



**DEPRESSÃO PERINATAL:
UM DESAFIO PARA A MATERNIDADE**

Ivanessa da Silva Hoffman Souza

Caxias do Sul, 2023

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA

DEPRESSÃO PERINATAL:
UM DESAFIO PARA A MATERNIDADE

Dissertação apresentada à Universidade de Caxias do Sul - UCS, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia sob orientação da Profa. Dra. Tânia Maria Cemin.

Ivanessa da Silva Hoffman Souza

Caxias do Sul, 2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Caxias do Sul
Sistema de Bibliotecas UCS - Processamento Técnico

S729d Souza, Ivanessa da Silva Hoffman
Depressão perinatal [recurso eletrônico] : um desafio para a maternidade
/ Ivanessa da Silva Hoffman Souza. – 2023.
Dados eletrônicos.
Dissertação (Mestrado) - Universidade de Caxias do Sul, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, 2023.
Orientação: Tânia Maria Cemin.
Modo de acesso: World Wide Web
Disponível em: <https://repositorio.ucs.br>
1. Depressão pós-parto. 2. Gravidez. 3. Gestantes. 4. Puerpério. 5.
Maternidade. I. Cemin, Tânia Maria, orient. II. Título.

CDU 2. ed.: 616.89-008.454

Catalogação na fonte elaborada pela(o) bibliotecária(o)
Ana Guimarães Pereira - CRB 10/1460



“Depressão Perinatal: um desafio para a maternidade.”

Ivanessa da Silva Hoffman Souza

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pela Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado Profissional, da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Linha de pesquisa: Diagnóstico e intervenções clínicas em contextos psicossociais.

Caxias do Sul, 20 de julho de 2023.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Tânia Maria Cemin (Orientadora)
Universidade de Caxias do Sul

Profa. Dra. Alice Maggi
Universidade de Caxias do Sul

Participação por videoconferência

Profa. Dra. Edna Linhares Garcia
Universidade de Santa Cruz do Sul

AGRADECIMENTOS

Sou, primeiramente, grata a Deus, que me deu a dádiva de conhecê-Lo. Tudo vem dEle.

À Professora, Mestre e Doutora, Tânia Maria Cemin que, com muita paciência, me acolheu, motivou e corrigiu durante esta jornada (obrigada Profe).

À Universidade de Caxias do Sul e professores que compõem o curso de graduação e pós-graduação em Psicologia, são Mestres no ensino e na vida.

À uma mulher incrível, empoderada e singela, Sirlei Monteiro, por estar comigo nos piores e melhores momentos (esta vitória é tua também, mãe). A José Vilson Hoffman (*in memoriam*) que, tenho certeza, teria grande orgulho e se sentiria honrado por este trabalho (saudades, meu querido pai).

A Henrique Hoffman Souza e Helena Hoffman Souza, que me ensinam, todos os dias, a lição mais difícil de todas: a maternidade. Com vocês, meus dias são mais alegres. Ao meu cônjuge, pela parceria na tarefa de amar.

Aos pacientes, que me ensinam todos os dias e que levo em meus pensamentos.

Aos meus amigos e colegas, de perto e de longe, que deixam marcas e lembranças saudosas. A todos, minha gratidão.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo Geral.....	11
2.2 Objetivos Específicos.....	11
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1 Processo Gestacional Puerperal: caracterização fatores de risco e de proteção.....	12
3.2 O Contexto da Atenção Primária: pressupostos e funções.....	19
3.3 PNPS Política Nacional de Promoção à Saúde.....	20
3.4 Possibilidades de Intervenções.....	23
4 MÉTODO.....	26
4.1 Delineamento.....	26
4.2 Instrumentos e Procedimentos.....	29
5 REFERENCIAL DE ANÁLISE.....	34
5.1 Resultados do Estudo 1.....	35
5.2 Resultados do Estudo 2.....	40
5.2.1 Categoria A - Dúvidas e medos.....	46
5.2.2 Categoria B - Apoio e família.....	48
5.2.3 Categoria C - Expectativas positivas.....	49
5.2.4 Categoria D - Dificuldades e superação.....	49
5.2.5 Categoria E - Sentimentos/preocupações no momento.....	50
5.2.6 Categoria F - Percepções da atividade realizada.....	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	55

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)....	59
ANEXO B - ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL PARA AS GESTANTES....	61
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Aspectos emocionais no Inventário Beck de Depressão – BDI.....	42
Tabela 2. Categorias de análise e respectivas verbalizações.....	44

RESUMO

A perinatalidade é o período que compreende a gestação até o pós-parto e acarreta significativas mudanças a nível biológico, psíquico, social, entre outras esferas. Tantas demandas provocam transformações subjetivas que concorrem com a saúde mental da mulher, o que pode ser prejudicial para a mãe e bebê. Muitos autores tem se debruçado sobre o assunto, deflagrando fatores de risco e de proteção como pilares para o entendimento do tema. Como objetivos, procurou-se identificar as práticas utilizadas em Atenção Primária para a saúde psicológica de mulheres no período perinatal, também identificar fatores de proteção e de risco presentes na incidência de um quadro de depressão perinatal, e apresentar uma possibilidade de programa interventivo como um produto técnico final da pesquisa, em forma de protocolo de capacitação do programa, voltado para a promoção de saúde e prevenção de danos à parturiente e puérpera na área de Atenção Primária da rede pública de saúde. Para o alcance dos objetivos foram utilizados métodos de pesquisa mista em duas etapas, denominadas Estudo 1 e Estudo 2. No Estudo 1, primeiramente foi conduzida a fase quantitativa para identificar as características sociodemográficas, queixas, sintomas e motivo da procura pelo serviço de obstetrícia. Esses dados estatísticos, importantes para o entendimento do perfil de gestantes que buscam atendimento, foram extraídos a partir de estudo realizado na Universidade de Caxias do Sul, intitulado “Intervenções na Psicologia Clínica: integração, ensino-serviço e inovação” (INOVAPSI), e coordenado pelas professoras Dr^a Tânia Maria Cemin e Dr^a Alice Maggi. O Estudo 2 refere-se à fase da pesquisa em que os dados qualitativos foram coletados e analisados. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada com as parturientes e puérperas, conforme critérios de inclusão/exclusão da amostra. As informações foram tratadas a partir da análise de conteúdo de Bardin. Para esta intervenção no estudo 2, foi realizado um grupo focal com gestantes na cidade de Capão da Canoa-RS onde foi trabalhado temas concernentes ao quadro psicopatológico proposto a prevenir, bem como a preparação das gestantes para vivenciar a maternidade. Como resultados, foi possível compreender a atuação dos profissionais de saúde na rede de Atenção Primária em Saúde como que necessitando de aprimoramentos; é preciso educação continuada a fim de rastrear adequadamente os sintomas e identificar preditores para que, interdisciplinarmente seja possível melhorar a qualidade de vida da mulher. Também foi possível identificar que a prevalência de depressão perinatal é sobretudo maior em mulheres primigestas, com uma baixa percepção de suporte social, rede de apoio frágil, eventos estressores e histórico de doença mental, entre outros fatores. Por último, a implementação do pré-natal psicológico serviu como um fator protetivo para a saúde da mulher e também interviu na prevenção do quadro psicopatológico de depressão perinatal.

Palavras chave: perinatalidade, gestantes, puérperas, depressão pós-parto

1 INTRODUÇÃO

O período gestacional e puerperal tem significativa importância no desenvolvimento de vínculos saudáveis entre mãe e bebê, sendo fundamental um acompanhamento para a saúde física e mental da gestante/parturiente. Compreende um momento de diversas mudanças para a mulher, como alterações hormonais, mudanças na rotina diária e responsabilidades que a vinda de um novo ser acarreta. No imaginário social, uma gestação está comumente associada à completude da mulher, sendo difícil para a sociedade aceitar que uma mãe sinta tristeza ou tenha depressão com a chegada de um filho. Além das alterações sociais que ocorrem a partir de uma gestação, a labilidade emocional, comumente presente neste momento, decorrente da regulação bioquímica hormonal, pode trazer alterações comportamentais na mulher, prejudicando seu funcionamento biopsicossocial e podendo causar impacto na relação da mãe com o bebê (Arrais, Mourão & Fragalle, 2014; Cantilino, Zambaldi, Sougey & Renno Júnior, 2010; Moraes, Lorenzo, Ponte, Montenegro & Cantilino, 2017).

Há diferentes quadros nosológicos que podem se desenvolver neste período que compreende a gestação e o puerpério, denominado perinatalidade, sendo que estes precisam ser mais bem elucidados. O período periparto ou perinatal é o momento que compreende da gestação até 1 ano após o parto. Neste período, a mulher pode desenvolver psicopatologias, como depressão pré-natal ou gestacional, disforia puerperal, depressão pós-parto e psicose puerperal. A saúde psicológica da mulher na perinatalidade exerce influência em todos os relacionamentos do seu entorno, sobretudo na sua relação com a criança gestada (Arrais, Araujo & Schiavo, 2018). A partir disso, Tostes (2012) manifesta preocupação com o descaso de alguns serviços de saúde, em que a saúde mental da mulher é negligenciada e as manifestações patológicas são seriamente ignoradas, com sérios prejuízos para a mãe e o feto, como no período perinatal.

Alguns autores buscam identificar características presentes em cada momento da perinatalidade. No caso da depressão no período pré-natal, esta deve ser avaliada e considerada de suma importância para a saúde da mulher, da gestação e do bebê. Van Niel e Payne (2020) apresentam informações muito importantes acerca desse quadro, considerando que muitas mulheres não recebem o diagnóstico adequado e, mesmo quando detectado, não lhes é prescrito o correto tratamento e acompanhamento devido. Algumas mulheres podem apresentar distúrbios de humor não diagnosticados e, por isso, pode ocorrer um agravamento na saúde psíquica da mulher neste período crítico.

Lobato, Moraes e Reichenheim (2011) conduziram pesquisas que evidenciaram altos níveis de sintomatologia depressiva na perinatalidade, apresentando resultados que variam entre 30% e 40%, apontando o Brasil como um país com prevalência acima da média. Este dado, do ponto de vista

psicossocial, pode ser interpretado como um status de grande vulnerabilidade que a mulher ocupa em países subdesenvolvidos e que ainda merece maior atenção das políticas públicas e sociais.

No DSM-5 (APA, 2014), o quadro nosológico de depressão perinatal ou do periparto se assemelha aos sintomas e critérios do transtorno depressivo maior, podendo ser aplicado para os mais recentes episódios de transtorno depressivo maior se os sintomas ocorrerem durante a gravidez ou nas quatro semanas a partir do parto (Arrais *et al.*, 2018; Moraes *et al.*, 2017). Os sintomas mais comuns do quadro de depressão perinatal incluem: intensa tristeza, desesperança, inércia, alterações de sono e apetite, ansiedade, crises de pânico, sintomas somáticos, medo acerca dos cuidados referentes ao bebê, indiferença, raiva ou ressentimento relacionados ao bebê, irritabilidade e catatonia, entre outros (Van Niel & Payne, 2020). Segundo Faisal-Cury e Menezes (2012), a depressão pós-parto está associada, ainda, ao risco de suicídio, infanticídio e desenvolvimento cognitivo prejudicado do recém-nascido.

Observa-se, entretanto, que os sintomas podem evoluir, sendo possível chegar à identificação de um quadro psicótico. Sobre o quadro de psicose puerperal, este é caracterizado por delírios e comportamento desorganizado, sintomas alucinatorios que estimulam a mulher a fazer mal a si mesma ou ao bebê. A psicose puerperal ameaça os cuidados ao recém-nascido, visto que sintomas como delírios, alucinações, depressão e mania estão acompanhados de hostilidade e podem ser índices de quadros psiquiátricos graves, comprometendo a saúde da mãe, da criança e da família (Cantilino *et al.*, 2010).

O presente estudo busca evidenciar o papel que a psicologia pode desempenhar no desenvolvimento de métodos interventivos para o diagnóstico precoce, prevenção e intervenção efetiva em quadros de depressão puerperal na Atenção Primária da rede pública de saúde. Assim, justificam-se aprofundamentos e esclarecimentos sobre cuidados com a saúde mental da mulher por profissionais da saúde, sendo de conhecida importância o apontamento científico do papel do profissional de psicologia na acessibilidade ao ensino, psicoeducação e intervenções, a fim de alicerçar o cuidado materno necessário ao recém-nascido.

É possível afirmar que a psicologia tem subsídios suficientes para se alinhar aos profissionais de saúde, propiciando um cuidado mais humanizado e voltado às demandas da mulher no período gravídico-puerperal (Arrais *et al.*, 2014). Toda mudança de papéis sociais implica em alterações e aprendizado de habilidades comportamentais para que determinadas necessidades sejam atendidas. A mulher que precisa desempenhar o papel de mãe pode ter dificuldades em se identificar e se adaptar ao novo papel biológico, psicológico e social, carecendo de orientações e acolhimento para assimilar as mudanças e amoldar-se a essas transições.

Esta pesquisa torna-se relevante devido ao público-alvo que pode ser alcançado, uma vez que essa temática se refere a um assunto de saúde pública. Entre os autores estudados, é unânime a

importância do histórico de saúde mental da mulher como um fator preditivo do desenvolvimento da depressão perinatal (Van Niel & Payne, 2020; Arrais & Araújo, 2017; Arrais *et al.*, 2014). Diagnósticos prévios de depressão, bipolaridade e ansiedade também fazem parte dos aspectos preditores, incluindo o histórico psicopatológico familiar.

Como resultados deste trabalho, objetiva-se a identificação dos fatores de risco à depressão perinatal, com vistas à redução significativa na sintomatologia depressiva na mulher, a partir do rastreio precoce do adoecimento materno e intervenções com caráter psicoeducativo e psicoterápico, os quais se caracterizam como uma ferramenta complementar ao processo de pré-natal ginecológico realizado pelos profissionais de medicina e enfermagem. Tais procedimentos fazem parte de um conjunto de ações de saúde que podem atuar no âmbito da Atenção Primária como prevenção do adoecimento psíquico da mulher e promoção de saúde materno-infantil.

Pretende-se organizar um processo adequado de avaliação e intervenção psicológica, tornando-o um instrumento a ser utilizado para minimizar as dificuldades da mulher no período gestacional, do parto e do pós-parto, com o intuito de oferecer a essa mulher o mínimo de acolhimento necessário para que se sinta segura e confortável durante o ciclo gravídico-puerperal.

A educação em saúde e psicoprofilaxia busca oferecer uma escuta qualificada e apoio emocional para discussão sobre as demandas psicológicas, dúvidas, medos e fantasias que a mulher e a família têm em relação ao processo da gestação, do parto e dos cuidados com a criança. O olhar voltado à saúde emocional da mulher e o apoio às suas necessidades são preditores de saúde e bem-estar no contexto familiar e na relação da mãe com o bebê (Arrais *et al.*, 2014).

Pesquisas recentes sobre o tema, em diferentes regiões demográficas, revelam a necessidade de aprofundamentos, entretanto, é possível obter benefícios dos estudos até então realizados considerando as variações culturais e socioeconômicas da região sul, utilizando tais dados para intervir nessa situação de saúde pública de suma importância (Azzi, 2018; Arrais *et al.*, 2014; Greinert & Milani, 2015; Moraes *et al.*, 2017).

Para atender a essa demanda, o trabalho da psicologia torna-se importante na preparação da mulher para vivenciar o período da gestação, parto e puerpério, conscientizando, tanto a mulher como a família, sobre os aspectos emocionais que surgem com a gravidez e puerpério, propiciando um espaço de acolhimento, escuta e troca de informações e experiências sobre todo o processo perinatal, com suas fantasias, expectativas e temores relacionados. A ajuda qualificada e a construção de uma rede de apoio sócio emocional em torno da mulher e de seu bebê podem trazer benefícios a longo prazo e prevenir o adoecimento psíquico de todos os envolvidos.

A partir dessas considerações, o problema de pesquisa do presente estudo é o seguinte: quais os benefícios à saúde psicológica da mulher a partir da implantação de um programa de acompanhamento psicológico no período pré-natal (um programa de pré-natal psicológico) na área

de atenção primária da rede pública de saúde, evidenciando identificar e analisar fatores preditores da Depressão Pós-Parto e com isso, propor intervenções a partir da prevenção?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar benefícios para a saúde psicológica da mulher a partir da implantação de um programa de acompanhamento psicológico no período pré-natal (um programa de pré-natal psicológico) na área de atenção primária da rede pública de saúde, buscando identificar fatores preditores da Depressão Pós-Parto e propor intervenções a partir da prevenção.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar práticas utilizadas em Atenção Primária para a saúde psicológica de mulheres no período perinatal;

Identificar fatores de proteção e de risco presentes na incidência de um quadro de depressão perinatal;

Apresentar uma possibilidade de programa interventivo, como um produto técnico final da pesquisa, voltado para a promoção de saúde e prevenção de danos à parturiente e puérpera na área de Atenção Primária da rede pública de saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Processo Gestacional Puerperal: caracterização fatores de risco e de proteção

No período gestacional é possível encontrar estudos que correlacionam a depressão, o parto prematuro e o baixo peso natal. Os autores revelam uma complexa interação genética, epigenética, neuroendócrina, ambiental e social. Algumas mulheres seriam mais sensíveis às mudanças hormonais durante a gravidez e durante o parto, o que pode aumentar a suscetibilidade à depressão pré-natal. Dentre os prejuízos causados pela depressão pré-natal, Van Niel e Payne (2020) associam o quadro a altas incidências de pré-eclâmpsia, baixo peso fetal, distúrbios comportamentais do bebê e suicídio materno.

Tostes (2012) destaca os fenômenos psicológicos que ocorrem no período perinatal como consequência do despreparo psicológico das mulheres e suas famílias, bem como pouca interação da equipe de saúde com os acontecimentos relativos ao parto. A autora critica a postura de profissionais de saúde que tratam o período anterior e o período posterior ao parto como fenômenos de ordem biológica e suas tratativas ainda são muito restritas ao modelo biomédico.

Após o parto, observados todos os cuidados fisiológicos e recomendações à mulher pela manutenção de sua saúde física, seu estado mental é pouco ou nada monitorado. As alterações biopsicossociais a que a mulher está exposta são pouco estudadas e o mínimo de atenção é dado a ela. Segundo Cantilino *et al.* (2010), a disforia puerperal é considerada a forma mais leve dos quadros depressivos puerperais e pode ser identificada em puérperas de 50% a 85%, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados. Essa disforia, também conhecida como *maternity blues* ou *baby blues*, exhibe sintomas como sensibilidade afetiva aumentada, irritabilidade e hostilidade, sintomas que se iniciam nos primeiros dias após o parto, podendo durar de 10 dias até duas semanas, configurando-se num quadro disfórico (Van Niel & Payne, 2020).

A depressão pós-parto, entretanto, é uma realidade que atinge cerca de 10 a 15% das mulheres em vários países do mundo (Falcone, Mader, Nascimento, Santos & Nóbrega, 2005). Na Inglaterra, Austrália e Estados Unidos, a proporção de mulheres com depressão no período gestacional e posterior a esse, sendo de 56%, 36% e 39%, respectivamente (Faisal-Cury & Menezes, 2012). No Brasil, a prevalência pode chegar a 37%, outros estudos apontam níveis de 30% e 40% e seus efeitos afetam a saúde da mulher, da criança e da família (Moraes *et al.*, 2017; Lobato *et al.*, 2011).

A depressão pós-parto ou puerperal é considerada um problema de saúde global devido à alta prevalência. A média global mostra índices que variam de 10% a 20% e, em países como o Chile, esse número chega a 38% (Wang *et al.*, 2020). Além do prejuízo no vínculo com o bebê e consequente débito no desenvolvimento emocional e cognitivo infantil, as mulheres com depressão pós-parto

apresentam risco de suicídio e $\frac{1}{3}$ delas, ainda apresentam sintomas depressivos até 4 anos após o parto (Wang *et al.*, 2020).

O índice de mulheres que apresentam alguma desordem de humor após o parto pode estar relacionado ao histórico prévio de doença mental (Cantilino *et al.*, 2010). Se a mulher, em algum momento da vida, apresentou algum transtorno de humor, na gravidez, que se refere a um momento gerador de grande ansiedade, poderá manifestar estados de desorganização afetiva. Muitos são os estudos que abordam o tema e alguns autores diferem no estabelecimento dos fatores predisponentes ao quadro nosológico. Entretanto, a maioria das pesquisas sugere que mulheres, de condições socioeconômicas média e baixa, apresentam maior risco psicossocial ao desenvolvimento de depressão pós-parto. Suporte social, problemas conjugais e eventos de vida adversos também são apontados como fatores de risco (Faisal-Cury & Menezes, 2012).

O estresse gestacional, avaliado sobretudo por altos níveis de hormônio cortisol na corrente sanguínea, pode ser responsável por desencadear riscos à saúde da mulher e ao feto. Prejuízos no desenvolvimento infantil, doenças mentais, alergias e asma são alguns resultados apontados por pesquisadores (Rodrigues & Schiavo, 2011), além de complicações obstétricas, como demora no processo de recuperação pós-parto.

Ademais, a presença de eventos estressores na gestação ou no puerpério são associados a sintomas de Depressão pós-parto. Rodrigues e Schiavo (2011) conduziram uma pesquisa bastante elucidativa no que concerne ao tema, com 98 participantes, em que foi possível avaliar o estresse psicológico a partir de instrumentos psicométricos no período pré-parto e pós-parto. Das 98 participantes, 64 mulheres permaneceram na pesquisa no período após o parto. Os resultados demonstram diferença entre o estresse manifesto na gestação e no pós-parto, sendo mais intenso no 3º trimestre da gestação e obtendo diminuição após o nascimento do bebê (Rodrigues & Schiavo, 2011). Foi possível, também, relacionar sintomas de estresse psicológico aos sintomas de Depressão pós-parto, tanto na fase gestacional quanto puerperal, pois a “ativação fisiológica, frequente e duradoura, pode provocar um esgotamento dos recursos do indivíduo, expondo-o a surgimento de transtornos psicofisiológicos diversos, predispondo o aparecimento de depressão e outros problemas de saúde mental” (Rodrigues & Schiavo, 2011, p. 256).

No período após o parto, a mulher pode sofrer com as mudanças que este novo momento acarreta. A parturiente pode compreender esse período como reclusivo e involutivo, de recuperação física difícil e com reorganização e introdução de novas atividades e rotinas estafantes. As novas demandas e exigências podem trazer sobrecarga física e psicológica e, por esta razão, Rodrigues e Schiavo (2011) estudaram o estresse como uma resposta fisiológica, psicológica e comportamental ante o período do ciclo vital no qual a mulher precisa se adaptar. Os autores chamam de ciclo gravídico

puerperal o período durante a gestação, o parto e pós-parto e estudam o bem-estar e a saúde materno-infantil.

Nas primeiras semanas após o parto, a labilidade emocional pode ser uma característica constante em termos de frequentes mudanças e adaptações. As necessidades de um bebê e todas as novidades e decodificações necessárias para o entendimento da dinâmica de um recém-nascido produzem um relevante esforço e cansaço (Maldonado, 1976). O desconhecimento, a inexperiência, o sono prejudicado, a recuperação física e a energia requerida ao cuidado frequente ao bebê podem produzir um desgaste físico e emocional, desgaste ainda maior caso a mulher não disponha de auxílio prático.

Conforme Maldonado (1976), o sentimento de instantâneo enamoramento pelo bebê pode não ser frequente entre todas as puérperas, tal sentimento tem mais relação com uma representação lúdica no imaginário social do que com a realidade. Alguns fatores envolvidos neste processo podem ser apontados, como, por exemplo, o mito do amor materno, em que a mulher deve amar instantaneamente seu produto e esse amor deve ser incondicional e imaculado.

Outros autores buscaram compreender como a representação psíquica e simbólica sobre a maternidade influencia o exercício da função materna. As revoluções Industriais e Francesa solidificaram alguns novos preceitos e o homem modificou sua forma de viver no mundo e nas famílias. A Revolução Industrial contribuiu para a dissociação da família ampliada e o êxodo rural levou as famílias nucleares às cidades, onde estas se concentravam em arranjos menores (Gradvohl, Mayumi, Osis & Makuch, 2014). A mulher ainda era responsável pelo lar e filhos, mas já estavam acontecendo lentas modificações sobre o modo de pensar desse modo de ser. Posterior à Revolução Francesa, o movimento feminista cobrou da sociedade a igualdade de direitos contida na “Declaração dos Direitos dos Homens e do Cidadão”, a mulher só se relacionava com os homens dentro de casa e passava da tutela do pai para a tutela do marido.

A importância do movimento feminista abriu a discussão de papéis relacionados ao gênero. O movimento feminista vê a maternidade como uma função imposta por ideologias paternalistas que oprimem a mulher e não permitem que esta possa viver seus projetos pessoais desvinculada da obrigatoriedade da reprodução sexual. A saída para este impasse seria a desnaturalização da maternidade, concebendo-a como opção à mulher contemporânea (Gradvohl *et al.*, 2014).

Conforme explica Gradvohl *et al.* (2014), o exercício da maternidade exige que a mulher desempenhe múltiplas funções dentro e fora de casa, pois além dos cuidados referentes à manutenção da vida, tem seu papel sobre as demandas sociais para com a criança, como a educação formal e o desempenho socio emocional. Muitas mulheres não incorporam essas funções como inatas e não querem desempenhá-las. Quando isso ocorre, tal imposição torna-se enfadonha e pesada, fazendo com que as mulheres se sintam mais cobradas para exercício de tais funções do que os pais. Nesse

sentido, a maternidade pode ser vivenciada como uma experiência relacionada a imposições e, conseqüentemente, sofrimento psíquico.

Outros autores refletem sobre a reorganização da identidade feminina como um fator relevante para a representação da maternidade e associam essa reorganização como fundamental para a melhora do quadro de depressão pós-parto. Ao conseguir transformar sua identidade, vai incorporando novas funções de mãe e progenitora. Se tais mudanças são vividas de modo conflituoso, podem se constituir em risco para a depressão materna. Representações negativas sobre não se sentir capaz de oferecer cuidados adequados ao bebê, não conseguir entender suas necessidades ou sentir pouco apoio por parte do companheiro nos cuidados à criança são apontadas como fatores associados aos sintomas depressivos (Sousa, Prado & Piccinini, 2011).

O sofrimento materno pode ser entendido como consequência de uma construção social em que a mulher é totalmente ou prioritariamente responsável pelo cuidado à prole. A biodisponibilidade da mulher à gestação, tradicionalmente, a obriga a suprir as necessidades físicas e emocionais, bem como de vida prática para com os filhos, tornando o papel do pai apenas o de genitor, delegando a ele pouquíssimas atribuições (Gradwohl *et al.*, 2014).

Frizzo, Schmidt, Vargas e Piccinini (2019) discorrem sobre a dificuldade de comunicação presente em mulheres com depressão pós-parto, o que pode acarretar conflitos familiares. A negociação quanto aos cuidados parentais mostrou-se de fácil resolução entre os genitores, conseguindo uma adequada organização antes mesmo de um dos pais voltar ao mercado de trabalho. Independentemente do trabalho fora de casa, os esforços demandados ao cuidado de um bebê favorecem o isolamento social, que pode agravar um quadro depressivo.

Apesar de muitos conceitos estarem mudando e os homens estarem assumindo cada vez mais responsabilidades com os cuidados dos filhos, ainda recai sobre a mulher a maioria das atribuições, o que pode ser desestimulante para algumas mulheres. Ter filhos pode ser percebido como um projeto de vida que demanda muitos recursos e nem todas as pessoas pretendem renunciar a outros projetos para desempenhar a parentalidade. Para aquelas que querem dar segmento à maternidade, as atribuições ainda podem ser pesadas, mas o entendimento atual do compartilhamento de funções pode cooperar para que essa experiência possa ser mais positiva (Gradwohl *et al.*, 2014).

Frizzo *et al.* (2019) denominam de coparentalidade o sistema familiar em que ambos os genitores exercem a parentalidade em conjunto, agindo com arranjos de cuidados em concordância prévia, no sentido de evitar a sobrecarga a apenas um dos genitores. Dentre as funções que são consideradas importantes estão a divisão de trabalho parental, apoio ou depreciação coparental, gerenciamento das interações familiares, bem como o acordo quanto aos cuidados dispensados ao bebê. Algumas dessas funções são mais ou menos desempenhadas por cada genitor, de acordo com a afinidade e concordância de cada um com a tarefa.

Os aspectos bioquímicos também merecem atenção na construção da relação entre mãe e bebê, pois a ocitocina, hormônio e neurotransmissor envolvido na vinculação entre mãe e bebê, apresenta biodisponibilidade alterada na mulher. Também há oscilações hormonais de estrogênio que concorrem para uma instabilidade emocional feminina no pós-parto. Além destes aspectos, as diferenças entre as expectativas geradas na gestação e a realidade do período após o nascimento podem diferir muito em sua essência, o que pode anunciar um descontentamento e embotamento afetivo decorrente da “realidade decepcionante”. Todas essas variáveis podem gradualmente dissolver-se, ocorrendo o envolvimento afetivo da mulher com o bebê e o aprimoramento da comunicação e cuidados, todavia a atenção à díade deve ser prescrita, a fim de prezar pela saúde de ambos (Maldonado, 1976).

Ainda, Maldonado (1976) explica que o relacionamento mãe-bebê é inicialmente pouco estruturado, pois a mãe ainda não aprendeu o modo de funcionamento e comunicação de necessidades do bebê. A responsabilidade dos cuidados maternos, geralmente, recai sobre a mulher, visto que, muitas vezes, o auxílio e assistência do pai são interrompidos pela necessidade de retorno ao trabalho e a mulher pode sentir-se assustada e confusa diante das demandas delicadas e necessárias de um recém-nascido. As rotinas de cuidado estão sendo estabelecidas e a comunicação não-verbal e intensamente emocional podem dificultar o atendimento às necessidades do bebê. A autora explica que, assim como uma criança pode se constituir em fonte de autorrealização para os pais, ela pode servir para expor todas as debilidades dos pais em cumprir essa função adequadamente. Tal conflito pode sobrepor-se a todas as demais preocupações inerentes ao puerpério e gerar mais angústia aos genitores.

A reatividade e responsividade da mãe às necessidades do bebê também são indicadores de seu funcionamento psíquico diante da maternidade. Alguns bebês podem apresentar mais intolerância ao incômodo de fome e dor, ser mais vorazes e inquietos, o padrão de sono e alimentação, assim como o de eliminação, podem ser variáveis de acordo com o metabolismo e temperamento do infante, sendo que essas características podem eliciar, na mãe, respostas de hostilidade e impaciência ou revelar uma figura solícita e disponível afetivamente para aliviar o sofrimento da criança (Maldonado, 1976).

Em um estudo realizado por Arrais e Araújo (2017), os principais fatores de risco associados à depressão pós-parto, apontados na literatura nacional e internacional, entre os anos de 2010 e 2015, são: histórico de episódios depressivos pessoais anteriores à gestação; presença de estresse da mãe na gestação; ansiedade gestacional; depressão gestacional; baixa autoeficácia no papel parental; neuroticismo; antecedente psiquiátrico pessoal; idealização da maternidade; pensamentos suicidas durante a gravidez; insatisfação com a gravidez; pensamentos negativos e isolamento social; afeto negativo, baixa qualidade de vida e percepção de ter um bebê mais difícil; história familiar de transtornos mentais; baixo apoio social e familiar; exposição à violência por parceiro íntimo no ciclo

gravídico puerperal; não ter o apoio do parceiro; falta de apoio social no puerpério; conflito/insatisfação conjugal; conflito familiar.

Em estudo realizado na cidade de São Paulo, com uma amostra de 462 mulheres, assistidas tanto em hospitais públicos como privados, foram avaliados fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto (Morais, Fonseca, Frayze, Viegas & Otta, 2015). Além de entrevista semiestruturada, os instrumentos utilizados foram a aplicação de Escala de Apoio Social de Mos (EAS) e a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EDPE). A coleta de dados ocorreu antes e após o parto e buscou avaliar a prevalência de depressão pós-parto a partir das variáveis: escolaridade, Escala de Apoio Social (EAS), número de filhos, qualidade da relação, depressão anterior, hospital, anedonia, ansiedade, sintomas depressivos e trabalho. Dentre os resultados da pesquisa supracitada, foi identificada relação significativa entre as variáveis psicossociais e sociodemográficas com a depressão pós-parto. O nível de escolaridade, qualidade do relacionamento com o parceiro e depressão anterior à gestação e puerpério, além dos escores da Escala de Apoio Social (EAS) se apresentaram como agravantes para a prevalência da doença. A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo também revelou que os escores de depressão, ansiedade e anedonia mostravam-se altos para as mulheres com quadro de depressão pós-parto, sendo que a anedonia mostrava-se fortemente relacionada com a escolaridade e número de filhos.

Pesquisa realizada em uma cidade ao sul do Brasil (Konradt *et al.*, 2011) relatou que a não percepção de suporte social contribui duas vezes mais para o risco de desenvolvimento de depressão pós-parto. Uma amostra retratou que 16,5% de 1.019 mulheres acompanhadas no período pré e pós-parto tiveram diagnóstico compatível com depressão puerperal. O estudo sugere que a percepção da mulher quanto ao suporte social disponibilizado a ela na gestação pode influenciar na prevalência de sintomas depressivos no período pós-parto. Resultado semelhante foi encontrado em uma pesquisa similar, publicada na mesma cidade, em 2006, em que o índice de mulheres com depressão pós-parto foi de 19,1% (Moraes *et al.*, 2006).

Em um estudo realizado com 100 mulheres, as pesquisadoras dividiram a amostra em 2 grupos, sendo o primeiro grupo analisado no período pré-natal e o segundo grupo no período pós-natal (Airosa & Silva, 2013). O objetivo do estudo foi correlacionar as variáveis vinculação, ansiedade, depressão, estresse e suporte social na maternidade, estabelecendo relações com a saúde e doença mental destas mulheres. O estudo revelou resultados significativos para análise e intervenção de fatores relacionados à depressão pós-parto. A análise dos resultados foi categorizada a partir dos grupos denominados “pré-natal” e pós-natal”, também buscou correlações como idade e escolaridade, revelando que na fase pré-natal quanto maior o nível de escolaridade, menor a vinculação materna. As pesquisadoras associaram esses dados com as exigências físicas e emocionais presentes nas atividades laborais de tal perfil (Airosa & Silva, 2013) e consideraram, também, que os sintomas de

ansiedade, depressão e estresse podem ser minimizados de acordo com a satisfação em relação à intimidade, família e atividades sociais no período gestacional. Da mesma forma, quanto maior a sintomatologia, menor o vínculo materno pós-natal, isto é, as mulheres que apresentam sintomas de ansiedade, depressão e estresse estabelecem com o bebê comportamentos maternos menos adequados. Em contrapartida, as mulheres pertencentes ao grupo pós-parto manifestaram maior vinculação de acordo com a maior satisfação em atividades sociais, se configurando com uma possível abordagem protetora de vínculos para a mãe e o bebê, o fortalecimento das redes sociais.

Como suporte social, os autores se referem a suporte emocional ou prático dado por pessoas ligadas à gestante e ações que provocam a sensação de cuidado e segurança (Konradt *et al.*, 2011). De acordo com os autores, “essa assistência afetiva combinada, com procedimentos terapêuticos, tanto médicos como psicológicos” torna-se um fator protetivo para depressão pós-parto (p. 77). A partir disso, entende-se que o suporte social durante a gravidez, que engloba a esfera pessoal e familiar da gestante, bem como um trabalho de intervenção voltado a diminuir a vulnerabilidade social que a permeia, pode ser um fator protetivo para a menor prevalência de Depressão pós-parto.

Como fatores de proteção, o estudo de Arrais e Araújo (2017) apontou: programa de pré-natal com base numa abordagem psicológica; relação saudável com as próprias mães; participação nas aulas de parto durante a gravidez; percepção de suporte social durante a gravidez, apoio social no puerpério; relações sociais positivas como apontado por Morais *et al.* (2015). Um fator protetivo relevante é atentar para propostas de prevenção relacionadas ao aumento de apoio social e qualidade na relação conjugal da mulher, assim como a atenção ao estado emocional e psiquiátrico prévio da mulher.

A assistência humanizada, com apoio psicológico, pode facilitar o procedimento do parto e os fenômenos psicobiológicos que o acompanham. O cuidado integral do ser humano passa pelas esferas biopsicossociais, entre outras dimensões, sendo que o profissional de saúde que trabalha com mulheres em período gestacional precisa ter a preparação em assistência integral e humanizada à mulher e suas famílias.

Programas de políticas públicas que favoreçam a educação formal podem servir de fator protetivo por permitir o aumento da escolaridade e conseqüente aumento do nível de qualidade de vida pessoal e profissional da mulher. Alguns autores também defendem a importância do incentivo à prática da adoção nos serviços de Atenção Primária em Saúde, principalmente em mulheres com histórico de quadros nosológicos de depressão. Tais medidas podem auxiliar e prevenir os quadros patológicos e aumento da qualidade de vida geral, tanto da mulher quanto da família (Morais *et al.*, 2015).

3.2 O Contexto da Atenção Primária: pressupostos e funções

A Atenção Básica ou Atenção Primária de Saúde compõe-se por um conjunto de ações de saúde com o intuito de promover e proteger a saúde, prevenindo agravos, realizando diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, tanto no âmbito individual quanto coletivo. Avaliar e intervir junto aos determinantes e condicionantes de saúde são atribuições da rede de Atenção Primária, ação realizada por meio de práticas de cuidado e gestão, dirigidas às populações de territórios definidos, utilizando tecnologias de cuidado complexas. O objetivo é poder atender às demandas de maior frequência e relevância, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência, assim como, priorizar os princípios éticos, democráticos e de responsabilidade sanitária (Ministério da Saúde, 2017).

A Lei Orgânica 8.080, votada em 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as atribuições do Sistema Único de Saúde, regulamentando as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organizando o funcionamento dos serviços correspondentes (Ministério da Saúde, 2017). Dentre estes dispositivos de saúde, a Rede de Atenção Básica é considerada a porta de entrada da sociedade ao sistema de saúde, cobrindo toda a população, integrando e coordenando o cuidado e atendendo suas necessidades de saúde.

Os princípios que orientam a Política Nacional de Atenção Básica são os mesmos que perseveram rumo à atenção integral do ser humano, a universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade, cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação, considerando o sujeito em seu contexto sociocultural e sua subjetividade. Além disso, é função da Atenção Primária ser resolutiva, ou seja, identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, construindo vínculos e intervenções efetivas, do ponto de vista clínico e sanitário, para ampliar o grau de autonomia dos indivíduos e grupos sociais (Ministério da Saúde, 2017).

O processo de trabalho das equipes de Atenção Básica é caracterizado pela priorização dos grupos de risco e fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou persistência de doenças e danos evitáveis (Ministério da Saúde, 2017). A criação de ações educativas que possam atuar no processo de saúde-doença da população e o desenvolvimento da autonomia e qualidade de vida dos sujeitos também estão entre as premissas destas ações. Propõe-se, sobretudo, que este trabalho seja realizado através de acolhimento, com escuta qualificada, classificação de riscos, avaliação de necessidades de saúde e análise de vulnerabilidades.

Aos profissionais da Atenção Básica é atribuída a função de mapear a área de atuação, na identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, realizando cuidados à saúde no âmbito da Unidade Básica de Saúde e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários, visando praticar cuidado familiar, dirigido às coletividades e grupos sociais,

propondo intervenções que influenciam os processos de saúde-doença dos indivíduos, famílias, coletividades e comunidade (Ministério da Saúde, 2017).

3.3 PNPS Política Nacional de Promoção à Saúde

O Ministério da Saúde Brasileira, preocupado com a morbimortalidade nacional, atualiza a complexidade dos riscos à vida e aumenta o foco da saúde no combate às desigualdades sociais. A relevância do estilo de vida, os hábitos e o contexto socioeconômico se sobressaem sobre a determinação genética e biológica, predizendo futuros quadros clínicos de doenças crônicas não transmissíveis como causa de morte, assim como a violência e mortes por acidente como um risco a ser enfrentado (Ministério da Saúde, 2010).

O Sistema Único de Saúde galgou avanços para a política de saúde no Brasil, inclusive contribuindo para a construção da Constituição de 1988, mas uma melhora consistente só é percebida a partir da participação pública e dispositivos de controle social (Ministério da Saúde, 2010). Como pilares e estratégias para abordagem dos problemas de saúde, é promissor o engajamento social, a discussão sobre qualidade de vida e a mobilização de parcerias a fim de reforçar o planejamento e aumentar a autonomia dos indivíduos e comunidade.

A rede de Atenção Primária em Saúde fundamenta sua atuação através da Unidade Básica de Saúde, que se constitui como um espaço de interligações individuais e coletivas, com uma variedade de demandas sociais e de vida, onde o trabalho multiprofissional e intersetorial torna-se indispensável. A Unidade Básica de Saúde foi planejada para integrar ações clínico sanitárias que visam o diagnóstico, tratamento e acompanhamento do usuário enfermo (Ministério da Saúde, 2010). Tais ações se fazem necessárias dentro do contexto de saúde que a população brasileira se apresenta, onde a demanda da doença exige produtividade no número de procedimentos e consultas, não corroborando para ações de promoção e prevenção à saúde.

A promoção de saúde visa mobilizar os recursos sociais e políticos para atender as demandas e favorecer a vida em todas as suas dimensões. Sob a perspectiva da integralidade, tal política é intersetorial, interagindo com o indivíduo, comunidade e poder público para construção de novas diretrizes e possibilidades de atuação. Tem como objetivo a educação de base e identificação dos determinantes de saúde, operacionalizando e contribuindo no sentido de desenvolver a autonomia do sujeito para escolhas mais salutar e mudanças de hábitos nocivos à saúde (Ministério da Saúde, 2010).

A rede de Atenção Básica é considerada um espaço privilegiado para os processos de ensino-aprendizagem, no qual é possível articular ações individuais e coletivas e realizar um trabalho interdisciplinar e multidisciplinar. A qualidade do cuidado, criação de estratégias que mudem a realidade da população e atuação na promoção da qualidade de vida são premissas que enriquecem o

trabalho na rede de Atenção Primária de Saúde. O respeito à diversidade cultural e subjetividade, o bem-estar social e construção de cidadania também estão inclusos na perspectiva de acolhimento e compõem as práticas de produção social de saúde (Ministério da Saúde, 2010).

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, a partir de diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil e do reconhecimento da importância de se contar com diretrizes que orientem as políticas de Saúde da Mulher.

Com o enfoque na melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro, foi realizada parceria dos diferentes departamentos, coordenações e comissões do Ministério da Saúde. Incorporou, também, contribuições do movimento de mulheres, do movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, de sociedades científicas, de pesquisadores e estudiosos da área, de organizações não-governamentais, de gestores do SUS e de agências de cooperação internacional. Ao final, a PNAISM foi submetida à apreciação do Conselho Nacional de Saúde e à Comissão de Saúde da Mulher (CISMU) desse Conselho. Trata-se, portanto, de um documento legitimado por diversos setores da sociedade e pelas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Alguns programas foram criados em alguns estados, como Mato Grosso do Sul, que priorizam a saúde integral da mulher, dando enfoque na maternagem como um assunto a ser olhado sob diferentes ângulos.

A Saúde Reprodutiva integra o Planejamento Familiar, que é um conjunto de ações, bem como planejar o número de filhos ou o espaçamento entre os mesmos. Tem como objetivo garantir o acesso aos métodos anticoncepcionais de barreira, comportamentais, hormonais, dispositivo intrauterino DIU e cirúrgicos ou esterilização, sempre respeitando a individualidade de cada mulher e a decisão informada do casal ou da mulher, em caso de não ter um parceiro conjugal. Também visa contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis. A Atenção materno-infantil foi implementada em 2011 pelo Ministério da Saúde, por meio da Rede Cegonha, esta Rede visa assegurar à mulher uma assistência humanizada no pré-natal, parto e puerpério, bem como à criança, o direito ao nascimento seguro e desenvolvimento saudável.

A mortalidade materna e de mulher em idade fértil reflete a qualidade de atenção à saúde da mulher e seu enfrentamento é uma das ações prioritárias em saúde, comprometendo todo o país com sua redução. Uma das ações do programa materno-infantil é intensificar o monitoramento das investigações dos óbitos por meio do sistema de informação Módulo Web de Mortalidade Materna, da implantação da Rede Cegonha e do Programa Estadual de Proteção à Gestante.

O Programa de Proteção à Gestante (PEPG), além de realizar a testagem de todos os exames preconizados pelo Ministério da Saúde no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e na Rede Cegonha, realiza outra série de exames identificados por esta Secretaria como sendo prioritários para a realidade do nosso estado. O PEPG consiste em três etapas: a realização da Triagem Pré-Natal, a confirmação do diagnóstico dos resultados alterados através de exames laboratoriais e o acompanhamento e tratamento das gestantes de todo o Estado de Mato Grosso do Sul, além de participar de ações voltadas para o fortalecimento da rede de vigilância em saúde e de atividades de educação continuada para profissionais do Estado.

É desafio, para a promoção da saúde no Brasil, a superação da fragmentação das políticas públicas e de atenção à saúde, a pactuação de propostas de gestões intersetoriais, a construção de ambientes saudáveis e a formulação de políticas comprometidas com a qualidade de vida, melhorando os determinantes de saúde e reduzindo desigualdades. A promoção da saúde precisa considerar o desenvolvimento econômico, social e humano como prioritários ao desenvolver estratégias de intervenção. O investimento em educação, espaços culturais e esportivos são ações que se mostram válidas na redução de violência e uso de drogas. Tais estratégias voltadas para redução do sedentarismo, estresse, violência e comportamentos adictos também precisam ser valorizadas, pois mostram-se efetivas (Ministério da Saúde, 2010).

Para Gonçalves *et al.* (2018), a saúde do indivíduo deve ser olhada a partir do contexto em que ele está inserido, considerando a coletividade, condições e vulnerabilidade. Não é possível dizer que saúde implica na ausência de uma doença, mas a saúde é vista como: “resultante de determinantes de condicionantes sociais, como: alimentação, posse de terra, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, lazer, liberdade emprego, transporte e acesso aos serviços de saúde” (p. 265).

O modelo de atenção baseado no modelo biomédico, em que a dimensão biológica do indivíduo é priorizada e outras instâncias são negligenciadas, precisa ser reestruturado a fim de alcançar a integralidade do indivíduo e considerar, também, a saúde mental como importante neste olhar da rede de Atenção Básica. Por ser a porta de entrada do indivíduo ao serviço de saúde, este precisa ser olhado na sua completude e suas vulnerabilidades precisam ser identificadas a fim de que ele possa receber o acolhimento e tratamento adequado (Baratieri, Natal & Hartz, 2020).

Uma revisão integrativa da literatura de artigos nacionais e internacionais a respeito das ações em puerpério na Atenção Primária à Saúde demonstraram importantes limitações para a assistência a mulheres no período puerperal. Artigos internacionais, sobretudo na Austrália e Reino Unido, enfatizaram programas de visita domiciliar e rastreio de Depressão Pós-parto como sendo comuns nos aspectos de avaliação do período puerperal. Os estudos nacionais revelaram uma ênfase ao “materno-infantilismo”, ou seja, nos cuidados com o bebê ou na recuperação do corpo, restando

intervenções voltadas ao aleitamento materno, contracepção e outras questões de ordem biológica (Baratieri *et al.*, 2020). Tais questões são realmente relevantes e merecem programas interventivos, porém, sem deixar de acompanhar a dimensão psicológica da mulher.

Buscando identificar o conhecimento dos profissionais da rede de Atenção Primária à Saúde em relação à Depressão Pós-parto, Oliveira, Alves, Azevedo, Cavalcante e Azevedo (2016) entrevistaram 62 profissionais que relataram despreparo e insegurança para detectar e manejar a sintomatologia depressiva em mulheres puérperas. As autoras criticam a fragilidade da rede de saúde em acolher e lidar com essa demanda, sendo a Unidade Básica de Saúde o primeiro lugar de referência do usuário em qualquer necessidade de saúde. Essa pesquisa serve para reconhecer, cientificamente, a importância de treinar os profissionais para a detecção de Depressão Pós-parto e investir em atividades de saúde mental na rede de Atenção Primária à Saúde (Oliveira *et al.*, 2016).

A premissa de um acompanhamento integral e longitudinal, em que o histórico de saúde é acompanhado pela rede de atenção básica e suas intercorrências são administradas a partir de ações de promoção à saúde, só é possível a partir de treinamento especializado aos profissionais que irão acolher os usuários em suas mais diversas demandas.

Meira, Pereira, Silveira, Gualda e Santos Jr. (2015) trouxeram informações semelhantes no que concerne à dificuldade dos profissionais de saúde na detecção e condução de tratamento em depressão pós-parto. O estudo revelou limitado conhecimento por parte dos profissionais para a identificação dos sintomas que a mulher exibe em situação depressiva após o parto. Os autores explicam que o foco da assistência ainda é fisiológico, negligenciando os aspectos psicológicos da mulher devido ao limitado conhecimento das alterações emocionais que podem ocorrer no quadro patológico da depressão pós-parto. Essa pesquisa qualitativa-descritiva de Meira *et al.* (2015) também revelou resultados interessantes a respeito da prevenção do quadro de depressão pós-parto. Mesmo que algumas unidades de saúde realizem grupos de gestantes para o cuidado pré-natal, não há, segundo os autores, um trabalho preventivo a respeito da depressão pós-parto. As orientações do grupo e suas temáticas se organizam em torno dos princípios de pré-natal fisiológico, com as mudanças do corpo da mãe e do bebê, orientações gerais e cuidados relativos à puericultura. Quanto à assistência no tratamento, a pesquisa identificou certa defasagem por parte dos profissionais que referem o fato de não haver nenhuma estratégia assistencial para atender a mulher acometida por depressão pós-parto. Os autores atribuem a falha à falta de capacitação e falta de profissional especializado para lidar com a saúde mental na atenção primária.

3.4 Possibilidades de Intervenções

Entende-se como importante apresentar algumas intervenções que já existem nessa área, pautando e alicerçando a possibilidade de organizar algum programa de intervenções da psicologia

em relação a essa temática.

A partir do parto existe uma preocupação por parte da rede de saúde com a saúde e bem-estar do recém-nascido, estruturada a partir de consultas de orientação às mães. A puericultura, ensino do cuidado à criança pelo profissional de saúde, obedece a etapas que acompanham o nascimento e crescimento da criança, orientando o cuidador na efetividade da manutenção de saúde, assim como na prevenção de doenças (Arrais & Araujo, 2017; Castellanos, 2015; Falcone *et al.*, 2005).

Os grupos de puericultura são grupos de educação em saúde realizados com todos os profissionais das equipes de saúde, com público predominantemente de mulheres gestantes e mulheres com crianças até 12 meses. Cada grupo apresenta níveis socioeconômicos diversos, em que a pauta do grupo visa orientações e esclarecimentos múltiplos acerca da promoção e prevenção de doenças em idade pediátrica e os cuidados que devem ter com as crianças, incluindo aleitamento materno exclusivo, entre outros temas (Castellanos, 2015).

No âmbito da Atenção Primária, a equipe de saúde da ESF realiza atividades com grupos de mães das crianças em puericultura, sendo que as reuniões acontecem em associação de bairro/comunidade, igrejas e escolas. Segundo Castellanos (2015), o percentual de mães que participa de grupos é de 60% e os profissionais que participam das atividades de grupo de puericultura são: Enfermeiro, Médico Clínico Geral, Odontólogo, Técnico/auxiliar de enfermagem e Técnico/auxiliar de consultório dentário. Não são todas as regiões demográficas que dispõem de acompanhamento psicológico na Unidade Básica de Saúde que é comumente utilizado como serviço de referência aos usuários. Por esta razão, é realizado o acompanhamento de ordem fisiológica do paciente, mas as questões de saúde mental não ganham a devida atenção. Perante o cenário de saúde acima referido, se faz premente a recomendação de uma “aliança” entre as áreas da Psicologia clínica com Obstetrícia e Saúde da Mulher para aprofundamento de questões psicoprofiláticas no que concerne aos processos do ciclo gravídico-puerperal (Arrais *et al.*, 2018). No aprimoramento das políticas públicas relacionadas ao tema e no planejamento e ações preventivas de Transtornos Psiquiátricos do período perinatal encontram-se resultados mais otimizados quanto à saúde materno-infantil e, conseqüentemente, para as famílias e sociedade.

Arrais *et al.* (2014) defendem que intervenções grupais de enfoque psicoterapêutico apresentam resultados favoráveis à prevenção de Depressão Pós-Parto e outros quadros psicopatológicos no periparto. O Programa de Pré-Natal Psicológico pode ser denominado como um programa preventivo e psicoprofilático de humanização em saúde cujos focos são o processo gestacional, o parto e a construção da parentalidade. Idealizado por psicólogos e pioneiro na cidade de Brasília, o programa inclui a gestante e a família para tratar de temáticas como mitos relacionados à gestação e maternidade, demandas, informação, psicoeducação, entre outras.

Segundo Arrais *et al.* (2014), a intervenção psicológica é oferecida através de escuta qualificada e espaço adequado para a expressão de sentimentos, medos e ansiedades, trocas de experiências e compartilhamento da parentalidade. Programas semelhantes são realizados em países europeus com resultados promissores e índices de depressão pós-parto menores. (Kozinsky *et al.*, 2012 em Arrais & Araújo, 2017).

Em uma pesquisa longitudinal, dividida em três fases, foi possível identificar os potenciais de risco para o desenvolvimento de depressão no período após o parto para avaliar o índice de prevalência e ações efetivas de intervenção. Na primeira fase houve o rastreamento dos fatores de risco e proteção associados à Depressão pós-parto presente na amostra inicial. Na segunda fase houve uma proposta de intervenção e implantação do programa de Pós-parto Psicológico e, na terceira fase, houve o rastreio da Depressão Pós- Parto na amostra final. Foram entrevistadas 198 gestantes e, após a coleta e a análise dos dados das participantes, a amostra foi dividida em dois grupos. O grupo intervenção (GI), que participou do programa Pré-Natal Psicológico (PNP) e o grupo controle (GC), que não participou do referido programa. Dentre os resultados advindos desta pesquisa, a partir das variáveis consideradas como fatores de risco e proteção, identificou-se uma alta prevalência (23,68%) de risco para o desenvolvimento de Depressão Pós-Parto (Arrais *et al.*, 2018). O estudo longitudinal, através de acompanhamento no período de até três meses após o parto, verificou que o quadro nosológico de depressão leve apresentou risco de evolução para Depressão Pós-parto em mais da metade das mulheres do grupo controle (GC), composto por 29 participantes.

Importante ressaltar que o programa de pré-natal com uma abordagem psicológica não anulou os fatores de risco, mas teve efeito amenizador de tais fatores, que associados a fatores protetivos podem ter efeito preventivo sobre a Depressão Pós-parto. Por ser realizado em grupo, o programa comporta um número de participantes adequado e adaptável para uma intervenção em centros de saúde e, por ser de baixo custo, pode ser implementado como política pública nos serviços de acompanhamento pré-natal (Arrais *et al.*, 2014).

4 MÉTODO

4.1 Delineamento

No processo de classificação de um método de pesquisa é importante considerar os objetivos que se pretende alcançar através dela. Tais objetivos orientam o pesquisador sobre os métodos de coleta de informações e as técnicas de análise dos dados que são necessários para a execução do estudo. O tipo de pesquisa utilizado para este estudo foi a pesquisa mista, ou seja, quantitativa e qualitativa. Dada a complexidade dos fenômenos que envolvem a subjetividade humana e sua interação com diversas variáveis, uma abordagem de pesquisa múltipla, como o delineamento misto, permite abordar os diferentes aspectos aos quais a pesquisa se propõe (Gil, 2007).

Este trabalho apresenta duas etapas quanto ao delineamento de pesquisa, denominados Estudo 1 e Estudo 2. No Estudo 1, primeiramente, é conduzida a fase quantitativa para identificar as características sociodemográficas, queixas, sintomas e motivo da procura pelo serviço de obstetrícia. Neste momento, busca-se identificar algumas queixas ou sintomas relacionados à possibilidade de gestantes estarem em um estado depressivo. Esses dados estatísticos, importantes para o entendimento do perfil de gestantes que buscam atendimento, foram extraídos a partir de metadados de um estudo já realizado na Universidade de Caxias do Sul, intitulado: Intervenções na Psicologia Clínica: integração, ensino-serviço e inovação – INOVAPSI. Tal estudo foi coordenado pelas professoras Dra. Tânia Maria Cemin e Dra. Alice Maggi. A análise dessas informações certamente enriquece a pesquisa por fornecer dados contextualizados das mulheres em situação de parto (parturientes) ou que já realizaram o parto (puérperas) que integram a rede de saúde. Foram analisadas informações, como: questões sociodemográficas, dados epidemiológicos, análise de incidências, entre outras, prestando-se à interpretação mais fidedigna possível dos dados coletados. Desta forma, consiste em uma pesquisa quantitativa, que fez uso de estudos de casos múltiplos com o objetivo de identificar os fatores preditivos ao fenômeno analisado. Considera-se possível identificar aspectos que podem ser compreendidos como fatores de risco e/ou de proteção junto a um estado depressivo ou quadro de depressão dessas mulheres.

O Estudo 2 teve delineamento misto; com o uso de instrumento psicométrico e análise dos dados referentes a este foi utilizado o delineamento quantitativo, e a segunda fase do estudo 2 refere-se à fase em que os dados qualitativos foram coletados e analisados. Foi realizada uma entrevista semiestruturada com as parturientes e puérperas e, posteriormente, realizou-se um grupo focal com algumas, conforme critérios de inclusão/exclusão da amostra. As informações da fase qualitativa foram tratadas a partir da análise de conteúdo de Bardin.

Conforme Bardin (2011), a análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de dados coletados que visa a interpretação de material de caráter qualitativo, assegurando uma descrição objetiva, sistemática e com a riqueza manifesta no momento da coleta dos mesmos.

Desta forma, o presente estudo abordou um modelo misto, quantitativo (Estudo 1) e qualitativo (Estudo 2). O que pode diferenciar a abordagem quantitativa da abordagem qualitativa, entre outros aspectos, é a ideia de que a abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas, não mensurável através de números e estatísticas, como a abordagem quantitativa. O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem, pelo contrário, se complementam.

A pesquisa quantitativa é um método de pesquisa social que utiliza a quantificação nos processos de coleta e tratamento dos dados mediante técnicas estatísticas que incluem percentual, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, entre outros. Pode ser utilizada quando se necessita garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise de interpretação e possibilitando uma margem de segurança quanto às inferências, ou seja, é projetada para gerar medidas precisas e confiáveis que permitam uma análise estatística básica ou avançada. A utilização de medidas pré-existentes auxilia o pesquisador na quantificação dos dados e na apresentação de informações confiáveis para um estudo fidedigno (Gil, 2007).

As variáveis presentes nos fenômenos humanos são inúmeras e imprevisíveis, por isso é necessário um sistema de mensuração que auxilie o pesquisador no entendimento e interpretação dos resultados. Tais variáveis solidificam a base de estudos a partir da mensuração de frequência, incidência, reincidência ou ausência de sintomas, queixas, comportamentos e alterações no funcionamento normativo do fenômeno. Segundo Sordi (2017), o método quantitativo, como um meio de pesquisa objetivo, abrange testes estatísticos para análise das hipóteses e dados mensuráveis para fins didáticos e epidemiológicos. Essa abordagem metodológica foi utilizada no Estudo 1, ou seja, foi empregada estatística descritiva para identificação de prontuários de pacientes que integram o público-alvo desta pesquisa (metadados). No Estudo 2 buscou-se qualificar os fenômenos alvos da pesquisa, apontando algumas incidências encontradas no Estudo 1 e formas claras de apontamento e visualização dos processos estudados, realizando uma integração de dados objetivos e subjetivos.

A análise qualitativa de um objeto de investigação, conforme citado por Minayo (2012), possui os atributos necessários para ser considerada como um instrumento científico, permitindo a construção de conhecimento através de dados e conceitos que formarão um construto final. Por tratar-se da subjetividade humana, as abordagens qualitativas são mais adequadas para investigações de fenômenos interpessoais e intrapessoais, pois procura fazer uma análise sob o ponto de vista dos atores sociais, com relações socioculturais, respeitados suas opiniões, crenças e valores.

Numa abordagem qualitativa é preciso investimento na coleta dos dados a serem examinados em sua pesquisa, sendo o pesquisador responsável pelas interrogações que serão discutidas durante o próprio curso da investigação. Há uma construção de questionamentos, seguidos de reflexão e análise. Assim, os questionamentos podem servir como um início de uma teoria pré-concebida, a fim de auxiliar no confronto com a realidade estudada. Minayo (2012) nomeia essas preconcepções comumente utilizando o termo “pressupostos” que, na verdade, falam de parâmetros básicos que permitem dar seguimento à investigação qualitativa.

O verbo principal da análise qualitativa é compreender. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total, mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere (Minayo, 2012).

Quanto à natureza, esta pesquisa caracterizou-se como aplicada, pois além de construção de conhecimentos, pretendeu-se utilizá-la para fins práticos. Utilizou-se dos dados obtidos para aplicação no meio social, visando gerar resultados a partir de sua análise. A obtenção do conhecimento advindo desta pesquisa busca colaborar para criação de intervenções a médio e longo prazo. Como a configuração desta pesquisa buscou, como produto técnico, organizar uma modalidade de intervenção junto a essa população, acredita-se que o papel do pesquisador, enquanto participante, pode auxiliar a livre expressão das ideias e emoções, além de fomentar a transformação de paradigmas e fantasias ligadas a uma fase de vida ou situação específica. As vivências que puderam se estabelecer, além da elaboração psíquica de mitos e fantasias, pôde reforçar laços sociais e instrumentalizar o indivíduo para lidar com as demandas do momento.

Em relação aos objetivos, a pesquisa exploratória adequa-se com a temática deste projeto, pois pretende-se uma aproximação do tema, além de estimular a formulação de conhecimento e transformação a partir do trabalho. Segundo Gil (2007), esta abordagem inclui: levantamento bibliográfico, levantamento de dados de usuários do serviço de saúde, com pessoas que tiveram experiências com a temática e, também, contempla a análise das incidências.

Participantes

As participantes do Estudo 1 referem-se a 108 pacientes atendidas pela psicologia em um Hospital Geral da região e que buscaram ajuda médica em função da sua condição de parturiente/puérpera.

Já as participantes do Estudo 2 foram duas gestantes usuárias da rede de saúde pública, sendo que esse número pode variar decorrente do acesso destas mulheres no tempo e espaço destinado às consultas de pré-natal, ocasião essa em que será realizada uma entrevista para seleção.

Os critérios de inclusão e exclusão dessa amostra do Estudo 2 dizem respeito a, respectivamente: maiores de 18 anos, no período gestacional a partir da vigésima semana. Serão excluídas mulheres que apresentem comorbidades caracterizando gestação de risco ou alto risco, com diagnóstico prévio de transtornos mentais graves, com histórico prévio de internação psiquiátrica ou doenças crônicas e que utilizem medicamentos psiquiátricos de uso contínuo.

4.2 Instrumentos e Procedimentos

Em relação aos cuidados éticos quanto às informações do Estudo 1, trata-se de metadados de uma investigação maior - INOVAPSI - o qual teve o Termo de Confidencialidade assinado pelas pesquisadoras responsáveis, uma vez que se trata de informações contidas em prontuários eletrônicos (Sistema TASY) do ano de 2018. A coleta dessas informações foi realizada em 2019, sendo que tais informações fazem parte de uma pesquisa maior do grupo de professores do mestrado.

Para a análise do Estudo 1, que se refere a dados quantitativos dos setores obstétricos de um Hospital Geral da região nordeste do estado do Rio Grande do Sul, utilizou-se de estatística descritiva aplicada às informações dos registros dos prontuários do referido setor, que tiveram atendimento da psicologia. Foram investigadas as ocorrências e incidências das variáveis ligadas ao tema da pesquisa, pois acredita-se que tais dados podem enriquecer o entendimento do fenômeno no contexto da região, com informações sociodemográficas. A tabulação das informações e a análise dos dados quantitativos foi realizada com o auxílio de instrumento estatístico JASP.

Quanto ao Estudo 2, este projeto de pesquisa foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul, que contemplou os objetivos, riscos e benefícios provenientes da coleta de dados. Os riscos estimados incluíram a mobilização emocional das participantes, advindos da rememoração de situações que podem ser dolorosas. Em todos os momentos da pesquisa as participantes estavam cientes de sua opção de desistência deste processo e de que podem se utilizar de um acolhimento psicológico, oferecido a todas que desejarem. Também a todas as participantes foi requerido a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a compilação e o estudo das informações nessa pesquisa.

Em relação ao Estudo 2, a modalidade de pesquisa escolhida foi a realização de entrevistas individuais e grupo focal, caracterizando uma pesquisa-intervenção, que implicou na participação do pesquisador e possível ação interventiva no grupo alvo estudado. Conhecer o contexto e a história prévia do grupo e instituição em que irá ser realizado o trabalho auxilia a identificar a realidade do grupo, assim como dados prévios e fatores que podem obstaculizar o funcionamento. Tais informações podem facilitar a interação do grupo com o pesquisador. Assim, os procedimentos deste Estudo 2 referem-se à realização de entrevistas individuais com gestantes num período determinado para formar grupo focal, com previsão de duração de 30-40 minutos para cada entrevista.

Posteriormente, as participantes foram convidadas a participar de um grupo focal, sendo esclarecido o número e horário dos encontros.

A pesquisa-intervenção, conforme Rocha e Aguiar (2003), pressupõe transformação da realidade sociopolítica, considerando a subjetividade dos sujeitos envolvidos e reflexão sobre os papéis desempenhados. Imbuído de conhecimento prévio sobre o tema, realiza-se a pesquisa para investigar e questionar o próprio conhecimento, refletir sobre o que está posto e produzir novos constructos, a fim de realizar intervenções específicas e profícuas, baseadas nesta experiência. O desenvolvimento da autonomia, autorregulação e autoestima são decorrência deste trabalho reflexivo e podem ser desencadeados através de criações coletivas e transformações da realidade psicossocial do indivíduo. Entre as características desta modalidade de pesquisa estão as discussões e produções cooperativas, as análises do nível psicológico e microssocial e a ênfase na análise da implicação, ou seja, considera-se modificações que o próprio pesquisador operou e sofreu com a pesquisa e como essa implicação contribuiu para a construção do saber.

Muitos atores sociais cooperam para que ocorram tais transformações, para Mendes, Pezzato e Sacardo (2016), o trabalho com a pesquisa-intervenção envolve, além dos participantes dos grupos, a equipe de trabalho, a interdisciplinaridade, intersetorialidade e horizontalidade nas relações, o que contribui para o diálogo aberto, permitindo aos envolvidos a construção de um saber coletivo. Também favorece a promoção da saúde, a ética e a política, aspectos importantes para a construção de uma saúde coletiva.

A pesquisa-intervenção, segundo Baptista, Noguchi e Calil (2006), trata-se de uma metodologia que envolve a escuta, a disponibilidade, o tato, a sensibilidade, a aproximação, o distanciamento, a análise da implicação do próprio pesquisador enquanto sujeito participante e a confiança entre os membros, entre outros elementos constituintes de um relacionamento horizontalizado. É importante ter a capacidade de identificar as potencialidades subjacentes em todo o processo e ativá-las, estimulá-las e, por que não, criar no outro sujeito e, em si mesmo, novas habilidades. Na promoção de saúde, ou seja, do bem-estar geral, as relações sociais são constitutivas desse movimento, pois somos construídos no outro, pelo outro e com o outro. É impossível intervir sem ser também implicado e a própria produção do conhecimento é gerada a partir desses processos subjetivados.

A pesquisa-intervenção contempla a participação e ação interventiva no grupo alvo estudado, além de mudanças de paradigmas e subjetividade, tanto das participantes quanto do pesquisador, onde este assume um papel igualitário no processo de transformação grupal e individual, processo este que merece ser analisado e entendido sob a perspectiva psicológica (Baptista *et al.*, 2006).

A pesquisa-intervenção em saúde também tem questionamentos próprios, inclusive no que se refere à instituição na qual a metodologia é aplicada. Pensar em dispositivos de comunicação que

estimulem a fluidez de pensamentos e desconstrução de paradigmas são tarefas do pesquisador, para que haja liberdade na construção de sentido para os participantes. A instituição deve estar receptiva para que novos conceitos surjam e se refaçam, livres de ideologias e preconceitos para que o sujeito possa sentir-se respeitado na sua individualidade (Baptista *et al.*, 2006).

Entre as características deste tipo de pesquisa, estão as discussões e produções cooperativas, as análises do nível psicológico e microsocial e a ênfase na análise da implicação, ou seja, considera as modificações que o próprio pesquisador operou e sofreu com o trabalho e como essa implicação contribuiu para a construção do saber. Por isso, ao final de cada encontro, o pesquisador deve realizar uma análise do processo que ocorreu, os objetivos alcançados ou frustrados, o desenvolvimento do grupo, as mudanças necessárias, diagnósticos, prognósticos e intervenções futuras baseadas na realidade daquele momento (Baptista *et al.*, 2006).

Os encontros e experiências que podem ser desenvolvidos através desta pesquisa-intervenção são promotores de saúde psicológica individual e coletiva, bem como propõem-se a identificar os perfis e fatores de risco e proteção ligados a este grupo, inseridos no contexto sociodemográfico da região geográfica e sociocultural. Tais variáveis podem auxiliar na investigação de fatores de risco e proteção, podendo ser utilizados para pesquisas e intervenções futuras de prevenção e promoção de saúde, além do entendimento do perfil e demandas do contexto sociodemográfico no qual está inserido.

Ainda referente ao Estudo 2, em que a pesquisa-intervenção foi implantada, foram planejadas algumas fases em que o programa perpassou para o alcance dos objetivos a que se propôs. Inicialmente, foi realizada a captação das participantes em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família localizada na região próxima ao centro da cidade de Capão da Canoa para delimitar a participação no grupo focal, a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Utilizou-se como critérios: o aceite de participação na pesquisa e requisitos já mencionados, como: estar acima dos 18 anos, no período gestacional da décima quinta semana até a vigésima semana. Foram excluídas do convite à participação do grupo focal mulheres que apresentaram comorbidades, caracterizando gestação de alto risco, com diagnóstico prévio de transtornos mentais graves, com histórico prévio de internação psiquiátrica ou doenças crônicas e que estivessem utilizando medicamentos psiquiátricos de uso contínuo. Essas mulheres que não fizeram parte desse estudo foram convidadas a serem acolhidas e encaminhadas a algum serviço de saúde mental do município, se identificada a necessidade de acompanhamento. Para esses momentos individuais, os instrumentos utilizados foram a entrevista semiestruturada e a aplicação do teste que avalia sintomas depressivos. A entrevista seguiu um roteiro elaborado para investigar a situação socioeconômica, histórico familiar e individual, histórico psiquiátrico, saúde geral, condições da gestação e especificidades individuais das gestantes (estado psicológico em que a mesma se encontra), identificando, assim, fatores de risco e proteção presentes.

Num primeiro momento foi realizada a exposição dos objetivos da pesquisa e, com esses esclarecimentos, realizou-se a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que se encontra no Anexo A. Em seguida ao aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ocorreu a entrevista individual semi-dirigida e a testagem, em local reservado e com tempo estimado de 30-40 min. Consta no Anexo B o roteiro de questões norteadoras utilizado nesse momento da entrevista individual. Após essa etapa inicial das entrevistas foi realizada a aplicação do instrumento psicométrico de avaliação e rastreamento de sintomas depressivos (Inventário Beck de Depressão - BDI-II de Beck, Steer & Brown, 1996).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é uma ferramenta de avaliação psicométrica utilizada para medir a presença e gravidade de sintomas depressivos, correspondentes aos critérios diagnósticos dos transtornos depressivos, descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V), em pessoas de diferentes faixas etárias, tanto da população clínica como da população geral. O inventário foi aplicado a todas as participantes, mesmo as que não foram convidadas para fazer parte do grupo focal. Entende-se que a aplicação deste teste pode auxiliar na identificação de gravidade ou não, em relação a aspectos psíquicos, especificamente quanto a sintomas depressivos e reforçar a necessidade, ou não, de algum encaminhamento, assim como alicerça a pertinência do convite à participação grupal.

Desta forma, algumas gestantes foram convidadas a participar de um processo de intervenção grupal. Objetivou-se a criação de intervenções voltadas para a promoção e manutenção da saúde psíquica da mulher imbuída do papel de mãe, contribuindo para um vínculo salutar mãe-bebê, por isso foi realizado convite às gestantes, a partir das informações obtidas na entrevista semidirigida e na testagem, para a participação desse piloto de um Programa de Pré-Natal Psicológico, na Rede Primária de Saúde.

A partir dos dados obtidos, percebendo-se a necessidade de aprofundamento sobre o tema por parte das gestantes, houve a implantação do programa através de encontros quinzenais, sob a configuração de grupo focal, no qual foram abordados temas pré-delimitados referente à gestação e puerpério, a partir de uma proposição da pesquisadora, bem como da escolha das gestantes. Os encontros foram intermediados pelo pesquisador, fomentando a comunicação e expressão de ideias, sentimentos, fantasias e medos que perpassam esses períodos do ciclo de vida da mulher.

É importante mencionar que foi pensado em oferta de espaço e tempo individual de atendimento para cada gestante que, porventura, não se adequasse aos critérios de inclusão e se considerasse importante realizar um encaminhamento para o serviço de saúde mental, caso necessário e de desejo das mesmas. Conforme combinado com a Responsável Técnica da Unidade de Saúde, foi ofertado horário específico durante as quintas-feiras, das 08 horas às 12 horas, para as gestantes que precisarem de apoio psicológico individualizado. A pesquisadora esteve na Unidade de Saúde neste

horário para que as gestantes pudessem expor alguma necessidade advinda dos encontros em relação à pesquisa, ou seja, por terem se sentido mobilizadas emocionalmente durante a captação, entrevista e testagem. Para tanto, foi disponibilizada sala específica para esta finalidade. Na Unidade de Saúde há uma sala onde eram realizadas as vacinas para Covid-19, especificamente, é uma sala com espaço adequado para receber o número de pessoas que foi proposto no projeto, contendo cadeiras, uma mesa ampla, janelas, e pia para lavagem de mãos. Atualmente a sala está sem uso e foi disponibilizada para que a pesquisadora pudesse realizar as avaliações, atendimentos, o grupo focal e o encontro de retorno sobre os resultados.

Os cinco encontros tiveram frequência semanal e duração de 30 a 40 minutos, em sala previamente designada para os mesmos. Para a implantação do grupo de Pré-natal Psicológico, os temas foram anunciados e sugeridos, mas escolhidos pelas gestantes para deliberar sobre o assunto que gostariam de discutir. O grupo funcionou sob a premissa da livre discussão do tema escolhido e mediação da pesquisadora para intervenção da psicologia como ação de saúde coletiva. Os encontros se mostraram uma oportunidade de expressar suas demandas e preocupações com maior privacidade e sigilo. Quanto à apresentação do Programa de Pré-Natal Psicológico, se deu da seguinte forma:

- a) Encontro 1: desmistificação da maternidade (o mito do amor materno) e os desafios de ser mulher e mãe;
- b) Encontro 2: contexto familiar e redes de apoio com estratégias para promoção de um ambiente saudável para a mulher;
- c) Encontro 3: estados emocionais da gestação e estados emocionais do puerpério, aspectos do relacionamento mãe-bebê;
- d) Encontro 4: fantasias ligadas à gestação, ao parto e ao puerpério e relação com sintomas da depressão perinatal;
- e) Encontro 5: feedback do grupo e reforço dos assuntos discutidos.

Após o término da pesquisa as gestantes foram convidadas, novamente, para uma reunião no mesmo local dos encontros do grupo focal, onde seriam expostos os resultados obtidos da pesquisa. A reunião foi realizada na mesma sala onde as entrevistas e encontros ocorreram.

Entende-se que algumas informações do Estudo 1 podem auxiliar em possíveis necessidades dessa população alvo, fazendo com que alguma modificação quanto à ordem das temáticas ou algum acréscimo se faça pertinente nos encontros inicialmente propostos.

5 REFERENCIAL DE ANÁLISE

Em relação ao Estudo 1, as informações foram colocadas em uma planilha no programa Microsoft Excel. As análises quantitativas dos dados foram realizadas através do programa JASP (*Jeffreys's Amazing Statistics Program*), especificamente a partir de estatística descritiva. Em relação ao Estudo 2 foi realizada uma análise de conteúdo de Bardin (2011), a qual refere-se a uma técnica de pesquisa que descreve o meio de expressão do indivíduo, as verbalizações, a característica da mensagem, o valor das informações, argumentos e ideias expressas, as condições de produção da palavra e do discurso, focando nos sentidos que estão expressos na linguagem para compreensão dos fenômenos intersubjetivos que estão ocorrendo individualmente e no grupo. É necessário ter uma análise orientada a quem fala: quem é esta pessoa, sua personalidade, o comportamento verbal, os valores e relação emocional com o tema.

Segundo Caregnato e Mutti (2006), a análise de conteúdo pode ser quantitativa e qualitativa. Na abordagem quantitativa se traça uma frequência das características que se repetem no conteúdo do texto. Já na abordagem qualitativa, se “considera a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento de mensagem” (p.682).

Segundo Bardin (2011), para se atingir a objetividade no processo de análise de conteúdo, deve-se dividir esse trabalho em três fases, sendo possível uma melhor organização das informações coletadas e mensuração dos resultados. A pré análise é a fase de organização do trabalho em que são definidos os indicadores que nortearão o entendimento dos conteúdos trazidos, juntamente com a formulação de hipóteses e objetivos dentro da finalidade geral do trabalho. A segunda fase diz respeito à exploração do material em si, desmembramento do texto em unidades, descoberta dos núcleos considerando sua frequência, operações de codificação, enumeração ou descontos dos termos mais utilizados, ocorrência de elementos e estruturas. A terceira fase refere-se ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos conteúdos trazidos para se obter o entendimento de como o indivíduo expressa suas vivências sobre o tema.

Foram realizadas as leituras das entrevistas, análise das interlocuções e identificação das informações coletadas nos encontros do grupo focal, buscando semelhanças e diferenças entre os conteúdos trazidos, assim como particularidades de cada indivíduo para o entendimento do processo de construção da identidade materna na vida das gestantes. Foi realizada a análise por categorias temáticas que, segundo Caregnato e Mutti (2006), “tenta encontrar uma série de significações que o codificador detecta por meio de indicadores que lhe estão ligados” (p. 683). Para classificar os elementos em categorias foi preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento.

5.1 Resultados do Estudo 1

Inicialmente, foi realizada uma triagem junto aos participantes que estavam relacionados ao setor de obstetrícia, do estudo maior INOVAPSI. Tendo como documento base as informações de prontuários eletrônicos, preenchidos pela psicologia e compilados pela pesquisa realizada pelas pesquisadoras Dra. Tânia Maria Cemin e Dra. Alice Maggi, mapeando algumas características referentes ao público que utilizou os serviços de obstetrícia do Hospital Geral no período de 2018. Analisou-se caso a caso para entender a queixa expressa por cada paciente, o motivo da internação neste setor e como o quadro clínico evoluiu. A seleção destes dados pode auxiliar no delineamento de fatores presentes no desenvolvimento de gestações de uma amostra populacional, sendo importante fonte de informação para ações de prevenção e cuidado a este público. Foram compiladas informações de 402 prontuários eletrônicos do HG e, destes, selecionados 108 que dizem respeito a pacientes com demandas relacionadas à gestação, parto, amamentação, vínculo com o bebê e estado emocional da mulher, entre outros pertinentes.

O Hospital Geral é considerado um hospital-escola de abrangência regional, servindo como Hospital de referência a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de 49 municípios, levando em conta o contexto socioeconômico da cidade sede, pode haver alguma alteração de característica da população e perfil econômico em relação a outras cidades que utilizam o serviço. Os usuários do serviço de saúde recebem atendimento através do serviço de regulação de vagas, em que os municípios que pertencem à 5ª Coordenadoria Regional de Saúde solicitam e aguardam leito para a internação dos pacientes. A equipe composta por médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem do setor obstétrico do Hospital Geral pode solicitar avaliação do setor de psicologia e serviço social em casos que demandam atenção nestas áreas, ou os próprios pacientes podem manifestar interesse em receber estes atendimentos. O papel da Psicologia, neste contexto, consiste em atividades realizadas na ala da obstetrícia, referentes ao acolhimento e escuta qualificada, orientações individuais sobre os aspectos psicológicos da amamentação e sentimentos de estranhamento frente a este novo momento, além de outras demandas que surgem a partir da queixa da paciente e familiar.

No público estudado, foi realizada análise dos prontuários eletrônicos (TASY) do Serviço de Obstetrícia da instituição. Para delineamento do público-alvo deste estudo foram selecionadas variáveis para compor o estudo, do tipo: faixa etária, número de gestações, escolaridade, queixa e se havia a presença de familiar acompanhando a paciente. Considerando tratar-se de uma instituição referência para o acompanhamento de gestações de risco, houve o interesse em traçar o perfil dos usuários, acreditando-se que seria possível, então, reconhecer suas características e identificar fatores de risco no processo de gestar que poderiam ser evitados ou tratados, a fim de minimizar intercorrências.

O perfil das gestantes atendidas no serviço é de mulheres jovens, com baixa escolaridade, que não exercem atividade remunerada, primigestas, vinculadas ao Sistema Único de Saúde. Foi possível identificar aspectos que manifestam um perfil populacional de mulheres, em sua maioria primíparas, com 52% da amostra, mulheres que já tinham 1 filho somaram 21% e mulheres com 2 ou mais filhos foram 26,3%. Quanto à idade, os resultados encontrados revelaram 18% de mulheres menores de 18 anos, 40,5% entre 18 anos e 29 anos, 34% com idade de 30 a 39 anos e 7% com 40 anos ou mais, no período de 2018. Referente à raça/cor, identificou-se que 87% das mulheres internadas se consideram pardas ou negras e 13% brancas.

Dentre os casos elucidados, os principais motivos da internação no Centro Obstétrico foram: gestação de risco, ocupando 28% das queixas, 21% foram classificados como casos de intervenção do serviço de Psicologia (será mais bem esclarecido), óbito fetal ou bebê natimorto são 14% dos casos, abuso sexual foi citado em 7% dos relatos e aborto, com 5,7% dos casos. Os dados informaram motivos de permanência em internação após o parto de 6,5% de recém-nascidos por complicações e 2,7% dos casos foram relatados como necessidade de observação materno-fetal. Em 5% e 2,7% dos casos, o quadro clínico e prognóstico foram reservados ou as causas de internação não foram elucidadas. Em 1% dos prontuários, a causa informada foi toxoplasmose e 4% informaram vulnerabilidade social presente, demandando intervenção do serviço de Assistência Social.

Os motivos pelos quais a equipe solicitou atendimento para intervenção do setor de psicologia, expressos nos prontuários, são diversos, mas relacionados ao tema estudado, como: dificuldades com a amamentação, pouco vínculo com o bebê, dependência química da parturiente, situação conjugal conflituosa (baixo apoio social), violência sexual, quadros psicopatológicos pregressos de esquizofrenia, bipolaridade e depressão, além de quadro de luto por familiar. Esses motivos de consulta psicológica enquadram-se como fatores predisponentes a quadros de depressão perinatal, já que a mulher se encontra em sofrimento psíquico prévio e mais vulnerável à instalação de quadros psicopatológicos subjacentes (Arrais & Araújo, 2017; Morais *et al.*, 2015).

É consenso entre diversos autores que os atos de cuidado à criança são, ainda, culturalmente, ligados à figura materna, com as funções de prover as necessidades físicas do infante e investir afetivamente neste bebê, por meio do processo de identificação (Franco *et al.*, 2016; Maldonado, 1976; Tostes, 2012). A amamentação, além de ser um procedimento biológico de provisão de necessidades, pode ser entendida como um investimento de afeto, pois pode aprofundar o vínculo entre mãe-bebê. Observa-se, no entanto, que devido a conflitos internos ou experiências da infância, algumas mulheres podem apresentar dificuldades pessoais no processo de acolhimento e amamentação.

Já é sabido que a maternidade ultrapassa a experiência puramente orgânica e natural da experiência humana, pois opera transformações psicológicas e sociais de todas as partes envolvidas

no processo: genitores e bebê, sendo a equipe multidisciplinar parte integrante desta transição (Tostes, 2012). Outro ponto que merece destaque é a forma como a parentalidade é constituída a partir da formação de casais homoafetivos, pois os papéis heteronormativos muitas vezes são substituídos por funções que circulam em ambos os parceiros, não mais se limitando ao lugar de figura materna atrelada à mulher e provisão atrelada ao homem. As formas de concepção familiar homoafetiva também podem diferir em relação ao casal heteroafetivo; a adoção, inseminação artificial ou até mesmo o recasamento com novo parceiro podem ser desafiadores para a parentalidade e saúde mental dos cuidadores (Santos & Gomes, 2016).

Aos profissionais de saúde compete pensarem a atuação humanizada à parentalidade para além do modelo biomédico estabelecido e a atuação do psicólogo, auxiliando no trato e manejo do sofrimento das mulheres gestantes, parturientes e puérperas, proporcionando um ambiente facilitador para dissolução de fantasias e conflitos intrapessoais, bem como as dificuldades de vinculação com o bebê.

Conforme Van Niel e Payne (2020), a depressão perinatal é o resultado de uma interação complexa envolvendo genética, epigenética, o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e fatores ambientais e sociais. Os autores ressaltam que os fatores de risco para a depressão perinatal incluem: histórico de transtornos depressivos, bipolares ou de ansiedade; histórico familiar de transtornos depressivos ou transtornos perinatais; gravidez indesejada ou na adolescência; multiparidade, gravidez ou parto difícil; problemas de saúde com o bebê; falta de apoio social com baixo nível socioeconômico e dificuldades financeiras; histórico de abuso físico ou sexual; e transtorno de abuso de substâncias, entre outros. Tais fatores se alinham a alguns encontrados nos motivos de consulta psicológica, os quais apareceram nos resultados do Estudo 1 desta pesquisa.

Importante ressaltar a necessidade da realização de um trabalho de educação e orientação, com equipe multiprofissional em caráter profilático, estimulando os cuidados ministrados à criança, de forma a constituir um ambiente de tranquilidade e segurança, bem como de redução de níveis altos de ansiedades neste período de hospitalização. Tal trabalho deve contemplar o treinamento, desenvolvimento e formação continuada aos profissionais que prestam assistência, para que resultem em atendimento humanizado e práticas educativas direcionadas para identificação de sintomas e intervenções materno-neonatais assertivas. O cerne da conduta de humanização em saúde é o acolhimento e, no caso do setor de Obstetrícia, o cuidado atento às necessidades da gestante, do bebê e da família.

Outro aspecto relevante é a escolaridade das mulheres usuárias do serviço de obstetrícia da região: mais de 60,5% informaram o ensino fundamental como base educacional, 37% relataram ter o ensino médio e 1,8% informaram ter realizado ensino superior. A baixa escolaridade do grupo pesquisado pode ser um agravante para a saúde das mulheres, sendo considerado um fator de risco

para o desenvolvimento da depressão perinatal (Arrais *et al.*, 2018; Morais *et al.*, 2015; Van Niel & Payne, 2020).

Alguns estudos mostram que o acesso à educação tem fundamental importância para possibilitar a conquista de outros recursos sociais. Exemplo seria a alta escolaridade citada por Arrais *et al.* (2018) como um fator protetivo para a depressão perinatal. O nível de escolaridade é um exemplo de que as contingências sociais são importantes no entendimento de um sintoma e que oportunidades podem ser construídas a partir do acesso à educação e cultura.

Franco *et al.* (2016) abordam sobre o nível educacional da mulher que:

A escolaridade é um marcador indireto de inserção social, que interage com outros fatores de ordem sociocultural, e diversos estudos mostram que a escolaridade e o nível socioeconômico são fatores associados não apenas ao conhecimento das gestantes, mas também à maior frequência aos serviços de saúde. (p. 70)

Ainda, estudos ressaltam-se quanto às crianças que:

(...) indicam que a elevada frequência de crianças que não são levadas para acompanhamento no serviço público de puericultura pelas famílias está associada à baixa escolaridade materna e à estrutura familiar, bem como à percepção de que o acompanhamento é desnecessário na ausência de doença da criança (Vitolo, Gama & Campagnolo, 2010, p.84).

No caso das equipes multidisciplinares de Saúde da Família, é importante o trabalho de educação em saúde junto às mulheres, com comunicação adequada e que leve em consideração os aspectos psicológicos e socioculturais das usuárias e suas famílias.

No contexto da saúde, especificamente, reconhece-se a eficácia que a psicoeducação tem tido para o manejo clínico dos pacientes (Maia, Araujo & Maia, 2018). Há uma diversidade de quadros clínicos em que a psicoeducação pode ser empregada como recurso psicoterapêutico, demonstrando sua amplitude frente às demandas do sofrimento tanto físico quanto mental, cumprindo com o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Lemes e Ondere Neto (2017) estudaram as diferentes aplicações da psicoeducação e destacam um retorno positivo da intervenção psicoeducacional no âmbito da saúde coletiva, demonstrando sua boa eficácia em práticas de profilaxia, atendimento grupal e de apoio ao cuidador.

No período da gestação, a mulher tende a buscar informações relacionadas ao desenvolvimento do bebê, esse interesse pode ser favorável aos serviços de saúde, uma vez que pode acolher e criar vínculos com a mulher, oferecendo uma atenção humanizada e propiciar a aquisição de conhecimentos necessários para que ela se sinta apoiada e apta em seu protagonismo durante a gestação, parto e nos cuidados do bebê (Franco *et al.*, 2016).

Explicitar os fatores presentes no desenvolvimento de um quadro psicopatológico é importante para compreender de que forma o sofrimento de cada mulher é construído e de que forma pode ser tratado. Maldonado (1976) afirma que o ciclo gravídico-puerperal seria o ápice do desenvolvimento psicossocial feminino, no qual haverá a reestruturação de sua identidade e, ao mesmo tempo, crises decorrentes de readaptações em todos os âmbitos da vida da subjetividade feminina, inclusive uma nova definição de papéis para a mulher e para o homem. É preciso considerar a identidade da mulher, seu corpo, sexualidade, bem como períodos significativos de sua experiência, como a gestação, o parto e o puerpério.

Morais *et al.* (2015) citam a percepção de apoio social à mulher como uma fonte segura de suporte emocional, colaborando para uma evolução mais rápida do quadro emocional da mulher. Por requerer reestruturações e readaptações, com alteração e nova definição de papéis, tanto para a mulher quanto para o homem, há um aumento de questões relacionadas à sensibilidade levando a mulher a ficar mais vulnerável emocionalmente.

A análise dos prontuários identificou um alto índice de mulheres desacompanhadas (82%), 13% das mulheres estavam acompanhadas pela mãe ou outro familiar e somente 5% acompanhadas pelo parceiro. Estes dados quanto à rede de apoio social reforçam a necessidade de construção de apoio, pois a participação do pai ou de alguém como referência de vínculo emocional possibilita a percepção de suporte psicossocial, o compartilhamento da experiência subjetiva do parto e ingresso em uma nova fase de vida e, no caso da presença do parceiro, a formação do vínculo pai-bebê (Moraes *et al.*, 2006; Konradt *et al.*, 2011).

A preparação emocional da mulher e do parceiro para os aspectos evolutivos próprios da gestação tem como objetivo uma compreensão das possíveis alterações psíquicas, das fantasias e dos papéis a serem desempenhados por mãe e pai. Essas grandes mudanças levam a perdas e ganhos, o que justifica a coexistência de sentimentos ambivalentes. Estar a par do conhecimento sobre esses aspectos enriquece a atuação profissional humanizada e gera elementos para a psicoeducação da mulher e sua rede de apoio. Este cuidado não deve ser exclusivo aos profissionais diretamente ligados ao setor de obstetrícia, mas deve ser adotado por todos os profissionais da rede de saúde (Tostes, 2012).

Apesar de inúmeras ações e metas pactuadas voltadas ao acolhimento e cuidado à criança e à mulher, há a necessidade de revisões dos protocolos de assistência à gestante e à criança, bem como de atualizações para os profissionais de saúde por meio de um programa de educação continuada. Uma forma de trabalhar essa atualização do conhecimento, tanto para o paciente como para o profissional, é uma modalidade de ensino em psicologia, denominada psicoeducação. A psicoeducação utiliza uma abordagem educativa referente a temas diversos dentro do contexto da experiência humana; trabalha demandas emocionais de determinados marcos do desenvolvimento,

bem como o desenvolvimento de habilidades intrapessoais e sociais; contempla a interação com outras áreas de estudo, como a filosofia, enfermagem, nutrição, medicina, entre outras, para intervir preventivamente em quadros psicopatológicos e para promover qualidade de vida. Muitos autores destacam fortes evidências de que intervenções preventivas podem resultar na redução de riscos, bem como reforçar fatores protetivos relacionados ao início de problemas de saúde mental, sugerindo que uma abordagem eficiente está focada em grupos de risco e fatores de proteção (Lemes & Ondere Neto, 2017; Maia *et al.*, 2018; Galdino *et al.*, 2022).

A utilização de recursos psicoeducativos no contexto da saúde ajuda, não somente, o paciente envolvido, mas, também, os familiares e a equipe de saúde e gestão, alcançando um número maior de pessoas, muitas vezes não contemplados em outras formas de intervenção. A elaboração de material gráfico para auxílio do interventor, seguindo um roteiro que cumpra distintas etapas, como o embasamento teórico, levantamento de conduta-objetivo a serem alcançados, pode favorecer a compreensão do que a psicoeducação tem por objetivo. O modo como essas informações são veiculadas deve ocorrer de maneira didática, contendo linguagem adequada ao público-alvo, enfatizando que a construção destes conhecimentos deve ser coletiva, considerando o saber empírico do outro, vivência e subjetividades, o modo de compreender o mundo e de construir sua própria realidade de modo mais adaptativo (Galdino *et al.*, 2022).

A psicoeducação parental pode contribuir para o fortalecimento de vínculos nas famílias e no exercício da função de cuidado e educação na infância, pois mudanças significativas e estáveis na parentalidade podem ser resultado de treinamento de habilidades parentais. A Atenção Primária em Saúde e a Assistência Social podem se mobilizar sobre iniciativas comunitárias que favoreçam essa articulação com os usuários. Os Programas de Saúde da Família e as políticas assistenciais podem contribuir com orientação familiar em práticas educativas familiares e de puericultura. Juntamente com a psicologia, estas outras áreas podem ser fundamentais para a efetivação das Políticas Públicas voltadas à primeira infância, pois atuam na formação e fortalecimento de vínculos de todos os envolvidos, principalmente no trabalho de prevenção, promoção e proteção à criança e à mulher.

5.2 Resultados do Estudo 2

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul (CEP/ UCS), colegiado interdisciplinar e independente, foi criado para aprovar ética e cientificamente as pesquisas envolvendo seres humanos, bem como acompanhar e contribuir com o seu desenvolvimento. Como explicitado no projeto, esta pesquisa realizou dois estudos, ambos aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 6.042.525) e que possuem dados complementares para a compreensão dos processos envolvendo o processo de adoecimento no ciclo da perinatalidade. Este segundo estudo diz respeito à proposta de intervenção psicológica com a implementação de um grupo piloto de Pré-natal

Psicológico para serem trabalhados os conteúdos socioemocionais da mulher no período gravídico puerperal. Os procedimentos realizados incluem a captação das gestantes no posto de Estratégia de Saúde da Família - ESF de suas referências, uma entrevista inicial, a aplicação de um teste psicométrico e o grupo propriamente dito de Pré-natal Psicológico com cinco encontros.

Os resultados encontrados revelam parcialmente a realidade do contexto de cuidado em perinatalidade na rede de Atenção Primária em Saúde. Apesar do relato da Enfermeira responsável pela ESF quanto a haver muitas gestantes vinculadas ao serviço e ter havido ampla divulgação e convite para os encontros, houve baixa adesão e um número de amostra muito reduzido. Concomitante ao convite por parte da Enfermeira, a Pesquisadora participou das consultas de pré-natal ginecológico com a profissional de Medicina que cedeu alguns minutos da consulta para a explicação sobre a pesquisa e convite às gestantes. Neste ESF, as consultas de acompanhamento são realizadas às quintas-feiras e, por três semanas, foi realizado este acompanhamento/convite pessoalmente por parte da pesquisadora, abrangendo cerca de 20 gestantes.

O total de participantes do grupo realizado foi composto pela profissional de psicologia e pesquisadora, pela Enfermeira (ENF), pela Agente de Saúde (AGS), por três gestantes (G1, G2, G3) e pela mãe de uma das gestantes (MG2). O grupo foi composto, na maior parte dos encontros, por seis a sete pessoas, sendo destas, no máximo, três gestantes.

Inicialmente, foi realizada entrevista prévia e a aplicação do Inventário Beck de Depressão – BDI (Beck *et al.*, 1996) somente com as gestantes G1 e G2. Com uma das gestantes, G3, não houve a entrevista inicial e a aplicação do Inventário, pois ela optou em não responder, sendo que somente participou de um dos encontros por insistência da Enfermeira. Sendo assim, os resultados desta pesquisa, no que tange ao estudo 2, conta com o resultado de duas gestantes que participaram de todo o processo.

Em relação aos dados iniciais obtidos na entrevista prévia com cada uma das gestantes, é importante ressaltar que a Gestante 1 (G1) tinha, na época da entrevista, 32 anos, ensino médio completo, não estava em nenhum vínculo empregatício e morava com o pai do bebê. A gestação, segundo ela, foi planejada. A Gestante 2 (G2) comunicou a idade de 19 anos, cursando o ensino médio, nunca teve um vínculo empregatício e não morava com o pai do bebê, mas com os pais dela. Ela relata que a gestação não foi planejada, verbaliza que errou em ter realizado relações sexuais sem proteção anticoncepcional e sente que foi punida por este erro, inclusive com o descontentamento do pai da criança. Essa Gestante 2 frequentou os encontros do grupo acompanhada pela mãe (MG2), que participou ativamente das atividades e reflexões.

A seguir, apresenta-se a tabela 1, que corresponde aos aspectos emocionais identificados no Inventário Beck de Depressão - BDI, de cada uma das gestantes.

Tabela 1

Aspectos emocionais no Inventário Beck de Depressão – BDI

Fator emocional	Gestante1	Gestante2
Tristeza	0	1
Pessimismo	1	1
Fracasso passado	0	1
Perda de prazer	0	0
Sentimento de culpa	0	1
Sentimento de punição	0	1
Autoestima	0	0
Autocrítica	0	1
Pensamentos ou desejos suicidas	0	0
Choro	0	1
Agitação	0	1
Perda do interesse	0	0
Indecisão	0	1
Desvalorização	0	1
Falta de energia	1	1
Alterações no padrão de sono	1	1
Irritabilidade	1	1
Alterações de apetite	1	1
Dificuldade de concentração	1	1
Cansaço ou fadiga	1	1
Perda de interesse por sexo	0	0
Índice Total de Pontos	7	16

Legenda: 0-13 nenhuma depressão; 14-19 depressão leve; 20-28 depressão moderada; 29-63 depressão grave.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2023).

Os critérios que o teste psicométrico utiliza dizem respeito a sintomas comuns do quadro de Depressão Maior, a forma de aplicação e avaliação são relativamente simples, pontuando de 0 a 3 cada questão. O somatório total das questões apresenta um gabarito que classifica os resultados em depressão ausente, depressão leve, depressão moderada ou depressão grave.

A participante G1 manifestou elementos de pessimismo, falta de energia, alterações de sono e apetite, dificuldades de concentração e cansaço ou fadiga. Alinhando o resultado do inventário com a entrevista prévia e o estado mental durante os encontros, é possível compreender que esses aspectos, identificados no teste, dizem respeito ao período gestacional avançado em que o desconforto físico começa a aparecer, dificultando o sono e a alimentação, além do cansaço próprio das últimas semanas. No segundo encontro ela relatou alteração nos níveis glicêmicos e Diabetes Gestacional, o que gerou medo e preocupação quanto à saúde do bebê e a prescrição de idas diárias ao ESF para monitoramento do quadro.

Ela declarou que apesar de “gostar muito de doces” (sic), passou a se privar, para garantir saúde a ela e ao bebê. Em relação à aplicação do Inventário de Depressão Beck – BDI (Beck *et al.*, 1996), não houve dificuldades na realização e o escore de pontos atingidos no teste psicométrico não

sugere que ela esteja em um quadro de adoecimento psíquico, apresentando apenas as alterações que podem ser consideradas normativas deste período.

A participante G2 respondeu o teste psicométrico evidenciando desconforto em muitos itens, como: tristeza, pessimismo, fracasso passado, sentimento de culpa, sentimento de punição, autocrítica, choro, agitação, indecisão, desvalorização, falta de energia, alterações no padrão de sono, irritabilidade, alterações de apetite, dificuldade de concentração e cansaço ou fadiga. Ela fez algumas perguntas durante a autoaplicação para se certificar de que teria entendido os enunciados. A análise do contexto sócio emocional da participante G2 inclui uma gravidez não planejada, estando ainda matriculada no ensino médio e com a incerteza sobre a manutenção do namoro. Apesar disso, durante os encontros, ela revela gostar de sua autoimagem, achando-se bonita no corpo de gestante e recebendo o carinho de muitas pessoas, inclusive no fortalecimento do vínculo com a mãe. Assim possui uma percepção de esperança de coisas boas com o exercício da maternidade. O escore do Inventário de Depressão Beck – BDI (Beck *et al.*, 1996) foi de 16 pontos, revelando Depressão leve, o que foi notificado à gestante e ofertado atendimento psicológico. Na realização da entrevista devolutiva, em que foi comunicado o resultado do teste e sugerido atendimento psicológico, a participante demonstra surpresa com o resultado e diz que apesar disso, “sentia-se bem”, achando que não precisava de atendimento psicológico. Ao explicar que os “sentimentos de tristeza, de culpa e, até mesmo, de decepção com o namorado poderiam ter influenciado neste resultado, e que não é um resultado alarmante, mas que é preciso ficar atenta para não piorar e, daqui a pouco, ela passar a se sentir mais deprimida e prejudicar ela e o bebê” (fala do profissional), ela diz que irá conversar com sua mãe e que, se precisar, ela procura ou avisa a enfermeira (até o momento não houve procura).

Conforme explicitado no método, os dados obtidos através desta pesquisa serão tratados a partir de uma Análise de Conteúdo de Bardin (2011). A partir das verbalizações das gestantes, da mãe de uma gestante e das participações da equipe (Enfermeira e Agente de Saúde), foi possível evidenciar alguns temas que surgem com mais frequência, que estão relacionados às contribuições que cada participante teve nos diversos encontros do grupo. São percepções pessoais que manifestam conteúdos psíquicos e podem auxiliar na compreensão dos fenômenos intrapsíquicos vivenciados por cada participante. O conteúdo das verbalizações foi dividido em seis categorias para serem analisados a partir dos construtos teóricos relacionados ao tema.

As categorias foram denominadas da seguinte forma: Dúvidas e medos; Apoio e família; Expectativas positivas; Dificuldades e superação; Sentimentos/preocupações no momento; Percepções da atividade realizada. As categorias serão discutidas após a apresentação da tabela de verbalizações a seguir (tabela 2).

Tabela 2

Categorias de análise e suas respectivas verbalizações

Categorias	Verbalizações
A - Dúvidas e medos	<p>1 - Ela disse que queria participar do grupo por “ser mãe de primeira viagem” (sic) e que tem algumas dúvidas e medos, sobretudo em relação ao parto, a maternidade e os médicos (G1).</p> <p>2 - Relata ter sentido muito medo de contar aos pais e pensou no futuro com medo, pois não sabe se o namorado vai ser um bom pai (G2).</p> <p>3 - Relata que também sentiu muito medo quando estava grávida, pois não sabia como seria na sala de parto, se ficaria sozinha com as enfermeiras, ela ainda não era enfermeira e tinha muito medo de ser maltratada, mas que foi muito bem tratada e teve um bom parto (ENF).</p>
B - Apoio e Família	<p>4 - Falou que se sente muito apoiada pela família de origem, pois sua mãe e suas irmãs estavam esperando que ela engravidasse há muito tempo (G1).</p> <p>5 - No primeiro casamento ela não sentia que aquela pessoa era madura suficiente para ser pai, essa pessoa que ela estava agora era mais velha, já tinha um filho de outro relacionamento e era maduro, carinhoso e responsável, então ela decidiu que seria hora de engravidar (G1).</p> <p>6 - Porque no tempo dela não tinha informação de nada, nem os médicos conversavam direito com as mulheres, mas agora é muito diferente, que as enfermeiras ligam em casa, as agentes de saúde vão na casa das pessoas e se preocupam e querem ajudar (MG2).</p> <p>7 - Quando ela teve os filhos, suas irmãs ajudavam no cuidado da casa e do bebê e que ela se sentiu muito tranquila para ser mãe. Ela espera que sua filha também aceite com tranquilidade, sabendo que não está sozinha e que esse bebê será muito amado, ela reforça para a filha que mesmo que tenha vindo de surpresa, essa criança é uma benção e que não vai faltar nada para ela (gestante), nem para o bebê (MG2).</p> <p>8 - Relata que está em sua 8ª gestação, que é o primeiro filho com esse atual marido, que ele é um homem bom e que os outros filhos são cuidados pela sua irmã (G3).</p> <p>9 - Disse que ninguém avisa a gente como vai ser e que ela sente a mesma coisa, que mesmo que ela tivesse ajuda, ela se sentia sozinha e que foi muito difícil pra ela “voltar ao normal” (sic). Hoje ela se sente bem, mas quando vê uma gestante, ela sente uma vontade de abraçar e de cuidar dela (ENF).</p> <p>10 - Diz que é esse o motivo de elas estarem no curso, pra criarem vínculo com o ESF e pra que elas (gestantes) saibam que podem contar com elas (ENF).</p> <p>11 - Dizendo que não vê a hora de conhecer os bebezinhos das gestantes presentes e que depois do parto vai visitá-las (AGS).</p>
C - Expectativas Positivas	<p>12 - Mostra um desenho de um bebê, ela diz que sonha com o bebê, mas não consegue ver seu rosto, essa é sua maior ansiedade, mas que no sonho é um bebê tranquilo, que ela aconchega nos braços (G1).</p> <p>13 - Pensa no bebê como alguém que vai ter uma amizade pra vida toda (G2).</p> <p>14 - Falou que passado o susto da notícia, ela pensa que uma criança sempre será uma boa notícia, pois traz alegria pra uma família, então ela tem sentimentos bons em relação à gestação da filha (MG2).</p> <p>15 - Desenha um bebê no berço e um coração em volta, ela diz que “ser avó é ser mãe duas vezes” (sic) e que ela não vê a hora de sentir o cheirinho do bebê, ser avó é ser mãe duas vezes (MG2).</p>

D - Dificuldades e Superação	<p>16 - Diz que é uma pessoa tranquila, por isso pensa que o bebê vai ser tranquilo, mas que ela sabe que vai ter momentos em que o bebê vai chorar, ela acha que o marido dela “vai ficar mais nervoso que ela, pois ele quer resolver as coisas tudo na hora, e tem coisas que não é assim, vai tentar passar o jeito dela de ser para o bebê, pra que ele seja calmo como ela” (sic) (G1).</p> <p>17 - Diz que ela sabe que virão mudanças “não tão boas” depois do parto, mas que ela vai estar com seu bebê nos braços e é isso que vale a pena (G1).</p> <p>18 - Relata que, antigamente, quando uma mulher adoecia depois de ganhar bebê, as pessoas chamavam de louca, todos olhavam com preconceito, hoje ela já viu várias artistas falarem sobre isso e que fizeram tratamento, mas que nem todo mundo teve essa sorte, os filhos eram até tirados das mães (MG2).</p> <p>19 - Diz que vai haver muitos momentos assim e que “é preciso manter a calma, se fizer tudo o que precisa e o bebê continuar chorando, tem que ver se não é dor, dar um chazinho e deixar passar, pois se a mãe estiver nervosa, vai passar pro bebê” (sic) (MG2).</p> <p>20 - Diz que o corpo dela nunca mais voltou, mas que se “conformou” (MG2).</p> <p>21 - Teve depressão pós-parto e crises de pânico, ficou enclausurada por meses depois que sua filha nasceu, que não conseguia sair de casa, pois tinha muito medo de não saber o que fazer se o bebê chorasse e ela não estivesse acompanhada. Ela relatou que teve a ajuda de sua irmã, que a ensinou como lidar com um bebê, que ia na sua casa todos os dias para ajudar a fazer o serviço de casa e tomar chimarrão, e isso a ajudou muito (ENF).</p> <p>22 - É uma pena que a medicina não chegava a essas pessoas, que por ignorância as pessoas que estavam doentes ficavam mais doentes ainda (ENF refletindo sobre a falta de informação de antigamente).</p> <p>23 - Relata que tem 6 filhos e o último filho é autista, que foi um desafio pra ela, porque ela não é de achar nada difícil, mas lidar com o preconceito das pessoas é uma coisa muito difícil pra ela. Ela afirmou que, apesar de tudo, ela ama a maternidade e que acha que Deus deu uma missão pra ela e que até aqui ela tinha forças para cumprir sua missão (AGS).</p>
E - Sentimentos/ preocupações no momento	<p>24 - Diz que os níveis de glicose no sangue estão aumentados, estando com pré-diabetes, o que exige que ela vá ao ESF todos os dias para medir a glicose. Ela disse que está mais atenta à alimentação, pois estava “cedendo a todos os desejos, principalmente os doces” (sic) (G1).</p> <p>25 - Diz que passou bem a semana e que também abusa da comida, comendo tudo que tem vontade, “aproveitando” que está grávida, “porque depois, não sabe como vai ser” (sic) (G2).</p> <p>26 - Desenha a silhueta de uma mulher grávida, com formas delicadas e com a letra de uma música romântica ao lado. Ela disse que se sente bonita quando se olha no espelho e pensa no bebê como alguém que vai ter uma amizade pra vida toda (G2).</p>
F - Percepções da atividade realizada	<p>31 - Dizendo que fica feliz em ouvir que as gestantes sentem essa confiança nela e no ESF, pois esse é o objetivo dela enquanto pessoa e profissional, e que ela sabe que o grupo ajudou nesse sentido. Ela agradece a mim, por tê-la procurado e pelas trocas que realizamos, no sentido de aprender uma com a outra. Ela diz que aprendeu muito comigo e que gostou do jeito que eu explico as coisas, de um jeito simples, que faz as pessoas entenderem, mesmo sendo um assunto muito sério, porque ela mesma já passou por isso (ENF).</p>

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa (2023).

5.2.1 Categoria A - Dúvidas e medos

Em relação a essa categoria, cada mulher pode perceber o período gravídico puerperal a partir de diferentes perspectivas, sendo que o contexto sociocultural, grau de escolaridade, valores familiares e a própria subjetividade podem influenciar o modo como se dará a interpretação deste momento de vida (Tostes, 2012). As mulheres trazem crenças e idealizações sobre como esse período se desenvolverá, podendo ser repleto de expectativas positivas e idealizadas ou expectativas pessimistas e com tons de medo e desespero, de acordo com as características da personalidade de cada indivíduo. As respostas de estresse físico e emocional, geradas a partir destes medos, podem aumentar as chances de a mulher desenvolver depressão na maternidade. Airosa e Silva (2013) identificaram uma correlação entre depressão e estresse, considerando fatores que não podem ser ignorados, a fim de aumentar a qualidade dos vínculos na perinatalidade.

Arrais *et al.*, (2018) perceberam temas comuns que surgem a partir das verbalizações das gestantes que participaram de um grupo de Pré-natal Psicológico em suas práticas clínicas, tais como dúvidas sobre o próprio desempenho como mães, se conseguiriam cumprir a função materna, medos relacionados a intercorrências na gestação ou no parto, medos em relação ao suporte familiar (apoio do companheiro) e violência obstétrica (se seriam respeitadas e acolhidas no momento de dor).

Esses são temas que também perpassaram os encontros do grupo proposto por este estudo e que foram debatidos entre as gestantes, a mãe de uma das gestantes, a Psicóloga e a Enfermeira. Esses questionamentos em relação ao parto (contrações, tipos de parto, anestésias, local onde será realizado, equipe e cuidados), como, também, tempo de recuperação, intercorrências e assistência ao bebê são inerentes ao processo de gestar e parir. As verbalizações 1 e 2, respectivamente de G1 e G2, por exemplo, demonstram o mal-estar em não saber como são os procedimentos e manejos necessários a cada situação.

Muitas dúvidas de caráter fisiológico são trabalhadas durante as consultas de pré-natal ginecológico, momento este em que os profissionais de enfermagem e medicina avaliam, monitoram e orientam sobre as modificações do período e realizam as intervenções necessárias em caso de alterações. Por esta razão, os temas discutidos no grupo de Pré-natal psicológico precisam ser consoantes ao interesse e necessidade do grupo e, obviamente, pertinentes ao objetivo proposto, sendo um deles relacionado à prevenção/diminuição de sintomas depressivos (Arrais *et al.*, 2018).

O espaço de escuta promovido pelo grupo de Pré-natal psicológico deste estudo pôde auxiliar na discussão de temas que podem ser do imaginário social e da representação de cada gestante sobre a maternidade, carregados tanto de elementos mágicos e idealizados como de elementos de desesperança e pessimismo. Em quase todos os encontros foram relatados conteúdos que denotavam dúvidas e medos, mas no terceiro encontro foi o momento em que foram explorados com mais intensidade. O psicólogo pôde intervir como mediador entre as idealizações e as possibilidades (o que

é possível e real dentro de nossas limitações e do complexo processo de aprendizagem que a maternidade gera), estimulando uma reflexão e uma construção mais voltada à realidade.

Acredita-se que essa experiência grupal pode ser considerada importante diante das reflexões geradas entre as gestantes, rede de apoio, profissionais e pesquisadora. Além do esclarecimento de dúvidas, pode-se dizer que houve construção de novas subjetividades. Compartilhar experiências, aprendizados e reorganização identitária são processos vividos a partir de interações significativas.

A interação grupal com outras gestantes pode oportunizar o compartilhamento de dúvidas, sentimentos, sensações e emoções, pois ao trabalhar de forma empática os conteúdos que manifestam os medos e angústias dos participantes, o grupo de Pré-natal psicológico assume um caráter psicoterapêutico, psicoeducativo e psicoprofilático (Arrais *et al.*, 2018).

5.2.2 Categoria B - Apoio e família

No que diz respeito à segunda categoria, a forma de vivenciar a maternidade é grandemente influenciada por inúmeros fatores internos e externos à realidade da mulher. O contexto socioeconômico, a cultura na qual está inserida, as pessoas que fazem parte de sua realidade e as percepções acerca dos vínculos interpessoais são fatores que podem contribuir ou prejudicar o exercício de maternar. Sua estrutura emocional, personalidade, conjuntos de experiências e crenças acerca do que é ser mulher e mãe também terão relevância em sua forma de se relacionar com sua criança. A desmistificação da mãe perfeita e de um único modo de ser mãe desabona a mulher de sua subjetividade, a desautorizando a construir junto à sua família a identidade daquele novo núcleo familiar.

Ao psicoeducar a gestante na construção de uma rede de apoio para lidar com as demandas do período presente e futuro, estimula-se a participação da família nuclear e ampliada para participar deste evento transgeracional. As falas 4 e 5 (tabela 2) da G1 demonstram o envolvimento familiar visto a partir da sua perspectiva, já as falas 6 e 7, da mãe da Gestante 2 (MG2), confirmam o interesse da geração anterior em fazer parte deste momento na vida da filha e neto. Conforme Tostes (2012), a participação das famílias e amigos fortalece o senso de pertencimento de cada membro da rede e traz mais segurança para a mulher e o bebê em um momento de vulnerabilidade psíquica.

Muitos pesquisadores apontam a construção da rede de apoio como sendo de fundamental importância para a saúde da mulher. Konradt *et al.* (2011) analisaram 1.019 mulheres que realizavam consultas do pré-natal ginecológico na rede pública de saúde de uma cidade do estado do Rio Grande do Sul, foi possível ter contato no período pré e pós-parto e constatou-se que a percepção das mulheres em relação ao suporte social que possuíam foi importante para o desenvolvimento de depressão pós-parto. Os autores relatam que as mulheres que se sentiam amparadas por seus companheiros ou familiares próximos tiveram menor incidência de sintomas depressivos. A coparentalidade também

foi tema de estudo para Frizzo *et al.* (2019), sendo que foi constatado que a cooperação nas atividades de cuidado com o bebê aumentava a percepção positiva da mulher em relação ao companheiro e essa mutualidade na divisão do trabalho parental foi considerada fator protetivo contra a depressão pós-parto.

Nas pesquisas de Airosa e Silva (2013) também é possível relacionar sintomas depressivos na maternidade com o baixo suporte social ou com a insatisfação em relação a este suporte: “Quanto maior a satisfação com a família, amigos, intimidade e atividades sociais, menor serão os sintomas de ansiedade, depressão e estresse presente nestas mulheres” (p.11). Desta forma, considera-se que quanto maior o envolvimento de pessoas que integrem o entorno social da mulher, menores são as chances de adoecimento psíquico. O exemplo da presença da Mãe da Gestante G2 nos encontros, bem como as verbalizações acerca da percepção da participante G2 acerca do apoio sócio emocional por parte da mãe, contribuíram para que ela tivesse maior segurança em relação ao futuro.

5.2.3 Categoria C - Expectativas positivas

A notícia de uma gravidez gera ambivalência de sentimentos, pois embora saiba-se que algo novo está por vir, esse novo pode desequilibrar a situação atual (Tostes, 2012). Embora tenha se apresentado no grupo falas sobre as preocupações futuras, identificou-se expectativas positivas e sentimentos bons em relação ao futuro, em relação ao manejo com o bebê e a qualidade da interação entre mãe-bebê e familiares. A narrativa 12 verbalizada pela G1 (tabela 2) evidencia isto, pois a gestante consegue imaginar um futuro em que ela está confortável com seu bebê. Mesmo em situação na qual a gestação não fora planejada, havia uma expectativa de vínculo salutar com o bebê (G2 pensa no bebê como alguém que vai ter uma amizade pra vida toda, contida na narrativa número 13 da tabela 2; uma percepção de segurança em relação a se sentir cuidada e amparada pela rede de apoio e vínculos sendo fortalecidos através das atividades do grupo (verbalização de número 14 e 15 (MG2)).

Piccinini *et al.* (2009) também enfatizam que mulheres deprimidas se sentem menos competentes em relação aos cuidados e manutenção da vida do bebê. Sintomas de menos valia, incapacidade e apatia podem se relacionar a esta percepção. As falas das participantes G1 e G2 contidas nas narrativas 12 e 13 revelaram expectativas positivas relacionadas ao sucesso nos cuidados com o bebê e sentimentos de adequação quanto ao papel de mãe. A manifestação desses sentimentos em relação ao vínculo com o bebê e uma positiva autopercepção são aspectos salutar no desenvolvimento da parentalidade (Arrais *et al.*, 2018). Quando a mulher, mesmo com dúvidas e medos, consegue se autoavaliar como uma “mulher e mãe possivelmente funcional”, há um bom indicativo de saúde emocional (Airosa & Silva, 2013; Tostes, 2012).

5.2.4 Categoria D - Dificuldades e superação

Em relação a essa categoria, foram abordadas as mudanças decorrentes da nova rotina, como atividades de cuidado com o bebê, a dinâmica de recuperação do corpo após o parto (dores, mobilidade, edemas, sangramento etc.), lactação e aprendizado de outras formas de alimentação do bebê, desregulação do ciclo circadiano e outras demandas e intercorrências que geram gasto de energia e preocupações quanto aos procedimentos corretos e desfechos futuros (falas 19, 20 e 23). Tais mudanças são comuns ao período gestacional, do parto e puerpério, entretanto, a vivência desses processos pode ser crítica e desafiadora para a mulher e a ambivalência quanto aos sentimentos que envolvem este período podem fazer parte do processo de adaptação a este novo momento (Tostes, 2012).

As alterações normativas deste ciclo de desenvolvimento de vida são passíveis de adaptação, no entanto, a carência de informações sobre as diversas dimensões da maternidade, os desafios e todos os seus “dissabores” podem ser, tanto para a mulher como para sua rede de apoio, desencadeantes de estresse e, portanto, um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos (Airosa & Silva, 2013). O relato contido nas narrativas 18, 21, 22 e 23 (citados por MG2, ENF e AGS) exemplificam muito bem estas dinâmicas. Infelizmente essas participantes vivenciaram situações nas quais os desafios da maternidade levaram ao adoecimento materno. É possível perceber no discurso das participantes que a desinformação e desconhecimento de todas as dimensões da maternidade, assim como a falta de apoio social (como na situação em que AGS, no relato 23, precisou lidar com o preconceito em ter um filho com espectro autista) não são exclusivas do momento presente, a maneira como a comunicação das dificuldades relativas a este tema é encoberta ou negligenciada geram desconforto e insegurança às mulheres.

É notadamente comum que no período do ciclo gravídico-puerperal surjam inseguranças quanto ao desempenho das tarefas da maternidade, pois são exigidos procedimentos nunca realizados anteriormente, gerando questionamentos sobre a própria competência como mãe (Airosa & Silva, 2013; Tostes, 2012). Desta forma, pode-se considerar que esses encontros oportunizaram a superação dos próprios medos e impasses relativos à percepção das próprias competências como futuras mães. Nos encontros realizados pôde-se perceber que ao formular resoluções para os desafios que surgem (como os referidos pelas participantes G1 (relatos 16 e 17) e MG2 (relato 19), além de estimular o funcionamento cognitivo, as participantes seguem desenvolvendo ferramentas socioeducativas e emocionais para seu repertório comportamental e aumentando seu senso de autoconfiança e superando as próprias dificuldades.

5.2.5 Categoria E - Sentimentos/preocupações no momento

Quanto a essa categoria, importante ressaltar que Piccinini *et al.* (2009) buscaram entender as representações (interpretações subjetivas) que as mulheres possuem em relação à maternidade. Os autores identificaram algumas preocupações que aumentam a angústia da mulher em relação ao cuidado com o bebê.

Nestes encontros, dentre as principais falas, se sobressaem o medo de alguma doença, má-formação ou problema com o bebê, como evidenciado no relato 24 da participante G1. Em relação a esse aspecto, os autores enfatizam que, embora essas preocupações sejam inerentes à maioria das mulheres, nos casos em que há sintomatologia depressiva, esses medos e preocupações aparecem agravados.

Piccinini *et al.* (2009) designam o apoio familiar como matriz de apoio e, em sua pesquisa, identificaram que havia sentimentos de ambivalência em relação ao apoio recebido pelos familiares. Ao mesmo tempo em que as mulheres da pesquisa acima citada se sentiam apoiadas, também referiam sobrecarga em relação às inúmeras tarefas, que nem sempre eram realizadas pelos companheiros, o estilo parental ou características de personalidade do familiar também foram tema de desgosto das mulheres que estavam recebendo ajuda. Os autores enfatizam a necessidade de um “realinhamento psíquico”, termo que utiliza para se referir às adaptações identitárias e de relacionamento com os membros da rede de apoio. Eles exemplificam as modificações no relacionamento conjugal decorrentes dos cuidados com o bebê e, também, as dinâmicas entre a puérpera com sua mãe, que sofrerá alterações e diferentes manejos em uma mesma situação de cuidado com o bebê.

Também nesses encontros com as gestantes houve questionamentos sobre o local em que seria realizado o parto, se os profissionais “eram legais” (sic), em que momento e circunstâncias se deve dirigir para lá (contrações, sangramentos, baixo movimento fetal etc.). Os relatos 1 e 3 das participantes G1 e ENF, respectivamente, denotam preocupações como se ficariam sozinhas na sala de parto ou poderiam ficar acompanhadas de alguém de sua confiança. Percebe-se que há um desconhecimento dos direitos da mulher na assistência ao parto. Alguns questionamentos sobre a amamentação e o medo de não conseguir realizá-la, sendo essa uma questão que pode ser bem desenvolvida com apoio interdisciplinar com a enfermagem, que ensina a pega do peito e técnicas que estimulam a descida do leite, bem como os cuidados com o seio.

Para os profissionais que trabalham com este tema, pode ser tão frequente que, sem ter intenção, podem deixar de interpretar aquilo como sendo uma preocupação real e digna de orientação empática. Por isso, cada vez mais exige-se, nos serviços de saúde, a humanização nos processos de trabalho com pessoas, isso inclui a gestante e seus familiares, como todos os trabalhadores envolvidos no processo de assistência ao parto.

5.2.6 Categoria F - Percepções da atividade realizada

No que diz respeito a essa última categoria, considera-se fundamental enfatizar que, na maioria dos serviços de saúde de Atenção Primária, os grupos de gestante estão focados nos aspectos fisiológicos do período gravídico-puerperal, como o desenvolvimento do feto, data possível para o parto, tipos de parto a ser realizado, orientações quanto à intercorrências e conduta a ser adotada. Após o parto, são tratados assuntos referentes aos cuidados com o recém-nascido (puericultura), amamentação/lactação e calendário vacinal. A dimensão psicológica, os estados emocionais e os sinais de adoecimento mental da mulher são pouco ou nada elucidados, permanecendo a ignorância em relação a este importante aspecto.

O atendimento preventivo, que é o objetivo do pré-natal psicológico, também colabora para uma maior humanização do período gravídico-puerperal, pois aproxima os serviços de saúde à gestante e família, fortalece vínculos e auxilia na psicoeducação dos processos que serão vivenciados (Arrais *et al.*, 2018), inclusive servindo para informar sobre os direitos da mulher na assistência ao parto. A verbalização 27, da participante G1, exemplifica este apoio percebido e confirma o potencial preventivo desta ação. O grupo de pré-natal psicológico, realizado através desta pesquisa, serviu para aliviar angústias sobre o apoio familiar e desmistificar alguns elementos sobre o momento materno, construindo percepções sobre as dificuldades presentes em cada processo da perinatalidade, como as mudanças biológicas, o parto e intercorrências, a amamentação e seus desafios e, também, a necessidade de construir uma rede de apoio e saber pedir ajuda.

O fortalecimento do suporte social foi percebido pelas participantes tanto no sentido da construção da rede de apoio como da percepção pessoal do envolvimento relacional, conforme verbalizações 29 (MG2), 30 e 31 (ENF). No relato de número 28, por parte da gestante participante G2, ela diz que o grupo serviu para aproximar a relação entre ela e a mãe, diminuindo o sentimento de solidão. Arrais *et al.*, (2018) apresentam como fator protetivo uma relação saudável e satisfatória com a mãe. Konradt *et al.* (2011), em sua pesquisa, também confirmam uma menor prevalência de depressão pós-parto a partir da intervenção precoce focada na construção da rede de apoio, aumentando a percepção de vínculo da gestante com familiares e a rede de saúde.

Portanto, o grupo de pré-natal psicológico em complementaridade com o pré-natal ginecológico pode conscientizar a gestante e sua família sobre os aspectos emocionais que surgem com a gravidez e o puerpério, estimular a participação da família no pré-natal e pós-parto e preparar a gestante/família para vivenciar o todo deste período perinatal com mais qualidade. A Psicologia, enquanto ciência que auxilia o ser humano em seus processos intrapsíquicos, pode trabalhar com o paciente (no caso a mulher e familiares) a construção de uma maternidade e parentalidade saudável e funcional, orientando na apreensão das informações necessárias a este período e na condução terapêutica adequada em quadros psicopatológicos que podem se apresentar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das razões que motivou a realização deste trabalho foi a possibilidade de intervir no processo de adoecimento da mulher no ciclo gravídico-puerperal, principalmente pela informação de constatação dos altos índices de adoecimento de mulheres no período perinatal. Este período corresponde ao momento da gestação até o período pós-parto. A depressão pós-parto (periparto ou perinatal) pode ocorrer 1 mês antes do parto ou até 4 semanas após o parto, denotando que a mulher precisa de atenção mesmo após o fim da gestação, conforme DSM-V (APA, 2014). Alguns autores defendem o início tardio, no período de até 1 ano após o parto (Arrais *et al.*, 2018).

A sintomatologia depressiva na perinatalidade apresenta resultados que variam entre 30% e 40%, apontando o Brasil como um país com prevalência acima da média (Lobato *et al.*, 2011). A cronicidade de quadros patológicos devido ao agravamento destes sintomas uma vez negligenciados, pode se manifestar através de sintomas somáticos, sentimento de culpa, pensamentos intrusivos, sentimentos de menos valia e incapacidade, impulsos auto/hetero agressivos e retraimento social são alguns dos sintomas que causam grandes agravos para a saúde da mulher, do bebê e familiares.

Outra infeliz constatação diz respeito à assistência dirigida à mulher na Rede de Atenção Primária em Saúde, pois ainda que algumas unidades de saúde realizem grupos de gestantes para o cuidado pré-natal, não há, na maioria dos serviços, um trabalho preventivo a respeito da depressão pós-parto. Há, por parte da maioria dos profissionais de saúde, um limitado conhecimento para a identificação dos sintomas que a mulher exhibe em situação depressiva após o parto, ou seja, também se percebe a dificuldade dos profissionais de saúde na detecção e condução de tratamento em depressão pós-parto (Falcone *et al.*, 2005; Meira *et al.*, 2015).

Uma análise entre o que foi proposto no projeto e os resultados obtidos compreende que o trabalho de assistência à saúde de mulheres no período perinatal pela Rede de Atenção Primária está aquém das orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde (2007). Os profissionais carecem de treinamento a respeito dos sintomas do adoecimento perinatal, além da consciência de humanização nos procedimentos e cuidados com a mulher. Há de ser considerado que esta intervenção só será possível mediante trabalho interdisciplinar entre as áreas da saúde, como, também, da área de assistência social. É preciso que a Rede de Saúde esteja atenta e promova a psicoeducação de quadros psicopatológicos não só às mulheres e famílias, mas também à equipe de profissionais da saúde, para que quando houver um sinal de risco, a gestante, juntamente com sua rede de apoio, seja amparada (Baratieri *et al.*, 2020; Gonçalves *et al.*, 2018).

Pode-se dizer que a metodologia utilizada supriu os objetivos traçados para este trabalho, pois um dos procedimentos utilizados foi a implementação do pré-natal psicológico na Rede de Atenção Primária de Saúde. Este programa já é citado como um fator de proteção que pode minimizar a

incidência de quadro psicopatológico na saúde da mulher, pois se qualifica como um instrumento que contribui para a intervenção precoce entre as gestantes, visando a redução de sintomas depressivos (Arrais *et al.*, 2014).

Apesar da pequena amostra, identificou-se resultados satisfatórios em relação aos objetivos propostos, pois considera-se que o grupo de Pré-natal Psicológico teve efeitos positivos e benéficos às participantes. O pré-natal psicológico é atualmente considerado um método preventivo de adoecimento psíquico em todo o período perinatal, com caráter psicoterápico e psicoeducativo, pois se constitui em um espaço de acolhimento e escuta de angústias, fomenta a construção de vínculos saudáveis e conscientiza os participantes sobre os aspectos emocionais que surgem no ciclo gravídico-puerperal, auxiliando os participantes a desenvolverem estratégias de enfrentamento diante das demandas que aparecem (Arrais *et al.*, 2014).

Apesar de se constituir como um instrumento importante para prevenção de depressão puerperal, esta pesquisa apresentou limitações. As dificuldades que apareceram dizem respeito à captação das participantes, pois mesmo com a divulgação prévia de duas semanas, assim como nas redes sociais e lista de transmissão do número de contato telefônico das usuárias do serviço de saúde, além da participação da pesquisadora nas consultas de pré-natal ginecológico, foi observada baixa adesão ao grupo de pré-natal psicológico por parte das gestantes. A profissional responsável técnica pelo posto de ESF relatou que dois meses antes tentou implementar um grupo com a temática da amamentação e teve insucesso, pois, segundo ela, a maioria dos usuários daquela e de outras regiões da cidade onde ela já trabalhou não se interessou em ações como esta. Da mesma forma, os profissionais de medicina que realizam o acompanhamento pré-natal ginecológico relatam que algumas gestantes, principalmente as pacientes multíparas, passam a frequentar as consultas somente nas últimas semanas da gestação, para saber sobre a data e tipo de parto previstos.

O reduzido número de participantes também reduz a qualidade da amostra populacional que poderia ser identificada como beneficiária de programas de atenção voltados à saúde da mulher. Esses dados também podem revelar uma certa vulnerabilidade sócio emocional em que as mulheres se encontram, pois carecem de maiores informações e interesses no autocuidado. Certamente este baixo comprometimento com a saúde gestacional física e mental, bem como a busca baseada em questões específicas (como o tipo de parto e data) refletem a desinformação acerca dos benefícios que um acompanhamento integral à saúde da mulher e da criança podem agregar à qualidade de vida de ambos.

Uma alternativa para elevar o alcance do pré-natal psicológico às mulheres poderia ser a integração ao pré-natal ginecológico, com um viés interdisciplinar entre medicina e psicologia, fomentando o cuidado biopsicossocial na saúde materna. O Ministério da Saúde (2007) preconiza o atendimento em pré-natal ginecológico como tendo, no mínimo, 6 consultas, sendo ao menos uma

consulta no primeiro trimestre da gestação, duas consultas no segundo trimestre de gestação e três consultas no terceiro trimestre da gestação. Mesmo após o parto, nas consultas obstétricas, é possível ainda investigar os aspectos socioemocionais da mulher e buscar dirimir angústias e sofrimento psíquico.

Um olhar atento ao estado emocional da mulher e não somente aos aspectos fisiológicos da recuperação do corpo pós-parto pode auxiliar a identificação de sintomas depressivos de início tardio (alguns autores defendem que a depressão pós-parto pode se desenvolver até um ano após o parto) (Arrais *et al.*, 2018). Neste sentido, ainda existem lacunas a serem preenchidas, como um acompanhamento pós-parto das mulheres atendidas. As consultas em puericultura com o infante podem ser outra oportunidade de o profissional em saúde avaliar o vínculo da mãe com o bebê e rastrear elementos fora de termo para a saúde emocional da mulher. Desta forma, como o médico pediatra estará mais próximo da mulher e do bebê após terminadas as consultas da mulher com o médico ginecologista ou clínico geral, ele tem a oportunidade de avaliar o estado emocional e a qualidade da relação mãe-bebê e verificar se há uma rede de apoio efetiva para estes usuários. Neste sentido, o Programa de Estratégia de Saúde da Família, ESF, tem vantagem sobre outros tipos de assistência, pois pode ir ao encontro da família e ter acesso direto ao seu entorno social, rede de apoio e situações de vulnerabilidade.

Quanto aos profissionais de psicologia clínica responsáveis pela assistência materno-infantil, cabe a contínua educação em saúde, bem como criação de oitivas que considerem buscar áreas de interesse deste público a fim de aumentar a adesão a projetos e práticas em psicoprofilaxia. O conhecimento dos fatores de risco e de proteção permite maior participação na construção de políticas públicas para o planejamento e execução de ações preventivas e a ampliação em pesquisas pode contribuir para o entendimento das necessidades deste público neste período, bem como criar interesse para que a apropriação de conhecimento e a oferta de serviços de qualidade sejam a prioridade nas buscas por uma saúde integral melhorada.

Portanto, o olhar clínico precisa ser apurado e, também, estimulado entre todos os profissionais que trabalham com saúde da mulher, a fim de que tenham subsídios suficientes para discernir o saudável do patológico e realizar os encaminhamentos necessários, trabalhando em equipe para que todas as demandas sejam atendidas. A utilização de instrumentos diagnósticos voltados à cada especialidade (psicologia, medicina, enfermagem, assistência social) pode auxiliar o profissional no acolhimento à demanda apresentada na construção de um plano de tratamento eficaz e na direção de um prognóstico mais assertivo.

REFERÊNCIAS

- Airosa, S., & Silva, I. (2013). Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, estresse e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 64-77.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. (5ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Arrais, A. R., Mourão, M. A., Fragalle, B. (2014). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde Sociedade*, 23(1), 251-264.
- Arrais, A. da R., Araujo, T. C. C. F. de, & Schiavo, R. A. (2018). Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(4), 711-729.
- Arrais, A. da R., & Araujo, T. C. C. F. de. (2017). Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(3), 828-845.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais -DSM-5*. (5ª ed.; C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Azzi, D. (2018). *Depressão pós-parto e desenvolvimento infantil nos três primeiros anos de vida*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, SP, Brasil.
- Baptista, M. T. D. da S., Noguchi, N. F. de C. & Calil, S. D. B. W. (2006). A pesquisa interventiva na psicologia: análise de três experiências. *Psicologia para América Latina*, (7).
- Baratieri, T.; Natal, S. & Hartz, Z. M. A. (2020). Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(7).
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. (L. A. Reto e A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70.
- Beck, A. T.; Steer, R. A. & Brown, G. (1996). *Beck Anxiety Checklist*. Unpublished Manuscript. University of Pensilvânia.
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B. & Renno Júnior, J. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(6), 288-294.
- Caregnato, R. C. A. & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(4), 679-684.
- Castellanos, L. Y. (2015) *Melhoria da Atenção ao Pré-Natal e Puerpério na ESF Dr Josino de Assis, Palmeira das Missões/RS*. 94f. (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2012). Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 34(4), 446-450.

- Falcone, V. M., Mader, C. V. N., Nascimento, C. F. L., Santos, J. M. M. & Nóbrega, F. J. (2005). Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 612-618.
- Franco, S. C., Silva, A. C. A., Tamesawa, C. S., Ferreira, G. M., Feijó, J. M. Y., Macaris, T., & Zanotto, V. C. (2016). Escolaridade e Conhecimento sobre duração recomendada para o aleitamento materno exclusivo entre gestantes na estratégia de saúde da família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 44(3), 66-77.
- Frizzo, G. B., Schmidt, B., Vargas, V de & Piccinini, C.A. (2019). Coparentalidade no Contexto de Depressão Pós-Parto: Um Estudo Qualitativo. *Psico-USF*, 24(1).
- Galdino, M. M.; da Silva, M. C. V.; Anacleto S, G. T. L.; de Souza, G. L.; da Silva, M. V.; Andrade, L. A. S. (2022). Intervenções psicoeducativas no contexto da saúde: uma revisão narrativa. *Caderno de Graduação - Ciências Humanas E Sociais*, 7(2), 21.
- Gradvohl, S., Mayumi O., Osis, M. J. D., & Makuch, M. Y. (2014). Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. *Pensando famílias*, 18(1), 55-62.
- Gil, A. C. (2007). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (4ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, A. M. C.; Teixeira, M. T. B.; Gama, J. R. A.; Lopes, C. S.; Silva, G. A.; Gamarra, C. J.; Duque, K. C. D.; Machado, M. L. S. M. (2018). Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 67(2).
- Greinert, B. R. M. & Milani, R. G. (2015). Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 17(1), 26-36.
- Konradt, C. E., Silva, R. A. da, Jansen, K., Vianna, D. M., Quevedo, L. de A., Souza, L. D. de M., Oses, J. P., & Pinheiro, R. T. (2011). Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(2), 76-79.
- Lemes, C. B.; Ondere Neto, J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28.
- Lobato, G.; Moraes, C. L. & Reichenheim, M. E. (2011). Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, 11(4), 369-379.
- Maia, R. S.; Araújo, T. C. S.; Maia, E. M. C. (2018). Aplicação da psicoeducação na saúde: revisão integrativa. *Revista brasileira de psicoterapia*, 20(2), 53-63.
- Maldonado, M. T. P. (1976). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. Vozes, Petrópolis.
- Mendes, R., Pezzato, L. M. & Sacardo, D. P. (2016). Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21(6), 1737-1746.

- Meira, B. M.; Pereira, P. A. S.; Silveira, M. F. A.; Gualda, D. M. R. & Santos Jr, H. P. O. (2015). Desafios para profissionais da atenção primária no cuidado à mulher com depressão pós-parto. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(3), 706-712.
- Minayo, M. C. de S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626.
- Ministério da Saúde (2010). Política Nacional de Promoção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2017). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2007). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Relatório de gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- Moraes, I. G. da S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A. da, Horta, B. L., Sousa, P. L. R., & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 65-70.
- Moraes, G. P. A., Lorenzo, L., Ponte, G. A., Montenegro, M. C. & Cantilino, A. (2017). Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? *Trends Psychiatry Psychotherapy, Recife*, 39(1), 54-61.
- Morais, M. L. S.; Fonseca, L. A. M.; Frayze, V.; Viegas, L. M. & Otta, E. (2015). Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estudos de Psicologia*, 20(1), 40-49.
- Oliveira, A. M.; Alves, T. R. M., Azevedo, A. O.; Cavalcante, R. D. & Azevedo, D. M. (2016). Conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre depressão pós-parto. *Journal of Nursing and Health*, 1(1):17-26.
- Piccinini, C. A., Levandowski, D. C., Gomes, A. G., Lindenmeyer, D., & Lopes, R. S. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos De Psicologia*, 26(3), 373–382. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300010>.
- Rocha, M. L. & Aguiar, K. F. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23(4):64-73.
- Rodrigues, O. M. P. R., & Schiavo, R. de A. (2011). Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(9), 252-257.
- Santos, C. V. M. dos., & Gomes, I. C. (2016). The L Word – Discussões em torno da parentalidade lésbica. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 36(1), 101–115.
- Sordi, J. O. (2017). *Desenvolvimento de projeto de pesquisa*. (1ª ed.). São Paulo: Saraiva.

- Sousa, D. D. de, Prado, L. C. & Piccinini, C. A. (2011). Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, (24)2.
- Tostes, N. A. (2012). *Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Van Niel, M. S. & Payne, J. L. (2020). Perinatal depression: a review. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 87(5) 273-277. DOI: 10.3949/ccjm.87a.19054.
- Vitolo M. R.; Gama C. M. & Campagnolo P. D. B. (2010). Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. *Jornal de Pediatria*, 86(1):80-4.
- Wang, Y.; Li, H.; Peng, W.; Chen, Y.; Qiu, M.; Wang, J.; Hao, Q.; Tu, Y.; Liu, Y. & Zhu, T. (2020). Non-pharmacological interventions for postpartum depression. *Medicine*, 99, Issue 31, 2149.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa Depressão Perinatal, um desafio para a maternidade, desenvolvida por Ivanessa da Silva Hoffman Souza, discente do Mestrado Profissional em Psicologia da Universidade de Caxias do Sul - UCS, sob orientação da Professora Dra. Tânia Maria Cemin Wagner.

O objetivo central do estudo é identificar sintomas de depressão perinatal em gestantes e puérperas para aprimorar estudos que possam contribuir para intervenções precoces e assertivas.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Os procedimentos realizados serão uma entrevista e a aplicação de um teste psicométrico (questionário), individualmente, em sala específica destinada a este propósito. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto. O tempo de duração da entrevista é de, aproximadamente, 25-30 minutos e do questionário, aproximadamente, 10-15 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a mestrandas e sua professora orientadora. Você também responderá a um teste chamado Inventário de Depressão de Beck (BDI). Esse teste é uma ferramenta de avaliação utilizada para medir a presença e gravidade de sintomas depressivos, correspondentes aos critérios diagnósticos dos transtornos depressivos, em pessoas de diferentes faixas etárias, da população geral. Ao final da pesquisa todo material será mantido em arquivo de forma sigilosa por, pelo menos, 5 anos, conforme Resolução CNS no 466/12.

A pesquisadora se compromete a esclarecer qualquer dúvida que o participante possa ter no momento da pesquisa ou posteriormente através do telefone (54) 99603-6338 e e-mail: ishsouza@ucs.br.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul (Parecer nº 6.042.525) e contempla os objetivos, riscos e benefícios provenientes deste trabalho. O objetivo central do estudo é identificar sintomas de depressão perinatal em gestantes e puérperas para aprimorar estudos que possam contribuir para intervenções precoces e assertivas. Os benefícios são poder contribuir para uma pesquisa relevante para a saúde da mulher e obter um entendimento do processo gestacional que está vivenciando. Os riscos estimados incluem uma mobilização emocional das participantes, advindos da rememoração de situações que podem ser dolorosas.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul (CEP/ UCS), colegiado interdisciplinar e independente, foi criado para aprovar ética e cientificamente as pesquisas envolvendo seres humanos, bem como acompanhar e contribuir com o seu desenvolvimento. O CEP/UCS pode ser contatado na Universidade de Caxias do Sul (UCS), cidade universitária, Bloco M, sala 306, telefone: (54) 3218-2829, e-mail: cep_ucs@ucs.br.

Pesquisadora responsável: Ivanessa da Silva Hoffman Souza.

Endereço Institucional: Rua Francisco Getúlio Vargas, nº 926, Bloco E, Sala 306, Cidade Universitária, Caxias do Sul- RS, CEP: 95070-560, Telefone: (54) 3218-2765, e-mail: ishsouza@ucs.br.

Atenciosamente,

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Tendo em vista as informações apresentadas, Eu, _____, aceito o convite para participar de forma voluntária da pesquisa acima e declaro que fui informado do objetivo do estudo de forma clara e esclareci minhas dúvidas. Informo também que recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado e rubricado pela Pesquisadora Principal, Ivanessa da Silva Hoffman Souza.

_____, ____ de _____ de 202__.

ANEXO B - ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL PARA AS GESTANTES

- Como foi para você saber que estava grávida?
- Como está sendo para você estar grávida? Como é pensar ser mãe?
- Você está se sentindo amparada neste momento?
- Com quem você pode contar ou para quem você pode pedir ajuda se tiver alguma necessidade? Você tem o apoio de seus pais, sogros, irmãos e cunhados? Você tem amigos para dividir as dificuldades e alegrias?
- O pai da criança foi comunicado? Como ele recebeu a notícia?
- Qual a proximidade que você tem com o pai da criança? Você pode me contar um pouco sobre o relacionamento de vocês?
- Como é ou foi a relação com a sua mãe? Como foi para você ser filha desta mulher?
- É a sua primeira gravidez? Que mudanças você acredita que a chegada do bebê irá gerar?
- Como você acha que sua vida será daqui para frente? Como será que toda a família vai lidar com o bebê?
- Neste momento em sua vida, você acredita que está vivendo um momento mais tranquilo ou conflituoso, tem alguma dificuldade que pode atrapalhar a sua gestação e a maternidade?
- Que dificuldades você acredita que poderá enfrentar nesta gestação? E após o nascimento do bebê?
- Se você tivesse que falar sobre algum temor relacionado à gestação e/ou ao parto, o que você diria?
- E quanto ao cuidado de um bebê? Você teria algum medo ou preocupação?
- Você já teve diagnóstico de depressão em algum momento da sua vida? E sua família?
- Em algum momento você já sentiu vontade de interromper a gravidez? (SE SIM, ou fazer algum mal a si mesma ou ao bebê?)
- Você já ouviu falar em depressão pós-parto? Gostaria de saber mais sobre isso?

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa Depressão Perinatal, um desafio para a maternidade, desenvolvida por Ivanessa da Silva Hoffman Souza, discente de Mestrado em Psicologia da Universidade de Caxias do Sul - UCS, sob orientação do Professor Dra. Tânia Maria Cemin Wagner.

O objetivo central do estudo é identificar sintomas de depressão perinatal em gestantes e puérperas para aprimorar estudos que possam contribuir para intervenções precoces e assertivas.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

O procedimento realizado será a implantação do Programa Pré-natal Psicológico através de encontros quinzenais, sob a configuração de grupo focal, no qual serão abordados temas pré-delimitados referentes à gestação e puerpério a partir de uma proposição da pesquisadora, bem como da escolha das gestantes. Os encontros serão intermediados pela pesquisadora, fomentando a comunicação e expressão de ideias, sentimentos, fantasias e medos que perpassam esses períodos do ciclo de vida da mulher.

Os cinco encontros preveem frequência quinzenal e duração de 30 a 40 minutos, em sala previamente designada para os mesmos. Para a implantação do grupo de Pré-natal Psicológico os temas serão previamente anunciados e sugeridos, mas serão escolhidos pelas gestantes sobre o assunto que

querem discutir. O grupo funcionará sob a premissa da livre discussão do tema escolhido e mediação da pesquisadora para intervenção da psicologia como ação de saúde coletiva. Os encontros referem-se a uma oportunidade de expressar suas demandas e preocupações com maior privacidade e sigilo.

Apresentação do Programa de Pré-Natal Psicológico:

Encontro 1: desmistificação da maternidade (o mito do amor materno) e os desafios de ser mulher e mãe.

Encontro 2: contexto familiar e redes de apoio com estratégias de promoção de ambiente saudável para a mulher.

Encontro 3: estados emocionais da gestação e estados emocionais do puerpério, aspectos do relacionamento mãe-bebê.

Encontro 4: fantasias ligadas à gestação, ao parto e ao puerpério e relação com sintomas da depressão perinatal.

Encontro 5: *feedback* do grupo e reforço dos assuntos discutidos.

As falas realizadas no grupo serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o aluno e seu professor orientador. Ao final da pesquisa todo material será mantido em arquivo por, pelo menos, 5 anos, conforme Resolução CNS no 466/12.

A pesquisadora se compromete a esclarecer qualquer dúvida que o participante possa ter no momento da pesquisa ou posteriormente, através do telefone (54) 99603-6338 e e-mail: ishsouza@ucs.br.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul e contempla os objetivos, riscos e benefícios provenientes deste trabalho. O objetivo central do estudo é identificar sintomas de depressão perinatal em gestantes e puérperas para aprimorar estudos que possam contribuir para intervenções precoces e assertivas. Os benefícios são poder contribuir para uma pesquisa relevante para a saúde da mulher e obter um entendimento do processo gestacional que está vivenciando. Os riscos estimados incluem uma mobilização emocional das participantes, advindos da rememoração de situações que podem ser dolorosas.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul (CEP/ UCS), colegiado interdisciplinar e independente, foi criado para aprovar ética e cientificamente as pesquisas envolvendo seres humanos, bem como acompanhar e contribuir com o seu desenvolvimento. O CEP/UCS pode ser contatado na Universidade de Caxias do Sul (UCS), cidade universitária, Bloco M, sala 306, telefone: (54) 3218-2829, e-mail: cep_ucs@ucs.br.

Atenciosamente,

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista as informações apresentadas, Eu, _____
_____, aceito o convite para participar de forma voluntária da pesquisa acima e declaro que fui informado do objetivo do estudo de forma clara e esclareci minhas dúvidas. Informo também que recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado e rubricado pela Pesquisadora Principal, Ivanessa da Silva Hoffman Souza.

_____, ____ de _____ de 202__.