



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GEOVANE PROFIRO FONTENELE

**O PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO EM GRUPO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÕES NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

**SOBRAL
2022**

GEOVANE PROFIRO FONTENELE

**O PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO EM GRUPO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÕES NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde da
Família da Universidade Federal do
Ceará (UFC), como requisito para
obtenção do título de Mestre em Saúde
da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Roberlandia
Evangelista Lopes

SOBRAL
2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F1p FONTENELE, GEOVANE PROFIRO.

O PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO EM GRUPO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: :
CONTRIBUIÇÕES NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO / GEOVANE
PROFIRO FONTENELE. – 2022.

133 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa
de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2022.

Orientação: Profa. Dra. ROBERLANDIA EVANGELISTA LOPES.

1. DEPRESSÃO PÓS-PARTO. 2. PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO. 3. SAÚDE MENTAL. 4.
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. 5. GESTANTE. I. Título.

CDD 610

GEOVANE PROFIRO FONTENELE

O PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO EM GRUPO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÕES NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC), como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Roberlandia Evangelista Lopes.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Eliany Nazaré Oliveira

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof. Dra. Antonia Regynara Moreira Rodrigues

Universidade Federal do Acre (UFAC)

AGRADECIMENTOS

Toda minha gratidão primeiramente a Deus, que me deu a graça de ingressar nesse programa de pós-graduação e por me sustentar até aqui.

Meus sinceros agradecimentos a minha orientadora, Professora Roberlandia Evangelista Lopes, que foi crucial para que esse sonho se concretizasse, pelo apoio, confiança, por exercer compreensão e sensibilidade para com minha pessoal em momentos tão nevrálgicos e árduos, sem isso tal título não seria possível.

Minha eterna gratidão a minha família, em especial minha esposa Viliane Barros Guerreiro que sempre acreditou no meu potencial e capacidade, não medindo esforços no auxílio para que eu pudesse atingir o presente mestrado e aos meus filhos, Giovanna Guerreiro Profiro, Isaac Guerreiro Profiro e a vidinha que está sendo gerado na madre de minha esposa, vocês são e sempre serão o farol e moinho que me conduz à frente.

A todos os meus amigos que estiveram comigo durante esse processo e colaboraram de alguma forma para a conclusão dessa pesquisa, de forma direta ou indiretamente, o meu muito obrigado!

RESUMO

A gestação é um período de significativas transformações que afetam não somente o corpo da mulher, mas também seu estado psíquico, familiar e social. Tais mudanças tornam essa etapa de risco para o desenvolvimento de transtornos psicológicos, dentre esses a depressão pós-parto. Diante disso, o Pré-Natal Psicológico (PNP), abordagem terapêutica e psicoprotetiva com finalidade de acompanhar gestantes e familiares, oferecer auxílio emocional e orientar acerca de questões complexas do ciclo gravídico-puerperal, apresenta-se como um dispositivo complementar ao pré-natal ginecológico, que auxilia na promoção da saúde mental materna. Nessa direção, a presente pesquisa tem por objetivo analisar a contribuição do pré-natal psicológico grupal para a prevenção da depressão pós-parto em mulheres acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. A metodologia empregada foi a pesquisa-ação, que se organizou em três fases: I) exploratória, II) intervenção e III) análise da intervenção. Utilizaram-se como instrumentais: Questionário do Perfil Gestacional (QPG), Inventário Beck de Depressão (BDI), Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e um Roteiro de Entrevista Semiestruturada. Os dados foram analisados através da comparação dos escores dos instrumentos BDI e EPDS e da análise de conteúdo das entrevistas. Foi possível identificar que todas participantes na fase gestacional apresentavam a presença de múltiplos fatores de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto. No entanto, após participação no PNP não se identificou quadro característico de depressão no puerpério. Portanto, considera-se que o PNP, somado a outros fatores, contribuiu como fator protetivo na prevenção da DPP.

Palavras-chave: Depressão Pós-parto, Pré-natal Psicológico, Grupo, Estratégia Saúde da Família, Saúde Mental, Gestantes.

ABSTRACT

Pregnancy is a period of significant thoughts that don't also affect your psychic, family and social state. Such changes make this stage a risk for the development of post-traumatic disorders, including depression. In addition, Psychological Prenatal (PNP), a therapeutic and psychoprophylactic approach with the purpose of prenatal and family follow-up, offering emotional help and guiding complex problems of the pregnancy-natal cycle, presents itself as a device about problems of the pregnancy cycle. -gynecological birth, which helps to promote maternal mental health. In this direction, the present research aims to analyze the contribution of group psychological prenatal care for the prevention of postpartum depression in complementary women by the Family Health Strategy. The methodology used was action research, which was organized into three phases: I) exploratory, II) intervention and III) intervention analysis. The following instruments were used: Gestational Profile Questionnaire (PGG), Beck Depression Inventory (BDI), Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) and a Semi-structured Interview Guide. Data were analyzed by comparing the scores of the BDI and EPDS instruments and analyzing the interviews. It was identified that all participants in the gestational phase had the presence of several risk factors for the development of postpartum depression. However, after participating in the PNP, it is not possible to observe a characteristic picture of depth in the PNP. Therefore, it is considered that the PNP added to other factors, calculated as a protective factor in the prevention of pdp.

Keywords: Postpartum Depression, Psychological Prenatal, Group, Family Health Strategy, Mental Health, Pregnant.

LISTA DE QUADROS

Quadro I: Fases da Pesquisa	39
Quadro II: Fatores Sociodemográfico.....	55
Quadro III: Fatores psicossociais	57
Quadro IV: Fatores de Risco Físicos-Clínicos-Obstétricos	62
Quadro V: Resultado Escores do Inventário BDI.	64
Quadro VI: Resultado da Escala EPDS.....	68
Quadro VII: Evolução de sintomas depressivos	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CGP	Ciclo Gravídio-Puerpera
DPP	Depressão Pós-Parto
ESF	Estratégia Saúde da Família
FID	Faculdade Internacional do Delta
IPE	Intervenção Psicológica Educacional
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNP	Pré-Natal Psicológico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
1.1 Encontro com o objeto	4
1.2 Problematização e delimitações do objeto.....	6
2 OBJETIVO GERAL	12
2.1 Objetivos Específicos	12
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1 Capítulo I: Aspectos Psicológicos do Ciclo Gravídico-Puerperal.....	14
3.2 Capítulo II: O Pré-Natal Psicológico	24
4 TRAJETO METODOLÓGICO	36
4.1 Tipologia do Estudo: fundamentos teóricos	36
4.2 Fase I: Exploratória	39
4.3 Fase II: Planejamento e Intervenção	43
4.4 Fase III: Avaliação da Intervenção e Instrumentos	49
4.5 Análises dos Resultados.....	50
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	54
5.1 Resultados da Fase I.....	54
5.2 Resultados da Fase III – Avaliação da Intervenção.....	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERENCIAS.....	95
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO(TCLE)	
PARA OS MAIORES DE18 ANOS OU RESPONSÁVEL	114
ANEXO B - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI.....	116
ANEXO C – ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO EPDS.....	123
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DO PERFIL GESTACIONAL.....	125
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA AVALIATIVA SOBRE A	
PARTICIPAÇÃO NO PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO.....	127

1 INTRODUÇÃO

1.1 Encontro com o objeto

O momento de encontro do autor com o objeto da pesquisa foi atravessado pela esfera profissional e pessoal que abriram lugares de aproximação com a realidade a qual se deseja investigar. É preciso pontuar que na presente investigação tem-se a concepção de que o pesquisador é um ser de história idiossincrática, como tal, detentor de uma subjetividade que o influencia na proposição e configuração de novas possibilidades a serem pesquisadas. Fundamentado nessa premissa, descreverei sucintamente meu trajeto enquanto psicólogo e pai que viabilizaram a construção do objeto.

Sou graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), com formação generalista, porém, sempre com inclinações para a ênfase em saúde/saúde mental. Apesar da formação generalista, durante o curso não tive a oportunidade de estudar nada a despeito do tema psicologia perinatal ou mesmo sobre pré-natal psicológico, pois não fazia parte da estrutura curricular do curso.

Tão logo terminei a graduação, em 2015, fui trabalhar como servidor público no município de Pedra Branca, no sertão central do Ceará, lotado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-I). Nesse dispositivo não tive tanto contato com a demanda envolto da maternidade, apenas de modo indireto, uma vez que acompanhava usuárias do serviço que estavam grávidas, não pela gravidez em si, mas pela presença de algum transtorno mental grave prévio, ou seja, saúde mental materna não era um assunto que estava na pauta do cotidiano do meu trabalho.

No ano de 2017 finalizei a Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família pela Faculdade Internacional do Delta (FID) e mesmo sendo uma especialização voltada para o campo da Saúde da Família, especificamente nas disciplinas que envolvia saúde da mulher, nenhuma discussão se voltava para a importância da saúde mental materna no ciclo perinatal.

Ainda no mesmo ano, fui trabalhar como servidor público em outro município, a saber, Bela Cruz-Ce, desta feita, lotado no então Núcleo de Apoio a

Saúde da Família (NASF). A partir da proposta do nível de atenção ao qual esse serviço fazia parte, Atenção Primária, passei a ter maior contato com usuárias gestantes e puérperas encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), geralmente por queixas de estados depressivos associados ao período maternal. Desde então esse tema entrou na rotina da minha assistência e passei a observar na prática a problemática que envolvia a lacuna no oferecimento de uma assistência preventiva e de promoção à saúde mental materna. Logo passei a me aprofundar sobre o fenômeno e investigar que possíveis estratégias poderiam ser adotadas para sanar esse hiato assistencial.

Então durante buscas de referenciais teóricos que pudessem me ajudar, encontrei no campo da psicologia perinatal a técnica do pré-natal psicológico, assim, progressivamente penetrei cada vez mais no assunto. Paralelamente, na esfera pessoal tive a satisfação de saber que seria pai pela primeira vez, logo uma amalgama de sentimentos íntimos e um ímpeto investigativo sobre o interim da geração da vida e seus percalços, fazia inclinar- me ainda mais sobre o presente objeto de estudo.

Neste contexto, paternal e profissional, logicamente também gostaria que minha esposa fosse acompanhada no âmbito de sua própria saúde mental, haja vista as peculiaridades desse período, porém, por limites da própria profissão não poderia fazer seu acompanhamento.

Assim, percebemos que na região onde residíamos, seja no campo da saúde pública ou privada, não havia o oferecimento de um suporte emocional que considerasse a complexidade do ciclo gravídico-puerperal. Deste modo, aquela demanda local do meu trabalho saltou aos olhos e vi que se tratava de um problema do próprio sistema de saúde loco regional, quiçá nacional. A experiência me fez notar a dimensão da contribuição que o oferecimento de uma assistência perinatal em saúde mental poderia ser significativo, em especial para o público da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Foi então que ao ingressar no Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC) em Sobral-Ce, desde a fase da seleção através do anteprojeto de pesquisa, tinha por interesse investigar essa temática com o intuito de poder contribuir com a área, e assim sigo nesse caminho buscando fortalecer e contribuir com essa pauta através dessa pesquisa.

1.2 Problematização e delimitações do objeto

A depressão é uma alteração de humor que vem sendo objeto de estudo há muito tempo (SENA, 2019) e tem se apresentado como um transtorno prevalente nas sociedades contemporâneas. Prevê-se que até o ano de 2030 esteja entre as principais causas de cargas de doenças no mundo (KHANLARI *et al.*, 2019). Essa tendência pode ser observada no aumento do número expressivo de pessoas diagnosticadas nas últimas décadas.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2018), estima-se que em todo o mundo mais de 300 milhões de pessoas de todas as idades são acometidas com depressão. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2017) houve um aumento na incidência do diagnóstico do quadro de mais de 18% entre 2005 e 2015 no mundo.

A nível nacional, a prevalência de depressão ao longo da vida da população está em torno de 5,8%, se comparado com a prevalência global que se situa em torno de 4,4% (OMS, 2017), os índices nacionais encontram-se acima da média mundial. Conforme o referencial supracitado a depressão está em 4º lugar entre as principais causas de ônus acarretados por todas as doenças durante a vida e ocupa o 1º lugar quando considerado o tempo vivido com incapacitação ao longo da vida (11,9%).

Ao estratificar o índice de prevalência de depressão por gênero, pesquisas apontam que o sexo feminino apresenta valores mais elevados quando comparado ao sexo masculino (COSTA; SANTOS; AOYAMA, 2020, BOEFF; SOUZA, 2020, OMS, 2017, WINDMÖLLER; ZANELLO, 2016). Estudos mostram prevalência ao longo da vida em até 20% nas mulheres e 12% para os homens (GONÇALVES *et al.*, 2018; MEIRA ET AL., 2015,). A faixa etária dos 20 aos 24 anos já evidencia um aumento significativo de prevalência quando comparado a faixa anterior. É possível observar também que a partir da faixa etária dos 20 anos a prevalência segue aumentando até chegar ao seu ápice, que ocorre dos 60 aos 64 anos (OMS, 2017).

De modo geral, a depressão pode ser definida como um transtorno mental, caracterizado pela presença de um conjunto de sintomas dispostos no

curso de um período mínimo considerável, especificamente: por um humor triste profundo, vazio e/ou irritável, associada a sentimentos e pensamentos negativistas acompanhado de alterações somáticas ou cognitivas, desesperança, desânimo, baixa autoestima e culpa, assim como, distúrbios do sono e do apetite, perda de energia e da capacidade de sentir prazer, tem duração de meses ou anos (AMERICAN PSIQUIATRIC ASSOCIATION - APA, 2014).

É importante especificar que as manifestações sintomáticas depressivas se apresentam de modos diversos nos seres humanos, apesar de sua nosografia comum, há diferenças entre elas nos aspectos de duração, momento ou etiologia presumida. Assim sendo, são classificadas em vários subtipos.

Dentre as subclassificações encontradas no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais-V (APA, 2014) estão: Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Depressivo Persistente (Distimia), Transtorno Disfórico Pré-menstrual, Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento, Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica, Outro Transtorno Depressivo Especificado, Transtorno Depressivo Não Especificado.

Somado aos subtipos, o DSM-V indica que na configuração do quadro também se deve levar em conta os Especificadores para os Transtornos Depressivos, ou seja, características associadas, por exemplo, gravidez, padrão sazonal, período de início, entre outros.

Nesta linha de especificadores, o DSM-V aplica a noção de Depressão

¹Períparto (DPP) baseado em estudos que revelam que a depressão identificada no pós-parto pode ser uma continuação daquela vivenciada durante a gravidez.

Porém, há autores que defendem que é preciso considerar certas diferenças com relação aos sintomas, assim, a DPP deveria ser diferenciada de muitas outras condições clínicas depressivas (STUART-PARRIGON; STUART,

¹O termo “Depressão Períparto” ao invés de “Pós-Parto” foi adotado tendo-se em vista a evidência de que a ocorrência da depressão maior no pós-parto teve seu início em torno de 50% dos casos ainda na gravidez (APA, 2014). Porém, os termos na presente obra serão usados comsemântica paralela tendo por observação que as nomenclaturas encontradas nos artigos científicos ainda não incorporaram o termo *períparto*, o que poderia dificultar futuras buscas em descritores.

2014 *apud* FARIA, 2016, ROSA, 2015). Portanto, dever-se-ia entender-la de modo mais amplo, não apenas como um especificador do momento de sua ocorrência.

A DPP tem ganhado ênfase nos últimos anos devido sua frequência e mau prognóstico para a mãe e o bebê (SEIXAS *et al.*, 2020; DAMACENA; REICHOW CASTRO; FERNANDES, 2020; RODRIGUES *et al.*, 2019, ALVARENGA *et al.*, 2018, GREINERT *et al.*, 2018, ARRAIS; ARAUJO, 2017, FARIA, 2016, SILVA; DONELLI, 2016,). Moraes *et al.* (2017) indicam que as taxas de prevalência de depressão pós-parto (DPP) variam segundo as diferenças nas metodologias utilizadas nos estudos, como: diferenças nas populações estudadas, métodos de diagnóstico e período pós-parto. Embora ocorra variações, Martin-Gomez *et al.* (2020) assinalam que revisões sistemáticas e metaanálises indicam a prevalência global de DPP de aproximadamente 17%.

Especificamente no Brasil, a pesquisa realizada por Moll *et al.* (2019) com mulheres jovens apontou uma percentagem em torno de 19,7% das puérperas com sintomas depressivos. No estudo desenvolvido por Monteiro *et al.* (2018) a prevalência de sintomas depressivos no puerpério imediato foi elevada (24,51%). Já na pesquisa realizadas por Theme Filha, Ayers, Gama e Leal (2016) encontrou a média de 25%, enquanto o estudo feito por Boska, Wisniewsk e Lentsck (2016) identificou 21%.

Se destacarmos dados de prevalência de pesquisas ainda anteriores às supracitadas no cenário nacional estas sugeriram a percentagem em torno de 15% a 28%, como assinala Lobato, Moraes e Rechenheim (2011) em uma revisão sistemática sobre a magnitude da DPP. Os autores ainda apontam que esse percentual pode aumentar para 30% a 40% se considerado apenas o perfil socioeconômico baixo atendido no sistema público. Perante esses achados, observa-se alto índice e constância de prevalência de DPP na população brasileira nas últimas décadas.

Em relação ao curso do transtorno depressivo maternal esse tem graves prejuízos notadamente para a diáde mãe-bebê, prejudicando a criação do vínculo, o desenvolvimento neurológico, linguístico, cognitivo, psicomotor e socioemocional do filho(a), inclusive a longo prazo (RODRIGUES *et al.*, 2019, ALVARENGA *et al.*, 2018, THEME FILHA; AYERS; GAMA; LEAL, 2016, SANTOS;

SERRALHA, 2015, CARLESSO; SOUZA; MORAES, 2014, ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

Diante do exposto, é evidente que a DPP é uma significativa causa de morbidade materna e a alta prevalência reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento. O acompanhamento atento de mães (em especial aquelas expostas ao maior número de fatores de risco) que leve em conta as variáveis associadas à depressão, pode prevenir graves problemas pessoais e familiares (TOLENTINO; MAXIMINO; SOUTO, 2016, LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011).

Portanto, a detecção precoce de quadros depressivos torna-se importante na prevenção da própria DPP e das repercussões na interação mãe-filho (DAMACENA; REICHOW; CASTRO; FERNANDES, 2020).

A literatura aponta que diversos fatores colaboram para o desencadeamento da alteração psíquica materna, como: antecedentes de transtornos depressivos, gravidez não programada, suporte social frágil, entre outros (CARLESSO; MORAES; SOUZA, 2019, ARRAIS, MOURÃO, FRAGALLE, 2014, BORTOLETTI, 2007, SCHMIDT, PICCOLOTO, MÜLLER, 2005). Assim, a identificação da presença de fatores de risco é proeminente para o planejamento e execução de ações preventivas.

Todavia, tal perspectiva traz à tona a problemática do modo como é realizado, em nível de saúde mental, a avaliação e acompanhamento das gestantes durante o ciclo gravídico-puerperal nos serviços de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (MS) (2013, p. 120), “*a atenção à gestante, à puérpera e à criança deve ser concebida de forma integral, indissociada das questões físicas, emocionais, de seu contexto familiar, comunitário e de relações sociais*”. Assim a principal finalidade da atenção à saúde da mulher do pré-natal e puerpério é acolher a mulher do início até o fim da gestação, garantindo o nascimento saudável da criança e a segurança do bem-estar materno e neonatal, possibilitando uma atenção qualificada e humanizada no puerpério e garantindo a integralidade, promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido.

Ainda segundo o MS (2013, p. 40) a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes,

mediante o emprego dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados.

Entretanto, o modo ²tradicional do acompanhamento pré-natalino encontra dificuldades no que tange a integralidade da assistência, uma vez que as práticas nos serviços executadas cotidianamente muitas vezes são banalizadas e tornam-se mecânicas, negligenciando ou minimizando na sua abordagem a singularidade de cada pessoa, contexto e situação. Adicionado a isso, se ocupam prioritariamente de avaliações fisiológicas voltadas para a prevenção de riscos perinatais e de intercorrências clínico-obstétricas, desconsiderando aspectos psicossociais do período ante e pós-natal (ARRAIS; ARAUJO; SCHO 2019, PEREIRA; LOVISI, 2008).

Deste modo, as alterações do humor atípicas do ciclo gravídico-puerperal geralmente não são identificadas nem assistidas de modo adequado nas consultas, decorrência do modelo de atenção de traços biomédicos praticados nos serviços de saúde, que deslocam seu olhar para preocupações isoladas de uma única dimensão do sujeito, o seu corpo (ARRAES; ARAUJO, 2016). Ao final, essa modalidade de acompanhamento torna-se limitada para a identificação, prevenção e cuidado das alterações psicológicas. Propor e avaliar serviços e programas que tem como objetivo a melhora da assistência em Saúde da Mulher, segundo Arrais, Araujo e Schiavo (2019), é indispensável, tendo em vista os limites do *modus operandi* das práticas instituídas.

Desse ponto de vista, o Pré-Natal Psicológico (PNP), abordagem terapêutica e psicoprofilática com finalidade de acompanhar gestantes e familiares, oferecer auxílio emocional e orientar acerca de questões complexas sobre o estado psicológico nesta fase, se apresenta como um dispositivo complementar ao pré-natal ginecológico, ou seja, pode auxiliar no cuidado integral na promoção da saúde mental de mulheres que vivenciam a maternidade(ARRAIS; ARAUJO, 2017, BORTOLETTI, 2007).

A partir da necessidade holística do cuidado, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), a proposta do PNP, teleologicamente, parece potencializada no nível da Atenção Primária, especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que dentre outros objetivos da ESF encontram-se: humanizar as

² De viés restritamente físico-obstétrico (CABRAL; ARRAIS; MARTINS, 2012, TOSTES, 2012).

práticas de saúde; oferecer assistência integral, contínua, resolutiva e de boa qualidade no atendimento às necessidades de saúde da população adstrita; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento, entre outros (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009).

Apesar de seu potencial, a experimentação desse dispositivo (PNP) na Estratégia Saúde da Família é algo escasso e pouco abordado entre os profissionais de saúde mental e na produção acadêmica (ARRAIS; ARAUJO, 2017, ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012), justificando-se a presente pesquisa. Sob esta pauta, a pesquisa terá como pergunta-norteadora: a prática do pré-natal psicológico pode contribuir na prevenção da depressão pós-parto em mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família? Tem-se por pressuposto: a participação de gestantes acompanhadas na Estratégia Saúde da Família em sessões de pré-natal psicológico contribui para minimizar os riscos de desenvolver depressão pós-parto.

Nesta direção, esta pesquisa pode colaborar com a clínica, com a saúde mental e com a produção científica, respectivamente, por investigar a utilização de uma técnica terapêutica que pode servir de dispositivo para o cuidado na atenção primária; por propor discutir a partir das informações levantadas uma assistência preventiva que pode contribuir para diminuição dos dados de morbidade materna e infantil referente à depressão pós-parto e seus impactos e por explorar um campo pouco pesquisado, contribuindo para suprir a lacuna de estudos empíricos numa temática ainda em expansão na literatura nacional.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar a contribuição do pré-natal psicológico grupal para a prevenção da depressão pós-parto em mulheres acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família.

2.1 Objetivos específicos

1 – Identificar nas participantes, durante a gestação, fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da DPP.

2 - Verificar a ocorrência de alterações nos níveis dos sintomas característicos da depressão antes e após o parto em mulheres participantes de sessões de PNP.

3 – Conhecer a avaliação subjetiva das puérperas sobre possíveis contribuições do PNP relacionado à prevenção da DPP.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção está dividida em dois capítulos. O primeiro visa abordar de forma geral os aspectos psicológicos relacionados com o advento da maternidade, bem como as manifestações de alterações psíquicas típicas do período puerperal, a saber, baby blues, psicose puerperal e depressão pós-parto, será dado maior ênfase a última em decorrência do alinhamento com os objetivos propostos. Já o segundo capítulo faz uma breve retrospectiva histórica acerca do uso do termo Pré-Natal Psicológico (PNP), inicialmente usado por Maldonado (1978), passando por Bortoletti (1980), até o uso do termo nas pesquisas desenvolvidas por Arrais nas duas últimas décadas. Seguidamente, também é abordado sobre duas propostas teórico-metodológicas diferentes de PNP. Por fim, é apontado sobre sua aplicação nos espaços da Estratégia Saúde da Família (ESF).

3.1 Capítulo I: Aspectos Psicológicos do Ciclo Gravídico-Puerperal

Ao engravidar cada mulher irá experienciar esse momento de acordo com sua história de vida e com seu pertencimento a determinado grupo humano (IACONELLI, 2015; SILVEIRA; FERREIRA, 2011). A preparação para esse evento vai se desenvolvendo paulatinamente à medida que a mulher atravessa as diferentes fases do seu ciclo de vida, associado ao conjunto de fatores da própria biologia feminina e dos aspectos socioculturais (PICCININI *et al.*, 2008).

O Ciclo Gravídico-Puerperal (CGP), que contempla o intervalo entre a concepção até o terceiro mês após o parto (BORTOLETTI; VASCONCELOS; SILVA 2019), é compreendido como crise evolutiva desencadeada biologicamente, mas que irá exigir adaptações nas diversas dimensões da vida. No plano biológico há alterações hormonais e anatômicas; no psicológico existe alteração da homeostase intrapsíquica; na esfera social ocorre imposições de rearranjos nos relacionamentos interpessoais (companheiro, outros filhos, pais, sogros), no papel social, na rotina de trabalho, etc. (ALVES; BEZERRA, 2020, MALDONADO, 2017)

Para uma parcela de mulheres as adaptabilidades exigidas no CGP transcorrem sem grandes dificuldades. No entanto, para outra as alterações biopsicossociais são de difícil adaptação, que em muitos casos ocasiona maior ou menor grau de sofrimento psíquico (SEIXAS *et al.*, 2019). Portanto, a maneira como a mulher lida com essas mudanças pode favorecer o crescimento ou, no sentido oposto, tornar-se um fator estressor que permanecerá durante todo o CGP.

Deste modo a crença popular muito difundida de que o período gravídico-puerperal é um estado de alegria e prazer para todas as mulheres não condiz com a realidade (ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2019, ARRAIS; MOURÃO; FRANGALLE, 2014). Também se acreditava que nesse intervalo a grávida conquistava certa proteção a transtornos psíquicos, estando imune nessa fase e na seguinte, no puerpério. Toda via, desde Hipócrates (400 a.C.), passando por Louis Victor Marcé (1858) no livro “*Tratado da loucura das mulheres grávidas, das recém-parturientes e das lactantes e considerações médico legais*”,

já se anunciaava a observação da ocorrência de alterações psíquicas próprias desse período (SANTOS; NETO; 2020, ROSENBERG, 2007).

Para a literatura científica este é um momento do ciclo vital feminino sensível para a ocorrência do que se denomina: transtornos do puerpério (MACIEL *et al.*, 2019). Cantilino *et al.* (2010) apontam três estados alterados característico do período puerperal, são eles: 1) melancolia da maternidade (também conhecido como baby blues ou blues puerperal), 2) psicose puerperal e 3) depressão pós-parto. Torna-se necessário diferenciar essas condições nosológicas, pois a confusão entre as mesmas pode inviabilizar a adequada compreensão de suas manifestações. Nesta razão, é indispensável a descrição de cada um desses estados, porém, no interesse dos limites da presente pesquisa, a saber, o estudo da DPP, esta será mais profundamente detalhada.

3.1.2 Baby Blues ou Blues Puerperal

O Blues Puerperal geralmente começa a ser percebido em torno do terceiro dia após o parto e é caracterizado pelo sentimento de tristeza, crises de choro, sensibilidade emocional exacerbada, labilidade, falta de autoconfiança, sentimentos de incapacidade, picos de ansiedade, fadiga, preocupações excessivas e podem ainda estar presentes dificuldades de concentração, de raciocínio, de memória e dificuldades de interação com o bebê (ALMEIDA; ARRAIS, 2016). Acomete em torno de 50 a 80% das puérperas de todas as classes sociais e culturais (SANTOS; NETO, 2020).

O quadro é considerado brando, haja vista sua evolução que tende a durar dias ou semanas, sem comprometimento grave que prejudique a realização das tarefas do dia-a-dia, não requer de modo geral uso de medicamentos, pois cede espontaneamente (FRIZZO *et al.*, 2019). Os cuidados nesse período envolvem esclarecimento sobre o estado psicológico, apoio da equipe de saúde, compreensão e apoio familiar, especialmente do companheiro (OLIVEIRA *et al.*, 2020, CARVALHO *et al.*, 2019, MARQUES, 2015, FOLINO, 2014).

A evolução de um blues puerperal para DPP é tida como remota, uma vez que a presença típica da última é marcada por manifestações intensas.

Comumente os quadros se confundem no início, mas logo são distinguidos pela manutenção e severidade dos sintomas.

3.1.3 Psicose puerperal

Já a psicose puerperal é uma perturbação grave, com início brusco geralmente a partir do primeiro até o terceiro mês após o parto e o quadro clínico apresenta alterações no humor e no teste de realidade: ideação delirante, alucinações e alterações cognitivas (APA, 2014). A mãe manifesta uma rejeição ao bebê, vivencia como se ele fosse uma ameaça, um inimigo potencial, disso decorre o risco de infanticídio ou agressão direta a criança, também pode haver aumento do risco de suicídio (ARRÔBE, 2019, ARRAES, 2005). Nestas situações é recomendado o afastamento físico do bebê e a internação psiquiátrica da mãe.

O número de incidência da psicose puerperal é bem menor em comparação com as outras alterações, a literatura aponta a proporção de um a dois casos a cada mil partos realizados (JEFFERIES, 2016, APA, 2014). Em contrapartida, a janela temporal para desenvolvimento de psicose puerperal é dezesseis vezes maior em comparação a outras etapas da vida de uma mulher (ARRAES, 2005). Segundo Rosenberg (2007) parece haver distinções entre a psicose que se apresenta no início puerperal e a mais tardia. De acordo com a autora a de início precoce tem maior incidência em mulheres jovens, primíparas e com histórico de transtorno afetivo. Já a de início tardio em mulheres de mais idade, com presença de alteração emocional antes da gravidez, de estado civil solteira e de classe econômica mais baixa.

3.1.4 Depressão Pós-Parto (DPP)

A inserção na literatura científica de pesquisas tendo a depressão pós-parto especificamente como objeto, segundo Santos (2001), remonta ao estudo pioneiro desenvolvido por Pitt em 1968, que apontava ser esse quadro uma variante branda da depressão fisiológica. Desde então a DPP vem recebendo atenção de estudiosos e profissionais da área da saúde mental.

A depressão pós-parto é descrita como um episódio depressivo não psicótico com início nos doze primeiros meses após o parto, sua sintomatologia

é a mesma de outros quadros depressivos: humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias (por exemplo: sente-se triste, vazio, sem esperança), acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta ou redução ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada, capacidade diminuída para pensar ou se concentrar ou indecisão, pensamentos recorrentes de morte/ideação suicida (APA, 2014).

Outros aspectos que se deve considerar são que a puérpera pode apresentar retraimento e isolacionismo, especialmente se houver a ocorrência de frustração sobre expectativa criada acerca da idealização do bebê e de si própria como mãe. A ambivalência de sentimentos direcionados a maternidade e ao ônus que a acompanha podem ser vivências recorrentes nas mães, apresentando-se através de crenças de que o recém-nascido está doente, culpa por não estar sentindo o amor que se esperava pelo filho ou mesmo por não estar conseguindo cuidar dele (FOLINO, 2018, KROB; GODOY; LEITE; MORI, 2017, BOTEGA; DIAS, 2006). Ou seja, o quadro depressivo tem intima relação com o advento da maternidade.

Baptista, Baptista e Oliveira (2004) alertam para o fato de as mulheres associarem as sensações do blues puerperal ou da depressão com um sentimento negativo direcionado a maternidade e ao bebê. Rohenkohl (2005) afirma que é preciso que a mulher saiba distinguir se os conflitos que sente se relacionam consigo mesmo no papel de mãe, ao bebê, ao marido ou a si mesma como filha de sua própria mãe. Além disso é indispensável considerar o processo de idealização do filho, muitas mães amam o filho enquanto está dentro do útero, criam a expectativa que o bebê será tranquilo, não choroso, que dormirá a noite toda no início, etc...

Contudo, ao se depararem com a realidade do recém-nascido e sofrerem a frustração de suas expectativas fantasiosas, podem ter reações não esperadas, ou seja, bem diferente da expectativa de vivenciarem um momento impactante e singular (LOPES, 2013). Sobre isso Lorenzetti (2012) afirma que é preciso passar pelo processo do luto do filho “perdido”, pois assim, a mulher se

dará conta de que o recém-nascido é outra pessoa, não aquele dos seus sonhos, e agora precisará elaborar a perda da imagem do bebê idealizado para entrar em contato com o bebê real.

Toda essa trajetória que permeia a maternidade nos diz que a mulher não está rejeitando ao filho, mas toda a complexidade de afetos para o qual ela não estava preparada. Bacca (2005) afirma que muitas mulheres não rejeitam a seus filhos, mas a maternidade enquanto instituição e todo o ônus que ela acarreta, como os sacrifícios, as obrigações, as mudanças etc.

Nesta esteira, é relevante pontuar sobre a ideia difundida especialmente entre os profissionais de saúde sobre a generalização da associação entre o quadro de DPP e infanticídio. Meire et al. (2019) e Arraes (2005) esclarecem que tanto a rejeição como infanticídio não são preponderantes, nem o principal traço do quadro depressivo, isso inclui sua não obrigatoriedade como critério diagnóstico.

Antes, o que é motivo principal de preocupação nessa situação é a presença de impulsos suicidas na mãe, como mostrou os dados de um relatório divulgado pelo Ministério da Saúde (2004) onde ocorreu uma associação entre DPP e suicídio. Portanto, o risco iminente de suicídio, como em qualquer quadro de depressão maior é o que está aumentado e não o de infanticídio. Este último, como já mencionado acima, é mais frequente nos quadros de psicose puerperal. Com isso não está sendo dito que não há risco algum, cada caso deve ser tratado de acordo com suas particularidades e gravidades, apenas está se afirmando que não existe uma frequência habitual.

Apesar de não serem aspectos axiomáticos da DPP, mães deprimidas tendem a apresentar maior dificuldade na amamentação, no envolvimento afetivo e na demonstração de sentimentos positivos pelo bebê, além do mais, percebem os filhos como crianças difíceis e incômodas e não cumpre o calendário vacinal dos bebês (GREINERT et al., 2018, THEME FILHA; AYERS; GAMA; LEAL, 2016, SCHWENGBER; PICCININNI, 2003).

Devido a isso e aos demais agravos supracitados, é de suma relevância a identificação precoce do quadro depressivo, pois se não identificado torna-se um grave obstáculo para o estabelecimento de um vínculo afetivo seguro entre mãe e filhos, o que pode levar a reverberações prejudiciais futuras no curso

do desenvolvimento da criança (RODRIGUES, *et al.*, 2019, SANTOS; SERRALHA, 2015, ARRAIS; CABRAL; MARTINS; 2012, KLEIN; GUEDES, 2008).

Pode-se notar que a maternidade não é um processo tão “naturalizado” como se apresenta popularmente, pelo contrário é transversalizado por dores, sofrimento e pela luta interna de um novo ajustamento na nova situação que se apresenta na vida. Considerando isso, pode-se afirmar que a grande maioria das mães irão apresentar algum grau de sofrimento psíquico e nessas circunstâncias pode haver o desenvolvimento da depressão pós-parto.

Ao longo dos anos várias foram as tentativas de explicações sobre a etiologia da DPP (LOPES; GONÇALVES, 2020), porém não há consenso na literatura especializada. No entanto, têm-se considerado duas classes multicausais desse fenômeno: 1) hormonais e fisiológicas e 2) psicodinâmica e psicossociais (SEIXAS *et al.*, AL., 2019, PORTO; MARANHÃO; FELIX, 2017 SOARES, *et al.*, 2015, SILVA, 2014).

A maioria das pesquisas nos últimos anos focalizou no aspecto biológico, aportando na premissa que na gestação o corpo feminino produz elevado nível de ⁶progesterona, essa concentrada em grande quantidade na placenta, assim, no momento do parto, quando a placenta também é retirada existe uma queda descomunal dos níveis de hormônio em curto intervalo de tempo e esta queda súbita é apontada como causa determinística para instalação do quadro de depressão pós-parto (ARRAES; ARAUJO, 2017, ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005). Segundo a explicação médica, a razão da presença de um quadro depressivo puerperal é resultado da variação dos níveis de hormônios sexuais circulantes (estrogênio e progesterona) e de distúrbios no metabolismo das ⁷catecolaminas, além da influência de fatores genéticos-hereditários (ALIANE; MAMEDE; FURTADO 2011).

Todavia, a explicação baseada somente nos aspectos biológicos, preponderante na baixa hormonal, não é suficiente para justificar a DPP. Ao considerar que todas as mulheres que passam pela gestação e parto sofrem

⁶ A progesterona é o principal hormônio de uma classe de hormônios chamados progestágenos e estão envolvidos no processo de reprodução.

⁷ Produzidas pelas glândulas supra renais, as catecolaminas são hormônios liberados na circulação sanguínea na presença de um estresse psicológico ou físico.

estas alterações hormonais e os dados estatísticos mostram que somente 15% a 28% vão manifestar sintomas depressivos (THEME FILHA; AYERS; GAMA; LEAL, 2016), é cabível pensar que outros fatores estão implicados.

A explicação psicodinâmica por sua vez observa que o sentimento fundante do ser humano, a ambivalência afetiva, durante o ciclo gravídico puerperal ganha intensidade de modo surpreendente. O mesmo vai permear as vivências desde a suspeita da concepção até o puerpério, podendo se prolongar nos meses subsequentes (BORTOLETTI, 2007). A mulher passa a ter conflitos dotípico: “estou ou não estou grávida?”, “desejo ou não desejo essa gravidez?”, “sinto-me alegre ou triste pelos ganhos e perdas que isso envolve?”.

O referencial acima aponta que a partir de então a mulher vive na angustia da incerteza sobre como ficará sua vida, se conseguirá manter suas atividades, se precisará repousar, como ficará sua vida conjugal, a saúde do feto, como será seu parto, o conceito nascerá perfeito ou não, se terá condições de cuidar da criança, se seu corpo mudará, se conseguirá ter sucesso no parto, se saberá administrar a partir de então a relação fraternal dos filhos, etc.

Ou seja, as fantasias psíquicas assumem a tonalidade da psiquê feminina sendo fonte de angustia, porém, cada aspecto dessas manifestações demonstra algum traço característico da mulher, como sua dependência e passividade, por exemplo (MALDONADO, 2017). Tal situação, segundo essa visão, traz à tona conflitos infantis não elaborados, ocasionado pelo processo de regressão⁸, esperado para esse momento, porém, podendo haver manifestações patológicas. A amalgama dos conflitos intrapsíquicos produtores de angustia e o advento do puerpério, quando a mulher concretamente assume a maternidade e sofre de maior labilidade emocional, pode comprometer a experiência saudável da maternagem, funcionando como desencadeadores de transtorno psíquicos, como a DPP (BORTOLETTI, 2007).

Já na vertente psicossocial não se presume a abstenção da influência dos fatores biologicistas, muito menos da psicodinâmica, no possível desencadeamento do quadro depressivo, entretanto, segue os argumentos de que apesar das evidências das alterações do nível hormonal e da dinâmica

⁸Regressão: conceito de origem psicanalítica que se refere a volta de um comportamento ou reação emocional tipicamente de fase anterior do desenvolvimento pessoal, a infância.

psíquica, isso por só si não justificaria o acometimento da DPP, uma vez que não se pode desconsiderar que dá menarca à menopausa existem uma complexidade de fenômenos sociais como rituais, tabus, mitos, estereótipos, expectativas sociais, preocupações financeiras, etc., que afetam as relações sociofamiliares e a produção de subjetividades, sendo fatores importantes na determinação de transtornos emocionais em mulheres (GREINERT; MILANI, 2015, MORAES, 2010, ARRAES, 2005).

Assim a transversalidade desses fenômenos ganha um teor acentuado em períodos considerados críticos no ciclo vital feminino, como na adolescência e menopausa, mas especialmente na gravidez-puerpério (ZAMBALDI; CANTILLINO; SOUGEY; RENNÓ, 2010). As grandes mudanças nessa fase podem resultar em estados momentâneos de desequilíbrios, principalmente por conflitos de ajustamento ao que é socialmente esperado, bem como em reajustes interpessoais, na identidade da mulher e na necessidade de novas adaptações.

Segundo Arrais, Araújo e Schiavo (2018) várias pesquisas tem demonstrado a associação de fatores de risco e fatores protetivos que podem, respectivamente, potencializar ou diminuir o acometimento da DPP. Segundo as autoras normalmente os fatores de risco são agrupados nas categorias: fatores de risco psicossociais, sociodemográficos/contextual e físicos, e os fatores de proteção em: psicossociais, sociodemográficos/contextual e físicos.

Os principais fatores de risco psicossociais são: histórico de episódio depressivo prévio, estresse persistente na gestação, ansiedade gestacional, depressão gestacional, história de DPP anterior, idealização da maternidade, insatisfação com a gravidez, história familiar de transtornos mentais, baixo apoio social e familiar, conflito e insatisfação conjugal, falta de apoio do parceiro, dificuldades financeiras no pós-parto, falta de apoio social no puerpério, exposição à violência e conflito familiar (ARRAIS; LORDELLO; CAVADOS, 2015, BRITO; LUDEMIR; ARAUJO, 2015, CASTRO *et al.*, 2015, MORAIS *et al.* 2015, ARRAIS; MOURÃO; FRANGALLE, 2014, AL HINAI; AL HINAI, 2014, RODRIGUES; SCHIAVO, 2011, FAISAL-CURY; MENEZES, 2012, SILVA *et al.*, 2012, FIGUEIRA; DINIZ; SILVA, 2011, GUEDES *et al.*, 2011, ZAMBALDI; CANTILLINO; SOUGEY; RENNÓ JR, 2010).

Já os de risco sociodemográficos/contextual: idade materna, baixo *status* de escolaridade, desemprego ou subemprego e ser solteira (ARRAIS; LORDELLO; CAVADOS, 2015, GARFIELD *et al.*, 2015, AL HINAI; AL HINAI, 2014, RODRIGUES *et al.*, 2013). Os riscos físicos/obstétricos: história de síndrome pré-menstrual, desregulação hormonal e de citocinas inflamatórias, anemia pós-parto precoce, complicação/intercorrência médica na gestação, gravidez não planejada e/ou indesejada, história de aborto espontâneo, não amamentar até as oito semanas do pós-parto, falta de acompanhamento pré-natal ginecológico e problemas no parto atual (CASTRO *et al.*, 2015, RODRIGUES *et al.*, 2013, NUNES; PHIPPS, 2013, FIGUEIRA; DINIZ; SILVA, 2011, DEVEY *et al.*, 2011, ZAMBALDI; CANTILLINO; SOUGEY; RENNÓ JR, 2010).

Assim, se é observado a presença de um ou mais fatores de risco na história de vida da mulher é exigido maior atenção tanto dos profissionais que a acompanham, quanto dos familiares.

Em contrapartida, os fatores protetivos psicossociais são: participação em um grupo de pré-natal psicológico, a gestante ter uma relação saudável com sua própria mãe, percepção de suporte social durante a gravidez especialmente do marido, apoio social no puerpério e relações sociais positivas (ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2018, DANTAS; ARAUJO; PAULINO; MAIA, 2012, MIRANDA *et al.*, 2012, KONRADT *et al.*, 2011, BHANDARI *et al.*, 2012). No que diz respeito aos protetivos sociodemográficos/contextual: estabilidade socioeconômica e alto *status* de escolaridade (ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2018, URDANETA *et al.*, 2011). Por fim os protetivos físicos/obstétricos: analgesia de parto, amamentação contínua e parto via vaginal (ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2018, URDANETA *et al.*, 2011).

O arcabouço de informações levantadas nas mais diversas pesquisas reforça a visão multicausal que influenciam no curso do desenvolvimento da DPP. O conhecimento estabelecido dos fatores de risco e proteção contribui para o melhor entendimento da problemática, bem como para a criação de estratégias de prevenção e diagnóstico mais precisas (FIGUEIRA; DINIZ; FILHO, 2011).

Todavia, é imprescindível apontar sobre a dificuldade do quão bem a verificação dos fatores de risco permite ao clínico ou pesquisador distinguir entre aquelas mulheres que se tornarão deprimidas e as que não. Isso devido à

natureza dinâmica e subjetiva dos fatores, que devem ser analisados como processo e não como um ente em si, afinal, devem ser relativizados conforme a subjetividade e história de vida da gestante. Baseado nessa realidade particularizada a Psicologia tem muito a contribuir na compreensão dos fenômenos envoltos no período puerperal.

3.2 Capítulo II: O Pré-Natal Psicológico

Psicologia Perinatal é um campo de atuação profissional e de produção de conhecimento voltado às questões da perinatalidade e da parentalidade. Objetiva conhecer e investigar os fenômenos psicológicos que estão em torno do nascimento como o planejamento familiar, luto perinatal, gravidez, parto e pós-parto, bem como dispõem de procedimentos para prevenção de alterações emocionais significativas próprias desse período, como a depressão pós-parto (SCHIAVO, 2019).

No Brasil essa área começou a ganhar notoriedade com a publicação em 1974 da dissertação de mestrado de Maria Tereza Maldonado, intitulada “Psicologia da gravidez, parto e puerpério”, obra pioneira na área, defendida na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. A partir desse ponto iniciaram-se traduções de vários livros especializados para o português, por exemplo, *Maternidade e Sexo* de Marie Langer em 1976.

Na década de 1980, a professora Maria de Fátima Ferreira Bortoletti começou a utilizar o termo Psicologia Obstétrica (PO) e passou a organizar os primeiros cursos nessa área. A PO partiu da psicoprofilaxia da gestação, parto e puerpério, ou seja, consiste em uma assistência pré-natal, complementar a assistência médica, que visa, entre outras coisas: oferecer apoio emocional; orientar a gestante a respeito das alterações emocionais e anatomo-fisiológicas comuns à gestação e ao parto, minimizando e desfazendo dúvidas, fantasias e medos; alertar a respeito de procedimentos inadequados comumente usados na assistência ao parto; apresentar os diferentes tipos de parto, com suas vantagens e desvantagens; assim como os direitos dos usuários de serviços de saúde (BORTOLETTI; VASCONCELOS; SILVA, 2020).

Já no final da década de 1990, de acordo com Schiavo (2019), iniciou-se no Brasil uma discussão por um parto e nascimento mais humanizado, pois o país sofria e ainda sofre com as altas taxas de cirurgia cesariana e relatos de violência obstétrica. Tal contexto leva a professora doutora Vera Iaconelli em 1999 na cidade de São Paulo a criar o Instituto Gerar: escola de pais, para levar informações referentes à gestação, parto e pós-parto para pais e mães e por volta

de 2007 a mesma nomeia essa área com o título de Psicologia Perinatal e esse termo começa a ser usado com maior frequência. É relevante destacar que o termo Psicologia Perinatal não é unânime para indicar esse campo, utiliza-se também os termos “Psicologia da gravidez, parto e puerpério” (MALDONADO, 1976) ou “Psicologia Obstétrica” (BORTOLETTI, 2007).

Umas das estratégias desenvolvidas nessa área com foco na prevenção é a utilização do PNP. O uso estrito do termo PNP na literatura científica foi primeiramente empregado no livro *“Recursos de relacionamento para profissionais de saúde”* escrito por Maldonado e Canella em 1980 de onde é extraído o seguinte trecho: *“Com gestantes, sabemos que o pré-natal psicológico (grifo nosso) ainda está pouco difundido e, por isso, não é fácil juntar um número mínimo de pessoas para compor um grupo fechado...”*. O termo é um desdobramento da proposta de Maldonado (1976) denominada de Intervenção Psicológica Educacional (IPE).

A IPE visava conjugar as técnicas tradicionais tais como informações e exercícios de sensibilização corporal, relaxamento, respiração etc. com aspectos psicoterápicos de grupo. Segundo Maldonado (1976, p.101) os três elementos básicos da IPE são: 1) a transmissão de informações sobre o ciclo grávido-puerperal; 2) o treinamento de técnicas de relaxamento e respiração para o parto e os exercícios de sensibilização corporal e de estética pós-parto, e 3) os grupos de discussão sobre as vivências emocionais envolvidas na situação de ter um filho e o impacto da gravidez na estrutura familiar.

Posteriormente o termo também foi utilizado por Fátima Bortoletti em 1983 através da concepção de um Protocolo de Assistência Psicológica – Pré-Natal Psicológico. Entretanto, o uso do termo propriamente dito para designar os moldes da compreensão atual foi criado em 1985 por Roselys Campos de Almeida, após ter participado do processo, denominação que Bortoletti adotou a partir de então (BORTOLETTI; VASCONCELOS; SILVA; 2020), aonde em 2007 a autora lança o livro *“Psicologia na Prática Obstétrica – Abordagem Interdisciplinar”*. Nele descreve o PNP como uma assistência psicoprofilática e psicoterápica, indicado em toda e qualquer gestação, utilizando um protocolo padrão do curso natural do CGP com adaptabilidade às particularidades de cada realidade obstétrica que prioriza a abordagem do conteúdo psíquico sem

detrimento da orientação psicopedagógica e da conscientização corporal terapêutica visando oferecer acolhimento e orientação psicológica e preventiva às alterações emocionais significativas próprias do período perinatal, ou evitar a sua cronificação no pós-parto (BORTOLETTI, 2007).

Doravante, o termo foi se popularizando e outros estudiosos tem ganhado proeminência na difusão do PNP, dentre eles, especialmente o da professora doutora Alessandra Arrais (ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO 2019, 2018, ARRAIS; ARAUJO, 2016, ARRAIS; ALMEIDA, 2016 ARRAIS; MOURÃO; FRANGALLE, 2014, ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012, ARRAIS, 2005). Esta desde 2005 tem pesquisado e publicado sobre maternidade, DPP e PNP.

Os fundamentos para a prática do PNP deram-se progressivamente, principalmente no início da década de 70 com Maldonado, década de 80 com Bortoletti, e década 2000 com Bortoletti e Arrais. Apesar do uso generalista do termo, como se todos abordassem a mesma coisa da mesma maneira e dos objetivos convergirem (o bem estar psíquico familiar durante a perinatalidade), observou-se que não há um modelo único no desenvolvimento na prática do PNP. Para o presente trabalho, é essencial compreender as diferenças teóricas e prática do fazer pré-natal psicológico.

Na proposta de Bortoletti (2007) a leitura do processo gravídico-puerperal parti do prisma do referencial teórico da Psicodinâmica do CGP, desenvolvido por Maldonado, ou seja, nessa perspectiva trabalha-se em especial focando nos conteúdos da dinâmica intrapsíquica latente, nos emergentes emocionais, nos aspectos regressivos da gestante, sem dispensar a psicoeducação e a conscientização corporal. Mais recentemente a autora tem desenvolvido uma associação dessa perspectiva com o modelo de psiconeuroendocrinológico do stress (BORTOLETTI; SILVA; VASCONCELOS, 2020).

Nesse modelo os objetivos gerais do PNP são: 1) facilitação da integração do casal diante da parentalidade; 2) incentivar a inclusão do pai no transcurso de todo o processo para que assuma seu papel participativo; 3) facilitação do desenvolvimento do vínculo da tríade mãe-filho-pai; 4) preparação para a maternidade e paternidade; 5) promoção da postura ativa da gestante e 6) prevenção dos transtornos do puerpério (BORTOLETTI, 2007). Objetivos

específicos podem ser construídos a partir da realidade idiossincrática de cada caso.

Em sua estrutura o PNP deve conter a exteriorização e elaboração de conteúdo psíquico gerador da angustia do casal, manejo psicoterapêutico e não apenas pedagógico, abranger todos os aspectos do ciclo abordado e enfoque no trabalho corporal. A operacionalização dessa técnica ocorre em fases.

Consoante Bortoletti (2007) primeiramente ocorre a realização de uma anamnese dos participantes, após se inicia as sessões terapêuticas propriamente ditas, nas quais há a livre expressão dos emergentes emocionais. Nesse momento, deve-se priorizar a investigação do sentimento de angustia que imobiliza os participantes de ouvir. Após a diluição dessa, busca-se trabalhar a ansiedade, este seria um momento ideal para veiculação de informações e orientações pois os participantes estariam com a capacidade de ouvir sem grandes bloqueios emocionais. Em ato contínuo, o foco estaria no trabalho da conscientização corporal, visando uma gestante mais ativa e livre de ⁹pseudolimitações. Por fim, seria necessário um momento de trabalho com os avós, pois esses tendem a ter um envolvimento natural no ciclo gravídico puerperal. A técnica também é aplicável em grupos, com as devidas adaptações.

Apesar dos objetivos e do caráter psicoterapêutico convergirem, todavia, na fundamentação teórico-prática do modelo proposto por Arrais, a abordagem, a leitura dos fenômenos e os temas a serem trabalhados são distintos. Nessa linha a autora parti de uma perspectiva da (des)construção social da maternidade, aonde os temas a serem trabalhados envolve sexualidade na gravidez e no pós-parto, desmistificação da maternidade e da paternidade, representação social da maternidade, o que é ser mãe, culpa materna, estados emocionais no pós-parto, maternidade e volta ao trabalho, avosidade, autoimagem corporal, expectativas em relação ao filho, preparação para o parto, escolha do parto (empoderamento), medos, questões de gênero, dentre outros.

Assim a função do PNP neste prisma, para além da compreensão intrapsíquica da mulher, estaria voltado para compreender como as questões

⁹ A autora trata no sentido de que a gravidez provoca mudanças no corpo que alteram a autopercepção corporal, o que ocasionaria aparentes limites físicos, mas que teria na verdade limitações de natureza psicológica ou pseudolimitações. Assim o trabalho de conscientização corporal promoveria a elaboração da real limitação (BORTOLETTI et al., 2007, p.41)

socioculturais-econômicas influenciam o sofrimento subjetivo na perinatalidade. Assim, tais nuances poderiam ser debatidas, expressadas em um ambiente ausente de julgamentos morais, para que meios sejam encontrados para lidar com as dificuldades vivenciadas.

Também há diferenças quanto a operacionalização, enquanto no modelo de Bortoletti preza pela livre expressão dos sentimentos enquanto dinâmica de condução do grupo, Arrais aponta para a construção participativa- interativa. Apuradamente, o PNP nessa linha tem por fundamento a criação de um espaço dialógico a partir da experiência individual ou em grupo, aonde mães e pais podem expor suas vivências, fantasias, medos, angústias, alegrias e tristezas advindas desse processo e possam trocar sentidos e construir juntos a nova função parental. Os pais, direcionados para a expressão singularizada que envolve a gestação, o parto e todos os pontos que causam dúvidas recebem através desses encontros apoio emocional para o enfrentamento de eventos estressores.

Em síntese, as diferenças poderiam ser assim consideradas. O PNP de Bortoletti compreende o dispositivo a partir da leitura do referencial teórico da Psicodinâmica da Gravidez, ou seja, nessa perspectiva trabalha os conteúdos internos, regressivos, intrapsíquicos. Por sua vez, o PNP de Arrais leva em consideração os aspectos da psicodinâmica, porém os ver como resultado da perspectiva da construção social da subjetividade, com as questões do papel de gênero, idealização da maternidade, mito do amor materno, família atual, etc., assim no PNP o intuito seria desconstruir essa representação buscando uma maternidade mais real.

Consoante com o último referencial a estrutura de realização do PNP no modelo de Arrais se configura por: não haver um número limitado de sessões, porém, tem-se demonstrado que uma média de 06 a 07 sessões é razoável para atingir os propósitos, o tempo varia no intervalo de 02 a 05 horas por sessão, a frequência pode ser semanal ou quinzenal (a depender da disponibilidades de todos), focaliza-se temas e objetivos específicos, recomendados pela equipe ou gerados pelo grupo, que possuem uma composição heterogênea, inclusive com a possível participação dos pais e avós (ARRAIS; ARAUJO, 2016).

Cada sessão é ordenada a partir dos seguintes parâmetros: tema gerador, objetivos, recurso instrumental e procedimentos. Para facilitar o processo adotam-se técnicas de dinâmica de grupo, aulas expositivas com debates, vídeos, recorte e colagem de imagens, entre outros recursos que promovam a interação.

Os dois modelos supramencionadas se distinguem dos tradicionais cursos de preparação para gestante, apesar de fazer parte de suas propostas o fornecimento de informações e orientações, o foco principal do PNP é prevenir situações desfavoráveis iminentes na gestação e no pós-parto, especialmente pela sua proposta de caráter vivencial e interativo, prezando pela saúde psicoemocional da mulher e de familiares (TOSTES, 2012). Também por visar proporcionar as participantes trocas reciprocas de sentimentos, sensações e emoções em um momento de experiência coletiva semelhante, porém vivido de modo idiossincrático (ARRAIS; ARAUJO, 2016).

Não obstante, o presente trabalho elegerá a perspectiva desenvolvida e validada por Arrais, que foi divulgada em diversos artigos científicos (ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO 2019, 2018, ARRAIS; ARAUJO, 2016, ARRAIS; ALMEIDA, 2016 ARRAIS; MOURÃO; FRANGALLE, 2014, ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012).

Assim sendo, se adotará especificamente como parâmetro teórico de aplicação do Pré-Natal Psicológico a seguinte definição:

“Um novo conceito em atendimento perinatal, voltado para maior humanização do processo gestacional, e do parto, e de construção da parentalidade,[...] tem caráter psicoterapêutico e oferece apoio emocional, discute soluções para demandas que podem surgir no período gravídico-puerperal, como aquelas relacionadas aos mitos da maternidade, à sua idealização, à possibilidade da perda do feto ou bebê, à gestação de risco, à malformação fetal, ao medo do parto e da dor, aos transtornos psicossomáticos, aos transtornos depressivos e de ansiedade, às mudanças de papéis familiares e sociais, às alterações na libido, ao conflito conjugal, ao ciúme dos outros filhos, ao planejamento familiar, além de sensibilizar a gestante quanto à importância do planejamento de parto e do acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Desse modo, o PNP utiliza-se do método psicoprofilático, oferecendo orientação e informações com o intuito de preparar as futuras mães e seus familiares para possíveis crises, através de mecanismos de enfrentamento, assim, elaborando melhor a situação. (ARRAIS et al., 2014, p.254.)

Sob este prisma, o PNP proposto por Arrais se apresenta como um potencial recurso de utilização no enfrentamento das dificuldades psíquicas

características do puerpério, não só em espaços tradicionais ou especializados de obstetrícia, como maternidades, mas também em outros espaços do fazer saúde como no nível da Atenção Primária na Estratégia Saúde da Família.

3.2.1 Estratégia Saúde da Família e Pré-Natal Psicológico: um enlace possível para prevenção da DPP?

No Brasil a assistência à saúde historicamente foi dominada pelo modelo centrado na cura e na doença, que não priorizava a prevenção e a promoção em saúde. Esse modelo, atrelado a outros fatores conduziu a uma crise no setor saúde. Porém com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 90, sobre a base da Constituição de 1988, era preciso mudar a rota e encontrar caminhos universais, equânimis e integrais.

Assim, diante da nova exigência de desenvolvimento de formulação de políticas públicas de saúde que priorizassem a prevenção e a promoção, foi preciso rememorar o pacto assinado entre os países na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Alma Ata, em 1978, o qual o Brasil fez parte, onde houve a elevação da Atenção Primária como principal estratégia de produção de saúde.

Pautado nisso, o Ministério da Saúde lançou em 1994 o Programa Saúde da Família - PSF - (posterior Estratégia Saúde da Família), onde as origens remontam aos movimentos reformistas sanitários da década de 1970 e 1980. O PSF foi planejado para romper com o que já estava instituído, sua atuação perpassaria pelas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS) e contaria com uma equipe multiprofissional. Ademais, o PSF passaria a assumir o compromisso de atenção continuada, resolutiva e ancorada nos princípios da promoção da saúde, onde a ação intersetorial era essencial para a melhora dos indicadores de saúde da comunidade e da qualidade de vida da população.

Ao PSF foi destinada a função de executar atividades de cuidados básicos, no primeiro nível de atenção, além disso, o programa estava imbuído de promover a reorganização da prática assistencial (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009). Isso demonstra seu potencial de reestruturação do modelo de assistência dominante no país.

Em 1996 por conta das discussões acerca de financiamentos no setor da saúde e as contradições apresentadas pelo PSF foi formulada a Norma Operacional Básica (NOB-SUS/96). Tal norma reforçou a atenção básica, por vários motivos, dentre eles, ao definir o PSF como integrante de uma estratégia, nomeada de Estratégia Saúde da Família (ESF). De acordo com Pereira e Oliveira (2014), como estratégia de reorientação do modelo assistencial a ESF deve propor mudanças no objeto de atenção, nos processos de trabalho e de ações de saúde.

Em relação a isso, Campos (2007) aponta que a atenção básica deveria ser a porta de entrada do usuário ao SUS, ademais, que nesse nível de atenção poderiam ser resolvidos aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população. Também diz o autor que três funções são delegadas a atenção básica, nela inclusa a ESF, são essas: 1) acolhimento da demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade; 2) clínica ampliada e 3) saúde coletiva.

Sobre a primeira função Campos (2007) diz que os usuários devem ser atendidos no momento que demandam, ou seja, o acolhimento suscita disposição, organização e preparação dos profissionais para receber as demandas dos usuários, garantindo seu atendimento e avaliando os riscos implicados, almejando uma possível resolutividade.

Em relação à segunda, a clínica que deve ser executada na atenção básica tem suas idiossincrasias e diferentemente do que se costuma pensar, apesar de estar no primeiro nível de atenção lida com questões complexas que igualmente precisa de intervenções complexas. Ainda nisso, essa clínica deverá partir da dimensão biomédica para aspectos subjetivos e sociais de sujeitos e coletivos.

Já em relação à terceira função elencada, faz-se necessário que aESF realize procedimento de cunho preventivo e de promoção da saúde noterritório, por exemplo, busca ativa, pre-natais, educação popular, projetos intersetoriais, entre outros, isso faz parte da gama de possíveis trajetos que podem ser percorridos.

Para alcançar sua finalidade a ESF, segundo Gastão (2007), deve seguir as diretrizes que guiam a ABS, dentre elas:

- Trabalho em equipe multi e interdisciplinar (um único profissional não conseguirá ter um acúmulo de conhecimentos e habilidades práticas suficientes para cumprir simultaneamente as três delegações citadas anterior);

- Responsabilidade sanitária por um território e construção de vínculo entre equipe e os usuários (encarregar-se de produzir cuidado aos moradores da sua área adstrita, reconhecendo os condicionantes do processo saúde-doença, assim como mapeando as vulnerabilidades de grupos, família e pessoas e articulando projetos singulares interventivos);

- Abordagem do Sujeito, da Família e do Contexto (a integralidade, a ESF deve dispor de meios em prol da resolutividade dos problemas de saúde, baseando-se em ações clínicas, de promoção, prevenção, reabilitação e alívio do sofrimento dos usuários);

- Reformulação do saber e da prática tradicional em saúde (ampliação do saber clínico tradicional, através da incorporação de conceitos e de ferramentas oriundas da saúde coletiva, saúde mental, ciências sociais, dentre outros campos do conhecimento que permitam aos profissionais de saúde lidar com a complexidade do processo saúde e doença) e

- Articular a ABS em uma rede de serviços que assegure apoio e amplie a capacidade de resolver problemas (ligação dinâmica e de apoio com outros dispositivos, por exemplo, Hospital Geral, CAPS , CRAS.

Em síntese pode-se considerar como objetivo geral da ESF: contribuir para a reformulação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em consonância com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com clareza de responsabilidades entre os serviços e a comunidade.

Em meio aos objetivos específicos, pode-se citar: humanizar as práticas de saúde via o estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; oferecer na Unidade de Saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, resolutiva e de boa qualidade no atendimento às necessidades de saúde da população adstrita; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento, entre outras. (PAULINO; BEDIN; PAULINO, 2009).

Conclui-se que o modelo defendido na Estratégia Saúde da Família (ESF) leva em consideração o meio ambiente, a multi e a interdisciplinaridade profissional, a promoção de saúde e a prevenção de agravos e doenças. Assim, a ESF se torna um lócus propício para práticas que visem a integralidade do cuidado, incluídas as de saúde mental (MEIRE *et al.*, 2019, FONTENELE, 2016).

Neste âmbito é reconhecível que as demandas de saúde mental estão presentes através dos usuários acompanhados pelos serviços das unidades de saúde, aqui incluso as gestantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Todavia, Hartmann, Mendoza-Sassi e Cesar (2017) informam que no Brasil cerca de 30% a 40% das mulheres atendidas na ESF ou com perfil socioeconômico baixo apresentam alto índice de sintomas depressivos. Meire *et al.* (2019) destacam que somente 25% das puérperas acometidas de depressão pós-parto têm acesso a assistência adequada e apenas metade dos casos são diagnosticados na clínica diária.

Isso traz consequências graves no processo de vulnerabilidade dessas mulheres, dentre outros motivos, maior probabilidade de negligência diagnóstica, consequência do desconhecimento dos sinais e sintomas da DPP; banalização da mesma como um caso típico de cansaço ou tristeza puerperal decorrente das exigências no cuidado com o bebê e/ou das precárias condições de vida. Logo essas mulheres terão maior dificuldade de acesso aos cuidados adequados de saúde materna-infantil.

Diante disso, o Pré-Natal Psicológico se apresenta como um dispositivo complementar essencial ao pré-natal ginecológico, ou seja, pode auxiliar no cuidado integral e prevenção de agravos na saúde mental de mulheres acompanhadas na ESF.

Se analisarmos ser a ESF um nível de atenção central no atendimento às mulheres gestantes, se considerarmos o conceito do PNP como um novo conceito em atendimento perinatal, voltado para maior humanização do processo gestacional e da formação da parentalidade, se arrazoarmos que as funções delegadas à ABS, em especial o acolhimento da demanda, a avaliação de vulnerabilidades, a clínica ampliada, o foco na saúde da família, a promoção e a prevenção em saúde e a integração de novas práticas, então, tem-se ai uma

salutar tecnologia de cuidado à disposição da saúde mental materna no âmbito do SUS.

Dentre suas principais possíveis contribuições nesse esquema assistencial, cita-se a probabilidade de prevenir ou reduzir sintomas de depressão pós-parto em puérperas. (Arraes *et al*, 2012, 2014, 2016, 2018).

Entretanto, é preciso avaliar sobre a assertiva de seu caráter preventivo, afinal, não há consenso na literatura especializada acerca de intervenções efetivas de prevenção da depressão pós-parto.

Um clássico estudo realizado por Zinga, Phillips e Born (2005) fez um levantamento sobre as principais estratégias utilizadas ao longo dos anos que objetivavam meios de prevenir a DPP. As principais encontradas foram: cursos educativos, melhoria na atenção pré e pós-natal e do padrão de sono, estratégias psicofarmacológicas, hormonais e psicossociais. Concluiu os autores que a DPP não pode ser facilmente prevenida, porém, algumas intervenções demonstraram-se promissoras para a redução da ocorrência da DPP (apesar de isoladamente não poderem ser generalizadas para todas as mulheres), dentre essas as com enfoque psicoterapêutico grupal “...foi demonstrado que a intervenção precoce utilizando uma estratégia psicoterapêutica específica entre mulheres de risco pode resultar em uma redução significativa na sintomatologia depressiva (ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005, p.60)”.

Nesta mesma direção, Dennis e Dowswell (2013) ratificam que intervenções psicossociais e psicológicas também possam prevenir a depressão pós-parto, uma vez que muitos dos fatores de risco conhecidos estão presentes durante a gravidez e no período pós-parto imediato. Como tal, dizem os autores, essas intervenções podem ser fornecidas às mulheres antes do nascimento ou iniciadas precocemente no período pós-parto. Podem ser baseados individualmente, com foco nas necessidades maternas específicas, ou fornecidos em grupos, incorporando apoio de outras mulheres.

Os achados de que intervenções psicológicas contribuem na prevenção da DPP tem sido corroborado em pesquisas envolvendo o uso do Pré- Natal Psicológico através de várias pesquisas (ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO2019, 2018, ARRAIS; ARAUJO, 2016, ARRAIS; ALMEIDA, 2016 ARRAIS; MOURÃO; FRANGALLE, 2014, ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012). Entretanto,

até o presente momento nenhuma investigou o aspecto preventivo do PNP especificamente no público atendido na ESF.

Se considerarmos essa lacuna no campo científico e que há maior prevalência da DPP em perfis de mulheres de classes socioeconômica baixa, acompanhadas no sistema público; que quanto mais precoce for identificada sintomas depressivos maiores serão as chances de prevenir o agravamento e, por conseguinte, de proteger o desenvolvimento do vínculo mãe/bebê; que o PNP é uma proposta viável de intervenção em grupo ou individualmente, podendo ser adaptável a diferentes contextos contemplando maior número de pessoas, com potencial efeito psicoprotetor; é de baixo custo e que pode ser direcionador de políticas públicas através de programas da promoção da saúde materna-infantil, o presente projeto traz importante discussão.

4 TRAJETO METODOLÓGICO

4.1 *Tipologia do Estudo: fundamentos teóricos*

Ao considerar a natureza do objeto estudado e a busca por alcançar os objetivos propostos da investigação, adotou-se a Pesquisa-Ação como percurso metodológico.

Diffundida na década de 1940, não se sabe com confiança seu fundador, porém certamente um de seus expoentes foi o psicólogo social Kurt Lewin (TRIPP, 2005), esse apontou a necessidade de superação do hiato entre teoria e prática na produção do conhecimento (SOUZA; OLIVEIRA, 2019, MELO; FILHO; CHAVES, 2016). Neste apontamento, o caminho encontrado para tal superação é um modo de se fazer pesquisa em situações em que o pesquisador é uma pessoa da prática e tem o intuito de aprofundar a compreensão dessa.

Classificada como qualitativa, porém podendo envolver instrumentos quantitativos em seu desenvolvimento, é uma proposta teórico-metodológico que visa ser alternativa ao modo tradicional¹⁰ de se fazer pesquisa (THIOLLENT, 2011), bem como propõe a superação da lógica do pensamento dicotômico/binário, que reduz a realidade através de sistematizações somente quanti ou qualitativo. Nessa proposta metodológica, o que deve ser perseguido é complexidade do fenômeno a ser estudado. Para isso a pesquisa-ação se fundamenta em distintas dimensões configurativas: ontológica, epistemológica e metodológica.

De acordo com Koerich *et al.* (2009) a natureza ontológica está relacionada ao se adotar balizas teóricas norteadoras que devem oferecer aos sujeitos da pesquisa a produção de conhecimento para uma compreensão mais precisa dos condicionantes da práxis, para os fins almejados na investigação.

Ainda segundo o autor, na esfera epistemológica, a pesquisa-ação requer a intersubjetividade, numa posição ativa-passiva, uma vez que a busca do saber envolve conhecer e intervir, essa imbricação indubitavelmente leva o

¹⁰ Com características indispensáveis de: neutralidade, independência, não-reativa, objetiva, a busca da verdade essencialista etc...

pesquisador a fazer parte do universo pesquisado, o que implica a anulação das faces da “neutralidade” científica e do controle das circunstâncias da pesquisa.

Logo são pressuposições epistêmicas indispensáveis: a dialética da realidade social, a historicidade dos fenômenos, a concepção de práxis como meio elementar da construção do conhecimento e a não limitação do saber amerá descrição, mas a sua ampliação por meio da busca de explicação através do observável e dos movimentos dialéticos do pensamento e da ação.

Já sobre a dimensão metodológica “*exige procedimentos articuladores da ontologia com a epistemologia da pesquisa-ação que instaurem, no grupo, uma dinâmica de princípios e práticas dialógicas, participativas e transformadoras (KOERICH et al., 2009, p. 720).*”

Tripp (2005) destaca que a pesquisa-ação é um dos inúmeros tipos de investigação-ação, que é um termo genérico para se referir a algum processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela. Considerando que há várias possibilidades investigativas intrínsecas à constituição e ao desenvolvimento da pesquisa-ação, é importante uma definição única a qual o presente estudo se entrelaçará.

Elegeu-se a definição de Thiolent (2011), a qual diz que pesquisa-ação é:

“[...] um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2011, p.20)”.

Assinala o autor que dentro dessa definição há um amplo espectro de possibilidade referente às mais diversas intencionalidades nos diversos campos de atuação social, como por exemplo, de viés emancipatório, de propostas informativas e conscientizadoras, dentre outras. Porém, para fins de delineamento intencional do presente processo investigativo, este teve por linha condutora a proposta de avaliação da eficiência de determinada técnica (pré-natal psicológico) em determinado grupo (gestantes acompanhadas na ESF).

Tendo em vista o exposto, o percurso metodológico definido teve condições *sine qua non* que o caracterizaram, foram: a) necessidade de o

pesquisador intervir ativamente dentro de um problema social; b) que os participantes estejam envolvidos de modo colaborativo¹¹ ou de forma participativa através da expressão individual ou grupal na tomada de decisões (isso é uma dimensão diferencial da pesquisa-ação em comparação a outras modalidades, como a ¹²pesquisa-participante); c) o objeto de investigação não é constituído pelas pessoas e sim pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontrados; d) há, durante o processo um acompanhamento das ações e de toda a atividade intencional dos atores da situação; e) a pesquisa não se limita a uma forma de ação (risco de ativismo): pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou o "nível de consciência" das pessoas e grupos considerados e f) o objetivo da pesquisa-ação consiste em resolver ou, pelo menos, esclarecer os problemas da situação observada (THIOLLENT, 2011).

Em síntese a pesquisa-ação geralmente apresenta três propósitos implicados no seu fazer, sejam isolados ou somados: resolução de problemas, tomada de consciência e/ou produção de conhecimento. No presente caso desta pesquisa, entende-se a mescla dos três.

Nesta racionalidade a referida metodologia se distancia das exigências científicas do positivismo. É importante ressaltar o distanciamento do positivismo, não das exigências científicas. O que ocorre é que essas são diferentes daquelas comumente aceitas de acordo com o padrão convencional. Mantêm-se as exigências científicas distinguindo a pesquisa-ação do senso comum ou de um mero ativismo através do controle metodológico do processo investigativo. Para isso, concebida como estratégia, a pesquisa-ação faz uso de diversas técnicas em cada fase de sua organização.

Ademais, Thiolent (2011) marca que o modo de organização de uma pesquisa-ação, ou seja, suas fases, procedimentos e interpretações entre outras é bastante flexível pela dinâmica situacional de cada projeto e pela

¹¹ Não apenas de modo cooperativo, como no modo tradicional de pesquisar.

¹² Não há um consenso quanto a definição de pesquisa-participante (MARIANI; CARVALHO, 2019), porém, uma das definições é: processo de pesquisa no qual a comunidade participa da análise de sua própria realidade com vistas a promover a transformação social em benefícios dos participantes (DEMOS, 1999)

intencionalidade desejada. Todavia, de acordo com o autor o que se deve manter em cada etapa são os princípios e características distintivas da pesquisa-ação.

Assim, a presente pesquisa foi dividida no seu curso em três fases, representada no quadro e descrita abaixo, cada uma teve como horizonte os princípios supracitados.

Quadro I: Fases da Pesquisa

Fases	Instrumentos a serem utilizados
FASE I – EXPLORATÓRIA	RODA DE CONVERSA, QUESTIONÁRIO E ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK (BID)
FASE II – INTERVENÇÃO	PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO – MODELO ARRAIS
FASE III – AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO(COX) E ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA AVALIATIVA

Fonte: Própria

4.2 Fase I: Exploratória

Esta fase consistiu em realizar um diagnóstico situacional. O pesquisador ao ser um ator social dentro da realidade empírica a ser pesquisada, a saber, psicólogo vinculado a Estratégia Saúde da Família do Município de Bela Cruz-CE, pôde observar *in locu*, e a partir das reflexões teóricas prévias, a problemática relacionada à prática hegemônica de viés biologista do acompanhamento pré-natal realizado nas unidades básicas de saúde que desconsidera os aspectos psicossociais do ciclo gravídico-puerperal.

A partir disso, projetou-se uma intervenção nos moldes da pesquisa-ação levando em consideração a viabilidade e as habilidades necessárias para realização da mesma, que foi realizada como segue.

4.2.1. Cenário da pesquisa

A escolha do local do estudo ocorreu a partir do diálogo junto a Secretaria de Saúde do Município de Bela Cruz-CE, especificamente com a Coordenação da Atenção Básica, mediante critério de Unidade Básica de Saúde (UBS) com maior

quantidade de gestantes, sendo acompanhadas no período de execução da pesquisa no campo.

Portanto, o estudo ocorreu na UBS – Sede I, localizada na rua Capitão Miguel Lopes, s/n, Centro, em uma região geográfica de concentração de famílias de condições socioeconômicos adversas e marcado por frequentes registros de violência comunitária no território. A área adstrita abrange cerca 1.100 famílias, por volta de 3.300 pessoas, e, no momento do estudo havia, o acompanhamento de 28 gestantes.

A unidade funciona de segunda a quinta-feira das 07h00min às 11h00min horas e de 13h00min às 17h00min e na sexta-feira somente entre 07h00min às 11h00min horas. A equipe vinculada é composta por 9 (nove) agentes comunitários de saúde, uma dentista e uma auxiliar de saúde bucal, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira e um médico clínico geral. A equipe também recebe apoio técnico-educacional de uma nutricionista, um assistente social, um educador físico e um psicólogo.

Os serviços ofertados à comunidade são: verificação de sinais vitais, medidas antropométricas, curativos, inalações, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, dispensação de medicação básica, consultas de enfermagem e médica, encaminhamentos para atendimentos com especialista, testes rápidos, visitas domiciliares, exame preventivo do câncer do colo do útero, ações programáticas em diversos âmbitos tais como saúde da criança, hipertensão, diabetes, tuberculose, câncer de colo de útero, câncer de mama, saúde da pessoa idosa, saúde bucal, saúde na escola, além do acompanhamento de gestante, consulta pré-natal e de puericultura.

Sobre o pré-natal disponibilizado à gestante, esse é caracterizado por consultas intercaladas entre médico e enfermeiro que acontecem mensalmente para gestantes até 28 semanas de idade gestacional, quinzenalmente da 28^a a 36^a semana e semanalmente da 36^a até o parto. As principais ações desenvolvidas envolvem: o acolhimento, entrega à mulher da Caderneta da Gestante; realização de testes rápidos para Sífilis e HIV; solicitação de exames em amostra de sangue ou soro, análise imunohematológicas e de análise clínica convencional; realização de exame físico completo; encaminhamento para consulta odontológica, realização da avaliação de risco e/ou vulnerabilidade obstétrica e verificação da situação vacinal.

da mulher, orientação alimentar para a gestante, controle da pressão arterial, entre outras.

Apesar do direcionamento dado pelo Ministério da Saúde (2000, 2012) contemplar uma visão integral da mulher durante o pré-natal, fica evidente que os protocolos de atenção estão direcionados aos cuidados biomédicos da mãe e do bebê, fazendo com que aspectos psicossociais sejam identificados apenas para referenciá-los para outro ambiente ou profissional (FREITAS, 2022).

Tal fato pôde ser constado no presente cenário de pesquisa, pois não é praticado pelos profissionais da respectiva unidade de saúde a oferta planejada de ações cujo tema central seja a promoção da saúde mental materna, dado esse ratificado pela observação *in locu*.

4.2.2 Participantes

As participantes foram gestantes acompanhadas na UBS no período de desenvolvimento da pesquisa. Tiveram-se os seguintes critérios de inclusão para participação: gestantes de alto risco¹³ e de risco habitual com idade gestacional entre 27º e 33º semanas¹⁴, primíparas ou multíparas, alfabetizadas, maiores de 18 anos que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (AnexosA) que não tinha previsão de mudar de cidade e que indicasse telefone de contato, endereço ou algum familiar (para diminuir risco de contratemplos durante o desenvolvimento da pesquisa, como necessidades de avisos prévios sobre alguma alteração não programada no curso da pesquisa).

Dentre essas, excluiu-se a participação de gestantes com algum transtorno psiquiátrico grave ou comprometimento cognitivo. Participaram da pesquisa 7(sete) mulheres. Não houve desistências ou abandono ao longo da pesquisa, ou seja, do inicio ao final contou com o total de mulheres.

4.2.3 Procedimentos e Instrumentos

¹³ Gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população (REZENDE; GRUBTIS; CESPEDES; SOUZA, 2020)

¹⁴ Esse intervalo foi eleito baseado nos limites temporais para a realização do estudo

O gerente da UBS foi contatado previamente para elaboração de uma agenda de trabalho colaborativa de modo que se encaixasse a intervenção do PNP na rotina do serviço. A partir da criação dessa agenda comum, aproveitando os dias de atendimento de consulta pré-natal para gestantes na UBS, foram realizadas 2(duas) rodas de conversas, cada uma em dias distintos, contemplando todas as gestantes acompanhadas na unidade, com média de 20 minutos cada, intituladas: “E o meu pré-natal psicológico?”, que foram promovidas pelo pesquisador durante o mês de agosto de 2021. Nas oportunidades, após breve explanação sobre os processos psicológicos típicos de cada período do ciclo-gravídico, as gestantes realizaram perguntas, compartilharam experiências com o pesquisador e entre si, promovendo uma vivência dialógica. Após isso, foi efetivado o convite ao público- alvo para participar do estudo, ao se expor os objetivos da pesquisa e explicado os procedimentos que cada participante anuente passaria no curso da investigação.

Em seguida, as gestantes que aceitaram participar e que estavam dentro dos critérios de inclusão da pesquisa assinaram o termo de consentimento e foram direcionadas para uma sala reservada, onde responderam os seguintes instrumentais:

1) Questionário do Perfil Gestacional – QPG – (apêndice A). O QPG, desenvolvido pelo pesquisador, foi composto por perguntas fechadas relacionado à presença de fatores de risco para desenvolvimento de depressão pós-parto, apontados pela literatura, por exemplo, histórico de transtorno mental, estado civil, apoio familiar, classe social, entre outros (ARRAIS; ARAUJO, 2017, KERBER; FALCERTO; FERNANDES, 2011, CANTILINO *et al.*, 2010);

2) Inventário de Depressão de Beck (BDI – sigla em inglês) (anexo B). O BDI, traduzido e adaptado para o Brasil por Cunha (2001), possui 21 itens para cada um deles há quatro afirmativas (com escore variando de 0 a 3) de resposta (com exceção dos itens 16 e 18, em que existem sete afirmativas, sem, contudo variar o escore), entre as quais a participante escolhe a mais aplicável a si mesma para descrever como esteve se sentindo nas duas últimas semanas, incluindo o dia da aplicação (BECK *et al.*, 1996). Estes itens dizem respeito a níveis de gravidade crescentes de depressão, e o escore total é resultado da soma dos itens individuais, podendo alcançar o máximo de 63 pontos. A pontuação final é classificada em níveis mínimo, leve, moderado e grave, indicando a intensidade da depressão.

A presente aplicação do BDI na pesquisa objetivou identificar a presença e o nível de intensidade de sintomas depressivos das mulheres antes do parto. Ressalta-se que foi comunicado às participantes que caso tivessem alguma dificuldade de compreensão em algum item, poderiam pedir esclarecimentos ao pesquisador. O tempo médio de resposta para os dois instrumentos foi de 15 minutos para cada mulher.

Em síntese, nesta primeira etapa, buscou-se fazer um “retrato” situacional, ou seja, um levantamento do perfil gestacional das participantes, identificando a presença de fatores de risco para DPP, assim como verificando níveis de sintomas depressivos antes da participação no PNP.

4.3 Fase II: Planejamento e Intervenção

Nesta fase foi desenvolvida pelo pesquisador a técnica do Pré-Natal Psicológico no modelo proposto por Arrais e Araújo (2016) na modalidade grupal com 07(sete) gestantes participantes. É relevante a descrição da estruturação do PNP adotada, pontuando-se não ser uma estrutura rígida, mas adaptável a partirdos contextos de sua aplicação.

Tratou-se de um grupo fechado, ou seja, a partir do início não se permitiu a entrada de novas integrantes. Optou-se por essa modalidade grupal por algumas razões: 1) o estabelecimento de um contrato prévio de início e término, que é uma característica metodológica dos grupos fechados (OSÓRIO, 2007), e 2) o objetivo desse modo grupal é uma terapia mais profunda e engajada num período mais breve de tempo, proporcionando frequentemente uma forma consistente de interação, com a criação de vínculos mais estáveis, criando uma natural sensação de segurança nos indivíduos, amenizando a sensação de possíveis quebras desigilo (PONCIANO, 2013). Essas características vão ao encontro da presente proposta interventiva. Apesar disso, frisa-se que consoante Arraes e Araujo (2016) o PNP pode ser desenvolvido também na modalidade de grupo aberto.

Deste modo, estabeleceu-se o número de uma (01) sessão semanal ao longo de cinco (5) semanas, totalizando cinco encontros, ocorridas no período de setembro de 2021 a outubro de 2021. Cada sessão teve duração em média de 90 (noventa) minutos e focalizou temas objetivos e específicos, acordados no e pelo grupo.

No que diz respeito ao período e histórico gestacional das participantes, o grupo possuiu uma composição heterogênea, com primigestas e multíparas, com faixas etárias e idades gestacionais variadas. Todas as gestantes atenderam aos critérios de inclusão metodológica da pesquisa. Não foi possível ter a inclusão de familiares como avós e os pais, apesar do desejo das participantes, devidos fatores limitantes no período da intervenção, como disponibilidade nas datas previstas dos encontros para todos os convidados.

O local dos encontros, auditório da Unidade Básica de Saúde Sede – I, continha estrutura adequada para o desenvolvimento das atividades planejadas: espaço amplo, climatização, cadeiras e projetor, esse último usado para o momento de psicoeducação, mas que em sua ausência outras ferramentas podem ser usadas, como folhetos, folders, quadros etc.

Durante as sessões adotaram-se técnicas de dinâmica de grupo, escuta qualificada, aulas expositivas e debates. Assim, com base no modelo de PNP adotado, cada sessão foi ordenada a partir dos seguintes parâmetros: tema gerador, objetivos, recurso instrumental e procedimentos.

1º Encontro

Temas geradores Acolhimento, apresentação e escuta da história das participantes

Objetivos Desenvolver o contato inicial, estabelecimento de vínculos entre participantes-participantes e entre pesquisador-participantes, discussão das expectativas e dos medos em participar do PNP e o levantamento de questões comuns entre as participantes sobre o ciclo gravídico-puerperal.

Recursos Instrumentais Dinâmica de apresentação e escuta psicológica.

Cada gestante foi convidada a realizar um desenho em uma folha de papel que comunicasse algo de si mesmo, inclusive sobre seus aspectos gestacionais e após cada uma relatou sobre o desenho para o grupo. Em seguida houve a distribuição de outra folha com

Procedimento a frase: “*Escreva aqui as dúvidas ou temas que você gostaria que fosse abordado*”. Assim responderam por escrito e oralmente ao coletivo. A partir do levantamento dos interesses comuns houve um diálogo grupal no qual se deliberou conjuntamente, pesquisador e participantes, sobre os temas geradores subsequentes que seriam abordados nas próximas sessões, seguindo a estrutura central do PNP: psicoprofilaxia, psicoeducação, espaço de escuta e criação de estratégias de lidar com as dificuldades advindas na maternidade. Nesse primeiro contato grupal, os empenhos foram conduzidos no sentido de instalar um momento acolhedor, oferecendo às gestantes a sensação de que naquele espaço seriam compreendidas e aceitas com seus defeitos e qualidades, favorecendo, assim, o sentimento de pertencimento e a integração.

2º Encontro

Temas geradores	Ambivalências e dilemas da maternidade.
Objetivos	Discutir acerca do desejo de estar grávida e sobre a idealização da maternidade.
Recursos Instrumentais	Técnica projetiva de complementação de frases ¹⁵ (GONZÁLEZ REY, 2005), escuta empática e discussão grupal.
	Apresentaram-se frases escritas incompletas para que as participantes completassem a partir daquilo que primeiramente surgisse em sua mente. Foram elaboradas 10 (dez) frases que se alternavam entre temas relacionados ao desejo de estar grávida,

¹⁵ É uma técnica projetiva utilizada a fim de evitar limitações de relatos pessoais como também para atingir motivações inconsistentes em lugar de traços e atitudes superficiais. A quantidade de frases, a ordem de apresentação, bem como o conteúdo das mesmas, são flexíveis e mutáveis, para que possam ser adaptados aos temas e objetivos das diferentes propostas.

às preocupações, aos medos e à maternidade. A partir de suas respostas houve um diálogo grupal sobre o conteúdo expresso.

Nesse segundo encontro, os empenhos foram implicados em manejear a discussões acerca do conflito entre o desejo e o não

Procedimento desejo da gravidez, e sobre a maternidade ideal versus maternidade real, promovendo reflexões sobre representações sociais e mitos da maternidade instintiva e perfeita e as características atuais da maternidade, isso perseguindo um “clima” empático para reconhecimento dos conflitos oriundos desse campo.

3º Encontro

Temas geradores Aspectos psicológicos típicos do ciclo gravídico-puerperal e suas alterações

Objetivos Fornecer esclarecimentos e informações psicoeducacionais sobre as alterações e transtornos psíquicos típicos do ciclo gravídico-puerperal e desenvolver a capacidade de reconhecer sintomas.

Recursos instrumentais Aula expositiva/interativa, notebook e projetor

Procedimento Foi realizado uma explanação do tema a partir do modelo de aula expositiva/interativa, contando com a colaboração das participantes. Os pontos trabalhados foram: alterações psicológicas típicas da gestação, baby blues, depressão pós-parto e psicose puerperal.

4º Encontro

Temas geradores Relações familiares: mãe-bebê, mãe-avó-sogra e mãe-companheiro, questões de transgeracionalidade.

Objetivos Observar a interação da gestante com o bebê intra-útero. Refletir sobre as relações das colaboradoras nas suas dinâmicas mãe-filha, e com o pai do bebê.

Recursos Instrumentais Técnica de relaxamento guiado¹⁶ (FURTADO; MACHADO, CARNEIRO, 2019), Dinâmica, construções de sentido através do dialogo.

Procedimento Inicialmente se desenvolveu a técnica do relaxamento guiado para diminuir os níveis de ansiedade e desconforto frente o tema a ser desenvolvido.

Após, com uma música ambiente solicitou-se que ao tocarem na barriga imaginassem características do bebê e expressassem seus afetos a ele. Em seguida foi verbalizado acerca da experiência. Ao fechamento das trocas sobre esse aspecto foi relatado sobre as relações com suas mães, sogras e pai de seu filho.

5º Encontro

Temas geradores Expectativas/fantasias para o parto, avaliação do trabalho e encerramento do grupo.

Objetivos Preparação para o parto, autoavaliação da gestante. Avaliação do PNP e despedida para o parto.

Recursos Instrumentais Caneta e papel em branco, lanche de encerramento.

Procedimento Após breve síntese do processo até o momento, foi solicitado que as gestantes se imaginassem após o parto, e que a partir disso escrevessem uma carta como que fossem enviar para alguém

¹⁶ A técnica de relaxamento e imaginação guiada é uma técnica cognitiva com fins clínicos. Foi realizada em um tempo aproximado de 20 minutos, as participantes estiveram sentadas em posição confortável, o ambiente encontrava-se silencioso, arejado e com iluminação em penumbra, iniciou o relaxamento através da respiração diafragmática. Com a respiração adequada das participantes, iniciou-se a imaginação guiada da seguinte forma: o facilitador/pesquisador contou uma história, em tom de voz baixo e pausado, em um tema que trouxesse paz e harmonia, a partir do conhecimento prévio das participantes. Após o exercício todas trouxeram um breve relato de como foi à experiência e as sensações causadas.

descrevendo sobre como foi o nascimento do seu filho. A partir desse levantamento de informações projetivas, foram dadas orientações e esclarecimentos sobre o assunto no campo dos direitos e da esfera emocional. Em seguida foi solicitado uma autoavaliação e avaliação do PNP.

Os temas acima foram trabalhados conforme o próprio ritmo de evolução grupal. No entanto, incentivou-se a participação ativa das gestantes em todo o processo.

Cada encontro foi registrado em um diário de campo de acesso exclusivo do pesquisador. O diário de campo tem por intuito registrar atitudes, fatos e fenômenos percebidos; seu uso se limitou para o manejo do próprio grupo durante as intervenções psicoterapêuticas. Ou seja, o material registrado não foi usado para fins de análise a título dessa pesquisa. Os registros eram anotados logo após o término das sessões.

Deste modo, foram registros datados, apontando os sujeitos, fato, a influência do cotidiano, as afetações dos encontros com o campo e com os sujeitos da pesquisa, o que criou produções de sentidos. Desta maneira, o diário de campo foi um modo de coleta de narratividades dos processos que emergiram na intervenção, que se tornou uma experimentação-criativa-reflexiva dos fluxos dos acontecimentos, igualmente, uma autorreflexão das experimentações de si e do outro.

Diante do cenário pandêmico vivenciado no transcurso do desenvolvimento da pesquisa no campo, é preciso destacar que em cada sessão se seguiu rigorosamente o protocolo de proteção sanitária, a saber, uso obrigatório de máscara facial com orientações sobre utilização correta, higienização das mãos com álcool em gel 70%, distanciamento físico de 1,5 metros (um metro e cinquenta centímetros) entre participantes, evitação de cumprimentos e saudações que favorecessem o contato físico, o uso de objetos foi individualizado, tais como canetas, copos, entre outros. Todos os meios necessários para proteção foram fornecidos pelo pesquisador.

4.4 Fase III: Avaliação da Intervenção e *Instrumentos*

Nesta etapa aconteceu o rastreio de sintomas depressivos (OLIVEIRA, 2022, MOLL, *et al.*, 2019) no pós-parto através da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo – EPDS - (COX) (anexo D), bem como a aplicação de um roteiro de entrevista avaliativa semiestruturada (apêndice B) para conhecer a avaliação subjetiva das puérperas sobre possíveis contribuições do PNP no seu processo gravídico-puerperal.

É importante explicar o motivo pelo qual não se reaplicou a Escala Beck no pós-parto para aferir sintomas depressivos. De acordo com Moraes (2015) no quodiz respeito aos instrumentos utilizados nas pesquisas para identificação da DPP, existe uma grande variedade nas recomendações sobre como e quando devem ser realizadas as triagens para a detecção, e quais estratégias e instrumentos a serem utilizados. Segundo o referido autor até o início dos anos 90, o BDI era o instrumento mais utilizado por pesquisadores para a detecção da DPP, mas um grande limitador deste instrumento, e de todos os outros criados para detecção de depressão geral, é a inclusão de vários sintomas somáticos dentre os pesquisados. Neste ponto, torna-se difícil a distinção entre as reações fisiológicas normais do puerpério e os sintomas da DPP. Por conta disso, foram criados instrumentos específicos para a detecção de DPP, como a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Essa por sua vez, não pode ser usada para detecção de depressão no período gestacional. Justificando-se, assim, o uso dos dois instrumentais na presente pesquisa.

Ressalta-se que segundo Moraes *et al.* (2017) não existe concordância entre os estudiosos sobre o momento ideal de aplicação de instrumentos de rastreio de DPP, no entanto, se elegeu o intervalo de 30(trinta) a 45(quarenta e cinco) dias pós-natal de cada participante para se minimizar o risco de confusão entre características de um blues puerperal e depressão pós-parto (DAMACENA; REICHOW; CASTRO; FERNANDES, 2020, MARQUES, 2015).

A escala COX, traduzida e validada em diversos países, inclusive no Brasil por Santos *et al.* (2004), é uma escala autoaplicável de dez itens, divididos em quatro graduações (0 a 3), que mede a presença e intensidade de sintomas depressivos e cobrem sintomas como humor depressivo, perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, sintomas fisiológicos e alterações

do comportamento. A escala tem como ponto de corte valor igual ou superior a 12 (RUSCHI *et al.*, 2007, ZACONETA *et al.*, 2004, COX; HOLDEN, 2003,).

Já o roteiro da Entrevista Avaliativa Semiestruturada foi desenvolvido pelo presente pesquisador, visando extrair a avaliação das participantes sobre as sessões de PNP, buscando saber na experiência das mesmas se houve contribuição positiva no seu processo de maternagem, consequentemente na prevenção da DPP. Tais entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico adequado e posteriormente transcritas para análise.

Tanto a aplicação da EPDS como a entrevista foi agendada com as puérperas através de contato telefônico prévio, aonde o pesquisador se deslocou até a residência das mesmas em dia e horário conveniente, respeitando a dinâmica familiar e o momento de cada colaboradora.

4.5 Análises dos Resultados

Preliminarmente foi realizado levantamento da presença/ausência de fatores de riscos para o desenvolvimento de depressão pós-parto a partir das respostas ao questionário de perfil gestacional. Em seguida foram realizadas análises dos escores do Inventário de Depressão de Beck (aplicado no pré-natal) o qual foi possível verificar o rastreio da intensidade sintomatológica depressiva ainda no período gestacional. Tais verificações são de suma relevância uma vez que a literatura (DSM-V, 2014) indica que o curso do desenvolvimento da DPP é gradual, tendo seu inicio ainda no período pré-natal.

Após a fase interventiva (sessões de PNP), analisaram-se os escores da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (aplicado no puerpério) de cada participante para verificar se a participação no PNP atuou como fator protetivo, minimizando riscos quanto à incidência, manutenção ou ausência dos sintomas depressivos no pós-parto. Também se elaborou uma tabela comparativa dos escores dos instrumentais aplicados para constatar a evolução sintomatológica depressiva no interim da fase gestacional até 45 dias de puerpério.

Posterior ao exame comparativo dos escores dos instrumentos BDI e COX foi realizado Análise de Conteúdo (AC) de natureza ¹⁷qualitativa na perspectiva

¹⁷ Também é possível realizar a análise de conteúdo quantitativa.

de Bardin (2011) das entrevistas semiestruturadas avaliativa. Segundo a autora a AC é:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47)”.

Nesse sentido a AC consiste em uma técnica metodológica que se pode aplicar em discursos diversos e a todas as formas de comunicação, seja qual for à sua natureza. Nessa análise, o pesquisador busca compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tidos como importantes. O esforço do analista é entender o sentido da comunicação, como se fosse o receptor normal, e, principalmente, desviar o olhar, buscando outra significação, outra mensagem, passível de se enxergar por meio ou ao lado da primeira (ABAD, 2022).

Nessa direção, seguiram-se as três fases consideradas por Bardin (2011) como fundamentais no processo de AC: 1) pré-análise; 2) exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.

A primeira etapa consistiu em organização do material. As entrevistas foram transcritas e a sua reunião constituiu o corpus dessa análise. Buscou-se obedecer às regras de exaustividade (esgotou a totalidade da comunicação, não se omitiu nada); da homogeneidade (os dados se referem ao mesmo tema e foram obtidos pela mesma técnica, colhidos somente pelo pesquisador); da pertinência (os dados foram adaptados ao conteúdo e objetivo da pesquisa); e da exclusividade (um trecho não foi classificado em mais de uma categoria). Em seguida se utilizou do procedimento da leitura flutuante, ou seja, um primeiro contato com os dados que foram submetidos à análise, ao recorte, a formulação das hipóteses e objetivos, a elaboração dos indicadores que orientaram a interpretação.

Na segunda etapa, exploração do material, foi escolhida as unidades de codificação adotando-se os seguintes procedimentos: recorte (foram retiradas das entrevistas apenas as sentenças que se referiam aos objetivos do estudo, que confirmam ou refutam o pressuposto e/ou os referenciais teóricos inicialmente propostos); classificação semântica (temas); e categorização - que foi fundamentada

nas verbalizações relativas aos temas, aonde foi necessário identificar o que eles tiveram em comum.

Já na terceira fase, tratamento dos resultados e interpretação, procurou- se tornar os dados brutos em significativos e válidos, indo do conteúdo manifesto ao conteúdo latente, ou seja, o sentido que se encontra por trás do imediatamente apreendido (BARDIN, 2011). Foram realizadas inferências a partir das verbalizações decodificadas, gerando proposições interpretativas com fulcro no marco teórico. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica, é que deu sentido à interpretação.

Portanto, defende-se que através da verificação dos escores dos instrumentos e da análise de conteúdo da entrevista pode-se constatar o pressuposto estabelecido dessa pesquisa.

4.5.1 Procedimento e Aspectos Éticos

Primeiramente foi solicitada da Secretaria Municipal de Saúde de Bela Cruz-CE uma carta de consentimento para realização do trabalho de campo junto às gestantes. Obtida a carta o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, sito no endereço: Centro de Ciências da Saúde (CCS), campus do Derby, Av. Comandante Maurocélia Rocha Pontes, 150 – Bairro Derby Clube – CEP 62042-280/Sobral-CE, telefone: (88)3677-4255, e-mail: comite_etica@uvanet.br. Após apreciação foi dado parecer favorável CAAE: 42138920.5.0000.5053 (ANEXO D).

A pesquisa foi dirigida pela Resolução Nº 466 de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que agrupa os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade.

O referencial da autonomia foi assegurado mediante a informação sobre os objetivos e propósitos da pesquisa bem como de seus possíveis riscos e benefícios, para garantir a decisão voluntária da usuária quanto à participação. Também foi comunicado o direito de retirar o consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou constrangimento. Destaca-se que por se tratar de pesquisa cujo objeto é a perinatalidade, prescinde-se de pesquisas anteriores com mulheres fora do período gestacional, como aponta a norma regulamentadora.

Sobre o princípio da não maleficência, a investigação apresentou riscos mínimos de natureza psicológica, intelectual ou moral na participação, dentre os principais, de constrangimento ao responder a entrevista; desconforto; medo; vergonha; estresse; quebra de sigilo; cansaço ao responder às perguntas e quebra de anonimato. Estes foram mitigados através de observância dos princípios éticos e no cuidado na elaboração do conteúdo, no modo de aplicação, no trato, segurança, sigilo e codificação das informações.

Não se verificou riscos de ordem física ou orgânica, como: sangramentos, dores; lesões; hematomas, risco de morte, etc., provocadas pela participação. Toda via, presumiram-se riscos mínimos de natureza subjetivo-psicológica como: estados momentâneos de tristeza e apreensão. A fim de minimiza-los garantiu-se o total respeito e apoio através da escuta psicológica.

No transcurso da pesquisa não foram identificadas necessidade de encaminhamento para acompanhamento especializado de qualquer segmento em virtude de complicações perinatais como morte do conceito durante o curso da pesquisa, seja por aborto ou durante o parto ou mesmo por qualquer outra causa.

No que se refere ao princípio da beneficência, essa pesquisa contribuiu para um diagnóstico situacional acerca da situação de saúde mental das gestantes, bem como interviu terapeuticamente para minimização dos impactos psicológicos presentes nas mesmas. Além disso, serviu de base de informações que poderão ser utilizadas como estratégias de enfrentamento na promoção da saúde mental materna, de maneira geral. Ademais, ratifica-se que os princípios de equidade e justiça também foram assegurados, através de condutas e tratamento que prezaram pelos tais.

O consentimento das participantes foi comprovado pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e se ressalta que não houve participantes menores de 18 anos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados apresentados seguiram a delimitação dos objetivos do estudo.

Sobre a Fase I da pesquisa serão expostos e analisados os resultados obtidos dos instrumentos: Perfil Gestacional e Escala de Depressão de Beck. Nessa fase se buscou fazer um levantamento de fatores de riscos para DPP ainda no período gestacional.

Correspondente à Fase II é mister apontar que essa não foi alvo de análise na presente dissertação, ou seja, não foram analisadas as narrativas das participantes durante a intervenção, pois isso foge das delimitações dos objetivos da pesquisa. Essa fase se limitou à aplicação da técnica do PNP, onde o seu passo a passo foi descrito na seção do Trajeto Metodológico visando futuras reaplicações por outros pesquisadores, mantendo assim parâmetros científicos (PIRES, 2018). Portanto a Fase II se resumiu na aplicação da técnica e não será alvo de análise e discussão no presente trabalho.

Por fim, serão apresentados os resultados da Fase III, referentes aos instrumentos aplicados após o parto: Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e a Entrevista Semiestruturada para conhecer a percepção das puérperas sobre as contribuições do PNP relacionados à prevenção da DPP.

5.1 Resultados da Fase I

5.1.2 Identificação dos Fatores de Riscos

A aplicação do questionário de perfil gestacional buscou identificar a presença de fatores considerados pela literatura da área em tela como de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto nas respostas das 07 participantes durante o período do terceiro trimestre de gestação.

Seguindo o apontado por Arrais, Araújo e Schiavo (2018) acerca da natureza dos fatores de risco, esses foram agrupados nas categorias: 1) sociodemográficos, 2) psicossociais e 3) físico-clínicos-obstétricos.

Para melhor compreensão, na exposição dos resultados cada participante foi identificada através do termo “Participante” (P) e do numeral sequencial para ordenar o quantitativo de gestante/puérperas, assim ficou P1, P2, P3...

Dito isso, o Quadro II abaixo apresenta o perfil sociodemográficos das participantes.

Quadro II: Fatores sociodemográficos de risco para DPP, Bela Cruz-CE, 2021.

Participante	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação	Renda Familiar	Idade	Parceiro Fixo	Dificuldades Financeiras
P1	Casada	Fundamental Completo	Do Lar	Baixa	27	Sim	Sim
P2	Casada	Médio/técnico	Auxiliar Administrativa	Média	31	Sim	Sim
P3	União Estável	Fundamental Completo	Do Lar	Baixa	35	Sim	Sim
P4	Solteira	Fundamental Incompleto	Do Lar	Baixa	21	Não	Sim
P5	Solteira	Médio Incompleto	Auxiliar de Limpeza	Baixa	19	Não	Sim
P6	Solteira	Médio Completo	Do Lar	Baixa	22	Não	Sim
P7	União Estável	Fundamental Completo	Do Lar	Baixa	29	Sim	Sim

Fonte: própria

Os dados sociodemográficos acima apontaram que as idades das participantes tiveram intervalo entre 19 (dezenove) a 35 (trinta e cinco anos). Uma (01) participante possuía ensino fundamental incompleto, três (03) ensino fundamental completo, uma (01) gestante tinha ensino médio incompleto e uma (01) completo, apenas uma (01) mulher apresentava ensino médio-técnico.

Do número de mulheres, 3 (três) eram solteiras e não tinham parceiro fixo, 2 viviam em união estável e 2 eram casadas civilmente. Apenas 2 (duas) possuíam um emprego formal (auxiliar de limpeza e auxiliar administrativa), as demais

não exerciam atividades remuneradas. Uma (01) gestante pertencia à família de classe econômica média (renda domiciliar de R\$ 2.971,00) e as demais pertenciam à classe socioeconômica de baixa renda (renda domiciliar entre R\$ 1.300,00 a 2.238,20), conforme classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (LOCOMOTIVE, 2021). Nota-se que todas as participantes apontaram estar passando por alguma dificuldade financeira.

Em síntese, observa-se no perfil sociodemográfico que os principais fatores de risco encontrados na maioria das participantes foram: “Dificuldades Financeiras”(sete participantes), “Ser de Classe Econômica de Baixa Renda”(seis participantes) e “Baixa Escolaridade¹⁸” (cinco participantes).

É destacável que todas as gestantes apontaram estar passando por alguma “Dificuldade Financeira”. De Carvalho, Sousa e Fuentes (2017) ao estudarem sobre a percepção das pessoas sobre esse tema, ressaltam que apesar de não haver um consenso conceitual, geralmente tais dificuldades se referem ao endividamento representado para os respondentes a produto de contas, gastos, dívidas e obrigações decorrentes da confluência de fatores gerados por ações individuais e/ou externas, resultando em disposições emocionais perniciosas.

Sobre tais disposições emocionais, Pontes, Peñaloza e Pontes (2020) adicionam que dificuldades financeiras são potenciais fontes de sentimentos e emoções negativas como estresse, falta de autoestima, dentre outras. Assim, os indivíduos que se deparam com problemas financeiros em seus domicílios estariam mais propensos a apresentar essa diversidade de sentimentos desfavoráveis. Ainda aduz os autores que mulheres que percebem com mais intensidade as dificuldades financeiras tendem à depressão.

Ainda sobre dificuldades socioeconômicas, essas também foram acentuadas devido ao período de crise econômica gerada pela pandemia de COVID-19 e ao processo de inflação econômica atual que corrompe a renda das famílias, o que provocou uma grave situação financeira na população, em especial nas mais vulneráveis (DE LIMA FREITAS, 2020). Essa conjuntura ganha contornos mais dramáticos, no campo emocional, diante da responsabilidade de provisão material para atendimento das necessidades básicas de um recém-nascido.

Ao considerarmos isso e o fato que a maioria das participantes é de classe

¹⁸ Do ensino fundamental incompleto ao ensino médio incompleto

econômica baixa, vários estudos apontam tais circunstâncias como fortes fatores para tendências ao desenvolvimento de DPP (ALVEZ; PASSOS, 2022; VAZ; FERREIRA; BERTELLI, 2022, SILVA et al, 2017).

No que se refere à baixa escolaridade, pesquisas na área (OLIVEIRA, et al., 2020, SOUZA; ARAUJO; PASSOS, 2020, MOLL, et al., 2019, MELO, 2018, MORAIS; VIEGAS; OTTA, 2015) convergem ao concluir que dentre os principais fatores de risco para a DPP, está o baixo nível escolar. Souza, Araújo e Passos (2020) ainda ressaltam que fatores sociais, como a baixa escolaridade, possui mais influência sobre a prevalência da depressão pós-parto do que fatores econômicos.

Os achados supracitados são ratificados nas evidências descritas por Dell'Osbell, Gregoletto e Cremonese (2019) que evidenciaram que mulheres em condições socioeconômicas baixas estão diretamente interligadas ao quadro de DPP. Os mesmos autores ainda pontuam que uma possível explicação para essa realidade está associada ao medo de não conseguir ofertar o que o bebê precisa em uma etapa tão importante em sua vida, além de haver uma frustração de perspectivas estimadas e possuir poucos recursos em nível de conhecimento e habilidades para lidar com as dificuldades advindas da maternidade.

Assim, considerando o exposto e que ainda algumas mulheres participantes da pesquisa apresentaram, além dos citados acima, outros fatores de risco (ser solteira – três participantes - e não ter parceiro fixo – três participantes), pode-se inferir que o grupo de participantes apresentou perfil gestacional sociodemográfico de risco para o desenvolvimento de DPP.

Não obstante, é importante ter em tela outros aspectos envolvendo fatores de risco em outras categorias, como se mostra no quadro doravante.

O Quadro III expõe os fatores de risco classificados na categoria: psicossociais, estratificado do grupo de mulheres em estudo.

Quadro III: Fatores psicossociais de risco para DPP, Bela Cruz-Ce, 2021.

Participante	Depressão prévia	Outro Transtorno mental	Histórico de Transtorno Mental Familiar	Gravidez Planejada	Rede Apoio	Apoio do Pai do bebê	Histórico de Violência
P1	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
P2	Sim	Ansiedade	Sim	Não	Sim	Sim	Não

P3	Sim	Ansiedade	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
P4	Não	Pânico	Sim	Não	Não	Não	Sim
P5	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim
P6	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
P7	Não	Ansiedade.	Sim	Não	Não	Não	Sim

Fonte: própria

Nas informações das respostas ao questionário do perfil gestacional se encontrou a presença dos seguintes fatores de risco psicossocial para DPP (BARCELLOS, 2022, SOUZA, 2021, CARLESSO; MORAES; SOUZA, 2019, ARRAIS; ARAUJO, 2018, GAUTHREAUX *et al.*, 2017): gravidez não planejada; histórico pessoal de depressão ou de outro transtorno mental; histórico clínico familiar com a presença de transtorno mental; rede de apoio social e familiar empobrecida; falta de apoio do pai do bebê e histórico de ser vítima de violência

Dentre esses os mais presentes na maioria das participantes foi: gravidez não planejada (seis participantes); histórico clínico familiar com a presença de transtorno mental (cinco participantes) e histórico de ser vítima de violência (cinco participantes).

Acerca da gravidez não planejada, Gauthreaux *et al.* (2017) em um estudo transversal com uma amostra de 110.231 gestantes destaca que o estado de insatisfação e a falta de planejamento da gravidez está fortemente relacionado a sintomas depressivos no pós-parto. O autor refere que em seus achados mulheres que não planejaram a gravidez apresentaram em comparação com mulheres que planejaram engravidar maior risco de DPP.

De modo semelhante em pesquisa de delineamento transversal censitária desenvolvida por Hartmann, Mendoza e Cesar (2017) com uma amostra de 2.687 mulheres, evidenciou que o não planejamento da gestação aumentou em 30% o risco de a puérpera desenvolver transtorno depressivo. O não planejamento da gravidez também foi apontada por Arrais, Araujo e Schiavo (2018) e Schiavo (2017) como um dos fatores que mais influencia o aparecimento de depressão no puerpério. Consta-se na presente pesquisa que das 7 participantes apenas 1 havia planejado a concepção do filho(a).

Considerando tal imprevisibilidade gestacional, muitos são as forças que vinculam tal variável a estados depressivos, cada mulher apresenta medos e angústias idiossincráticas a eventos e ao curso de sua vida, que agora passa para o

campo do inesperado, da reordenação afetiva, psíquica e social (GOMES, 2019). Tais rearranjos englobam, em muitos casos, um movimento, ao menos no campo especulativo, de ter que abrir mão de projetos pessoais, confortos, rotinas, trabalho etc., e nem sempre há estrutura psíquica prévia para lidar de modo “equilibrado” com essas reorganizações, inclusive de sentido existencial (RODRIGUEZ; GANDA; MENDES, 2020), sendo essa uma importante condição a ser ponderado para se compreender o aparecimento da DPP.

Já sobre o fator histórico de transtorno mental familiar, Monteira et.al (2018) em um estudo transversal, descritivo-probabilístico, ao analisarem a prevalência dos sintomas da depressão e suas associações com características sociais no pós-parto advertem para um forte indicativo de associação entre sintomas da depressão pós-parto e histórico de familiar com transtorno mental. Dados análogos foram encontrados por Hartmann, Mendoza-Sassi e Cesar (2017) ao identificarem risco 33% maior de desenvolver DPP em gestantes com história familiar de transtorno mental. Esses achados são ratificados por Schiavo (2019), Silva et al. (2020), Santos et al. (2022).

É inegável o potencial da influência do componente genético no desencadeamento de transtornos do humor (SANTOS et al., 2022). Todavia, padrões de relacionamento patológico, crenças disfuncionais e aspectos psicodinâmicos também são transmitidos de uma geração à outra (ALVES; SCORSOLINI, 2019). Ou seja, esses elementos também são hipóteses que explicam a recorrência intergeracional de transtornos mentais, aqui incluso à depressão.

Portanto, o fato da maioria das participantes ter histórico familiar atrelado a problemas de saúde mental, isso, adicionalmente, é mais um elemento no conjunto dos demais fatores para o risco de desenvolvimento de DPP.

No que se dirige ao histórico de ser vítima de violência (física, psíquica ou sexual) e DPP à literatura em tela revela forte correlação entre ambas. As evidências de Guathreaux et al. (2017) e Turkcapar et al. (2015), resultantes de questionários aplicados à amostra, respectivamente de mulheres puérperas e gestantes, sinalizam que para as mulheres que relataram sofrer algum tipo de violência antes ou durante a gravidez, se expressou maior percentual de ocorrência de sintomas depressivos pós-parto.

Aloise, Ferreira e Lima (2019) em uma pesquisa para identificar sinais e sintomas de Depressão Pós-Parto e fatores associados em mulheres no puerpério mediato, utilizando-se de metodologia descritiva-transversal e da aplicação da EPDS e de formulário socioeconômico e obstétrico encontraram associação entre sinais e sintomas de DPP e histórico de sofrimento de violência.

Ao dado de que a maioria das participantes foram vítimas de algum tipo de violência, pondera-se que tais circunstâncias estão enlaçadas ao espaço territorial da cidade onde residem, a saber, de frequentes episódios de violência comunitária. Fontenele (2016) indica que é possível afirmar que as pessoas não são portadoras do risco em si, antes compõem circunstâncias imbricadas em problemas que se traduzem nas condições de vida, individual e coletiva, bem como nas vulnerabilidades a que estão expostas cotidianamente.

Neste sentido, entende-se que o processo saúde-doença, igualmente a produção do cuidado ocorrem perpassados por fluxos de intensidades sempre vivenciados no território. Assim, o território para além de uma área geográfica ou um mero recorte político-administrativo, é o lócus onde se observa as interações dos processos saúde-doença, população-serviço, etc., sendo esse um importante vetor que deve ser considerado ao se avaliar os riscos em saúde mental, como nos casos envolta da saúde mental materna.

Monteiro (2018) é proeminente ao ressaltar que devido o reconhecimento de que violência física ou psicológica é fator pertinente ao surgimento da DPP os profissionais de saúde com maior contato com as gestantes devem sempre atentar para a sondagem desse histórico, a sinais físicos ou comportamentais atuais, e se necessário realizar oportuno encaminhamento para apoio psicossocial.

Além dos elementos já descritos, o grupo em questão também apresentou como fatores presentes na dinâmica de vida de algumas das participantes: rede de apoio precária (três participantes), ausência do apoio pai do bebê (três participantes), depressão prévia (três participantes) e/ou outro transtorno mental (quatro participantes).

Acerca da rede de apoio prejudicada, Sousa et al. (2021) citando Silva et al. (2019) apontam que grávidas que não contam com um apoio que esperavam no momento da gravidez ao puerpério, apresentam risco 3 vezes maior de desenvolver sintomas depressivos, em comparação àquelas que perceberam tal apoio. Os

autores discorrem que isso pode ser explicado pela asserção da influência do apoio social em manter a estabilidade psicológica. Esses resultados são alinhados com os resultados das pesquisas de Frizzo et al. (2019) e Andrade et al. (2017).

Em virtude disso, o apoio da rede familiar se faz de acentuada importância no período puerperal, onde a trama da maternidade ganha maior materialidade com a presença externa do bebê no mundo.

No tocante ao apoio do pai do bebê, Frizzo et al. (2019) destacam que escassez de apoio, depreciação coparental, fragilidade na comunicação, principalmente na tríade pai-mãe-bebê, são fatores a serem considerados como desencadeante da DPP. Uma explicação arrazoada é encontrada na teoria psicanalista winniciottiana, a qual sustenta que no puerpério a mulher precisa de apoio, principalmente, do pai da criança (SILVA et al., 2020). Ou seja, nas primeiras semanas de vida da criança o pai teria o importante papel de apoiar a unidade entre o bebê e os cuidados maternos, impedindo que interferências venham a prejudicar esse vínculo.

No contexto da depressão pós-parto materna, Silva (2007) expôs que o envolvimento do pai e sua participação, juntamente com a mãe, em tarefas práticas seria bastante importante para proteger a saúde emocional da genitora, especialmente por reduzir a sobrecarga sobre ela. Logo, a ausência de apoio do pai pode trazer efeitos perniciosos no âmbito da saúde emocional materna.

Já no que tange ao histórico pessoal clínico de algum transtorno mental, temos que quatro participantes sinalizaram tal dado. Nota-se que além da depressão prévia o transtorno de ansiedade foi o assinalado pelas mulheres. Arrais, Araujo e Schiavo (2019) e Arrais e Araujo (2018) colocam em relevo que o transtorno de ansiedade, caracterizada por sintomas como pensamentos acelerados, taquicardia, sentimentos de insegurança, incompetências, padrões de sono prejudicado, entre outros, assim como a depressão, pode iniciar na gestação e se estender até o período puerperal predispondo a DPP.

Ainda nisso, são inúmeras as evidências em pesquisas, ver Arrais e Araujo (2018), Ferreira et al. (2018), Poles et al. (2018), Cesar et al. (2017), Hartmann, Mendoza-Sassi e Cesar (2017), que indicam que ter tido episódio de depressão prévia é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto, bem como apresentar sinais e sintomas de depressão

gestacional atual. Em relação ao ultimo ponto será discorrido à frente quando forem apresentados os resultados da Escala de Depressão de Beck.

Diante do exposto é eminente a pressuposição de que as circunstâncias no âmbito psicossocial encontrados na dinâmica de vida das participantes é condição de risco para o desenvolvimento da DPP no presente grupo em estudo.

Esses achados evidenciam a importância e indispensabilidade da avaliação por parte da equipe de saúde responsável por realizar o pré-natal de verificar todo o histórico clínico de saúde mental durante o acompanhamento, já que, de acordo com os autores outrora referidos, a detecção precoce de risco para DPP junto com intervenções precoces, permite melhores prognósticos do transtorno depressivo.

Ao encontro dessa defesa, também será discorrido doravante acerca dos fatores de risco físico-obstétricos das participantes, conforme o apontando no quadro abaixo.

Quadro IV: Fatores de Risco Físicos-Clínicos-Obstétricos para DPP, Bela Cruz-Ce, 2021.

Participante	Doença física durante a gravidez	Histórico de aborto	Primípara ou Multípara	Idade Gestacional
P1	Não	Não	Multípara	27 ^a semana
P2	Não	Sim	Multípara	29 ^a semana
P3	Não	Não	Primípara	29 ^a semana
P4	Não	Não	Primípara	29 ^a semana
P5	Não	Não	Primípara	30 ^a semana
P6	Não	Não	Primípara	31 ^a semana
P7	Não	Sim	Multípara	28 ^a semana

Fonte: própria

Como pode ser percebido, nenhuma das participantes apresentou comorbidades que a pudessem classificar como gestante de alto-risco. Das 7(sete) participantes, 3(três) já eram mães de pelo menos 1(um) filho. As idades gestacionais ao iniciarem o PNP variaram da 27^a a 31^a semanas (registro a partir da data em que preencheram o perfil gestacional) e apenas duas apresentaram histórico de aborto.

A despeito desses achados, especificamente sobre o período da idade gestacional das participantes, terceiro trimestre gestacional, um estudo que envolveu 2.687 mulheres identificou o risco de desenvolver depressão três vezes maior entre mulheres que se sentiram tristes ou deprimidas no último trimestre da gestação (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017).

Sobre o histórico de aborto é salutar ressaltar que a perda de um filho antes do nascimento pode ser um acontecimento traumatizante para a mulher, pois essa deve suspender seus sonhos e expectativas criadas em relação à gravidez. Em uma nova gestação, a experiência da perda pode ser relembrada e temida, potencializando a angústia, preocupações e ansiedade perante a imprevisibilidade do desfecho gestacional e a possibilidade de viver novamente a perda de um filho (BERNSTEIN et al, 2022, LEMOS; CUNHA, 2015).

Por sua vez, evidências que associem multiparidade ou primiparidade a DPP não são consensos na literatura (BERNSTEIN et al., 2022, ARRAES; ARAUJO; SCHIAVO, 2018, APA, 2014). Logo, tendo os dados do perfil clínico-obstétrico em foco, depreende-se ausência de fatores de risco na maioria das participantes.

Além dos fatores supra descritos, Meireles et al. (2019) acrescenta também como fator de risco para DPP a situação da mulher ser acompanhada pela rede pública de saúde, que é o presente caso. Essa proposição ocorreu quando o autor identificou a necessidade de comparar mulheres gestantes acompanhadas pelo setor público e gestante do setor privado, avaliando se há diferenças entre os níveis emocionais das participantes. Observou que há maior número de níveis de ansiedade, sintomas depressivos, baixa autoestima e morte neonatal em gestantes da rede pública.

Em contraponto, é válido apontar também sobre os fatores de proteção para DPP identificados no contexto das participantes. Entende-se por fator protetivo medidas preventivas, ou situações já estabelecidas que minimizem o impacto dos fatores de risco ou potencializam as influências positivas que transformam ou melhoram respostas pessoais (BETUSSI, 2022).

Arrais, Araujo e Schiavo (2018) em estudo longitudinal de curta duração com delineamento de pesquisa intervencional, a qual contou com 198 mulheres, encontraram na amostra 11 fatores protetivos contra a DPP, dentre os destacados: “ter suporte familiar” (n=63), “viver junto com o parceiro” (n=57), “ter recebido apoio

do pai da criança" (n=55), "não ter dificuldades financeiras" (n=52), "ter relação conjugal satisfatória" (n=41). As autoras destacam que o que é relevante nos fatores protetivos são as relações sólidas e de apoio com o pai do bebê e o suporte familiar, pois isso pode fazer com que as mulheres enfrentem melhor, a partir de uma relação compartilhada, o ônus da maternidade.

No presente estudo foram encontrados no contexto da maioria das participantes os fatores protetivos: ter suporte familiar, apoio do pai da criança e relacionamento estável com o companheiro. Em suma, a presença de tais fatores pode contribuir para um melhor enfrentamento de determinados eventos perniciosos a saúde mental da mulher, além de poder funcionar como proteção às influências que aperfeiçoam as respostas pessoais que determinam a resiliência.

Exposto o balanço entre fatores de risco e protetivo, a seguir será apresentado o resultado do Inventário Beck de Depressão, que versa sobre um importante fator de risco que é a presença de sintomas de depressão.

5.1.3 Escore Inventário Beck de Depressão (BDI)

Em função da relevância como fator de risco para DPP (DA SILVA, 2020, ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2019; ARRAIS; ARAUJO, 2018, ARRAIS; LORDELLO; CAVADOS, 2015, BRITO; LUDEMIR; ARAUJO, 2015, CASTRO *et al.*, 2015, MORAIS *et al.* 2015), destacaremos os resultados referentes aos níveis de depressão no período gestacional obtidos pela aplicação do inventário BDI. O quadro V abaixo mostra os resultados.

Quadro V: Resultados do BDI.

Participante	Grau de Depressão
Participante 1	Depressão leve a moderada
Participante 2	Sem depressão ou depressão leve
Participante 3	Sem depressão ou depressão leve
Participante 4	Depressão leve a moderada

Participante 5	Depressão leve a moderada
Participante 6	Depressão leve a moderada
Participante 7	Depressão leve a moderada

Fonte: Própria.

Nota-se que das 07 participantes, 05 apresentaram sintomas característicos de estado depressivo de grau “leve a moderado”, enquanto apenas 02 obtiveram escore no nível “sem depressão ou depressão leve” conforme a escala Beck.

Apesar do reduzido número de participantes, o achado de que quase todas apresentaram algum grau de sintomas depressivos vai ao encontro de pesquisas na área que apontam ser a depressão o transtorno mental de maior prevalência durante a gravidez (SONCINI, 2019, POLES *et al.*, 2018).

Entende-se que a depressão em gestantes pode estar associada a imprevisibilidade do desfecho gestacional e aos desafios iminentes da maternidade, é comum as mulheres se questionarem sobre como será a gestação, se será ou não saudável, como será o parto, se terá apoio após o nascimento da criança e se elas saberão suprir as necessidades do bebê. Não ter certeza do futuro pode gerar sensação de angústia e questionamentos acerca de sua própria capacidade em lidar com o que está por vir (BORTOLETTI *et al.*, 2007).

As evidências demonstram que, além de a depressão pré-natal ser o transtorno mental mais frequente, ela é o principal fator de risco para depressão pós-natal, sendo esta, muitas vezes, uma continuação da depressão iniciada na gestação (PEDROSA *et al.*, 2021, ARRAES; ARAUJO; SCHIAVO, 2019, APA, 2014). Esses dados reforçam a ideia da importância do oferecimento de ações que possam promover a saúde mental materna ainda no período gestacional.

Sobre isso, Araujo, Arrais e Schiavo (2019), Ramos (2018), Ferreira *et al.* (2018) e Arraes e Araujo (2016) indicam que a existência de sofrimento psíquico significativo prévio em gestantes geralmente é um dos principais motivadores para adesão a intervenções de natureza psicológica quando ofertadas. Tendo isso como pressuposto e que há sinais de sofrimento psíquico já na gestação em todas as

participantes do presente estudo, infere-se que esse foi um dos principais elementos de anuênci a para participação na pesquisa.

Contudo, o PNP não tem como objetivo alcançar apenas mulheres que já se encontram em sofrimento mental, porém, é mister refletir acerca de nuances que podem dificultar tanto gestantes em sofrimento subjetivo ou não a evitarem participar de ações de promoção em saúde mental materna, como na presente pesquisa.

Arrais, Mourão e Fragalle (2014) e Arrais (2005) descrevem um possível óbice atrelado à compreensão hegemônica no imaginário social de que a maternidade é algo instintivo, inerente, que não carece de preparação ou qualquer aprimoramento, uma vez que a “natureza materna” seria suficiente para dar conta de uma função social tão complexa como a função de mãe. Ou seja, não é preciso se preocupar ou se preparar, afinal, a maternidade estaria “dada/pronta” e não seria construída, lapidada aos poucos, inclusive do ponto vista psicoemocional.

Somado a isso, tem-se, em especial nas cidades interioranas, o pré-conceito acerca da procura de atendimento em saúde mental, como evidenciado no recente estudo realizado por Monteiro (2022) onde a comunidade, de modo geral, se recusa a procurar assistência psicológica ou psiquiátrica “...*seja por motivos culturais (preconceito) ou por negar a presença de sintomas.*”(p.37). O citado autor aponta ser a assistência em saúde mental na Atenção Básica um dos principais gargalos contemporâneos da Reforma Psiquiátrica¹⁹.

Estes dados só reforçam a importância de disseminação do PNP no campo da saúde, em especial da saúde mental materna, uma vez que seu processo e desenvolvimento busca quebrar mitos, tabus, estereótipos e preconceitos em torno do campo da parentalidade, provocando uma consciência reflexiva e crítica (ARRAES; ARAUJO, SCHIAVO, 2018, 2019, GREINERT et al., 2018, HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017, SILVA et al., 2017; ARRAES; ARAUJO, 2016, ARRAES, MOURÃO; FRANGELE, 2012). Logo, a difusão e o conhecimento pela sociedade acerca do PNP pode levar a uma mudança social relevante no campo da percepção de sentido do processo de se tornar pais (PEREIRA 2021, ROMAGNOLO et al, 2017, ARRAES, 2005).

¹⁹ Entendida como processo social, que buscar abranger a mudança na assistência de acordo com os novos pressupostos técnicos e éticos, a incorporação cultural desses valores e a convalidação jurídico-legal desta nova ordem no campo da saúde mental (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018).

Portanto, diante do arcabouço de informações levantadas até aqui, incluindo que todas as mulheres da presente pesquisa apresentaram algum nível de sintomatologia depressiva e que determinadas circunstâncias experienciadas no curso do ciclo-gravídico (demais fatores de risco) contribui significativamente para uma evolução e agravamento do quadro depressivo, resultando futuramente em uma DPP, isso, leva, na presente investigação, a imperiosa inferência que o conjunto de todos esses elementos presentes na dinâmica de vida das mulheres participantes da pesquisa, as coloca em exponencial risco de desenvolvimento de DPP.

Em outras palavras, apresentaram um perfil gestacional vulnerável pelo conjunto de fatores de risco presentes, por conseguinte, com tendência a desenvolver depressão pós-parto.

Todavia, é imprescindível apontar sobre a dificuldade do quão bem a verificação dos fatores de risco permite ao clínico ou pesquisador distinguir entre aquelas mulheres que se tornarão deprimidas e as que não. Isso devido à natureza dinâmica e subjetiva dos fatores, que devem ser analisados como processo e não como um ente em si, afinal, devem ser relativizados conforme a subjetividade e história de vida de cada mulher, conforme apontam Arraes, Araujo e Schiavo (2018).

Pelo compromisso ético intrínseco a essa pesquisa é relevante esclarecer que assim como apontam estudos na área (FIGUEIREDO et al., 2021, MELO et al., 2018, DE JESUS, 2017, ARRAIS; LORDELLO; CAVADOS, 2015, ALMEIDA; ARRAIS, 2016) sobre a importância da identificação dos fatores de risco que podem desencadear um quadro psicopatológico no puerpério e que quanto antes se detectar, melhor poderá ser direcionado à assistência oferecida, considerando que se diagnosticou quadros de risco para as colaboradoras, afirma-se, contudo, que por se tratar de uma ação intervintiva de caráter psicoterapêutico não foram realizados de imediato encaminhamentos a outros serviços, mas houve o monitoramento da evolução emocional de cada participante para melhor decisão dos encaminhamento que necessitariam ser realizados, que ao final não foram necessários, pelo redução da sintomatologia depressiva.

5.2 RESULTADOS DA FASE III – AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

5.2.1 Rastreio de sintomas depressivos no pós-parto

Nesta etapa serão apresentados os dados relativos à Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) aplicada após 45 dias de puerpério de cada participante. O quadro VI evidencia os seguintes achados:

Quadro VI: Resultado da Escala EPDS

Participante	Escore	Resultado de Rastreamento para DPP
Participante 1	09	Negativo
Participante 2	08	Negativo
Participante 3	06	Negativo
Participante 4	09	Negativo
Participante 5	10	Negativo
Participante 6	07	Negativo
Participante 7	08	Negativo

Fonte: Própria

O resultado acima demonstra que no rastreio de sintomas depressivos no pós-parto nenhuma das participantes apresentou pontuação no escore da EPDS para ser classificada a presença de quadro depressivo.

Ao se comparar a evolução dos sintomas de depressão nas participantes no transcurso do estudo apreendidas pelos instrumentais (BDI na gestação e EPDS no Pós-Parto), tem-se o seguinte quadro abaixo:

Quadro VII – evolução de sintomas depressivos gestacional ao pós-parto, Bela Cruz-Ce,2021.

Participante	Na gestação apresentou	Intervenção	No Pós-Parto apresentou
P1	Depressão Leve a moderada	PNP	Negativo para DPP
P2	Sem depressão ou depressão leve	PNP	Negativo para DPP
P3	Sem depressão ou depressão leve	PNP	Negativo para DPP
P4	Depressão Leve a moderada	PNP	Negativo para DPP

P5	Depressão Leve a moderada	PNP	Negativo para DPP
P6	Depressão Leve a moderada	PNP	Negativo para DPP
P7	Depressão Leve a moderada	PNP	Negativo para DPP

Fonte: Própria

Nota-se que na fase gestacional apenas 02 participantes não apresentaram indicativo de grau de sintomas depressivos ou somente depressão leve, enquanto as demais demonstraram nível leve-moderado de depressão na gestação de acordo com o Inventário Beck (BDI). Após a intervenção do pré-natal psicológico, identificou-se que nenhuma das colaboradoras desenvolveu nível de intensidade sintomatológica de DPP aos 45 dias após o parto de acordo com a EPDS. Portanto, pode-se inferir que houve uma remissão dos sintomas depressivos no intervalo que compreende o início do acompanhamento do pré-natal psicológico até 45 dias pós-parto.

Ao interpretar esses dados é preciso realizar algumas ponderações. Primeiramente que à luz do perfil gestacional das participantes, considerando o conjunto de fatores de risco presentes em suas vivências, todas tinham forte tendência a desenvolver quadro depressivo pós-parto. Porém tal fato não se concretizou durante o presente recorte temporal investigativo.

Em segundo plano, infere-se, baseado na literatura da área (CAMACHO; DONADON, 2022), que a presença de fatores de proteção associados às condições das próprias mulheres contribuiu para um melhor enfretamento de determinados eventos de risco advindos da maternidade. No presente caso, identificou-se a presença dos seguintes fatores protetivos: ter parceiro fixo (04 participante), contar com rede de apoio (04 participantes), ter apoio do pai do bebê (04 participantes) e participação em um grupo de pré-natal psicológico (07 participantes).

Nesta direção, o estudo realizado por Hartmann, Mendoza-Sassi e Cesar (2017) identificou uma associação significativa, com efeito protetor, entre o suporte oferecido à gestante pela equipe de saúde e a depressão. Esses achados evidenciam a importância de a gestante ser acolhida durante o ciclo gravídico- puerperal não apenas pela família e amigos, mas de modo integral pela equipe de saúde, pois isso pode reduzir o risco de depressão pós-parto.

De modo semelhante, Arraes, Araujo e Schiavo (2018) encontraram como fator protetivo em sua amostra que ter recebido apoio do pai da criança atuou como fator preventivo para o aparecimento da DPP. Betussi (2022) também confirma esses achados numa revisão integrativa de estudos desenvolvidos entre os anos de 2016 a 2021 sobre fatores de proteção e DPP, onde foi encontrado que o apoio social à mulher no período maternal é de extrema importância para prevenir o transtorno depressivo nessa fase.

Apesar da descrição de dados que demonstram que certos fatores de proteção podem contribuir na prevenção da DPP, nem todas as participantes apresentavam tais fatores, o único fator protetivo comum à todas foi a participação no grupo de PNP.

Em relação ao caráter protetivo/preventivo no que tange ao aparecimento da DPP são vários as pesquisas que defendem o caráter psicoprotetivo do pré-natal psicológico (ARRAIS; ZERBINI, 2022, PEREIRA, 2021, PEDROSA, 2021, SILVA; BARBOSA, 2021, ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2019, 2018, ARRAIS; ARAUJO, 2017, 2016, JESUS, 2017, ARRAIS; ALMEIDA, 2016, ARRAIS; ARRAIS; MOURÃO; FRANGALLE, 2014, CABRAL; MARTINS, 2012, BORTOLLETI, 2007, ARRAES, 2005).

No entanto é primordial destacar o caráter dinâmico e subjetivo dos fatores protetivos, que devem ser relativizados de acordo com a subjetividade de cada pessoa (CAMACHO; DONADON, 2022, ARRAES; ARAUJO; SCHIAVO, 2018, ARRAES; ARAUJO, 2017). Baseado nisso é que se faz de suma importância compreender na perspectiva das participantes quais foram as principais contribuições que a participação em um grupo de PNP trouxe para o seu bem-estar no período pós-parto. Tais compreensões abstraídas a partir de entrevista semiestruturada seguem abaixo.

5.2.2 Análise das Entrevistas Avaliativas

A seguir, são apresentados os resultados do material da aplicação das entrevistas referente ao pós-parto e aos aspectos relacionados à participação no pré-natal psicológico grupal na ESF.

As respostas das mulheres às entrevistas foram analisadas em seus conteúdos mais relevantes para o tema da pesquisa e que permitiram a definição de categorias temáticas consoantes o almejado no instrumental, que foram intitulados: 1) Ser mãe: do ideal ao “real”, 2) Desenvolvimento da autoconfiança, 3) Rede de apoio extrafamiliar e aprendizagem interpessoal, 4) Dedicação ao aleitamento materno, 5) Fortalecimento do vínculo mãe-bebê, 6) Alívio emocional em tempos de pandemia.

Das categorias referidas duas, Dedicação ao Aleitamento Materno e Alívio Emocional em Tempos de Pandemia, não estavam contemplados na semi-estrutura da entrevista, mas que com a livre narrativa das participantes e a pré-análise do conteúdo do material, se tornaram relevantes.

Além disso é necessário ressaltar que as colocação das informações nesses temas-eixos corresponde a um recorte das narrativas contadas pelas próprias mães. Deste modo, foram escolhidos por terem, embasados na literatura consultada, alguma associação com episódios depressivos puerperais.

5.2.2.1 Ser mãe: do ideal ao “real”

A vivência da maternidade é momento único, de muitas expectativas e sentimentos, principalmente quando se refere ao ínterim de um estado de incerteza, como é a gestação, ao estado de uma realidade objetiva, o puerpério. Neste espaço, é comum surgir um conjunto de sentimentos peculiares em cada mulher, as quais elaboram significados próprios do que é ser mãe, a partir do que há disponível no campo das representações e expectativas da esteira social, a qual se está imersa (ALVES, 2022).

No entanto, o processo de significação e seus efeitos no que tange a maternidade não são rígidos, ao contrário, é um processo de construção histórico-social que pode ir do romantismo à rejeição, ou seja, está sempre em comutação (LIMA, et al. 2020).

Nesta perspectiva, na abordagem das entrevistas foi inteligível a mudança da imagem interna da maternidade nas participantes, em especial nas primigestas/primíparas. Apreendeu-se a partir das narrativas que o campo de significação comum sobre a maternidade antes da participação no PNP estava

fortemente atrelado a um significado divino, estando associado ao campo religioso. Como se observa nas falas:

“Tinha a ideia de que ser mãe era uma bênção do céu que a gente tinha que aceitar e assumir de bom grado.” (Participante 4).

“A ideia que eu tinha era de uma missão do céu” (Participante 6).

Sobre isso, Boscoli (2022) e Vásquez (2014) alertam para o fato de que a representação religiosa é estruturante para a cultura ocidental acerca do ideal de maternidade, sendo a construção histórica da figura da virgem Maria que ajudou a consolidar um estereótipo de maternidade e de feminilidade. De tal modo, na idealização religiosa da maternidade há para a mulher a exigência de exercer o papel de mãe que cuida acima de qualquer circunstância, afinal, ela recebeu um “presente de Deus”. Nessa compreensão se segue a pensar que as mães devem sacrificar/abdiciar de modo incondicional suas vidas pelo bem-estar dos filhos(a), reluzindo essa em uma atitude que acaba sendo naturalmente esperada pela sociedade.

Intrincado a isso, outros significados ainda da fase gestacional que apareceram é a da maternidade inerente com a felicidade e da naturalização desse desejo. Respectivamente como nas falas:

“Eu sempre falava pra minha família que só seria feliz total quando tivesse um filho” (Participante 3).

“Sempre quis ser mãe, é o sonho de toda mulher, depois de casar é o que a gente mais quer”. (Participante 7).

Evidencia-se nessas narrativas a compreensão no período gestacional da visão naturalista atribuída a maternidade como algo instintivo, ou seja, dado para todas as mulheres, um sonho que seria intrínseco ao simples fato de ser mulher. Essa significação se dá em função da relevância da maternidade para a mulher no processo de construção de sua identidade em nossa cultura (MACHADO; PENNA; CALEIRA, 2019, LOPES, 2017). No modelo tradicional, socialmente estabelecido, preconiza-se a necessidade da maternidade para a concretização da identidade feminina ou conforme aponta Arrais (2005): *“Uma menininha sem boneca é quase tão infeliz e impossível quanto uma mulher sem filhos (pag. 83)”*.

Tanto os significados vinculados aos aspectos religiosos, como os de felicidade intrínseca e naturalização estão dentro do campo de construção de uma maternidade ideal ou idealizada. Ao seguir essa construção imaginativa sobre ser

mãe, cria-se uma expectativa de uma mulher amável, tranquila, compreensiva, terna, equilibrada, acolhedora, feminina, tudo isso em tempo integral, como nas representações da virgem Maria no Ocidente (ALVES, 2022).

Arraes (2005) ressalta que sobre esse paradigma se constrói subliminarmente um modelo de mãe perfeita, uma imagem romanceada da maternidade alicerçada sob um rígido padrão, incapaz de admitir a discussão acerca dos sentimentos ambivalentes, tão presentes nas mulheres.

A autora ora referida também defende que essa concepção acarreta na construção da subjetividade materna um perfil de mãe inalcançável, inatingível, porém, esperado não só pela própria mãe, como por familiares e pela comunidade.

Logo, instaura-se um sistema de conflito psicológico na mulher, uma vez que essa ao realizar um movimento de introspecção e notar a gama de sentimentos contraditórios e ambivalentes, não só sobre si mesma enquanto genitora, mas até em relação ao próprio filho(a) e comparar com a expectativa fantasiosa oferecida pela cultura, tem-se uma crise interna. Tal dilema experiencial é apontado por Arraes(2005) e Arraes e colaboradoras (2012, 2014, 2016, 2019) como um grande fator de influência no desenvolvimento da depressão pós-parto.

Em contraponto a essa imagem social preliminarmente introjetada, as puérperas relataram que durante a participação no grupo de pré-natal psicológico passaram a entender melhor o que esperar do fato de estarem gerando uma criança:

“[...] Mas hoje depois do nenê me lembra das conversas do grupo, daquela frase que uma pessoa falou: “ser mãe é padecer no paraíso [risos]”, isso hoje pra mim é ser mãe” (Participante 3).

“[...] ser mãe hoje pra mim não é um “mar de rosas”, é se superar todo dia e agradecer por isso, foi isso que o grupo me fez ver” (Participante 2)

Demonstra-se nesses trechos certa flexibilidade na consciência de uma concepção de maternidade que se distancia da lógica ideal, que apresenta e impõe a maternidade como algo natural, incondicional e com ausência de dessabores.

De modo semelhante nas falas:

“eu passei a ver e aprender coisas quando a nenê nasceu que ninguém me dizia, foi só no grupo que vi essas coisas de não ser cem por cento prontas para ser mãe e que se eu sentir nervosismo, raiva, impaciência, chorar, não me faz uma mãe ruim, pra mim hoje ser mãe é não tá cem por cento pronta” (Participante 3).

“Antes pra mim a maternidade era perfeita, após ter o primeiro filho e

participar do grupo e ver que não era só eu que sentia essas coisas, vi que maternidade é feita de fases, tem tempo que é de amor tem hora que é raiva [risos]". (Participante 1).

No conjunto das narrativas identificou-se uma migração no campo semântico da maternidade ideal para uma maternidade mais próxima da realidade vivenciada pelas mulheres. Depreende-se assim que as participantes passaram a observar a maternidade não mais como um modo exclusivo de vivencia-la (romântica), mas agora como um campo de possibilidades experienciais, o que pode evitar uma conformação de pensar exclusivamente em um instinto baseado em um determinismo metafísico ou biológico.

Ainda a despeito dessa observação, a abordagem no curso da intervenção que tratou sobre o tema “transtornos mentais na fase gravídica puerperal” aproximou as gestantes da experiência da maternidade real, principalmente no que diz respeito ao pós-parto. As mulheres mencionaram que já tinham algum conhecimento sobre depressão pós-parto, mas não sabiam a respeito do *Baby Blues* e da Psicose Puerperal. Entrar em contato com esse tipo de conhecimento além de aproximar as mulheres da realidade maternal, também promoveu alívio emocional:

“Nossa, não sabia daquelas coisas, acho que passei por aquele tal de “Baby blues”, mas saber que era normal passar por isso, e que não era só eu, deu um alívio nos piores dias”. (Participante 02).

A promoção desse estado de alívio no presente estudo vai de acordo com os achados de Benincasa, Lazarini e Andrade (2021), em uma revisão sistemática da literatura os autores encontraram que recursos psicoeducativos podem contribuir tanto para a promoção da saúde mental materna, quanto para redução dos fatores de risco e aumento dos fatores de proteção à transtornos comuns ao puerpério. Isso também é concorde com o apontado por Maldonado (1991, 2013), de que é salutar que as mães reconheçam as ambivalências de seus sentimentos, pois isso lhe permite compreender o “lado negativo da maternidade”.

Logo, demonstrou-se confortável para as participantes saber que em algum momento experimentariam algum estado de tristeza ou melancolia, o que souu como positivo no enfrentamento desse momento. Foi importante tentar alocar tais sentimentos e sintomas em um nível de normalidade, pois se trata de algo esperado durante o pós-parto. Assim, as participantes passaram a ver amaternidade em suas nuances e diversidades e que os sabores e dessabores

dependiam da multiplicidade de fatores na vida de cada mulher.

Portanto, considera-se que uma das principais contribuições do Pré-Natal Psicológico no presente estudo foi a desconstrução da maternidade ideal, uma vez que tal desconstrução é de grande relevância para o alívio de tensões emocionais no pós-parto, favorecendo a prevenção da DPP, como apontam diversos outras pesquisas (ZORNING et al. 2021, DA SILVA; BARBOSA, 2020, SILVA; COSTA; PITANGA, 2019, ARRAIS; ZERBINI, 2022, PEREIRA, 2021, PEDROSA, 2021, SILVA; BARBOSA, 2021, ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2019, 2018, ARRAIS; ARAUJO, 2017, 2016, JESUS, 2017, ARRAIS; ALMEIDA, 2016, ARRAIS; ARRAIS; MOURÃO; FRANGALLE, 2014, CABRAL; MARTINS, 2012, BORTOLLETI, 2007, ARRAES, 2005).

5.2.2.2 Desenvolvimento da autoconfiança

O PNP grupal e suas interações permitiu às colaboradoras maior compreensão do que estavam vivendo em nível emocional e orgânico, tendo isso como âncora, relataram se sentir mais capazes de experienciar todo o processo de modo mais ativo, menos como espectadores do seu próprio viver. Também afirmaram que puderam expressar dúvidas, ambivalências, angústias, receios, dificuldades, preocupações, opinar e ensinar, o que requer um mínimo de autonomia, como pode ser observado nos trechos:

“Foi muito bom participar dos encontros, no início tava com medo, nunca tinha ouvido falar disso no posto [risos], mas quando começou achei bacana e quis botar pra fora o que tava sentindo. Fui me sentindo mais segura pra falar e confiar nos outros. Eu saí mais forte de lá, eu tava com muito medo de ser mãe, sem saber se conseguia, mas hoje tô dando conta, tô vendo que consigo, não tá sendo fácil, mas tá dando” (Participante 3)

“Acho que uma coisa [o PNP] que me ajudou foi a ter coragem, eu vi que não era fraca por sentir aquilo tudo” (Participante 4)

“(...) porque eu saí mais preparada pra enfrentar as dificuldades sabe, que você sabe, são muitas.” (Participante 06)

“Bom, posso dizer que me ajudou a organizar a cabeça que tava muito confusa” (Participante 07).

O desenvolvimento dessas circunstâncias de ação, geralmente, não é potencializado durante uma sessão de pré-natal aos moldes biomédicos, que se centraliza na prevenção de morbidade e mortalidade materna e neonatal

(BENICASA, LAZARINI, ANDRADE, 2021). Segundo Zivoder et. al (2019) e Grylka-Baeschlin et. al (2019) as intervenções psicológicas durante a gestação podem resgatar temas específicos desse período e incentivar reflexões e ações que minimizem riscos negativos, pois, fornecem informações de qualidade, promove saúde, bem-estar e adaptação às demandas da maternidade.

Assim, infere-se que o pré-natal psicológico atuou apontando mudanças comportamentais e intrapsíquicas necessárias para permitir que elas lidassem melhor com cada fase do ciclo materno. Logo foi na expressão subjetiva dessas mulheres que se percebeu como o trabalho com o PNP foi produtivo, no sentido de vê-las mais autoconfiantes e dispostas para o enfrentamento das nuances da chegada de um bebê.

Nesse sentido, segundo González Rey (2005) - expoente teórico da subjetividade - a subjetividade é vista como permanente metamorfose e está submetida à protrusão, sendo, portanto, imprevisível quanto às suas formas de expressão individual. Consoante o autor o contexto social perpassa de forma continuada a individualidade do sujeito. É em função disso que a subjetividade individual pode gerar novos sentidos, segundo o espaço social em que a ação do sujeito acontece e vai se modificando num processo dialético e dialógico continuado. É nesse “hiato” que a função do pré-natal psicológico em grupo exerceu seu alcance, através de suas conformações, influência no exercício do empoderamento feminino materno.

Além disso, o pré-natal psicológico facilitou o processo de tomada de consciência das mães sobre si, novas aquisições a respeito do ciclo gestacional-materno, percebendo a transformação do próprio corpo, das relações e de sentido de sua própria identidade. Medeiros (2019) aponta que quanto mais o indivíduo conheça de si, dos seus segredos e mistérios internalizados, mais saudável se tornará. Neste caso, é possível pensar quanto mais a mulher se percebe, conhece suas partes ambivalentes quanto seus afetos a respeito da maternidade e tem a capacidade de integrar isso, mais saudável será no processo de tornar-se mãe.

Isso vai ao encontro do que defende Jesus (2017), ao indicar que na gestação a mulher poderá ficar mais confiante, quando aprende a observar o seu próprio corpo e a forma como funciona a gestação e seus processos subsequentes.

Ainda dentro desse eixo temático foi notório observar nas falas durante as entrevistas o alcance de maiores níveis de empoderamento e autonomia a respeito dos aspectos passivos de subjetivação e de decisão sobre a função materna de cuidado, a exemplos dos trechos:

“Eu também comecei a me questionar, a julgar o que é imposto pelos outros, esse negocio de perfeição e cobrança que exigem tanto de nós” (Participante 04)

“No meu primeiro filho eu deixei todo mundo meter o pitaco, minha mãe, minha sogra. Agora, rum, eu sei das coisas e o que eu não sabia agora sei, o grupo e os encontros tirou as dúvida, eu sei o que eu quero pro meu filho e o que os outros querem pra eles, acho que aprendi a dizer não e ser mais eu” (Participante 01).

A possibilidade de expressarem seus dilemas pessoais em um campo sem ameaças claras e diretas, sem pré-julgamentos e a chance de nesse espaço de acolhimento do peso da reorganização do momento atual da vida poder expressar sempre que sentissem precisão, opiniões, sugestões e esclarecer dúvidas, promoveu um contato maior sobre o que de fato elas pensavam (enquanto história pessoal de subjetivação) e o que o “outro” (alteridade) deliberava sobre suas vidas.

Ao se refletir sobre essa promoção pós-natal, perscruta-se que a metodologia adotada, pesquisa-ação, favoreceu o reconhecimento das colaboradoras enquanto sujeitos detentores de saberes e de condições concretas devida. Percepção semelhante foi apontada no estudo der Arraes, Mourão e Frangalle (2012). Não ocupar o lugar de possuidor da verdade ou decidir unidirecionalmente pelo grupo, mas procurando ter um papel ativo, mas não intrusivo, propor sem impor, além do fato de construir colaborativamente a estruturação do processo, beneficiou o desenvolvimento da capacidade deliberativa pessoal.

Essa abertura de diálogo deliberativo é de difícil realização diante da cartilha e orientações programáticas generalista no curso prescrito do pré-natal tradicional na esfera da Atenção Básica, que resguardam o papel passivo durante o processo (MURARA et al., 2020, NASCIMENTO et. al, 2018). Sabe-se da importância, diante de todo o conhecimento já adquirido no campo científico, acerca das questões clínicas-obstétricas que permeiam qualquer processo gestacional (MS,2017). Não obstante, como já se vem defendendo, o que se tem arrazoado é a complementação desse conteúdo com a valorização ou consideração da esfera subjetiva e social da mulher gestante no curso de sua preparação materna.

Nesta esteira, o PNP grupal, na presente pesquisa, foi experimentado como um processo de inserção na realidade psíquica das gestantes, em seus contextos socioculturais, onde o acadêmico/pesquisador com a proposta interventiva, com racional probabilidade, influenciou minimamente essa realidade, por meio do desenvolvimento de uma ação que enfatizou as capacidades de decisão das participantes. Portanto, os resultados aqui expostos vão ao encontro do apontado por Bortoletti (2007), Maldonado (2013), Arraes, Mourão e Frangalle (2016) e Arrais, Araujo e Schiavo (2018) que apontam dentre outras contribuições do PNP o fortalecimento da autonomia da mãe.

5.2.2.3 Rede de apoio extrafamiliar e aprendizagem interpessoal

Observou-se que a participação no PNP favoreceu o desenvolvimento da percepção e do sentimento de suporte, favorecidos pela coesão e a união entre as participantes. Em outras palavras, as participantes perceberam que não estavam sós, pois puderam observar que passam ou já passaram por problemas semelhantes, o que contribuiu para a presença do fator universalidade de conflitos, citado por De Freitas (2020).

“eu me senti menos preocupada quando eu vi que as outras gestantes também tinha alterações como eu”. (Participante 05)

“Consegui perceber que tem mais pessoas que passam pelo que eu estou passando e isso ajudou a me acalmar, euzinha não era o problema”. (Participante 07)

Identificou-se também o desenvolvimento da percepção de poder ajudar o próximo, contribuindo com o senso interno de autoestima, como mencionado pelos autores citados acima.

“O que mais aprendi nesses encontros foi que sempre podemos ajudar o próximo com nossas experiências” (Participante 02)

Além desses aspectos, o grupo de PNP proporcionou momentos de catarse, ou melhor, as mulheres se sentiram à vontade para desabafar, chorar e expressar verbalmente seus sentimentos e problemas:

“O grupo pra mim foi de muita importância, pois pude botar pra fora minhas questões pessoais” (Participante 5)

“O grupo serviu de um apoio para nós gestantes, eu pude desabafar e falar o que eu realmente tava passando, sem ser julgada pelos outros, sem achar que eu tava doida, lá todo mundo passava por algo parecido né” (Participante 06)

Os membros do grupo que se sentem apoiados entre si têm mais condições de serem coesos e solidários. A possibilidade de se encontrarem regularmente e o estímulo às trocas afetuosas, por meio da criação e da manutenção de vínculos interpessoais, complementaram o clima de coesão e apoio.

Ademais, a aprendizagem interpessoal, citada por De Souza (2017) e Klein e Guedes (2008), e a troca de informações objetivas sobre o ciclo gravídico- puerperal durante os encontros, proporcionou mais segurança e maior conscientização sobre os aspectos que envolvem a gestação, o parto e o puerpério, como pode ser verificado a seguir:

“Para mim, participar do grupo foi muito bom, pois conheci novas pessoas e aprendi coisas que não sabia” (Participante 4)

“As reuniões foram muito boa, apesar de já ter um filho, sempre tinha dúvidas que nas reuniões deu certo tirar. Sei que sai um pouco mais preparada para ser uma mãe cada vez melhor. (Participante 2)

“O grupo é muito importante, pois pude ajudar outras mulheres com minha experiência” (Participante 1).

“O encontro serviu para tirar, dúvidas e alegrias” (Participante 3)

As pessoas reunidas em torno de uma situação comum sentem-se imediatamente identificadas, compartilham angústias e esperanças, limitações e discriminações, prescrições e recomendações semelhantes, ressalta Campos (2017).

O suporte e aprendizagem social oferecido pelo grupo atuaram reforçando a capacidade de lidar com tensões envoltas da maternagem, e, com isso, cada mulher sentiu-se melhor consigo mesma, conscientizando-se dos fatores que envolvem o período gestatório e puerperal, podendo se antecipar as adversidades:

“O grupo me trouxe tranquilidade, me ajudou a manter a calma e diminuir as crises de nervo”. (Participante 6)

“No grupo, senti tranquilidade e segurança e fiquei mais confiante para enfrentar as coisas” (Participante 7)

“[...]Você vai ficar bem, a gente vai te ajudar, foi tão bom ouvir isso” (Participante 1)

Pode-se observar que a intervenção grupal na modalidade do pré-natal psicológico atingiu resultados expressivos, à medida que serviu como dispositivo de suporte social e promoveu a coesão e o apoio entre as participantes. Além disso, possibilitou benefícios como os apresentados por Benincasa, Freitas, Romagnolo e

Heleno (2019), como a percepção de que não estavam sós, o compartilhar sentimentos com pessoas na mesma situação, a redução da ansiedade, melhor compreensão e maior controle cognitivo da situação que estavam atravessando.

Os achados da presente experiência do PNP em grupo também foi ao encontro dos resultados descritos por Camacho e Donadon (2022), Benincasa, Freitas, Romagnolo e Heleno (2019), Arrais, Araujo e Schiavo (2018), Hartmann, Mendoza-Sassi, Cesar (2017), Arrais e Araujo (2016), a saber, o PNP serviu como continente emocional, à medida que ofereceu um espaço para os conteúdos e para as angústias das participantes, dando suporte e possibilitando a função de pensar, isto é, favoreceu a reflexão dos indivíduos sobre suas experiências emocionais, ideias e sentimentos.

Também foi semelhante ao estudo sobre PNP em grupo desenvolvido por Freitas (2022) onde a pesquisadora encontrou que o grupo teve um papel importante no estímulo à expressão das emoções e na aceitação das condições pessoais, bem como na colaboração empática entre as participantes.

5.2.2.4 Dedicação ao aleitamento materno

A amamentação é um ato social, cultural e historicamente marcado, aonde o sentido e valor a ele atribuído variam ao longo do tempo e em função do grupo social.

Atualmente, em nossa sociedade, existe um esforço grande por parte dos órgãos de saúde, como o Ministério da Saúde (2017), para incentivar a prática do aleitamento materno. É recomendado às mães que amamentem seus filhos exclusivamente com leite materno (sem agua, chás) até os seis meses de vida. Após esse período, recomenda-se que o aleitamento seja continuado até os dois anos de idade da criança juntamente com outros alimentos (BRASIL, 2015).

No presente estudo, a amamentação se mostrou central na vivência das participantes no puerpério, em especial nas primíparas, fato observado ao se analisar o conteúdo durante a fase de unidade de codificação temática. Apontaram que a aleitação foi uma das experiências mais intensas pelas quais haviam passado, tanto por seu caráter prazeroso quanto pela dificuldade que representou. Todas as entrevistadas relataram alguma dificuldade para estabelecer o início do aleitamento:

dores intensas, problemas com a “pega” do bebê, fissuras e sangramento no bico dos seios, cansaço extremo, impaciência, entre outros.

Foram diversas barreiras até que chegassem ao estabelecimento de uma rotina de amamentação satisfatória com o bebê. Sobre esse assunto, mencionaram que obtiveram orientação de enfermeiras na maternidade e dos profissionais na UBS que as acompanhavam. Porém, de modo genérico indicaram que o que foi repassado ficou no nível de técnica mecânica do como fazer a amamentação, sem menção às mazelas e aos dessabores reais que poderiam surgir. Apontaram a imagem e a expectativa dos seios jorrando leite como um parâmetro ideal ensinado.

Não obstante, ao vivenciarem a jornada da amamentação, as primíparas contrastaram as informações de instrução mecânica repassada, com o compartilhamento das informações e experiências das participantes multíparas na sessão sobre aleitamento materno durante o pré-natal psicológico, onde foi desmitificado o ato como algo “natural” e “instintivo” da mulher, encaixando esse ultimo com o aspecto vivencial das participantes.

Todas relataram que a vontade de amamentar, as instruções da equipe de enfermagem, somado aos encontros de PNP as ajudaram a passar pelas dificuldades iniciais da amamentação.

Sobre esse ultimo pontuaram:

“Toda vez que ia amamentar me lembrava que estava aprendendo a fazer aquilo, que tudo era aprendizado e mesmo com o menino mordendo e doendo fui tentando até conseguir, pois era o melhor pra mim e pra ele” (Participante 5)

“Acho que se eu não tivesse passado pela aquela aula de aleitamento no grupo e ouvido outras mulheres que já tinha menino eu ia desistir, por que ohhh coisa complicado é dá leite, não era fácil como as enfermeiras diziam não”. (Participante 06)

O aprendizado e a psicoeducação sobre o tema a qual passaram durante o PNP possibilitou no momento puerperal encarar a amamentação sem negar suas outras faces, além da romantizada (LIMA et al, 2019). Ou seja, a de que a amamentação exige uma enorme disponibilidade física e psicológica, a exigência de paciência e persistência, o enfrentamento da dor, além de uma disponibilidadequase total de tempo, especialmente para aquelas que optaram por amamentar em livre demanda (FERREIRA; GOMES; FRACOLLI, 2018). No presente caso, apenas uma puérpera não conseguiu prosseguir com o aleitamento materno por condições de sua própria saúde física, optando pelo uso da mamadeira.

Além disso, as participantes ressaltaram também a defesa pelo aleitamento materno exclusivo, por ser um momento de carinho para com a filha(o), um tempo de comunicação e conexão com o bebê, como no trecho destacado:

“Tô achando amamentar muito difícil, não é para qualquer um, mas compensa, é um momento muito bom, é o tempo que converso com a nenê, dou carinho, olho nos olhos como aprendi no grupo.” (Participante 06)

“No primeiro [filho] eu dei Nan [leite industrializado], mas nesse agora tô só no peito, eu acho bonitinho o jeito que ele começa a mamar, ele olha pra mim, nos primeiros goles ele vira o olho. E com a mamadeira não tinha isso, vai ficando é empanzinado, agora não tenho mais medo depois das conversas [no PNP]”. (Participante 02)

Destarte, o vínculo construído com o bebê durante o ato da lactação demonstrou-se tanto impactante quanto o valor nutricional do leite materno na decisão de enfrentar os obstáculos para a amamentação. Para tanto, a maioria das mulheres também tiveram que enfrentar tradições familiares de suas avós e de suas próprias mães, como uso de chás com açúcar por meio de mamadeiras nos primeiros meses de vida:

“Eu tive que brigar com minha mãe para dá só o leite” (Participante 3)

Tais resultados demonstram as contribuições do PNP para a prática do Aleitamento Materno Exclusivo (AME). Esse achado é relevante uma vez que pesquisas demonstram a associação entre DPP e desistência do ato de amamentar (PASSOS, 2019, GAUTHREAUX et al, 2017). Sousa et. al (2021) descrevem que quando a mulher não tem a possibilidade de amamentar ou tem a necessidade do término precoce do aleitamento materno exclusivo existe o risco de desenvolvimento de sintomas depressivos, em especial nas puérperas de baixa renda. Assim, defende-se que ao favorecer a prática do aleitamento materno nas participantes aqui estudadas, isso resultou em potencial fator protetivo contra o desenvolvimento de DPP.

É importante frisar que no senso comum a ideia do aleitamento está ligada à noção de “boa mãe”, isto é, o imaginário social entende que quem amamenta seu filho tem a experiência completa de ser mãe, ocasionando um dever moral de cumprir esse mandado, gerando naquelas que não conseguem, por diversos motivos, sentimentos de inferioridade e sofrimento.

Isso vai contra a racionalidade defendida na presente dissertação, que tem demonstrado ser a experiência maternal plural e construída social, inclusive esse senso de amamentar. Arraes (2005) discorre que esse imaginário começou a se formar a partir da influência do filósofo genebrino Rousseau no século XVIII. A referida autora aponta para os fatos que o pensador, na sua época, levantou a problemática das mães que enviavam os filhos para as amas-de-leite, passando a critica-las e recomendar que as genitoras amamentassem aos próprios filhos. Tais ideias atravessaram os tempos.

Refletindo sobre esse estigma, durante o PNP foi debatido acerca da possibilidade das participantes não conseguirem amamentar, devido vários motivos, e que isso não produzia mães desnaturadas ou incompletas. Essa intervenção reflexiva buscou desconstruir representações maternas desvinculada da experiência real que afeta a autoestima de modo negativo, suscitando sentimentos de inaptidão que podem repercutir negativamente na vinculação da diáde mãe-bebê.

Destaca-se que a única puérpera que não conseguiu estabelecer a lactação, apesar de ter ficado frustrada, não se viu elementos narrativos de intenso sofrimento ou prejuízos descrito na relação com o filho e/ou com sua percepção da experiência materna. Não obstante, o que se viu na maioria das participantes foi a descrição tenaz do comportamento do AME.

Portanto, a partir dos estudos que evidenciam que a DPP tende a prejudicar a confiança da mulher, interferindo em seu comportamento e percepção sobre os fatores associados ao seu desempenho lactacional, além de prejudicar o prosseguimento com o aleitamento, contrastando isso com o presente resultado que foi oposto ao anteriormente citado, pode-se inferir que o pré-natal psicológico contribuiu para a prática do aleitamento materno que atua como fator preventivo no aparecimento da DPP (JONNAK et al., 2021, CANTILINO et al., 2020).

Especificamente, pode-se indicar como contribuições do PNP no aleitamento materno no presente estudo: 1) o preparo cognitivo prévio que auxiliou no enfrentamento das dificuldades no estabelecimento da amamentação, não só por abordar conceitos teóricos, mas por apresentar nos encontros uma realidade diferente da esperada preliminarmente pelas mulheres, especialmente as primíparas; 2) o rompimento com padrões familiares que prejudicava o alcance do sucesso no aleitamento (ou na conduta desejada).

Contudo, é mister ressaltar que os achados apresentam limitações ao se apreender dados apenas dos 45 dias de aleitamento, ou seja, em um período muito curto da prática, sendo necessários outros estudos de prazo de acompanhamento longitudinal para ratificar tais inferências.

5.2.2.5 Fortalecimento do vínculo mãe-bebê

Os laços afetivos mãe-filho começam a se desenvolver ainda durante a gravidez e se fortalecem após o nascimento com a interação recíproca, isso reforça a dimensão da maternidade como um processo (PASSOS, 2019). Todavia, diferentemente do que o pensamento comum imagina, essa interação, mãe-bebê, assim como todo relacionamento entre humanos, é marcada por uma série de emoções agradáveis e desagradáveis, que pode suscitar na própria mãe questionamento acerca daquele amor incondicional tão esperado pelo filho(SOARES, 2022, RODRIGUEZ; CARNEIRO 2013).

Freud (1914) também abordou a questão da ambivalência presente na relação mãe-filho. Para o pai da psicanálise, é na coexistência de opositos que se encontra o caráter do que se denomina ambivalência emocional. Ainda segundo o autor, amor e ódio constituem elementos de uma mesma moeda, portanto seria impossível pensar no flanco amoroso sem levar em conta a sua contrapartida e todo o dualismo. Neste sentido, pensar que existiria um amor materno sem agressividade, sem ódio, sem ambivalência seria improvável.

Nessa direção, não existe maternidade sem ambivalência, dessa forma, uma das principais questões que as mães têm de lidar é a polaridade em relação aos seus bebês. Para Winnicott (1947), relevante psicanalista da compreensão do desenvolvimento da diáde mãe-filho, a mãe tem seus motivos para detestar o seu bebê. Para esse autor, o ódio estaria sempre presente na maternidade, uma vez que precisamente no processo de adaptação da mãe ao bebê, é infligido à mãe que tolere a interferência do filho na sua vida pessoal.

Winnicott (1947) ainda acrescenta que a questão mais importante em relação à mãe é a sua capacidade de ser agredida e sentir ódio pelo seu bebê sem se vingar dele. Além de sua inclinação para esperar por recompensas que podem vir

ou não. De sorte que o nascimento representa um novo desafio para a mulher: a tarefa de contatar o conflito do amor e ódio direcionado ao filho (CARON; LOPES; 2014).

Essa dualidade afetiva direcionada à prole ganha contornos mais acentuados quando se trata de um filho não programado. Esse fato pode ser constatado no estudo desenvolvido por Fonseca et al. (2018) o qual os resultados indicaram que a ausência do plano de engravidar, trouxe entre outras repercussões a culpa e a dificuldade do estabelecimento da relação mãe-bebê.

Esse aspecto é de pontual relevância para o presente caso uma vez que a maioria das participantes, como foi revelado no perfil gestacional, não tinham se programado para serem mãe no momento atual.

A discussão acerca da decisão e do desejo de se tornar mãe é uma questão recorrente na literatura especializada. São inúmeras as pesquisas que apontam a ausência do planejamento prévio durante uma eventual gravidez como um dos fatores predisponentes ao desenvolvimento de transtornos mentais, em especial a DPP (CORDEIRO, 2021; GOIS SOUZA; OLIVEIRA, 2021; SOARES, 2021, ARRAES, ARAUJO E SCHIAVO, 2018).

Ao se analisar as respostas nas entrevistas daquelas participantes que no perfil gestacional (P1, P2, P4, P5, P6 e P7) apresentaram ausência do planejamento de engravidar, é identificado em suas narrativas que o PNP as auxiliou na lida dos conflitos nesse campo, em especial no processo de integração dos sentimentos ambivalentes vivenciados e na vinculação filhar:

“Nossa, como foi difícil pra mim quando eu soube que estava grávida, foi um desespero tão grande porque eu não queria ser mãe agora sabe, o mundo tinha desabado na minha cabeça, e agora? como vai ser? Era uma raiva de mim mesma, da criança, nossa! Se não tivesse falado isso pra alguém não sei como taria agora, lá no grupo, não sabia o que seria de mim [riso contido], lá entendi que o mundo não tinha acabado, só a estrada que tinha mudado né, e agora tô junta da minha filha, que, ave maria, amo demais.” (P4)

“Eu não queria aceitar a gestação, não tarra nos planos, oia, já estava quase tendo nenê e ainda sentia um tipo de rejeição, sei lá, mas graças a Deus que colocou o grupo no meu caminho, abriu meu coração e hoje eu tô aqui [olha para o filho com ternura], feliz por ter aceitado essa vidinha”. (Gestante 5)

“Antes era uma raiva por estar grávida, agora é um amor inexplicável, uma ligação, um negócio assim muito forte sabe” (Gestante 6).

Ou seja, o fato de sentir raiva, ódio do filho não põe em jogo ou faz cair

em descrédito o discurso ou a possibilidade do amor verdadeiro direcionado a ele, haja vista a dicotomia fazer parte de uma mesma unidade. A deficiência de conhecimento em lidar com a ambivalência que advém da maternidade pode surpreender as mães de maneira negativa e promover sensações de fracasso e impotência (RODRIGUEZ; CARNEIRO, 2013). Denegar este sentimento da experiência materna pode ser muito mais prejudicial tanto para as mães, quanto para o bebê.

Esse fato pode ser observado durante a pesquisa de Arraes (2005) onde a autora destaca que, ao contrário do que se imagina, poder reclamar, se queixar e assumir a sua raiva, seu ódio e desapontamento, sem correr o risco de ser julgada ou taxada de mãe desnaturalada, é um grande passo para que a mãe não caia na depressão, pois quando você suporta que pode odiar o seu bebê, de vez em quando, também suporta que seu filho possa lhe odiar de vez em quando. E assim, tem horas que se ama e têm horas que se odeia e tudo isso faz parte da arte de amar.

Diante do exposto e ponderando que: diversos estudos comprovam que gravidez não planejada tem forte influência nas deficiências da interação mãe-filho (SILVA *et al.*, 2020, ARRAES; ARAUJO; SCHIAVO 2018, CASTRO *et al.*, 2015), que a maioria das colaboradoras dessa investigação não apresentaram o plano de estarem grávidas, mas que apesar disso, essas não evidenciaram nas suas narrativas semânticas aspectos de dificuldade ou resistência no ato vinculativo como bebê e que atribuem a esse fato a participação no grupo de PNP, isso reforça a defesa de que no presente caso o PNP atuou como auxiliador na construção e fortalecimento do vínculo mãe-filho.

Faz-se necessário esclarecer, porém, que por mais que a gravidez seja planejada, como ocorreu com uma das participantes (P3), isso não a isentou da presença de ambivalência e receios frente a chegada do bebê e às mudanças na vida. Porém, um fator distintivo no enfrentamento dessa ambivalência quando se planeja é a relação sólida e de apoio com o pai do bebê, é o desejo do casal estabelecido, logo tal desejo não exime o aparecimento da ambivalência, mas pode fazer com que se minimize o ônus e desafios da maternidade (ARRAES; ARAUJO; SCHIAVO, 2018).

5.2.2.6 Alívio emocional em tempos de pandemia

O aparecimento da *Coronavirus disease* (COVID-19) e sua alta capacidade de virulência e transmissibilidade implicaram na declaração de estado de pandemia em março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Desde então, no Brasil, uma série de medidas de proteção contra a doença haviam sido tomadas, dentre as principais, o isolamento social, em especial no ápice das taxas de contaminação,

Tais medidas, indiscutivelmente necessárias, passaram a influenciar, segundo Silva e Neves (2020), a vivência do período gravídico-puerperal, bem como o bem-estar e a saúde materna. A restrição social e o medo pandêmico passaram a tornar essa fase do ciclo feminino ainda mais singular e de maior complexidade para gestantes e puérperas.

Além das alterações típicas da gestação-puerpério, a pandemia trouxe novos desafios, como mudanças no atendimento da assistência no pré-natal (cancelamentos, protocolos sanitários, atendimentos virtuais), no cuidado, na socialização familiar e no aleitamento do recém-nascido (PAZ et al., 2021). A OMS também indicou que as grávidas tinham maiores risco de contrair a infecção pelo coronavírus e passou a considerar que gestantes e puérperas também fizessem parte do grupo de risco (TAKEMOTO et al., 2020).

Deste modo, o cenário da pandemia do COVID-19 passou a ser considerado como um evento estressante para gestantes e puérperas, acarretando em consequências no campo da saúde mental materna, como apontado em recentes pesquisas (PRANDINI, 2022, MACIEL; AVINTE; LOPES, 2022 SILVA; NEVES, 2020). Apesar de não compor preliminarmente um dos elementos explícitos de investigação, esse assunto, inevitavelmente apareceu nos encontros do PNP, conformando a presente categoria temática.

O medo da contaminação durante a gestação, como seria o momento do parto e como ficaria o pós-parto nessas atuais condições sanitárias, o medo da falta de assistência dos profissionais de saúde e a interferência no desenvolvimento do filho(a) foram as principais preocupações relatadas:

“Foi muito nervosismo quando isso começou [pandemia], logo quando eu tinha ficado grávida [risos], eu tava muito nervosa: será se vou pegar isso? E se passar pro meu filho, e se não der mais pra fazer parto no hospital”

[risos].... Quando tava menos tudo isso e fui lá no grupo foi um alívio.” (Participante 07.)

“Nunca pensei que ia ter isso por aqui, eu vivia com os nervos “a flor da pele”, era uma paranoia tão grande, pior é que foi cancelado todas as consultas, depois foi que voltou, ai também teve o grupo, foi um alívio ver gente, poder conversar.” (Participante 05)

Esses achados são semelhantes ao apontado por Paixão *et al.* (2021) que demonstrou que a necessidade de isolamento trouxe ainda mais dificuldades às gestantes, pois dificultou o contato com sua rede de apoio (familiares, amigos, assistência profissional).

No que diz respeito ao pré-natal, além do valor para a saúde materna e fetal, as consultas promovem o vínculo da grávida com o profissional de saúde, trazendo assim, vantagens emocionais, uma vez que a futura mãe se sente mais acolhida pela equipe e mais confiante sobre a gestação (FONTANA *et al.*, 2017). Logo, o cancelamento das consultas e as incertezas do cenário promoveram forte impacto emocional negativo nas colaboradoras.

De acordo com Prandini, Souza, Resende, Freitas, Serrato e Skupien (2022) esse contexto contribuiu para o aumento significativo de sintomas depressivos e ansiosos em gestantes, em relação aos números pré-pandêmicos. Chivers *et al.* (2020) também mostraram que as mulheres grávidas avaliadas durante a pandemia de COVID-19 relataram mais angústia e sintomas psiquiátricos do que as mulheres avaliadas antes da pandemia, principalmente na forma de sintomas de depressão e ansiedade. Logo, pondera-se também ser essa uma das explicações de todas as colaboradoras do presente estudo apresentarem algum grau de sintomas depressivos na gestação.

Paixão *et al.* (2021) ainda discorrem que a vivência da maternidade em tempos não pandêmicos já é considerada como uma experiência solitária, uma vez que a mulher é encarregada pela sociedade como a principal, se não a única, responsável pelo cuidado e desenvolvimento saudável da criança. Assim o isolamento social, como forma de prevenção da COVID-19 acabou por agravar este sentimento de solidão, uma vez que foi retirada da mulher sua rede de apoio (ALMEIDA *et al.*, 2021).

“Eu me senti muito sozinha nesse período (...).” (Participante 06)

Portanto, estratégias de acompanhamento que busquem trazer algum suporte para essa demanda específica durante o ciclo maternal são apontadas como de extrema relevância para a qualidade de vida das mães pós-isolamento (BARBOSA et al., 2022, LIMA, 2022). Acredita-se, sobre essa base, que a presente intervenção do PNP, justamente num período tão crítico como foi a flexibilização do isolamento social foi um relevante fato de promoção de saúde mental materna no puerpério.

Infere-se que isso ocorreu na presente experiência do PNP por meio do aumento das relações interpessoais, de um adequado suporte emocional no que tange as reais dificuldades frente à maternidade, pela presteza de orientações quanto a procedimentos de cuidados sanitários efetivos, promovendo sensação de segurança e controle.

Esse entendimento é análogo ao apontado por Arrais, Amorim, Rocha e Haidar (2021) ao fundamentarem que o desenvolvimento de ações de saúde voltadas para as demandas psicossociais do ciclo gravídico-puerperal precisam ser adaptados às diferentes fases da pandemia. Ressaltam as autoras a importância do acolhimento ao sofrimento psíquico, da educação e fornecimento de informações atualizadas e de qualidade para bem enfrentar o momento atual.

Responder às preocupações e oferecer estratégias para aumentar a sensação de segurança e controle, dentro daquilo que era sabido por fontes científicas de informação, foi um objetivo da intervenção do pnp que surgiu a partir da demanda das participantes. Assim foi apreendido que diminuir o isolamento e aumentar o suporte social, emocional e instrumental, foi também um aspecto salutar para prevenir a sintomatologia depressiva.

Dito acerca das contribuições faz-se necessário também ressaltar os desafios e potencialidades identificados na realização do PNP na ESF, como evidenciado no tópico a seguir.

5.2.2.7 Desafios e Potencialidades do PNP na ESF

No campo de conhecimento do presente trabalho, ao se deparar com os espaços de reprodução do PNP em outras pesquisas, chamou atenção o fato de a maioria dos estudos terem sido executadas com gestantes em ambientes hospitalares/ambulatoriais, inclusive com perfil de gestantes de alto risco ou somente

na modalidade de atendimento individual (CAMARGO; FRAGA; MACEDO, 2021, JESUS, 2017, ARRAIS; ARAUJO, 2016, ARRAIS; ALMEIDA, 2016, ARRAIS; MOURÃO; FRANGALLE, 2014, CALDAS et al., 2013, ARRAIS; CABRAL; MARTINS, 2012). Ou seja, não se têm conhecimento na presente pesquisa, sobre estudos sobre PNP desenvolvidos dentro do espaço e da lógica da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Apesar da estrutura metodológica do PNP ser a mesma aplicada em qualquer circunstância, o público, seus modos de subjetivação, a lógica interna dos espaços e suas posições geográficas no território podem influenciar no tocante aos objetivos e modos de organização de aplicação da técnica.

Assim, por não ter sido identificado trabalho prévio dentro dos espaços da ESF, buscou-se junto das participantes suas perspectivas avaliativas sobre o PNP, visando o desenvolvimento e aperfeiçoamento para futuras pesquisas e programas nesse nível de atenção.

A despeito disso, quando indagadas sobre o que gostariam que melhorasse no curso do PNP, unanimemente apontaram que deveria ser obrigatória a presença do pai, para se discutir sobre a importância paterna no apoio dos cuidados aos filhos, a exemplo dos trechos:

“O homem não teve nenhuma orientação como a que a gente teve”
(Participante 02)

“Deveria ser obrigado o pai participar”.
(Participante 05)

Como bem apresentado no referencial teórico, à proposta do PNP abrange não só a mulher, mas também o homem, o casal, os avós e outros familiares. Logo essa sugestão, na verdade, tem relação exclusivamente às limitações do presente trabalho, que devido as condições contextuais e a dinâmica social não foi possível contemplar a presença paterna.

Todavia, não se ver como possibilidade fatídica a sugestão de obrigatoriedade da participação do pai, afinal, isso dentro do campo da metodologia psicológica poderia acarretar em resistências improdutivas, além de ferir direitos à liberdade dos indivíduos. No entanto, essa mesma sugestão traz implicitamente a necessidade emergente das mulheres de serem apoiadas por seus parceiros ou pai de seus filhos(a), no caso das mães solteiras.

Essas passagens estão de acordo com o que Arrais, Cabral e Martins (2012) constataram em seus estudos, ao perceberem que os homens ficam à margem da experiência da maternidade. Para os autores, a maternidade e paternidade são vividas de maneira diferente. Na relação delicada da mãe com seu filho, em que a atenção e emoção da mulher estão inteiramente implicadas à criança, existe um terceiro componente, muitas vezes deixado de lado – o pai.

Por outro lado, as obrigações do mundo moderno – tais como o trabalho, entre outras – e a concepção hegemônica do papel masculino como preponderantemente de provedor, insistem em afastar e corroborar para que os progenitores não tenham acesso ou abertura a este tipo de assistência durante a gestação de seus filhos, como propõe Moraes (2012). E quando os tem ficam restritos à oferta do planejamento reprodutivo, especificamente na obtenção de métodos contraceptivos e ao rastreio de infecções sexualmente transmissíveis (BATISTA, et al., 2021). Nesse ponto, o PNP pode ser complementar ao pré-natal tradicional sobre a perspectiva da inclusão e aos temas envoltos da paternidade.

É válido destacar que essa lacuna masculina não se restringe a presente pesquisa e ao PNP, mas é uma ausência de acompanhamento nos serviços de saúde de modo geral (OLIVEIRA et al., 2021).

Logo, neste estudo a ausência da participação da figura masculina durante as sessões foi um limitador das possíveis contribuições que o PNP poderia fomentar na vida familiar. Apesar disso, sugere-se que em futuras pesquisas intervencionistas como a desenvolvida aqui, possam dentro de suas delimitações e estratégias buscar incluir a figura paterna como objeto de investigação.

Outro ponto relevante no enlace entre PNP e ESF é a dinâmica territorial. O território na ESF apresenta uma série de dilemas de natureza política – relacionais (FONTENELE, 2016). Ou melhor, o dia a dia da Estratégia Saúde da Família (ESF) por ter seu contexto e logica de funcionamento de caráter entrelaçado com a dinâmica da comunidade, permite que o trabalho nessa esfera seja permeado por relações e vínculos interpessoais entre profissionais-usuários e usuários- usuários.

Neste panorama, as atitudes das pessoas nas ruas, na vizinhança, no bairro e em outros lugares de moradia podem compor laços e rotinas de aproximação, cooperação, compartilhamento de sentimentos, de ajuda, etc., ou de distanciamento, individualismo, rejeição, resistência, desafetos, etc.. Esse rizoma

relacional pré-estabelecido dentro da própria comunidade pode atuar como um potencializador ou enfraquecedor da coesão grupal dentro do PNP na ESF.

Bortoletti (2007, p. 42) induz a reflexão sobre isso ao descrever que existem grupos que não conseguem resolver conflitos, sintonizar ações, estabelecer objetivos ou segui-los. Já outros, funcionam em sintonia, onde os componentes se inter-relacionam de maneira produtiva e mostram colaboração, respeito e interesse no outro. A autora ressalta que em um grupo que busca a profilaxia em saúde mental deve perseguir as características desse segundo perfil, pois sem isso ocorrerá o risco de iatrogenia.

No presente estudo considera-se que as relações entre as participantes preliminarmente já criadas na vida territorial foi um importante vetor de sucesso para a coesão grupal durante o PNP. Esse achado diverge do que é apontado por Bortolleti (2007, p.43), ao considerar a questão de amizade previa entre os membros do grupo como algo que não deve estar presente antes do inicio do trabalho.

Compreende-se que por se tratar de um serviço de saúde que atende pessoas que são vizinhas uma das outras ou que tem grandes chances de circularem pelos mesmos espaços de convivência social, questões como o sigilo, identificação, a solidificação dos vínculos e fantasias sobre a imagem social são pontos ainda mais nevrálgicos e que necessitam de maior atenção em relação a outros espaços de saúde onde o PNP pode ser desenvolvido.

Defende-se que as relações territoriais prévias não são um óbice para o desenvolvimento do PNP na ESF, mas exigirá do profissional ou da equipe um manejo e segurança na lida com situações de conflitos pessoais que podem emergir em virtude do pré-estabelecido entre as participantes e suas famílias.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste estudo foram alcançados, uma vez que se identificou que todas as participantes apresentaram múltiplos fatores de risco para o desenvolvimento da DPP. O pressuposto do estudo foi confirmado, pois nenhuma mãe evidenciou quadro depressivo no pós-parto no intervalo do estudo. Infere-se que as influências dos fatores de risco foram minimizadas por meio da natureza psicoterapêutica das sessões do pré-natal psicológico associado a outros fatores de proteção, que favoreceram a adaptação das puérperas neste período.

As contribuições do PNP para a prevenção da DPP na presente pesquisa abrangeram: a desconstrução da maternidade ideal, o desenvolvimento e/ou aumento do sentimento de autoconfiança materna, a criação e fortalecimento da rede de suporte extrafamiliar, o fortalecimento da relação mãe-bebê, a promoção do comportamento ao aleitamento materno exclusivo e o alívio emocional frente às incertezas do estado de pandemia. Ademais, o PNP se demonstrou como importante dispositivo complementar ao pré-natal tradicional ao preencher lacunas existentes nos atendimentos às mulheres que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal.

Portanto, os resultados evidenciaram que o grupo de pré-natal psicológico atuou na prevenção de agravos, na promoção e manutenção da saúde mental materna, ampliando a preparação para a maternidade. Bem como atingiu os três níveis de propósitos de sua proposta: psicopedagógico, psicoprofilático e psicoterapêutico.

Deste modo, a pesquisa se mostrou relevante, pois deu ênfase em um tema de caráter inovador e que traz impacto na melhoria das condições de assistência ao pré-natal em geral, ofertando escuta e suporte emocional, bem como acompanhamento durante a gestação e depois do parto.

Apesar dos resultados proeminentes essa investigação apresenta limitações: 1) baixo número de mulheres participantes (apesar de tal configuração não conflitar com o gênero de natureza qualitativa que faz parte do trabalho), 2)

curto espaço de tempo do pós-parto investigado, 45 dias, esse interim reflete apenas um momento específico da vida das puérperas não representando ou assegurando continuidade desse estado na linha temporal; 3) pouco número de sessões de PNP, total de cinco, o número reduzido de sessões pode ser considerado uma limitação ou, ao contrário, um achado promissor, ou seja, que bons resultados podem ser

atingidos em menor quantidade de sessões; 4) o estudo adotou como tipologia grupal o modelo fechado, que tem características de não inclusão de novos integrantes após início do grupo, pesquisas com outra perspectiva grupal podeencontrar resultados divergentes, pois a dinâmica grupal influênciaria diretamente na técnica do PNP; 5) não se apreendeu o perfil puerperal das participantes, ou seja, não se buscou identificar fatores de risco ou de proteção durante essa fase que pudessem exercer alguma influência no desenvolvimento da DPP.

Tais limitações, em contrapartida, apontam horizontes pelos quais novas pesquisas complementares necessitam ser desenvolvidas para a avaliação continuada da eficácia do Pré-Natal Psicológico na ESF em outros contextos socioculturais e com outras delimitações metodológicas, corroborando ou não com a expansão dessa prática nesse nível de atenção à saúde.

Não obstante, defende-se que por o PNP ser uma oferta de serviço de baixo custo financeiro e que pode ser facilmente desenvolvido e adaptado as diferentes realidades territoriais; considerando que, geralmente, a ESF conta com uma equipe multiprofissional e que isso favorece a articulação interprofissional e de conhecimentos para assegurar à mulher um cuidado integral; considerando que o PNP segue princípios norteadores que vão ao encontro da proposta da Estratégia Saúde da Família; considerando o conjunto desses argumentos, tem-se como de suma importância que o PNP possa ser implementado como um protocolo de atendimento à gestante na Estratégia Saúde da Família.

REFERENCIAS

ABUCHAIM, Erika de Sá Vieira; CALDEIRA, Nathalia Torquato; LUCCA, Marina Moraes di; VARELA, Maite; SILVA, Isília Aparecida. Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 29, n. 6, p. 664-670, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600093>.

HINAI, Fatma Ibrahim Al; HINAI, Saleh Saif Al. Prospective Study on Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Al-Dakhliya Governorate in Oman. **Oman Medical Journal**, [S.L.], v. 29, n. 3, p. 198-202, 15 maio 2014. Oman Medical Journal. <http://dx.doi.org/10.5001/omj.2014.49>.

ALIANE, Poliana Patrício; MAMEDE, Marli Vilela; FURTADO, Erikson Felipe. Revisão Sistemática sobre Fatores de Risco Associados à Depressão Pós-parto. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 5, n. 2, p. 146-155, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472011000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 jan. 2022.

ALMEIDA, Natália Maria de Castro; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 36, n. 4, p. 847-863, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001382014>.

ALVARENGA, Patrícia; PAIXÃO, Catiele; SOARES, Zelma Freitas; SILVA, Antonio Carlos Santos da. Impacto da saúde mental materna na interação mãe-bebê e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. **Psico**, [S.L.], v. 49, n. 3, p. 317-327, 16 out. 2018. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2018.3.28475>.

ALVES, Lindomar Sousa; DE PASSOS, Sandra Godoi. Fatores de risco para a Depressão Pós-Parto e a atuação da enfermagem. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 5, n. 10, p. 269-280, 2022.

ALVES, Tuanne Vieira; BEZERRA, Martha Maria Macedo. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional/Main Physiological and Psychological changes during the management period. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 14, n. 49, p. 114-126, 2020.

ALVES, Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira; COSTA, Roberta; LIMA, Margarete Maria de; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; NITSCHKE, Rosane Gonçalves; VOLPATO, Franciele. Influências na construção do significado da maternidade. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S.L.], v. 12, n. 37, p. 3-13, 5 mar. 2022. Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.3-13>.

ALVES-SILVA, Junia Denise; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. As famílias podem (se) adoecer: revisão integrativa da literatura científica. **Vínculorevistadonesme**, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 23-43, 2019. NESME - Nucleo de Estudos em Saude Mental. <http://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v16n2p23-43>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

ARRAIS, Alessandra. Rocha.; LORDELLO, S. R.; CAVADOS, G. C. F. O pré-natal psicológico como fator de proteção à depressão pós-parto. In MURTA, S. G.; FRANÇA C., SANTOS, L. K. B.; POLEJACK, L. (org.) **Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção**, Novo Hamburgo, RS: Sinopsys. p. 601-621, 2015.

ARRAIS, Alessandra da Rocha. **A Configuração subjetiva da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante**. 2005. 158 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Brasília, Brasília, 2005.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100007&lng=pt&nrm=iso.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. Depressão e Ansiedade Gestacionais Relacionadas à Depressão Pós-Parto e o Papel Preventivo do Pré-Natal Psicológico. **Revista Psicologia e Saúde**, [S.L.], p. 23-34, 17 jul. 2019. Universidade Católica Dom Bosco. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706>.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. DEPRESSION POSTPARTUM: a review about risk factors and protection. **Psicologia, Saúde & Doença**, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 828-839, 30 nov. 2017. Sociedad Portuguesa de Psicología da Saude. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180316>.

ARRAIS, Alessandra Da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão** Jun/Set. 2018, v. 38 nº4, 711-729. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003342016>.

ARRAIS, Alessandra da rocha; CABRAL, Daniela Silva Rodrigues; MARTINS, Maria Helena de Faria. Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. **Encontro: Revista de Psicologia**, v. 15, n. 22, p. 53-76, 2012.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; MOURÃO, Mariana Alves; FRAGALLE, Bárbara. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 251-264, 2014.

ARRÔBE, Rute Isabel Barão. **O crime de infanticídio e as perturbações psicológicas pré e pós parto**. 2019. (Tese de Doutorado). Universidade de Lisboa, Lisboa, 2019.

AZEVEDO, Kátia Rosa; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 19, p. 269-276, 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-79722006000200013>.

BACCA, Cheila Corrêa. **Desvelando o Manto Sagrado da Maternidade**: a rejeição como possibilidade.. 2005. 1 v. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Universidade Católica de Brasília, Brasilia, 2005.

BAPTISTA, Makilim Nunes; BAPTISTA, Adriana Said Daher; OLIVEIRA, Maria das Graças de. Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens? **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 7, n. 2, p. 143-156, ago. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1999000200005&lng=pt&nrm=iso>.

BARBOSA, Elza Stephani Alves et al. Aspectos psicossociais e de saúde mental durante a gravidez na pandemia da COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e56111326921-e56111326921, 2022.

BARCELLOS, Camila et al. Fatores de risco para a depressão pós-parto. **Promoção e proteção da saúde da mulher ATM 2024/2**. p. 83-102, 2022. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/236672/001137331.pdf?sequence=1> .

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BATISTA, Walesca Carvalho Amaral; CASTRO, Rosana de Carvalho; REGAZZI, Isabel Cristina Ribeiro; MOTTA, Carina Oliveira; LOPES, Elida Borges; PADILHA, Giúlia Kamille de Medeiros; MAIA, Yasmim Campos dos Santos. Dificuldades presentes na adesão do pré-natal do parceiro mundialmente: uma revisão integrativa. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 10, p. 1-10, 5 ago. 2021. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18493>.

BECK, Aron. T.; STEER, R. A; BROWN, G.K. **BDI-II: Beck Depression Inventory Manual**. Psychological Corporation. 1996.

BETUSSI, Vitória Aparecida et al. Fatores protetivos da depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Conjecturas**, v. 22, 2022.

BHANDARI, Shreya; BULLOCK, Linda F. C.; BAIR-MERRITT, Megan; ROSE, Linda; MARCANTONIO, Kristin; CAMPBELL, Jacquelyn C.; SHARPS, Phyllis. Pregnant Women Experiencing IPV: impact of supportive and non-supportive relationships with their mothers and other supportive adults on perinatal depression. **Issues In Mental Health Nursing**, [S.L.], v. 33, n. 12, p. 827-837, 10 dez. 2012. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2012.712628>.

BOEFF, Muriel Closs; CAMARGO, Tatiana Souza de. Gênero e diagnóstico em saúde mental: que relação é essa?. **REVES-Revista Relações Sociais. Viçosa-MG. Vol. 3, n. 1 (2020), p. 50-55**, 2020.

BORTOLETTI, Fátima Ferreira. **Pré-Natal Psicológico**. (Protocolo de Assistência Psicológica), 1984.

BORTOLETTI, Fátima Ferreira. Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In: MORON, A. F.; BORTOLETTI, F. F.; FILHO J. B.; NAKAMURA M. U. N.; SANTANA R. M.; MATTAR R. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem Interdisciplinar (pp. 21-31)**. Barueri, SP: Manole, 2007.

BORTOLETTI, Fátima Ferreira; VASCONCELLOS; Esdras Guerreiro; SILVA, Magda S. Consul. Pré Natal Psicológico – Abordagem Psiconeuroendocrinomimética. In **Book of proceedings**. V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde. Disponível em: <https://cieo15.wixsite.com/psaude2019>. Acessado em: 03 de fevereiro de 2020.

BOSKA, Gabriella Andrade; WISNIEWSKI, Danielle; LENTSCK, Maicon Henrique. Sintomas depressivos no período puerperal: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburgh. **Journal of Nursing and Health**, v. 6, n. 1, p. 38-50, 2016.

BOTEGA, Neury. José, DIAS, M. K. Gravidão e puerpério. In: BOTEGA N. J, (org.) **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006, p. 341-54.

BRITO, Cynthia Nunes de Oliveira; ALVES, Sandra Valongueiro; LUDERMIR, Ana Bernarda; ARAÚJO, Thália Velho Barreto de. Postpartum depression among women with unintended pregnancy. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 49, n. 1, p. 33-49, 12 jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2015049005257>.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. Tratado de saúde coletiva. In: **Tratado de saúde coletiva**. 2017. p. 968 p-968 p.

CANTILINO, Amaury; ZAMBALDI, Carla Fonseca; SOUGEY, Everton Botelho; RENNÓ JUNIOR, Joel. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [S.L.], v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832010000600006>.

CANTILINO, Amaury; ZAMBALDI, Carla Fonseca; ALBUQUERQUE, Thiago Lucena César de; PAES, Juliana Alencar; MONTENEGRO, Ana Carla Peres; SOUGEY, Everton Botelho. Postpartum depression in Recife - Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S.L.], v. 59, n. 1, p. 1-9, 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0047-20852010000100001>.

CARLESSO, Janaína Pereira Pretto; DE SOUZA, Ana Paula Ramos; DE MORAES, Anaelena Bragança. Análise da relação entre depressão materna e indicadores

clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 2, p. 500-510, 2014.

CARON, Nara Amália; LOPES, Rita de Cássia Sobreira. **Aprendendo com as mães e os bebês sobre a natureza humana e a técnica analítica**. Editora Dublinense, 2014.

CARVALHO, Geraldo Mota; OLIVEIRA, Laércio Ruela; SANTOS, Rosemeire Vieira; CAMIÁ, Gislaine Eiko Kuahara; SOARES, Lenir Honório. Transtornos mentais em puérperas: análise da produção de conhecimento nos últimos anos. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 2, n. 4, p. 3541-3558, 2019. Brazilian Journal of Health Review. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv2n4-117>.

CASTRO, Filipa de; PLACE, Jean Marie S.; BILLINGS, Deborah L.; RIVERA, Leonor; FRONGILLO, Edward A.. Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: the role of sociodemographic and psychosocial factors. **Archives Of Women'S Mental Health**, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 463-471, 22 nov. 2014. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-014-0472-1>.

CORDEIRO, Ingrid Helena Danick et al. Aspectos envolvidos na gravidez na adolescência: uma revisão integrativa. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 13, n. 3, 2021.

COSTA, Edina Silva et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 2, p. 86-93, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4531>>

DA COSTA, Selma Balbino; DOS SANTOS, Thaina Pereira; DE ANDRADE AOYAMA, Elisângela. A expansão do transtorno depressivo nos dias atuais. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, 2020.

COX, J. E.; HOLDEN, J. Saúde mental perinatal: um guia para a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS). **Colégio Real de Psiquiatras**, 2003.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2001.

DAMACENA, Medllyn Peres Ribeiro; REICHOW, Jeverson Rogério Costa; CASTRO, Amanda; FERNANDES, Fernanda de Souza. Depressão pós-parto e os efeitos no desenvolvimento infantil: uma revisão de literatura. **Revista Panorâmica online**, v. 30, 2020.

DANTAS, Maihana Maíra Cruz; ARAÓJO, Priscilla Cristhina Bezerra de; PAULINO, Daniele de Souza; MAIA, Eulália Maria Chaves. Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados DOI - 10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p90. **Psicologia em Revista**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 90-106, 24 ago. 2012. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. <http://dx.doi.org/10.5752/p.1678-9563.2012v18n1p90>.

DE ASSIS, Cleber Lizardo, BORGES, Bruna Angélica, SAMPAIO, Luana Souza; dos Santos P. Mendes Tatiane. Intervenção psicossocial em grupo de mulheres gestantes do Centro de Saúde da Mulher de Cacoal-RO. **Aletheia**. 2013; (42):82-91.[fecha de Consulta 7 de Noviembre de 2021]. ISSN: 1413-0394. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115035315008>.

DE FREITAS, Sylvia Mara Pires. **Psicologia existencialista de grupos e da mediação grupal: contribuições do pensamento de Sartre**. Editora Appris, 2020.

DE CARVALHO, Helder Araujo; SOUSA, Felipe Gerhard Paula; FUENTES, Verónica Ligia Peñaloza. Representação social do endividamento individual. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, v. 11, n. 1, p. 100-115, 2017.

DE JESUS, Maria Aparecida Santos. O Pré-natal psicológico e a relação com a prevenção na depressão puerperal. 2017. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1112.pdf>. Acesso em 14, jun, 2021.

DE LIMA, Margarete Maria; DUTRA, Suelen; ESTÁCIO, Juliana Regina; COSTA, Roberta; ROQUE, Ariano Thaise Freixo; MAIA, Camila do Couto. Contribuições de um grupo de gestantes e casais grávidos para seus participantes. **Cogitare enferm.** [Internet]. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.DOI>. Acesso em 22, fev, 2021.

DE LIMA, Alexandre Vasconcelos; FREITAS, Elísio De Azevedo. A pandemia e os impactos na economia brasileira. **Boletim Economia Empírica**, v. 1, n. 4, 2020.

DE SOUSA, Lumárya Souza; OLIVEIRA, Thaiane. O fazer científico da pesquisa-ação: mapeando o conceito de engajamento em uma perspectiva multidimensional. **Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social**, n. 17, p. 69-85, 2019.

DE SOUZA PEGORARE, Ana Beatriz Gomes et al. Importância do auto-cuidado e conhecimento sobre diabetes mellitus gestacional. **Cadernos de educação, saúde e fisioterapia**, v. 4, n. 8, 2017.

DELL'OSBEL, Rafaela Santi; GREGOLETTO, Maria Luisa Oliveira; CREMONESE, Cleber. Sintomas depressivos em gestantes da atenção básica: prevalência e fatores associados. **ABCS Health Sciences**, v. 44, n. 3, 2019.

DEMO, Pedro. Elementos metodológicos da pesquisa participante. **Repensando a pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense**, p. 104-130, 1999.

DENNIS, Cindy-Lee; DOWSWELL Therese. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2013. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001134.pub3/ull>>. Acesso em 15 de abril, 2020.

FAISAL-CURY, Alexandre; MENEZES, Paulo Rossi. Depressão antenatal prediz fortemente depressão pós-parto na atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 34, 446-450, 2012.

FALCÃO, Rafaela Joy; CIRILO, Maria Vitória da Silva Paula; SÁ, Anna Karolyna da Silva Queiroz de; ROCHA, Brunna Hatsune Kihara; BARBOSA, Anna Maria Andrade; MUSMANNO, Luiz Henrique Fernandes. Revisão da literatura sobre violência doméstica e o desenvolvimento de depressão pós-parto. **Brazilian Medical Students**, [S.L.], v. 5, n. 8, p. 1-8, 21 out. 2021. International Federation of Medical Students Associations of Brazil (IFMSA Brazil).
<http://dx.doi.org/10.53843/bms.v5i8.106>.

FARIA, Gustavo Coutinho. Depressão periparto e autoimunidade: o papel dos autoanticorpos antiocitocina. **Universidade Federal de Minas Gerais**. Dissertação de Mestrado. Minas Gerais, 2016. Disponível em:
<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-AQ3NKU>.> Acesso em 29, jan.2020.

FERREIRA, C. et al. Depressão pós-parto: detecção precoce e fatores associados. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**, v. 12, n. 4 p. 262-267, 2018.

FERREIRA, Maria Gabriela Cabrera; GOMES, Maria Fernanda Pereira; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Aleitamento materno: orientações recebidas por gestantes acompanhadas pela estratégia saúde da família. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 16, n. 55, p. 36-41, 2018.

FERRI CP, Mitsuhiro SS; Barros MCM, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in São Paulo, Brazil. **BMC Public Health**. 2007;7(1):209.

FIGUEIRA, Patricia Gomes; DINIZ, Leandro Malloy; SILVA FILHO, Humberto Correa da. Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, n. 2, p. 71-75, 2011.

FIGUEIREDO, Letícia Marlene dos Santos; CARNEIRO, Jessica Macedo; REGO, Regiane Cristina Silva; LINS, Ana Carolina Araújo de Almeida; CRUZ, Crissia Roberta Pontes. PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO COMO UMA POSSIBILIDADE DE CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE MATERNA: uma revisão integrativa da literatura. **Psicologia e Saúde em Debate**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 1-13, 15 jan. 2022. Psicologia e Saúde em Debate. <http://dx.doi.org/10.22289/2446-922x.v8n1a1>.

FILHA, Mariza Miranda Theme et al. Fatores associados à sintomatologia depressiva pós-parto no Brasil: o Estudo Nacional de Pesquisa Nascimento no Brasil, 2011/2012. **Jornal de transtornos afetivos**, v. 194, p. 159-167, 2016.

FLORES-QUIJANO, María Eugenia; CÓRDOVA, Armando; CONTRERAS-RAMÍREZ, Verónica; FARIAS-HERNÁNDEZ, Liliana; TOLENTINO, Mari Cruz; CASANUEVA, Esther. Risk for Postpartum Depression, Breastfeeding Practices, and

Mammary Gland Permeability. **Journal Of Human Lactation**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 50-57, fev. 2008. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0890334407310587>.

FOLINO, Cristiane da Silva Geraldo. **Sobre dores e amores: caminhos da tristeza materna na elaboração psíquica da parentalidade**. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2014.

FONSECA, Marina Nogueira de Assis et al. Ambivalências do ser mãe: um estudo de caso em psicologia hospitalar. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 141-155, 2018.

FONTANA, Ana Paula; MEDANHA, Adriane Borges de Andrade; INÁCIO, Mariana Xavier; GUSMÃO, Priscilla de Paula. Pré-natal: a visão das gestantes e puérperas usuárias do serviço de saúde pública. **Revista Educação em Saúde**, 2017;5(2):72-78.

FREUD, Sigmund. (1990). Sobre o narcisismo: Uma introdução. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 83-119). Rio de Janeiro: Imago . (Obra original publicada em 1914).

FREITAS, Larissa Alves de Lima. **Contribuições do pré-natal psicológico na perspectiva de um grupo de gestante em Sobral**. 2022. 71 f. Monografia (Especialização) - Curso de Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia - Esp-Vs, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2022.

FRIZZO, Giana Bitencourt; SCHMIDT, Beatriz; VARGAS, Vanessa de; PICCININI, Cesar Augusto. Coparentalidade no Contexto de Depressão Pós-Parto: um estudo qualitativo. **Psico-USF**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 85-96, jan. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712019240107>.

FURTADO, Ana Rute; MACHADO, Patrícia Maria Gonçalves; CARNEIRO, Marinha Nascimento Fernandes. A técnica de Imaginação Guiada na gestão da ansiedade materna durante a gravidez: revisão integrativa. **Enfermería Global**, v. 18, n. 1, p. 608-645, 2019.

GARFIELD, Lindsey; HOLDITCH-DAVIS, Diane; CARTER, C. Sue; MCFARLIN, Barbara L.; SCHWERTZ, Dorie; SENG, Julia S.; GIURGESCU, Carmen; WHITE-TRAUT, Rosemary. Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms in Low-Income Women With Very Low-Birth-Weight Infants. **Advances In Neonatal Care**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 3-8, fev. 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/anc.0000000000000131>.

GAUTHREAUX, Christina; NEGRON, Jenessis; CASTELLANOS, Daniel; WARD-PETERSON, Melissa; CASTRO, Grettel; LAVEGA, Pura Rodríguez de; ACUÑA, Juan Manuel. The association between pregnancy intendedness and experiencing symptoms of postpartum depression among new mothers in the United States, 2009 to 2011. **Medicine**, [S.L.], v. 96, n. 6, p. 51-58, fev. 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/md.00000000000005851>.

GOIS FILHO, Edson Santana; SOUZA, Júllia Beatriz Araujo; OLIVEIRA, Halley Ferraro. Aspectos psicossociais da gravidez na adolescência-revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 1033-1037, 2021.

GONÇALVES, Angela Maria Corrêa; TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante; GAMA, Jairo Roberto de Almeida; LOPES, Claudia Souza; SILVA, Gulnar Azevedo e; GAMARRA, Carmen Justina; DUQUE, Kristiane de Castro Dias; MACHADO, Maria Lucia Salim Miranda. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S.L.], v. 67, n. 2, p. 101-109, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000192>.

GONZÁLEZ REY F. L. (2005a). O valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica. Em González Rey, F. L. **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. (pp. 27-52) São Paulo: Pioneira Thompson Learning.

GREINERT, Bruna Rafaele Milhorini; CARVALHO, Eliete dos Reis; CAPEL, Hellen; MARQUES, Andréa Grano; MILANI, Rute Grossi. A relação mãe-bebê no contexto da depressão pós-parto: estudo qualitativo. **Saúde e Pesquisa**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 81, 2 maio 2018. Centro Universitario de Maringa. <http://dx.doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n1p81-88>.

GREINERT, Bruna Rafaele Milhorini; MILANI, Rute Grossi. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Psicologia: teoria e prática**, v. 17, n. 1, p. 26-36, 2015.

GUEDES, Ana Carolina Emerenciano; KAMI, Cinthia Tiemi; CAVALLI, Laura Kolb de Vargas; NICOLAOU, Stephanie Kosmos; HESS, Válery Baggio; MALUF, Eliane Mara Cesário Pereira. Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados. **Revista de Medicina**, [S.L.], v. 90, n. 3, p. 149, 11 set. 2011. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v90i3p149-154>.

HARTMANN, Juliana Mano; MENDOZA-SASSI, Raul Andrés; CESAR, Juraci Almeida. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00094016, 2017.

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

IACONELLI, Vera. **Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna**. 2015. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2015.

JEFFERIES, Diana D. H. . V. S. Desfocando a realidade com a ficção: explorando as histórias de mulheres, loucura e infanticídio. **Mulheres e Nascimento**, Austrália , v. 30, n. 1, 2016.

JONAK, Bruna Caroline; FERREIRA, Daiane de Oliveira; NOVELLO, Daiana; SCHMIT, Vania. Sinais e sintomas de depressão pós-parto e análise do aleitamento

materno em mulheres atendidas pelo sistema único de saúde. **Encontro Internacional de Produção Científica**, 2021.

KERBER, Suzi Roseli; FALCETO, Olga Garcia; FERNANDES, Carmen Luiza C. Problemas conjugais e outros fatores associados a transtornos psiquiátricos do pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 6, p. 281-287, 2011.

KHANLARI, Sarah. Reexame das estruturas de políticas de saúde mental perinatais para mulheres sinalizando sofrimento na Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) concluída durante sua consulta pré-natal de reserva: um pedido de intervenção em saúde da população. **BMC gravidez e parto**, v. 19, n. 1, p. 221, 2019.

KLEIN, Michele Moreira de Souza; GUEDES, Carla Ribeiro. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 28, n. 4, p. 862-871, 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932008000400016>.

KOERICH, Magda Santos; BACKES, Dirce Stein; SOUSA, Francisca Georgina Macêdo de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; ALBURQUERQUE, Gelson Luiz. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.L.], v. 11, n. 3, p. 717-723, 30 set. 2009. Universidade Federal de Goias. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v11.47234>.

KONRADT, Caroline Elizabeth; SILVA, Ricardo Azevedo da; JANSEN, Karen; VIANNA, Daniela Martins; QUEVEDO, Luciana de Avila; SOUZA, Luciano Dias de Mattos; OSES, Jean Pierre; PINHEIRO, Ricardo Tavares. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 76-79, 29 jul. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-81082011005000010>.

LIMA, Ana Flavia Barros da Silva; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, p. 0-0, 2009.

LIMA, Josefa Nayara de et al. COVID-19 e as repercussões na saúde mental de gestantes: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 2022.

LIMA, Simone Pedrosa; SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; FARIAS, Pedro Henrique Silva de; AIRES, Jamile; Nascimento, Viviane Fabrícia Nóbrega do. Percepção de mulheres quanto à prática do aleitamento materno: uma revisão integrativa **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)** ; 11(1): 248-254, jan.-mar. 2019.

LOBATO, Gustavo; MORAES, Claudia L.; REICHENHEIM, Michael E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 4, p. 369-379, 2011.

LOCOMOTIVO, Instituto. Site: <https://ilocomotiva.com.br/>, 2021. Acesso em: 03 maio 2022.

LOPES, Geni Maria. **A SOMBRA DA MATERNIDADE**. 2013. disponível em: SCRIBD.

LOPES, Mylla Walleska Pereira; GONÇALVES, Me Jonas Rodrigo. Avaliar os motivos da depressão pós-parto: uma revisão bibliográfica de literatura. **Revista JRG De Estudos Acadêmicos**, v. 3, n. 6, p. 82-95, 2020.

LORENZETTI, Valentim. **A morte do filho idealizado**. O Mundo da Saúde, São Paulo, 2012; 36(1):90-9.

LOVISI, Giovanni Marcos; LÓPEZ, José Ramon R. A.; COUTINHO, Evandro Silva Freire; PATEL, Vikram. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. **Psychological Medicine**, [S.L.], v. 35, n. 10, p. 1485-1492, 29 jun. 2005. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291705005362>.

LOUREIRO, Maria Isabel. **Promover a Saúde-Dos fundamentos à acção**. Leya, Ed. Almedinas, 2017.

MACIEL, Luciana Pessoa; COSTA Jackeline Carvalho Carneiro; CAMPOS GMB, SANTOS NM, MELO RA, DINIZ LFB. Transtorno mental no puerpério: riscos e mecanismos de enfrentamento para a promoção da saúde. *Rev Fun Care Online*. 2019 jul/set; 11(4):1096-1102. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1096-1102>.

MACIEL, Misaele Silva; AVINTE, Valdirene Oliveira; DE SOUSA LOPES, Graciana. Percepções na saúde mental das gestantes durante a pandemia de Covid-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e321101623922-e321101623922, 2021.

MALDONADO, Maria. Teresa. **Psicologia da Gravidez**. Petrópolis: Vozes, 1991.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor**. São Paulo: Ideias & Letras, 2017.

MALDONADO, Maria Tereza P. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Petrópolis: Vozes, 1976.

MALDONADO, Maria Tereza P. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Dissertação de Mestrado, PUC, 1974.

MALDONADO, Maria Tereza; CANELLA, Paulo. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde. In: **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde**. 1980. p. 320-320.

MALDONADO, Maria. Tereza. **Psicologia da gravidez**. Rio de Janeiro, RJ: Jaguatirica Digital, 2013.

MARIANI, Fábio; CARVALHO, Lima Ademar. Pesquisa participante: um recorte teórico acerca da abordagem de pesquisa e suas influências epistemológicas. **Revista da Faculdade de Educação**, v. 10, n. 12, p. 169-181, 2019.

MARQUES, Letícia Amico. **Apoio familiar às mulheres com sintomas de depressão pós-parto**. 2015. Dissertação de Mestrado, Rio Grande, 2015.

MARTÍN-GÓMEZ, Carmen *et al.* Eficácia das intervenções psicológicas, psicoeducacionais e psicossociais para prevenir a depressão pós-parto em mães adolescentes e adultas: protocolo de estudo para uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados. **BMJ aberto**, v. 10, n. 5, pág. e034424, 2020.

MEIRA, Bianca de Macêdo; PEREIRA, Pauliany Alencar de Souza; SILVEIRA, Maria de Fátima Araújo; GUALDA, Dulce Maria Rosa; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires Oliveira. Challenges For Primary Healthcare Professionals In Caring For Women With Postpartum Depression. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 706-712, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500049-14>.

MELO, Armando Sérgio Emerenciano; FILHO, Maia Osterne Nonato; CHAVES, Hamilton Viana. Lewin e a pesquisa-ação: gênese, aplicação e finalidade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 28, n. 1, p. 153-159, 2016.

MELO, Synara Barbosa de; JORDÃO, Rhayza Rhavênia Rodrigues; GUIMARÃES, Fernanda Jorge; PERRELLI, Jaqueline Galdino Albuquerque; CANTILINO, Amaury; SOUGEY, Everton Botelho. Depressive symptoms in postpartum women at Family Health Units. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 163-169, mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000100008>.

MINAYO, Maria Cecília Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Limitada, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR); CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, v. 150, n. 112, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. 2004a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. **Saúde Mental. Atenção Básica**. 2004b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica**, nº 34. Brasília – DF. 2013

MOLL, Marciana Fernandes et al. Rastreando a depressão pós-parto em mulheres jovens. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1338-1344, 2019.

MONTEIRO, Keila Araujo; GODOI, Bruna Nascimento; TOLEDO, Olegário Rosa; DAVID, Flávia Lucia; AVELINO, Mariza Martins; MORAES, Eleomar Vilela. Evidências de Sintomatologia Depressiva no Pós-Parto Imediato. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 379-388, 2018. Portal de Periodicos UFPB. <http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2018.22.04.12>.

MORAES, Gustavo Paranhos de Albuquerque et al. Triagem e diagnóstico de depressão pós-parto: quando e como? **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 39, n. 1, p. 54-61, 2017.

MORAES, Maria Helena Cruz de. **A clínica da maternidade: os significados psicológicos da depressão pós-parto**, 2010. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

MONTEIRO, Fabiana Júlia Teixeira. **O cuidado em saúde mental: projeto de intervenção para o centro de saúde antônio barbosa de menezes da cidade de belém – alagoas**. 2022. 54 f. Monografia (Especialização) - Curso de Curso de Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Alagoas, Maceio, 2022.

NUNES, Anthony P.; PHIPPS, Maureen G. Postpartum depression in adolescent and adult mothers: Comparing prenatal risk factors and predictive models. **Maternal and Child Health Journal**, v. 17, n. 6, p. 1071-1079, 2013

OLIVEIRA, Bruna Celia Lima de; ARAÚJO, Amilton Douglas Ferreira de; MACIEL, Mayara Ribeiro; KLAYN, Bianca Pezzini Souza da Silva; RIBEIRO, Cláudia Regina; LEMOS, Adriana. Ações de saúde para homens-pais e a promoção à paternidade no pré-natal: revisão integrativa. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 4, p. 1-14, 24 abr. 2021. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14460>.

OLIVEIRA, Tenilson Amaral; LUZETTI, Guilherme Guarany Cardoso Magalhães; ROSALÉM, Márcia Maria Auxiliadora; MARIANI NETO, Corintio. Rastreamento da depressão perinatal através da escala de depressão pós-parto de Edinburgh. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / Rbgo Gynecology And Obstetrics**, [S.L.], v. 44, n. 05, p. 452-457, 4 mar. 2022. Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-1743095>.

OLIVEIRA, Thais Damasceno; ROCHA, Katia da Silva; ESCOBAL, Ana Paula; MATOS, Greice Carvalho de; CECAGNO, Susana; SOARES, Marilu Correa. The Guidelines Regarding Puerperal Period that are Received by Women Under Immediate Puerperium / Orientações Sobre Período Puerperal Recebidas por

Mulheres no Puerpério Imediato. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, [S.L.], v. 11, n. 3, p. 620-626, 14 fev. 2020. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.620-626>.

OPAS/OMS Brasil Folha informativa atualizada em março de 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folhainformativa-depressao&Itemid=1095. Acesso em: 10 de março, 2020.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). **Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates**. 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 02 jun. 2020.

PAULINO, Ivan; BEDIN, Lívia Perasol; PAULINO, Lívia Valle. Estratégia saúde da família. In: **Estratégia saúde da família**. 2009..

PASSOS, Isadora V. de C.; RIBEIRO, Débora CC. Aleitamento materno e sua influência na vinculação entre mãe-bebê. 2019. Doi: <http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/1126>.

PEREIRA, Priscila Krauss; LOVISI, Giovanni Marcos. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 35, p. 144-153, 2008.

PEREIRA, José Isaul. Pré-natal psicológico de alto risco: práticas para a qualificação das ações do psicólogo. 2021. 31 f. Monografia (Especialização) - Curso de Residência Multiprofissional em Atenção A Saúde Materno-Infantil, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó, 2021.

PICCININI, Cesar Augusto; LOPES, Rita Sobreira; GOMES, Aline Grill; NARDI, Tatiana de. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 1-9, mar. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-73722008000100008>.

PIRES, Guilherme Nunes. Os limites da falseabilidade como critério de demarcação para científicidade. **Revista Sociais e Humanas**, [S.L.], v. 31, n. 2, p. 2-9, 6 nov. 2018. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2317175829444>.

PRANDINI, Naiane Ribeiro; SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; RESENDE, Ana Clara Antunes Pereira; FREITAS, Efigênia Aparecida Maciel de; SERRATO, Jhovana Trejos; SKUPIEN, Suellen Vienscoski. . Saúde mental de puérperas durante a pandemia covid-19: revisão integrativa. **Aquichan**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 1-21, 17 maio 2022. Universidad de la Sabana. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2022.22.2.7>.

PONTES, Matheus Dantas; PEÑALOZA, Verónica; DUARTE PONTES, Thayanne Lima. Os impactos das dificuldades financeiras nas condutas de consumo: as diferenças entre gêneros. **Innovar**, v. 30, n. 75, p. 31-42, 2020.

POLES, Marcela Muzel; CARVALHEIRA, Ana Paula Pinho; CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 31, n. 4, p. 351-358, jul. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800050>.

RAMOS, Aline; MARTINS, Ana; PESSOA, Débora; MACHADO, Márcia; NORONHA, Francisca. Fatores associados à depressão pós-parto: revisão integrativa. **Enciclopédia Biosfera**, [S.L.], v. 15, n. 27, p. 4-13, 20 jun. 2018. Centro Científico Conhecer. http://dx.doi.org/10.18677/encibio_2018a100.

REZENDE, Ceny Longhi; REZENDE, Ceny Longhi; GRUBITS, Heloísa Bruna; REZENDE, Ceny Longhi; CESPEDES, Mateus da Silveira; GRUBITS, Heloísa Bruna; GRUBITS, Heloísa Bruna; SOUZA, José Carlos Rosa Pires de; SOUZA, José Carlos Rosa Pires de; SOUZA, José Carlos Rosa Pires de. Perfil sociodemográfico das gestantes no município de Dourados - Mato Grosso do Sul / Sociodemographic profile of pregnant in Dourados – Mato Grosso do Sul. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, [S.L.], v. 65, n. 1, p. 1, 20 out. 2020. Fundacao Arnaldo Vieira de Carvalho. <http://dx.doi.org/10.26432/1809-3019.2020.65.027>.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Psicoterapia: teorias e técnicas psicoterápicas**. Summus Editorial, 2013.

RODRIGUES, Wdyane Layane da Costa; BRANCO, July Grassiely de Oliveira; FACUNDO, Sue Helem Bezerra Cavalcante; COSTA, Francisca Bertilia Chaves; OLIVEIRA, Célida Juliana de. Consequências da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil: revisão integrativa. **Nursing (São Paulo)**, [S.L.], v. 22, n. 250, p. 2728-2733, 1 mar. 2019. MPM Comunicacao. <http://dx.doi.org/10.36489/nursing.2019v22i250p2728-2733>.

RODRIGUES, Maria de Lourdes Nunes; GANDA, Danielle Ribeiro; MENDES, Delza Ferreira. Winnicott, D.(1982). A criança e o seu mundo Rio de Janeiro: Zahar editores. Psicologia e Saúde em debate, v. 6, n. 2, p. 140-147, 2020.

ROHENKOHL, Claudia Mascarenhas. Entrevista à Claudia M. F. Rohenkohl. **Revista Pais e Filhos**, ano 35, n. 419, Manchete Editora: São Paulo, fevereiro, 45-48, 2005.

ROSA, Carlos Eduardo. **Aspectos Clínicos da Depressão Períparto**, 2015. Disponível em: <http://www.carloseduardorosa.com.br/aspectos-clinicos-da-depressao-periparto/>. Acesso em: 10 de março, 2020.

ROSENBERG, J. L. Transtornos psíquicos da puerperalidade. In: BORTOLETTI ,F. F. et al. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem Interdisciplinar** (pp. 110-117). Barueri, SP: Manole, 2007.

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral; SUN, Sue Yazaki; MATTAR, Rosiane; CHAMBÔ FILHO, Antônio; ZANDONADE, Eliana; LIMA, Valmir José de. Aspectos

epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, [S.L.], v. 29, n. 3, p. 274-280, dez. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-81082007000300006>.

SANTOS, Felipe Souza; SIQUEIRA, Eithor Henrique; AQUINO, João Victor Romão Neto Mury de; ARAGÃO, Ivana Picone Borges de. Características clínicas e fatores de risco da depressão pós-parto: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, [S.L.], v. 5, p. 41-51, 8 abr. 2022. Revista Eletronica Acervo Saude. <http://dx.doi.org/10.25248/reamed.e10041.2022>.

SANTOS, Joyce Emmilly de Melo Sena; DA SILVA NETO, João Luiz. Vivências do puerpério materno e melancolia na perspectiva da psicopatologia fundamental, **Psicologia.pt**, 2020. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1396.pdf>. Acesso em 22 de fevereiro de 2020.

SANTOS, Felipe Souza; SIQUEIRA, Eithor Henrique; AQUINO, João Victor Romão Neto Mury de; ARAGÃO, Ivana Picone Borges de. Características clínicas e fatores de risco da depressão pós-parto: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, [S.L.], v. 5, p. 41-45, 8 abr. 2022. Revista Eletronica Acervo Saude. <http://dx.doi.org/10.25248/reamed.e10041.2022>.

SANTOS, Luísa Parreira; SERRALHA, Conceição Aparecida. Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. **Barbaró**, p. 05-26, 2015.

SANTOS, M. F. S. **Depressão após o parto**, 2001 (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2001.

SCHIAVO, Rafaela de Almeida, 2019. **A Expansão da Psicologia Perinatal no Brasil**. Disponível em:<<https://www.sbponline.org.br/2019/05/a-expansao-da-psicologia-perinatal-no-brasil>>Acesso em: 14 de março, 2020.

SCHIAVO, Rafaela de Almeida, RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 9, p. 252-257, 2011.

SCHIAVO, Rafaela de Almeida. **Desenvolvimento infantil: associação com estresse, ansiedade e depressão materna, da gestação ao primeiro ano de vida**. 2016 – Tese de Doutorado, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, São Paulo, 2016.

SCHIAVO, Rafaela de Almeida. **Presença de stress e ansiedade em primigestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto**. 2011 - Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, São Paulo, 2011.

SCHMIDT, Eluiza Bordin; PICCOLOTO, Neri Maurício; MÜLLER, Marisa Campio. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-Ufsc**, v. 10, n. 1, p. 61-68, 2005.

SCHWENGBER, Daniela Delias de Sousa; PICCININI, Cesar Augusto. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 8, p. 403-411, 2003.

SEIXAS, João Alfredo; SILVEIRA, Filomena Aste; SILVEIRA, Rafael Aste da; RIBEIRO, Camila Barbosa; ZILE, Letícia Fernandes. Depressão pós-parto: incidência no ambulatório de puerpério do centro universitário de valença baseada na escala de edimburgo. **Saber Digital**, v. 12, n. 2, p. 53-62, 2020.

SOUZA, Paulo Henrique Santana Feitosa; SOUZA, Raianne Freitas; NASCIMENTO, Rodrigo Tojal; SILVA, Maria Morgana Lima; JESUS, Dávila Valéria de; PEDRAL, Larissa de Oliveira; SANTOS, Manoela Ferreira; GOMES, Viviane da Silva. Fatores de risco associados à depressão pós-parto: revisão integrativa / risk factors associated with postpartum depression. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 11447-11462, 2021. Brazilian Journal of Development. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n1-780>.

SENA, Joyce Emmylly de Melo. **Depressão Pós-Parto: Fatores Emocionais da Gestação e Puerpério**. Psicologado, [S.I.]. (2019). Disponível em: <https://psicologado.com.br/psicopatologia/transtornos-psiquicos/depressao-pos-parto-fatores-emocionais-da-gestacao-e-puerperio>. Acesso em 10 de Abril, 2022.

SILVA, Bruno Pereira; NEVES, Paulo Augusto Ribeiro. Saúde mental materna em tempos de pandemia do COVID-19. **South American Journal of Basic Education, Technical and Technological**, v. 7, n. 2, p. 945-949, 2020.

SILVA, Catarina; PINTO, Cândida; MARTINS, Cristina. Transição para a paternidade no período pré-natal: um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 465-474, 2021.

DA SILVA, Heloisa Cardoso; DONELLI, Tagma Marina Schneider. Depressão e maternidade à luz da psicanálise: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia Clínica**, v. 28, n. 1, p. 83-103, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v28n1/a05.pdf>. Acesso em: 23 maio. 2020.

SILVA, Ricardo *et al.* Fatores sociodemográficos de risco de depressão perinatal: um estudo populacional no sistema público de cuidados de saúde. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 34, n. 2, p. 143-148, 2012.

SILVA, Cristina Rejane Alves; PEREIRA, Giselle Menezes; JESUS, Noemi Bispo de; AOYAMA, Elisângela de Andrade; SOUTO, Giancarlo Rodrigues. Depressão Pós-Parto: A importância da detecção precoce e intervenções de enfermagem. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, 2020.

SILVA, Bruno Pereira; NEVES, Paulo Augusto Ribeiro. Saúde mental materna em tempos de pandemia do COVID-19. **South American Journal of Basic Education, Technical and Technological**, v. 7, n. 2, p. 945-949, 2020.

SILVEIRA, Carla Sofia Pascoal; FERREIRA, Manuela Maria Da Conceição. Auto-conceito da grávida-factores associados. **Millenium**, n. 40, p. 53-67, 2016.

SOARES, Ana Luiza Bastos et al. Problemáticas da gravidez na adolescência. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 50638-50645, 2021.

SOARES, Marianne Lourenço; RODRIGUES, Maria Madalena Guimarães. A percepção das puérperas acerca de depressão pós-parto. **Comunicação em Ciências da Saúde**, 2019.

SOARES, Yndiara Kássia da Cunha; GONÇALVES, Natasha Pollyane Colaço; DE CARVALHO, Claudia Maria Sousa. Avaliação da depressão pós-parto: prevalência e fatores associados. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 4, p. 40-46, 2015.

SONCINI, Natália CV; CASSIANA, Oliveira; VIVIANA, Juliana; GORAYEB, Ricardo. Aspectos psicossociais em mulheres brasileiras com gestações de alto e baixo risco. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 20, n. 1, p. 122-136, 2019.

SOUZA, Paulo Henrique Santana Feitosa; SOUZA, Raianne Freitas; NASCIMENTO, Rodrigo Tojal; SILVA, Maria Morgana Lima; JESUS, Dávila Valéria de; PEDRAL, Larissa de Oliveira; SANTOS, Manoela Ferreira; GOMES, Viviane da Silva. FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DEPRESSÃO PÓS-PARTO: revisão integrativa / risk factors associated with postpartum depression. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 11447-11462, 2021. Brazilian Journal of Development. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n1-780>.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2011.

TOLENTINO, Eraldo da Costa; MAXIMIN, Danielle Aurília Ferreira Macêdo; DE SOUTO, Cláudia Germana Virgínio. Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 14, n. 1, p. 59-66, 2016.

TOSTES, Natalia Almeida. **Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto**. 2012. 105 f., il. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

TRAVASSOS-RODRIGUEZ, Fernanda; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. **Tempo psicanalítico**, v. 45, n. 1, p. 111-121, 2013.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005.

TURKCAPAR, Ayse Figen; KADDOĞLU, Nezaket; ASLAN, Ebru; TUNC, Suphi; ZAYDFOĞLU, Müjdeğül; MOLLAMAHMUTOĞLU, Leyla. Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. **Bmc Pregnancy & Childbirth**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 23-38, 3 maio 2015.

Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0532-1>.

URDANETA M, José Urdaneta; S, Ana Rivera; I, José García; V, Mery Guerra; Z, Nasser Baabel; B, Alfi Contreras. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología**, [S.L.], v. 76, n. 2, p. 102-112, 2011. Publicidad Permanyer, SLU. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262011000200007>.

VÁSQUEZ, Georgiane. Maternidade e Feminismo: notas sobre uma relação plural. **Revista Trilhas da História**, Três Lagoas, v. 3, n. 6, p.167-181, jan. 2014.

WINDMÖLLER, Naiara; ZANELLO, Valeska. Depressão e masculinidades: uma revisão sistemática da literatura em periódicos brasileiros. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 3, p. 437-449, 2016.

YASUI, Silvio; LUZIO, Cristina Amélia; AMARANTE, Paulo. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território/Psychosocial care and primary care: life as territory in the field. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018.

ZACONETA, Alberto Moreno; DOMINGUES CASULARI DA MOTTA, Lucília; FRANÇA, Paulo Sergio. Depresión Postparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, v. 69, n. 3, p. 209-213, 2004.

ZAMBALDI, Carla Fonseca; ANTILINO, Amaury; SOUGEY, Everton Botelho; RENNÓ JUNIOR, Joel. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [S.L.], v. 37, n. 6, p. 288-294, 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832010000600006>.

ZINGA, Dawn; PHILLIPS, Shauna Dae; BORN, Leslie. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 27, p. s56-s64, 2005.

ZORNIG, Silvia Maria Abu-Jamra. **Reflexões sobre a construção da maternidade e seus percalços na atualidade**. 2021. Tese de Doutorado. PUC-Rio.

**ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO(TCLE) PARA OS MAIORES DE18 ANOS OU RESPONSÁVEL**

Prezado(a), você ou o menor sob sua responsabilidade está sendo convidado(a) a participar de maneira voluntária da pesquisa intitulada: O PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO, desenvolvida por GEOVANE PROFIRO FONTENELE (pesquisador responsável) e ROBERLÂNDIA EVANGELISTA LOPES (orientadora da pesquisa) que tem o objetivo geral de compreender se o Pré-Natal Psicológico contribui na prevenção da Depressão Pós-Parto em mulheres acompanhadas na Estratégia Saúde da Família. Após ser esclarecido (a) sobre as informações, você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar desse estudo, no caso de aceite, você deverá autorizar sua participação/ ou de sua filha ou menor sob sua responsabilidade, através de assinatura ou digital ao final deste documento. As folhas serão rubricadas e assinadas pelo pesquisador responsável. Este documento está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador. A participação consistirá em, na primeira fase: responder a dois questionários informados pelo pesquisador sobre o objeto do estudo; na segunda fase: fazer parte do grupo de pré-natal psicológico; na terceira fase: responderá a uma escala que avalia a depressão pós-parto e responderá a uma entrevista sobre sua participação no grupo, todas as dúvidas sobre sua participação em qualquer fase serão esclarecidas. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma, e será garantido o direito de você desistir e retirar seu nome ou da pessoa sob sua responsabilidade da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos. A pesquisa apresenta benefícios diretos e indiretos, visto que irá contribuir para um rastreamento e intervenção preventiva acerca da saúde mental materna, que auxiliará a gestão do cuidado na tomada de decisões e elaboração de formas mais efetivas de acompanhamento para o cuidado integral no pré-natal. Ressalta-se que este estudo apresenta riscos mínimos relacionados a tensão emocional no momento de responder aos instrumentos ou mesmo nas sessões de pnp, todavia, o pesquisador responsável poderá ajudar, conforme acordo previamente estabelecido, bem como você poderá entrar em contato com os

pesquisadores a qualquer momento. Os dados obtidos nestes questionários serão somados com os de outras pessoas e irão integrar um banco de dados. Garantiremos o anonimato, ou seja, nas divulgações dos resultados, seu nome ou de menor de dezoito anos não será mencionado de forma alguma. Os dados coletados serão utilizados somente para fins de pesquisas e os resultados poderão ser apresentados através de artigos em revistas científicas ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Também desejamos explicar que não haverá qualquer remuneração a ser paga por sua participação. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em um arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e com o fim deste prazo, será descartado. Estaremos disponíveis para qualquer outro esclarecimento através do telefone/whatsapp (88) 99659-6847, e-mail: geovaneprofiro@gmail.com ou roberlandialopes@hotmail.com ou o(a) Sr.(a) pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, sito no endereço: Centro de Ciências da Saúde (CCS), campus do Derby, Av. Comandante Maurocélio Rocha Pontes, 150 – Bairro Derby Clube. Desde já gostaríamos de agradecer a atenção a nós destinada e sua colaboração no estudo. Atenciosamente, Geovane Profiro Fontenele e Roberlândia Evangelista Lopes

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar(maior de 18 anos) ou autorizo a participação da gestante menor de 18 anos, _____, sob a minha responsabilidade a participar. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de acompanhamento/assistência/tratamento

Bela Cruz, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do participante/Responsável

ANEXO B - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

Nome: _____

Idade: _____

Data: _____ / _____ / _____

QUESTIONÁRIO

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

<p>0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar</p>	<p>0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio</p>
<p>0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar</p>	<p>0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece</p>
<p>0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso</p>	<p>0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade</p>
<p>0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo</p>	<p>0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria</p>

	<p>0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado</p>		<p>0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar</p>
	<p>0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido</p>		<p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>
	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>		<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio</p>		<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>		<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>		<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>

	0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa		
--	--	--	--

APURAÇÃO

A escala ou inventário de depressão de Beck é um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade dos episódios depressivos. A recente versão é desenhada para pessoas acima de 13 anos de idade, e é composto de diversos itens relacionados aos sintomas depressivos, como desesperança, irritabilidade e sentimentos de culpa ou de estar sendo punido, assim como sintomas físicos, como fadiga, perda de peso e diminuição da libido. Este questionário avalia apenas o grau de depressão, e deve sempre ser avaliado por um especialista. Então vamos em frente.

A – TRISTEZA

- 0 Não me sinto triste.
- 1 Sinto-me melancólico(a) ou triste.
- 2a Estou triste e melancólico(a) o tempo todo e não consigo sair disso.
- 2b Estou tão triste e infeliz que isso é extremamente doloroso.
- 3 Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar.

B - PESSIMISMO

- 0 Não estou particularmente triste ou desencorajado(a) em relação ao futuro.
- 1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.
- 2a Sinto que não tenho nada para alcançar.
- 2b Sinto que nunca superarei meus problemas.
- 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

C – SENSO DE FRACASSO

- 0 Não me sinto um fracassado(a).
- 1 Sinto que tenho fracassado(a) mais que uma pessoa comum.
- 2a Sinto que tenho realizado muito pouca coisa que valha.
- 2b Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3 Sinto que sou um completo fracasso como pessoa (pai, marido, mulher...).

D - INSATISFAÇÃO

- 0 Não estou particularmente insatisfeito(a).
- 1a Sinto-me entediado(a) a maior parte do tempo.

- 1b Não tenho gosto pelas coisas como costumava ter.
- 2 Não consigo ter satisfação por nada atualmente.
- 3 Estou insatisfeito(a) com tudo.

E - CULPA

- 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
- 1 Sinto-me mal ou indigno(a) uma boa parte do tempo.
- 2a Sinto-me bastante culpado (a).
- 2b Sinto-me mal ou indigno (a), praticamente o tempo todo, agora.
- 3 Sinto-me como se estivesse bem ruim e sem valor.

F - EXPECTATIVA DE PUNIÇÃO

- 0 Não sinto que esteja sendo punido(a).
- 1 Tenho um pressentimento de que alguma coisa ruim possa acontecer comigo.
- 2 Sinto que estou sendo punido(a) ou que irei ser punido.
- 3a Sinto que mereço ser punido(a).
- 3b Quero ser punido(a).

G - AUTODESGOSTO

- 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo.
- 1a Estou desapontado(a) comigo mesmo.
- 1b Não gosto de mim.
- 2 Estou aborrecido(a) comigo mesmo.
- 3 Eu me odeio.

H – AUTO-ACUSAÇÕES

- 0 Não sinto que eu seja algo pior do que qualquer outra pessoa.
- 1 Critico-me por minhas fraquezas ou erros.
- 2 Acuso a mim mesmo(a) por minhas falhas.
- 3 Acuso a mim mesmo(a) por tudo de ruim que acontece.

I - IDÉIAS SUICÍDAS

- 0 Não tenho quaisquer pensamentos sobre prejudicar a mim mesmo(a).
- 1 Tenho pensamentos sobre prejudicar a mim mesmo(a), mas eu não os colocaria em prática.
- 2a Sinto que estaria em melhor situação morto(a).
- 2b Sinto que minha família estaria em melhor situação se eu estivesse morto(a).
- 3 Eu me mataria se pudesse.

J - CHORO

- 0 Não choro mais do que o comum.
- 1 Choro mais do que costumava.
- 2 Choro o tempo todo, agora; eu não consigo parar com isso.
- 3 Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo chorar de maneira alguma, muito embora eu queira.

K - IRRITABILIDADE

- 0 Eu não estou mais irritado(a) agora do que costumo estar.
- 1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava ficar.
- 2 Sinto-me irritado(a) o tempo todo.
- 3 Eu não fico irritado(a) de maneira alguma com as coisas que costumavam irritar-me.

L – INTERAÇÃO SOCIAL

- 0 Eu não perdi o interesse por outras pessoas.
- 1 Estou menos interessado(a) nas pessoas, agora, do que costumava estar.
- 2 Perdi a maior parte do meu interesse por outras pessoas e tenho pouco sentimento por elas.
- 3 Perdi todo o meu interesse por outras pessoas e não me importo com elas de maneira alguma.

M - INDECISÃO

- 0 Tomo decisões tão bem quanto sempre tomei.
- 1 Tento adiar as tomadas de decisão.
- 2 Tenho grande dificuldade em tomar decisões.
- 3 Não consigo tomar quaisquer decisões atualmente.

N – MUDANÇA DA IMAGEM CORPORAL

- 0 Eu não sinto que pareça algo pior do que costumava ser.
- 1 Eu estou preocupado(a) que esteja parecendo velho(a) ou sem atrativos.
- 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência e elas me fazem parecerem atrativos.
- 3 Sinto que estou com uma aparência feia ou repulsiva.

O – RETARDO PARA O TRABALHO

- 0 Posso trabalhar tanto quanto antes.
- 1a É necessário um esforço extra para conseguir começar a fazer alguma coisa.
- 1b Não trabalho tão bem quanto costumava.

- 2 Tenho de me esforçar demasiadamente para fazer qualquer coisa.
- 3 Não consigo fazer nenhum trabalho de maneira alguma.

P - INSÔNIA

- 0 Posso dormir tão satisfatoriamente quanto o de costume.
- 1 Acordo mais cansado(a) de manhã do que costumava.
- 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que é comum e encontro dificuldade para voltar a dormir.
- 3 Acordo cedo todo dia e não posso conciliar mais do que cinco horas de sono.

Q – SUCETIBILIDADE À FADIGA

- 0 Não fico mais cansado(a) do que o comum.
- 1 Fico cansado(a) mais facilmente do que costumava.
- 2 Fico cansado(a) ao fazer qualquer coisa.
- 3 Fico cansado(a) demais para fazer alguma coisa.

R - ANOREXIA (perda de apetite)

- 0 Meu apetite não está pior do que o comum.
- 1 Meu apetite não está tão bom quanto costumava estar.
- 2 Meu apetite está bem pior agora.

- 3 Não tenho apetite de maneira alguma.

S – PERDA DE PESO

- 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente.
- 1 Perdi mais do que 2 quilos.
- 2 Perdi mais do que 4 quilos e meio.
- 3 Perdi mais do que 7 quilos.

T – PREOCUPAÇÃO SOMÁTICA

(preocupação com o organismo; em adoecer)

- 0 Não me preocupo com minha saúde mais que o comum.
- 1 Estou preocupado(a) com dores ou sofrimentos, desarranjo estomacal ou prisão de ventre.
- 2 Estou tão preocupado(a) em como eu mesinto ou com o que sinto, que é difícil pensar em muitas outras coisas.
- 3 Estou completamente absorto(a) com relação ao que sinto.

U – PERDA DO INTERESSE SEXUAL

- 0 Não tenho notado mudança alguma recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado por sexo que costumava estar.
- 2 Estou muito menos interessado por sexo, agora.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

PONTUAÇÃO:

Some a quantidade de pontos referente à sua resposta (exemplo, 2a = 2 pontos). Existem várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão, utilizando-se o Inventário Beck de Depressão (Beck et al., 1961; Gotlib, 1984; Oliver e

Simmons, 1984; Tanaka-Matsumi e Kameoka, 1986; Louks et al., 1989). Segundo Beck et al. (1988), a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Para amostras de pacientes com transtorno afetivo o "Center of Cognitive Therapy" recomenda os seguintes pontos de corte:

Abaixo de 10 = Sem depressão ou depressão leve

Entre 10 e 18 = Depressão leve a moderada;

Entre 19 e 29 = Depressão moderada a grave;

Entre 30 e 63 = Depressão grave.

**ANEXO C - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO – EPDS -
(COX)**

ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL DE EDIMBURGO (COX)		
Nome _____ Data de nascimento (mãe): _____ Data de nascimento (bebê): _____		
<p>Como você teve recentemente um bebê, gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor marque a resposta que mais se aproxima de</p> <p><i>Como você tem se sentido nos últimos 7 dias, não apenas hoje.</i></p> <p>Aqui está um exemplo. Eu tenho me sentido feliz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • () Sim, o tempo todo • (X) Sim a maior parte do tempo • () Não, não muito frequentemente • () Não, de maneira alguma <p>Isto significaria: "Eu me senti feliz a maior parte do tempo durante a última semana". Complete o restante do questionário da mesma forma.</p> <p>Nos últimos 7 dias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eu tenho rido e visto o lado engraçado das coisas: <ul style="list-style-type: none"> ()Não tanto quanto eu sempre fiz ()Não tanto quanto antes ()Sem dúvida, menos que antes ()De jeito nenhum 2. Eu tenho encarado o futuro com alegria <ul style="list-style-type: none"> ()Tanto quanto sempre fiz ()Menos do que o de costume ()Muito menos do que o de costume ()Praticamente não 3. Eu tenho me culpado quando as coisas dão errado <ul style="list-style-type: none"> ()Sim, a maior parte do tempo ()Sim, parte do tempo ()Não muito frequentemente ()Não, nunca 4. Eu tenho estado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão <ul style="list-style-type: none"> ()De jeito nenhum ()Raramente ()Sim, algumas vezes ()Sim, frequentemente 5. Tenho tido medo ou pânico sem uma boa 		<p>6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia</p> <ul style="list-style-type: none"> ()Sim, na maioria das vezes eu não consigo controlar a situação ()Sim, algumas vezes eu não consigo controlar a situação ()Não, na maioria das vezes eu controlo bem a situação ()Não, sempre eu tenho controlado a situação <p>7. Tenho estado tão triste que tenho dificuldade para dormir</p> <ul style="list-style-type: none"> ()Sim, na maioria das vezes ()Sim, algumas vezes ()Não muito frequentemente ()Não, nunca <p>8. Eu tenho estado triste ou arrasada</p> <ul style="list-style-type: none"> ()Sim, na maioria das vezes ()Sim, frequentemente ()Não muito frequente ()Não, de jeito algum <p>9. Tenho estado tão triste que choro</p> <ul style="list-style-type: none"> ()Sim, na maior parte do tempo ()Sim, frequentemente ()Ocasionalmente, apenas ()Nunca <p>10. Tenho pensado em me machucar (ferir)</p> <ul style="list-style-type: none"> ()Sim, frequentemente ()Às vezes ()Raramente ()Nunca <p>QUESTÕES 1, 2, e 4: Pontuação de 0 a 3, de cima para baixo QUESTÕES 3, 5 a 10: Pontuação de 0 a 3, de baixo para cima</p> <p>Pontuação máxima: 30</p> <p>Possível depressão: 10 ou mais</p>

razão	Sempre ficar atento ao item 10 (pensamentos suicidas)
<p>()Sim, muito ()Sim, algumas vezes ()Não, não muito ()Não, de jeito algum</p>	FONTE: Cox; Holden, Sagovski (1987).

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DO PERFIL GESTACIONAL

NOME: _____ IDADE: _____
 ENDEREÇO: _____ Nº ACS: _____
 BAIRRO: _____ CELULAR: _____
 FAMILIAR DE REFERÊNCIA: _____
 IDADE GESTACIONAL: _____

JÁ TEM FILHOS? () SIM () NÃO

PARTICIPARÁ DO PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO: () SIM () NÃO

É muito importante que você seja a mais sincera possível nas respostas, seu nome não será publicado, nem divulgado em qualquer lugar.

• ESTADO CIVIL:

() solteira () namorando () casada () em união estável () viúva

• VOCÊ SE CONSIDERA:

() branca () negra () parda

• QUAL SEU NÍVEL ESCOLAR:

() ensino fundamental incompleto () ensino fundamental completo

() ensino médio incompleto/completo () ensino superior/pós-graduação

• VOCÊ TEM PROFISSÃO:

() sim, estou trabalhando () sim, mas estou desempregada () sou dona de casa

• SUA GRAVIDEZ FOI PLANEJADA: () sim () não

• VOCÊ ESTÁ SE SENTINDO SATISFEITA COM A GRAVIDEZ:

() sim () não.

• JÁ TEVE DEPRESSÃO DIAGNOSTICADA NO PASSADO:

() sim () não

• SE SIM, OCORREU DURANTE A GESTAÇÃO OU LOGO DEPOIS DO PARTO:

() sim () não

• JÁ TEVE OUTRO TIPO DE TRANSTORNO MENTAL NO PASSADO OU ESTÁ TENDO ATUALMENTE:

() Sim. Qual _____ () não

- TEM OU TEVE FAMILIAR COM HISTÓRICO DE TRANSTORNO MENTAL

() Sim. Qual transtorno _____ () não

- DESENVOLVEU ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE FÍSICA DURANTE A GESTAÇÃO:

()sim. Qual _____ ()não

- JÁ SOFREU ALGUM ABORTO ANTES: ()sim ()não

- TEVE ALGUMA AMEAÇA DE ABORTO NESTA GESTAÇÃO:

()sim ()não

- VOCÊ SENTE QUE EM RELAÇÃO AO APOIO DE AMIGOS, FAMILIARES OU PESSOAS PRÓXIMAS VOCÊ TEM:

()muito apoio ()pouco apoio ()nenhum apoio

- SE VOCÊ TEM UM COMPANHEIRO FIXO, RESPONDA:

Está satisfeita com seu relacionamento: () sim () não

- SE VOCÊ TEM UM COMPANHEIRO, RESPONDA:

Você tem conflitos frequentes com seu companheiro: () sim () não

- O SEU COMPANHEIRO DURANTE A GESTAÇÃO ESTÁ SENDO:

() ausente () presente

- QUAL A RENDA MÉDIA DA SUA FAMÍLIA:

() Abaixo de um salário mínimo () entre um a dois salários mínimos

() entre três e quatro salário mínimo () acima de quatro salários

- VOCÊ ESTÁ PASSANDO ALGUMA DIFICULDADE FINANCEIRA ATUALMENTE OU TUDO ESTÁ COMO ANTES:

()sim, estou ()não, tudo está como antes

- VOCÊ JÁ SOFREU ALGUMA VIOLÊNCIA FÍSICA OU PSICOLÓGICA:

() Sim ()Não

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA AVALIATIVA SOBRE A
PARTICIPAÇÃO NO PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO**

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

TEMPO DE Puerperio: _____

1 – Qual era a “ideia” que você tinha sobre ser mãe antes e depois de participar do PNP? Fale sobre isso. (concepção sobre maternidade)

2 – Como você está se sentindo após o parto?

3 - A participação no grupo do pré-natal psicológico contribuiu na sua preparação para a maternidade pós-parto? Se sim, em que contribuiu? Descreva livremente sobre isso?

4- Como você tem percebido o vínculo afetivo entre você e seu filho(a) após o nascimento? E entre você e seu cônjuge/ familiares?

5 – O que você mais gostou e o que gostaria que melhorasse no grupo de pré-natal psicológico?

6- Você poderia apontar algum malefício promovido pelo grupo?

7 – Você recomendaria o pré-natal psicológico para outras mães? Por que?4