona, desgastante e sem recompensas ou reconhecimento do bebê, a curto prazo. O bebê é impiedoso em suas necessidades e é difícil que a mãe possa atender-lhe se estiver num estado de agitação maníaca, por exemplo. Recebemos na clínica, mães cujo estado de agitação interfere sobre o manuseio do bebê, que tendem a acordá-lo desnecessariamente, pois interpretam o ritmo da criança como lento demais (entenda-se mórbido), mas na realidade, sua aceleração as impede de interpretarem a demanda do filho como normal. Uma mãe em mania tende a manter seu bebê em constante sobressalto. Para ser capaz de se adaptar à rotina de um bebê, de se adaptar à linguagem do recém-nascido, a mãe tem que baixar muito suas expectativas com relação à sua própria privacidade e à agitação do mundo externo. Essa tarefa não encontra similar ao longo da vida de uma mulher e se inicia subitamente.

A perda do status de gestante é muito rápida e dolorosa. **Reconhecer o bebê como uma pessoa e não como a imagem idealizada** (que precisa ser construída na gestação como formas de desejar o bebê) é como lidar com um casamento arranjado. Mesmo que tenhamos as melhores indicações do noivo ainda assim não o conhecemos e, no entanto, ficaremos a seu inteiro dispor.

Precisamos estar atentos às mães que vêm no **parto uma coisa em si**, com o “pequeno inconveniente” de ter que criar o filho depois. Atualmente temos visto um “culto ao parto”, uma verdadeira idealização deste momento, que afinal é apenas uma das etapas de uma tarefa infinitamente maior: criar um ser humano. Tarefa esta sem paralelos, pois nos obriga a planejar uma existência para além da nossa própria. O parto tem revelado uma faceta de bem de consumo, sujeito a modismos. Encontramos na clínica de acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal uma ênfase muito grande nos tipos de parto sem, por exemplo, qualquer consideração sobre o alojamento conjunto. Ficando a filmagem do parto, a decoração da maternidade, como prioridades, em alguns momentos, no lugar do bebê. Às vezes, é só a partir da primeira semana que essas mães começam a ser dar conta de que um “outro” chegou em suas vidas.

M. 17 anos, internada no Amparo Maternal, primigesta de 7 meses, sente a gravidez como uma forma de adquirir um status de mulher perante uma mãe muito dominadora. Encontra-se surpreendentemente despreocupada com a tarefa de cuidar de um bebê, ainda que em condições sócio-econômicas muito precárias. O prognóstico de formação de vínculo é pouco favorável, pois no imaginário de M. ainda não há um bebê. A partir do trabalho de acompanhamento, M. vai saindo se sua alienação e entrando num

² D. Winnicott, “Preocupação Materna Primária”, in *Da pediatria à psicanálise*, Rio de Janeiro, Imago, 2000.

humor depressivo. Dentro deste estado passa a poder refletir sobre a real tarefa que a espera e as necessidades deste bebê. O trabalho ajudou-a a criar um espaço psíquico para chegada de um filho, aonde antes só havia uma tentativa de rebeldia em relação à própria mãe.

Na clínica psicológica, encontramos muitas adolescentes que apesar de terem acesso aos métodos de contracepção, acabam engravidando numa tentativa inconsciente de adquirir o status de adultas para escaparem do dilema criança-adulto, próprio desta fase da vida. Também observamos, ainda de forma surpreendente nos dias de hoje, o binômio casamento-gravidez, como símbolo de realização social o que nem sempre vem acompanhado de um desejo real de lidar com a abnegação necessária para se cuidar de um outro ser humano.

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. O nascimento de um bebê tende a ser recebido pela comunidade que o cerca com grande alegria e isso é o melhor que se pode esperar. No entanto, nem sempre esta alegria repercute de forma positiva para a mãe. Que triste paradoxo! Muitas vezes, um único telefonema do profissional de saúde que se ocupa desta mulher pode ajudá-la a compartilhar sua decepção ou seus medos sem sentir-se culpada. Vemos como isto tem um efeito benéfico sobre as mães. Por vezes, damos-lhe uma carta “para ser aberta no pós-parto” com o relato de uma mãe com a qual possam se identificar. Em casos benignos estes simples procedimentos podem ter um grande efeito psicoprofilático. Para isso é importante que as pessoas que lidam com a mãe recebam esclarecimento sobre a natureza deste estado.

Afinal, onde se perdeu a sabedoria há que se buscar informação. Como **profissionais**, devemos estar cientes das **diferenças entre DPP e Tristeza Materna** e conhecer os fatores de risco que aumentam a probabilidade de uma DPP (facilitando a observação da evolução de humor da gestante) para podermos intervir precocemente, o que melhora muito o prognóstico.

Algumas mães que não deprimem podem não ter percebido o “outro” e continuar estabelecendo uma relação totalmente narcísica com seus bebês. Esses bebês tendem a se fazerem ouvir por meio de

sintomas psicossomáticos iniciando um ciclo de adoecimentos. As somatizações do recém nascido não devem ser subestimadas no que dizem respeito à relação mãe-bebê. Se por um lado, a somatização é o meio fundamental pela qual o bebê sinaliza o desconforto psíquico, por outro lado, não podemos esquecer que este desconforto se estabelece na relação com as pessoas que cuidam dele e reflete o desconforto psíquico da mãe, na grande maioria das vezes.

L., 23 anos, primigesta, cujo bebê estava com 30 dias quando nos procurou, relata a reação de desespero de seu bebê ao ser colocado para deitar no carrinho ou “longe do corpo”, mesmo para um passeio diurno, o que a obrigava a mantê-lo permanentemente sustentado por um adulto. L. encontrava-se visivelmente extenuada, pois dormia com o bebê sobre o ventre desde seu nascimento. Ela encarava esta situação de forma ambivalente, pois se sentia culpada em deixá-lo deitar no carrinho, mas, ao mesmo tempo, não conseguiria permanecer nesta tarefa. Lembrava-se que durante o parto sentiu-se triste na hora de fazer força no período expulsivo. A partir desta reflexão, L. pode ir percebendo sua dificuldade para fazer a separação entre seu corpo e de seu bebê e a culpa por ter “expulso” o filho de si mesma. O bebê respondeu à elaboração psíquica da mãe, que claramente mudou de postura, “aprendendo” a dormir no carrinho sem sofrimento e posteriormente no berço.

Algumas mulheres podem encontrar uma medida excelente entre todas as transformações exigidas pela maternidade e acabam por ter um quadro muito suave no pós-parto, quase imperceptível. Ser múltipara ou ter ao seu lado outras mulheres que já passaram pelo baby blues pode ter um efeito atenuador. Com tempo o psiquismo se encarrega de fazer seleção das memórias mais gratificantes deixando os momentos difíceis caírem no esquecimento.

Referências bibliográficas:

- R. Debray, *Bebês/ Mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.
- M. H. Klaus & J. H. Kennel, *Pais/ Bebê: a formação do apego*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- M. Langer, *Maternidade e sexo*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.
- R. Sofier, *Psicologia da gravidez, do parto e do puerpério*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1980.
- C. Stein, *As Erínias de uma mãe: ensaio sobre o ódio*, São Paulo, Ed Escuta, 1988.
- M. Szejer, *Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1999.
- D. Winnicott, (1956), “A Preocupação Materna Primária”, in *Da Pediatria à Psicanálise*, Rio de Janeiro, Imago, 2000.
- _____, *Os bebês e suas mães*, São Paulo, Martins Fontes, 1994.