



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS SOBRAL- UFC
CURSO DE PSICOLOGIA

ANDRINY ALBUQUERQUE CUNHA

COMPREENSÕES PSICOLÓGICAS DOS CASOS DE DEPRESSÃO PÓS
PARTO ATENDIDOS NO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA DA UFC
SOBRAL

SOBRAL - CE

2017

ANDRINY ALBUQUERQUE CUNHA

**COMPREENSÕES PSICOLÓGICAS DOS CASOS DE DEPRESSÃO POS
PARTO ATENDIDOS NO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA DA UFC
SOBRAL**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará *campus* Sobral, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof.º Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé.

**SOBRAL – CE
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

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

C1c CUNHA, Andriny Albuquerque.

Compreensões Psicológicas dos casos de depressão pós-parto atendidos no Serviço de Psicologia Aplicada da UFC Sobral / Andriny Albuquerque CUNHA. – 2017.

70 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Curso de Psicologia, Sobral, 2017.

Orientação: Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé.

1. Depressão pós-parto. 2. Compreensões Psicológicas. 3. Psicologia. I. Título.

CDD 150

ANDRINY ALBUQUERQUE CUNHA

**COMPREENSÕES PSICOLÓGICAS DOS CASOS DE DEPRESSÃO PÓS
PARTO ATENDIDOS NO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA DA UFC
SOBRAL**

Monografia apresentada ao Curso de
Psicologia da Universidade Federal do Ceará
campus Sobral, como requisito parcial para
obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Me. Zaíra Maria Diógenes Parente Martins
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro aos meus familiares por estarem sempre me apoiando e motivando no meu processo de formação, em especial à minha dedicada mãe Francisca Edilene Albuquerque, aos meus irmãos, meus espelhos de realizações e orgulho, Elis de Souza Albuquerque Alefe Albuquerque Cunha e Ingrid Kellen Aparecida Albuquerque Portela.

Depois e não menos importante ao meu companheiro de vida e fonte de amor, apoio emocional e psicológico, Arthur Tavares de Menezes Pereira. Ao meu filho, minha fonte motivadora mais forte e eficaz nesse jornada de formação acadêmica, Arthur Tavares de Menezes Pereira Filho.

Ao meu orientador Paulo Henrique Dias Quinderé que muito contribuiu para a realização desse estudo e do meu processo de aprendizado e formação. Obrigada pela dedicação e sugestões para a concretização dessa pesquisa.

À minha coordenadora de trabalho Elayne Cristina Costa Dasmaceno por ter sempre compreendido e apoiado nos momentos que a ela recorri. Aos meus colegas de trabalho que sempre se mostraram solícitos e proativos quando deles precisei.

Aos meus amigos e colegas de graduação que compartilharam muitas experiências maravilhosas e que foram muito importantes nesses cinco anos de graduação.

Obrigada à coordenação do Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Ceará *campus* Sobral por ter concedido o espaço como campo de pesquisa e fruto de muitas considerações e aprendizados.

RESUMO

A depressão pós-parto é um tipo de acometimento que afeta um número expressivo de mulheres nas primeiras semanas do pós-parto. Pesquisas inferem que cerca de 25% das mulheres no puerpério apresentam sintomas semelhantes aos da depressão pós parto. (THEME, et al., 2012). Outras trazem que o perfil que mais aparece em atendimentos psicológicos é o de mulheres com depressão na fase adulta (MARAVIESKI; SERRALTA (2011) *apud* por Rodrigues et al. (p. 1599, 2015). Nessa perspectiva, este estudo objetiva analisar os casos de depressão pós parto atendidos no serviço de psicologia da Universidade Federal do Ceará de Sobral. O estudo foi feito com os documentos das usuárias com depressão pós parto que já foram atendidas no serviço de 2012 à 2017. Realizou-se uma pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa, utilizando-se como método de pesquisa a análise documental. A coleta de campo aconteceu durante o ano de 2017, após a autorização da pesquisa pela instituição. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário estruturado, desenvolvido com duas abordagens cursivas. A primeira referente aos aspectos sócio demográficos das participantes. A segunda era acerca dos aspectos clínicos. Os dados foram interpretados por meio da técnica de análise do discurso. A pesquisa foi realizada dentro dos conceitos da Resolução Nº 510 de 07 de Abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Com esses métodos, foi possível encontrar um total de 4 prontuários de mulheres com queixas de depressão relacionadas ao pós-parto. Com a análise interpretativa dos resultados, identificou-se o surgimentos dos núcleos de sentidos com uma categoria macro que subdividiu-se em três fortes enunciados. A categoria macro encontrada diz respeito da forma como psicologia compreende os casos de DPP atendidos no SPA. Os três núcleos de sentido gerados a partir dessa categoria macro foram: (1) as intervenções utilizadas pela psicologia, (2) a interpretação sobre como a psicologia compreende a mulher com DPP, encontrando-se a percepção de uma figura feminina fracassada, culpabilizada, inferior, submissa e com um modelo ideal de mãe e mulher a se seguir. O último elemento apontado foi o da figura opressora de um pai que aparece na relação com estas mulheres, sejam figuras construídas a partir de uma correlação que coloca esta figura feminina num lugar de submissão, seja por conta de uma cultura machista que põe a figura do homem num lugar de dominação diante da figura feminina.

Palavras-chave: Depressão pós-parto, Compreensões Psicológicas, Psicologia.

ABSTRACT

Postpartum depression is a type of impairment that affects a significant number of women in the first few weeks of postpartum. Research shows that about 25% of women in the puerperium present symptoms similar to those in postpartum depression. (THEME, et al., 2012). Others point out that the profile that appears most in psychological care is that of women with depression in the adult phase (MARAVIESKI; SERRALTA (2011) apud by Rodrigues et al. (P.1599, 2015). of postpartum depression attended at the psychology service of the Federal University of Ceará Sobral. The study was done with the documents of the users with postpartum depression that were already attended in the service from 2012 to 2017. An exploratory descriptive research of the qualitative approach, using documentary analysis as a research method. The field collection took place during the year 2017, after authorization of the research by the institution. The instrument used for data collection was a structured questionnaire, developed with two approaches. The first one related to the socio-demographic aspects of the participants, the second was about the clinical aspects. Interpreted by the discourse analysis technique. The research was carried out within the concepts of Resolution No. 510 of April 7, 2016, of the National Health Council (CNS). With these methods, it was possible to find a total of 4 charts of women with complaints of depression related to postpartum. With the interpretative analysis of the results, the emergence of the sense nuclei was identified with a macro category that was subdivided into three strong statements. The macro category found relates to how psychology comprises the cases of PPD seen in the SPA. The three sense nuclei generated from this macro category were: (1) the interventions used by psychology, (2) the interpretation of how the psychology comprises the woman with PPD, being the perception of a female figure failed, blamed, inferior, submissive and with an ideal model of mother and woman to follow. The last element pointed out was the oppressive figure of a father who appears in the relationship with these women, whether they are figures constructed from a correlation that places this female figure in a place of submission, either because of a macho culture that puts the figure of the man in a place of domination before the female figure.

Keywords: Postpartum Depression, Psychological Understanding, Psychology

LISTA DE SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

DPP - Depressão pós-parto

DSM-IV-TR - (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Ed. texto revisado)

UFC – Universidade Federal do Ceará

SPA – Serviço de Psicologia Aplicada

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	8
1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 Depressão pós-parto: conceito	20
3.2 Fatores que predispõem o aparecimento da depressão pós-parto	20
3.2.1 Fatores familiares	21
3.2.2 Fatores Econômicos	22
3.2.3 Fatores Clínicos e Biológicos	23
3.2.4 Fatores psicológicos implicados na depressão pós-parto	23
3.3 Tratamento da depressão pós-parto	25
3.4 Prevenção	25
3.5 Maternidade	26
3.5.1 A gestação	26
3.5.2 O parto	27
3.5.3 O puerpério	27
4 METODOLOGIA	29
4.1 Tipo de pesquisa	29
4.2 Campo de Pesquisa	30
4.3 Participantes da pesquisa	31
4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão da amostra	31
4.4 Instrumentos de coleta de dados	31
4.5 Análise dos Dados	32
4.6 Aspectos Éticos	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37

5.1 Compreensões da psicologia acerca dos casos de depressão pós parto: Mãe inferior e Pai opressor	37
5.1.1 Elementos de intervenção da psicologia.....	37
5.1.2 Papel da mulher-mãe na sociedade: imagem idealizada e inferior.....	40
5.1.3 Figura opressora do pai.....	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS.....	51
APÊNDICES	55
Apêndice A	56
Apêndice B	59
Apêndice C	61
Apêndice D	62
Apêndice E	64
Apêndice F.....	65
ANEXOS.....	66
ANEXO I.....	67
ANEXO II.....	69
ANEXO III	70

1 INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) é um tipo de acometimento que afeta um número expressivo de mulheres nas primeiras semanas do pós-parto (SILVA; BOTTI, 2005). Numa pesquisa realizada no Brasil por pesquisadoras da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fiocruz que envolveu 23.894 mulheres distribuídas entre as cinco regiões do país detectou que 26,3% dessas mulheres apresentavam sintomatologia semelhante à da DPP. A amostra contou com mulheres com idades entre 12 a 54 anos que estivessem no período de 6 à 18 meses após o parto. Os dados dessa pesquisa mostraram ainda o quanto a prevalência do transtorno no Brasil é preocupante, sendo superior a países como a Austrália e Estados Unidos da América - EUA (THEME, et al., 2012).

Além dessa pesquisa, algumas outras inferem que a DPP atinge entre 18 e 39% das puérperas (PAWAR, et al., 2011). Alguns estudos revelaram ainda que no Brasil a alta prevalência de mulheres com sintomas semelhantes aos da DPP está intimamente ligada com desigualdades sociais, principalmente com as disparidades de renda. No Norte e Nordeste, por exemplo, o percentual de mulheres com sintomatologia semelhante à DPP é de 26,8% e são superiores às demais regiões, em especial as regiões Sul e Sudeste, onde o Índice de Desenvolvimento Humano e a renda per capita são as mais elevadas em todo país. Além do fator renda, os fatores em que o número de mulheres era mais expressivo estava também relacionado à mulheres de pele negra. As mulheres de cor branca que foram pesquisadas representavam 34% e 54,1% eram da cor castanha. Além disso, 18,7% dessas mães eram mães solteiras e 52% eram de classe média (THEME, et al., 2012).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2000), a DPP é um dos especificadores da Depressão Maior, surgindo durante as 4 semanas seguintes após o parto ou mesmo durante a gravidez. “Na verdade, 50% dos episódios depressivos maiores no “pós-parto” começam antes do parto” (*ibid*).

Apesar de que, segundo Costa (2013) “o diagnóstico da DPP é difícil e não há, segundo a Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-10), um consenso final para o próprio diagnóstico, a etiologia e o tratamento.” Este fenômeno pode surgir principalmente por conta dos vários sentimentos que a mulher atravessa ao se deparar com a maternidade, dentre eles a ansiedade, o entusiasmo, a angústia e o medo. Vale destacar que a

DPP possui sintomatologia similar ao da depressão maior (RUSCHI, et al., 2007; COUTINHO; SARAIVA, 2008).

Silva e Botti (2005, p. 231) afirmam que “o puerpério é uma fase de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher, sendo assim, aumentam os riscos para o aparecimento dos transtornos psiquiátricos”. Desta forma, pode-se perceber que não são apenas “bons sentimentos” que caracterizam a maternidade, mas um misto de sensações no qual a mulher nem sempre reage da maneira socialmente esperada. Isto é, espera-se que este seja um momento de grande felicidade e realização para a mulher. Socialmente a mulher, durante toda a história, foi vista como aquela que se completaria como tal pela maternidade (MOURA; ARAÚJO, 2004) e ainda hoje há resquícios dessa cultura.

Considerando que a DPP pode ser diagnosticada da mesma maneira que a depressão maior pode-se dizer que a forma de acompanhamento das mulheres que são diagnosticadas com tal transtorno se dá de forma também semelhante ao de uma depressão maior, porém dados epidemiológicos revelam que “menos de 25% das puérperas acometidas têm acesso ao tratamento, e somente 50% dos casos de depressão pós-parto são diagnosticados na clínica diária. Trabalhos nacionais relatam prevalência de depressão pós-parto variando entre 12 e 19%” (RUSCHI, et al., 2007, p. 275).

Ruschi et al., (2007) afirma ainda que a relação entre a depressão e acontecimentos como gravidez e puerpério ainda não é totalmente clara. Além do mais, estudos indicam que gravidez não desejada apresenta uma incidência maior de DPP que mulheres que a planejaram (THEME, et al., 2012). Isso leva a pensar que talvez não se esteja dando a atenção devida a essas mães que sofrem com DPP ou não estão dando a atenção devida aos fatores de risco desse tipo de transtorno. Além disso, o diagnóstico é feito com base em sintomas, mas não se leva em conta a subjetividade dessas mães e os sentimentos delas em relação ao momento que estão vivendo.

Naturalmente, alguns sentimentos relativos à maternidade são característicos e muitas vezes, inclusive, esperados no puerpério. Entretanto, esses sentimentos podem aparecer de forma intensa e frequente, este seria o momento de assistir a essa mulher e atentar-se para a análise de fatores de risco. Como se trata de um momento que na maioria das vezes é novo para a mulher, a insegurança e ansiedade também podem estar presentes no que a mãe pensa e

sente a respeito disso. Essas relações podem ter impacto direto na relação da mãe com o bebê (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Sabe-se que, assim como a maioria dos transtornos psicológicos e mesmo de outros tipos de depressão, a depressão pós-parto tem como causas tanto fatores biológicos como também psicológicos e sociais. Segundo Barbosa et al., 2003 citado por Borsa, Feil e Paniágua, 2007, existem poucas evidências para referendar os estudos biológicos. Porém, com a prevalência de algumas características tais como pessoais e os fatores psicossociais estressantes parecem ser relevantes para o desenvolvimento desta patologia. “A história psiquiátrica também é frequentemente relatada como fator de risco para a depressão pós-parto. Uma vez que este transtorno se manifesta, o risco de recorrência deste quadro em gestações futuras é elevado” (*ibid*).

Caso a gravidez não tenha sido planejada, não contar com o apoio familiar e /ou do parceiro ou se fez ou faz o uso de algum tipo de drogas, é bem provável que ocorra o agravamento de algum transtorno mental (SILVA; BOTTI, 2005). Além disso, fatores relacionados à baixa renda familiar e pensamentos ou tentativas de interromper a gravidez parecem estar relacionados ao surgimento da depressão (MORAES, et al., 2005).

Apesar disso, muito se atribui às mudanças fisiológicas que em demasia ocorrem no período gestacional e no pós-parto para a aquisição da DPP. Conforme Coutinho e Coutinho (1999) alguns estudos apontam os aspectos biológicos como sendo os principais responsáveis para a aquisição da DPP. Além deste fator, outros não menos importantes e talvez mais impactantes têm sido colocados em pauta nas últimas pesquisas sobre o tema, como por exemplo a extrema cobrança que a mulher sofre pela sociedade para o desempenho do papel de mãe.

Borsa, Feil, Paniágua (2007), ressaltam que o puerpério é um período propenso a crises onde ocorrem mudanças não só físicas como também psicológicas. Soifer (1992) e Maldonado (2002) *apud* (BORSA, FEIL E PANIÁGUA, 2007), vão dizer que “neste período a mulher entra num estado especial, caracterizado pela sensibilidade aumentada, cujo objetivo é capacitar a mulher a se preocupar com seu bebê.” Inclusive, a própria cultura tem suas exigências em relação a puérpera, que dita de que forma essa mulher deve se comportar e se

sentir nessa condição, a família por vez pode apoiar mas também impor, mesmo que indiretamente, exigências e cobranças (GOMES, et al., 2010).

De acordo com Maldonado (2002 *apud* BORSA, FEIL, PANIÁGUA, 2007), mesmo que de um de uma lado esteja uma mãe adoecida, do outro ela se sente chamada a doar sua atenção para um bebê que necessita de cuidados e atenção que demandam da mãe disponibilidade física e emocional. “Assim, mesmo vivenciando um período de fragilidade, cabe ainda à mulher a satisfação e o reconhecimento holístico das necessidades e demandas do bebê” (GOMES, et al., 2010).

Desta forma, compreende-se o quanto é complexo este momento para vida da mulher, possibilitando inúmeros sentimentos ambivalentes. Assim, a chegada de um filho também pode representar mais que um momento de satisfação e felicidade. Muito do que acontece e vem a acontecer nesses períodos (gestacional e puerperal) não é contado para essa mãe e nova mulher. Na maioria das vezes, ela vivencia todo este período e vê na experiência o que de fato acontece, podendo ser diferente ou não do que ela acreditava ser. Podem surgir sentimentos bons e ruins, dúvidas, dores, o cabelo pode cair, a unha pode quebrar constantemente, o pai da criança pode simplesmente não aceitar essas novas condições, tanto com a relação pai-filho como na nova relação marido-mulher e, como consequência, pode surgir uma mãe que chora, que sofre, que não se ama e que não ama o filho. Quando ocorre essa quebra de expectativa em relação ao bebê a DPP pode emergir, tendendo a ser mais intensa. No entanto, não se pode generalizar e atribuir expectativas socialmente aceitas às mães e em sua relação com o filho.

Coutinho e Saraiva (2008, p. 762) vão dizer que:

Muitas mães experimentam um estado normal, consistindo de sentimentos de melancolia, disforia, choros frequentes, ansiedade, irritabilidade e dependência. Estes sentimentos que podem durar até vários dias, têm sido atribuídos à rápida mudança nos níveis hormonais, ao stress do parto e à consciência da responsabilidade aumentada, que a maternidade traz consigo.

À vista disso, não se quer dizer que toda e qualquer mulher que nesse novo papel da maternidade encontre-se insatisfeita e infeliz com sua nova condição. Muitas mães podem estar felizes com a chegada do filho, mas outras podem se encontrar desamparadas, irritadas, desmotivadas, com falta de interesse sexual, com alterações no sono, com sensação de ser incapaz de lidar com novas situações. “Uma mãe com depressão pós parto pode apresentar

sintomas como cefaleia, dores nas costas, erupções vaginais e dor abdominal, sem causa orgânica aparente” (KLAUS, et al., 2010).

De acordo com Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (2004) citados por Borsa, Feil, Paniágua (2007), é no período gestacional que se inicia a relação mãe e filho emergindo principalmente por conta das expectativas atribuídas a essa nova condição de mãe e sobre a interação entre mãe e filho estabelecida ao longo da gestação. Num dos estudos realizados por Borsa e Dias (2004) eles afirmam que é justamente no momento do parto em que vai ocorrer a ruptura da imagem idealizada do bebê, além de toda a atenção e carinhoso passar a girar em torno do filho que antes era desprendido à mãe. “Este momento é, portanto, onde a mãe irá ressignificar a experiência da maternidade” (BORSA; DIAS, 2004).

Além disso, para Carlesso e Souza (2011) este tipo de depressão tem grandes consequências para a criança, principalmente no desenvolvimento neurológico, cognitivo e psicológico na infância e o desenvolvimento sócio emocional na adolescência e pode afetar também na formação do vínculo da díade mãe-filho. “Os pesquisadores afirmam que crianças de mães deprimidas apresentam 29% de chance para desenvolver desordens emocionais e comportamentais quando comparadas com 8% de chance de crianças de mães não deprimidas.” (CARLESSO; SOUZA, 2011).

Nesse contexto, as mães acometidas com a DPP podem apresentar sentimentos negativos em relação ao (à) filho (a) e à própria maternidade. Ainda, o estresse vivenciado por essas mães pode dificultar no desempenho do seu papel de cuidadora “na medida em que a depressão tende a afetar a disponibilidade cognitiva e emocional da mãe e, conseqüentemente, sua responsividade à criança.” (CARLESSO; SOUZA, 2011).

Numa pesquisa realizada por Frizzo e Piccinini (2007) fizeram a filmagem de alguns bebês de 3 a 6 meses de acordo com sua interação face a face com a mãe e com uma pessoa estranha. Com essa pesquisa, os autores buscavam avaliar o comportamento dos bebês através de uma escala de medida de interação. “Os bebês de mães deprimidas demonstraram uma interação mais pobre não só com suas mães, mas também quando interagiram com estranhos” (FRIZZO; PICCININI, 2007 *apud* CARLESSO; SOUZA, 2011).

Para alguns autores como Coutinho e Coutinho (1999 *apud* BORSA, FEIL, PANIÁGUA, 2013), existe uma grande e evidente relação de causa e efeito entre a depressão

puerperal e o desenvolvimento emocional e cognitivo adverso da criança, além de transtornos de comunicação na díade mãe-filho.

De acordo com Spitz (2000), Frizzo e Piccinini (2005 *apud* BORSA, FEIL, PANIÁGUA, 2013), as mães deprimidas apresentam mudanças constantes de humor com o filho, que vão desde da rejeição à extrema hostilidade. Além disso, as mães que não são acometidas com DPP aparentam ser mais responsáveis com o bebê do que a mãe deprimida.

Arrais (2005) realizou um estudo em um serviço de psicologia vinculado à Universidade Católica de Brasília, que objetivou analisar como a mulher é impactada subjetivamente quando acometida de DPP. A pesquisa contou com um número de quatro casos de mãe que foram diagnosticadas com DPP.

A investigação teve como pressuposto compreender a maternidade como fenômeno cultural e não natural e biológico é o primeiro passo para tornar possível conhecer as implicações da experiência materna na constituição subjetiva da mulher, imersa que ela é em um momento histórico e social. Para esta autora, o exercício da maternidade está articulado com os discursos ideológicos dominantes, ligados à ciência, aos preceitos religiosos e à economia social, para além, portanto, do fenômeno instintivo, associado à estrutura biológica feminina e independente das circunstâncias histórico-espaciais que o determinam. (ARRAIS, 2005 *apud* COUTINHO & SARAIVA, 2008, p.765).

Sobre os aspectos da psicologia, é importante entender a mulher no período gravídico e do puerpério em que se ocorrem alterações emocionais. Estas alterações vão estar em consonância com o aparecimento da DPP (GREINERT & MILANI, 2015, p. 27).

Rodrigues et al. (2015) realizaram uma pesquisa numa clínica-escola de psicologia em uma universidade no interior do Estado de São Paulo – Brasil, que objetivou identificar e analisar as principais patologias que afetavam os casos de mulheres atendidas, das faixas etárias de 25 a 35 anos, compreendidos nos anos de 2005 à 2014. O estudo revelou que 40 a 14% prevaleciam os sintomas de depressão.

Um dado relevante trazido pela pesquisa de MARAVIESKI; SERRALTA (2011) e inferido por Rodrigues et al., (p. 1599, 2015) traz que “o perfil que se destaca nos atendimentos é a prevalência de atendimento do gênero feminino na idade adulta, confirmando praticamente o mesmo nas diversas pesquisas”.

Este estudo se propõe à abordar a clínica-escola, isto é, o serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Ceará de Sobral, no que se refere à análise dos prontuários dos casos de depressão pós-parto que por esta instituição foram atendidos nos anos de 2012 à 2017, verificando de que maneira a psicologia os compreende.

De acordo com Silveiras (2006) citado por Rodrigues et al., (p. 1599, 2015)

o Brasil é o único país na América do Sul que conta com o serviço da Clínica-Escola dentro das Faculdades de Psicologia, o qual é caracterizado como o espaço em que o futuro psicólogo desenvolve nos últimos anos de graduação a parte prática de sua formação clínica. Outra função importante da clínica-escola é o espaço para desenvolver pesquisa clínica, pois ela propicia melhor entendimento de como ocorrem mudanças nas pessoas, contribuindo também para a formação de futuros pesquisadores.

Assim sendo, se torna importante entender como as mães compreendem e vivenciam a maternidade quando acometidas por esse tipo de depressão para que se possa tomar medidas tanto de prevenção desse acometimento quanto medidas de acompanhamento das mães que sofrem desse transtorno. Saber quais os fatores estão envolvidos na depressão em mulheres, e em mães no período puerperal dos casos atendidos no SPA, bem como entender os sentimentos dessas mulheres acometidas pela DPP, são de grande importância para poder se desenvolver modelos de acompanhamento das mesmas.

Além do mais, essa pesquisa pode ser relevante em virtude não apenas ser mais uma pesquisa de estudo acadêmico e como mais um aparato científico às ações de promoção à saúde e intervenções sobre DPP, mas também para sanar muitas curiosidades à cerca do tema que é tão incidente e pouco estudado, principalmente para as mães e família que sofrem ou que já sofreram com esse transtorno. Além disso, este estudo pode propiciar para o levantamento de novas formas de prevenção/intervenções no tratamento ou mesmo modificação dos modelos atuais. Como também, pode levar os leitores e as esferas de saúde pública a repensarem os atuais modelos de diagnóstico, com o intuito de conduzir estes a um direcionamento mais estrito aos fatores de risco e sobre suas respectivas causalidades.

Questões como as levantadas aqui muitas vezes não são levadas em consideração e se fica sempre preso a dados epidemiológicos. Dessa maneira, este trabalho pode despertar o interesse para uma melhoria de políticas públicas que favoreçam às mulheres acometidas por este transtorno dando assim uma maior qualidade de vida às mesmas.

Desse modo, os dados levantados com este trabalho podem ser de grande importância para uma maior compreensão dos fatores que estão envolvidos na DPP - principalmente dentro das clínicas-escola que ofertam serviços de psicologia - e como as mães experienciam a maternidade quando estão com este transtorno. Assim será possível traçar métodos de intervenção para buscar formas cada vez mais eficientes de acompanhamento e desse modo

diminuir o sofrimento presente em mulheres acometidas com a depressão e quem sabe possibilitar um maior interesse das instâncias públicas e como algumas das consequências, talvez, um manejo profissional mais adequado para lidar com as formas de prevenção, diagnóstico e prognóstico tanto para da depressão maior como da DPP.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as compreensões da psicologia acerca dos casos de depressão pós parto que já foram atendidos no serviço de psicologia aplicada da UFC Sobral de 2012 à 2017.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Depressão pós-parto: conceito

A depressão pós-parto é um transtorno de humor que se inicia geralmente entre as primeiras quatro semanas e um ano após o parto e pode ser de intensidade leve, transitória, neurótica e até de desordem psíquica. É considerada um problema de saúde pública, pois afeta tanto a mãe quanto o filho, já que ao estar enferma a mãe muitas vezes negligencia o filho ou o rejeita, o que impactará na saúde e no desenvolvimento cognitivo da criança (ANDRADE, 2009).

As causas principais podem ser: fatores de ordem conjugais, familiares, sociais, culturais e de personalidade. A depressão pós-parto tem cura com o tratamento correto, mas pode levar certo tempo para que a mulher retome sua rotina.

3.2 Fatores que predisõem o aparecimento da depressão pós-parto

A gestação pode ser considerada como um período de grande suscetibilidade a alterações psicoemocionais que ocorrem em maior ou menor grau mediante a presença das mudanças que a maternidade traz consigo e que podem acarretar eventualmente desequilíbrios e transtornos neuropsíquicos. A gravidez e a conseqüente maternidade são acontecimentos que não se podem vivenciar separadamente, devido à importância de todas as mudanças pessoais, familiares, econômicas, etc., que requerem constantes ajustes para a adaptação à nova realidade (GUEDES-SILVA, 2003).

Toda essa nova esfera de aprendizado e adaptação leva frequentemente a instalação de um quadro de estresse. Denomina-se estresse a um estado de tensão psicossomática que ameaça o equilíbrio mental e emocional de uma pessoa, que sente como se houvesse cruzado o limiar do suportável em relação às experiências traumáticas que vem sofrendo no momento, e pode ser resolvido por meio de mudanças de comportamento ou desencadeará profundos quadros neuróticos ou psicóticos quando não é averiguada e tratada sua origem.

A mudança de comportamento depende da personalidade, das experiências passadas e dos recursos que a pessoa disponha. Os mecanismos de defesa são a ira, a negação e a

rejeição e os fatores de equilíbrio, a percepção realista dos acontecimentos, seu grau de aceitação relacionado com o amadurecimento pessoal e acima de tudo, o apoio familiar (BARBOSA et al., 2003). Durante o primeiro trimestre da gestação, há uma ansiedade por comprovar a gravidez, a percepção dos primeiros sintomas, a ambivalência entre querer e rejeitar a gravidez e as fantasias geradas pela falta de conhecimento abrem caminho para uma instabilidade emocional e constantes mudanças de humor.

No segundo trimestre, a emoção dos primeiros movimentos fetais e a sensação de bem-estar acompanhada da introspecção e expectativas acerca da família e do papel do pai. A chegada do terceiro trimestre vem acompanhada de uma profunda modificação corporal, uma sensação de frustração devido à dificuldade na execução dos movimentos e o medo com a proximidade do parto (DIAS, 2004).

O futuro pai também sofre com o medo e a ansiedade, preocupado com suas novas responsabilidades, com o parto e a chegada do filho, transferindo todas essas inquietudes para a gestante. Este clima familiar de temor e ansiedade, não corresponde à demanda de proteção e afeto que a gestante necessita, que na maioria dos casos não possui um nível de maturidade psíquica correspondente ao seu novo estado ou mediante uma experiência negativa anterior, se encontrará impossibilitada de enxergar uma percepção realista dos fatos (RIBEIRO, 2010). Esse estado de estresse e carência afetiva pode desencadear a aparição de quadros neuróticos ou psicóticos de maior ou menor gravidade segundo a personalidade de cada uma. Os transtornos de menor gravidade consistem em perversões de gostos, desejos, irritabilidade, tendência à cleptomania, etc.

3.2.1 Fatores familiares

Durante a gravidez, não só a gestante, mas também seus familiares passam por um período de reestruturação em vários aspectos, pois tem o dever de cuidar e educar uma vida que está a caminho, há uma necessidade do abandono do individualismo e adoção de novos hábitos de cooperação e proteção para com a criança e a nova mãe. A falta de apoio familiar, uma família desestruturada, ausência do pai da criança, gravidez indesejada e na adolescência, são fatores que podem acarretar o aparecimento da depressão pós-parto (ANDRADE, 2009).

Com tantas mudanças que estão acontecendo em sua vida a gestante se sente frágil e indefesa e se não há um suporte familiar, essa fragilidade evoluirá para um quadro de tristeza frequente que pode gerar uma depressão. O apoio da família é imprescindível para a saúde mental da gestante, que ao se sentir querida, acolhida e auxiliada por seus familiares, aceitará melhor as situações que a gravidez trará (COPLAN, 2008). O apoio do parceiro também é importante porque ao se sentir amada e desejada mesmo com as mudanças corporais, a mulher terá uma segurança que afastará as dúvidas que possam surgir em relação a sua autoestima.

Nas situações de gravidez indesejada ou gravidez na adolescência o auxílio da família será vital para a aceitação da criança e para que a futura mamãe esteja segura que com a ajuda da família cuidará do bebê da melhor forma possível.

Há também os casos de violência sexual, que com frequência acontecem no âmbito familiar, e são grandes responsáveis pelo estado depressivo, necessitando de uma intervenção profissional desde o início da gravidez, pois nessa situação há possibilidades de se proceder com o aborto, porém mesmo a mãe optando pela gravidez, as chances de que ela rejeite a criança são muito grandes (KLAUS, KETNNEL, KLAUS, 2009).

3.2.2 Fatores Econômicos

Com a gravidez aumentam as responsabilidades, porque está a caminho um ser humano indefeso que precisará de um suporte material para se desenvolver corretamente. Há necessidade de se comprar todos os aparatos necessários para receber bem o novo integrante da família. Mesmo quando essa primeira necessidade é suprida pelos recursos que a gestante possui, há também todos os gastos que surgirão depois do parto (SPITZ, 2009).

A falta de recursos, o medo de perder o emprego, a falta de auxílio financeiro por parte do pai, a necessidade de voltar a trabalhar quando a criança ainda é muito nova ou a ausência de um cuidador para a criança que impossibilita a mãe a voltar ou mesmo a procurar um novo emprego, são situações que desestabilizam a saúde mental da futura ou nova mamãe, pois trazem consigo uma insegurança e a sensação de impotência em relação a maternidade, e conseqüentemente evoluem para a depressão pós-parto (STERN, 2009).

As leis trabalhistas que protegem as gestantes e o aleitamento materno são ferramentas importantes para auxiliar a mulher a passar por esse período tão importante da maneira mais saudável possível psiquicamente, pois garantem a licença maternidade, a estabilidade no emprego após o parto e um período de intervalo para que a mãe amamente o recém-nascido nos primeiros meses (SOUZA, DAURE, 2010).

Mas ainda temos casos de gestantes que não estavam empregadas antes da gravidez, o que acarreta uma grande demanda de creches, para que as mães possam ter onde deixar os filhos para ir trabalhar. Quando um filho tem uma necessidade que a mãe não pode suprir, ela se sente culpada pela situação, e os pensamentos obsessivos em relação a situação econômica pode ser elevar em um grau tão alto que além da depressão pós-parto, podem desencadear situações de suicídio e infanticídio.

3.2.3 Fatores Clínicos e Biológicos

Quando a gestante já tem um histórico de depressão, transtornos mentais, sentimentos suicidas, desejo de interromper a gravidez, dependência química, doenças que possam contaminar o bebê ou causem alguma desordem durante a gestação e outras alterações na saúde da mãe ou do bebê, estas situações também servem como gatilho para o surgimento da depressão pós-parto. O pré-natal bem feito ajuda a gestante a lidar melhor com a gravidez e dificuldades no parto, ajuda no não desenvolvimento desse tipo de depressão (COPLAN, 2008).

3.2.4 Fatores psicológicos implicados na depressão pós-parto

O psicólogo tem o papel de auxiliar a nova mamãe a lidar com os traumas, as ansiedades e os medos. A terapia de grupo é uma forma de mulher perceber que ela não está sozinha, todas as mulheres tem problemas durante a gravidez e geralmente são bem parecidos, ao entender que ela não é um caso isolado se sentirá acolhida e reconfortada (SZEJER, STEWAET, 2011).

Além dos sintomas físicos da depressão pós-parto, como as alterações de peso, cansaço e dificuldades para dormir, a doença está intimamente ligada a uma série de

sentimentos. O mais visível deles é a tristeza e o baixo astral. A frustração também é um sentimento comum, as mães tendem a se sentirem incapazes de cuidar de seus filhos. Estas mães buscam a perfeição e se frustram por não alcançá-la. Sentimentos como a raiva e a irritabilidade também costumam surgir, aliados a culpa por ter raiva do bebê ou por negligenciá-lo (DIAS, 2004).

Para o autor, as preocupações excessivas com o desenvolvimento e a saúde da criança geram intensa ansiedade. A mulher com depressão pós-parto torna-se extremamente autocrítica o que reforça o sentimento de inferioridade e a baixa autoestima. Algumas puérperas têm sentimentos suicidas, podendo passar de simples pensamentos, e em situações mais graves, é possível que coloque as ideias em prática. Na psicose puerperal, além de ideias suicidas, a mãe tem ideias de matar a própria criança (SPITZ, 2009).

Ao se tratar das ideias suicidas da mãe, Ávila (2009) enfatiza o comunicado que a mulher faz do desejo de se matar ou matar o filho precisa ser entendido no seu ambiente como “pedido de ajuda”. Se o ambiente que cerca a mulher é cheio de conflitos, situação econômica precária, ou ela se sente realmente desamparada, seu estado mental pode agravar-se. A fantasia inconsciente da mãe que tenta agredir o filho é de que a criança sofre e sofrerá; portanto, só a morte aliviaria a sua dor e sofrimento.

Para garantir a integridade da criança e da mãe torna-se relevante o apoio psicológico a essa mãe, e em casos mais graves a internação. Contudo, considera-se ser de suma importância que os laços afetivos entre a mãe e o bebê sejam considerados durante o processo de internação (STERN, 2012). É inútil acreditar que apenas a presença física do bebê com a mãe seja suficiente para a formação do vínculo, os profissionais de saúde e familiares devem intervir para facilitar esse contato e diminuir os riscos à mãe e a criança.

Uma mãe com depressão pós-parto pode mostrar-se alegre e hiperativa, mas se manter afastada do bebê ou exagerar no cuidado deixando em segundo plano as relações sociais, sexuais e a própria casa. Outra forma mascarada da doença é o desenvolvimento de manias como, por exemplo, a limpeza da casa. Algumas mulheres, ainda, usam de forma inconsciente somatizações como mecanismos de defesa frente à depressão (ÁVILA 2009).

Existem formas de se prevenir à depressão pós-parto. Tal prevenção deve iniciar-se ainda na gravidez. A família precisa conhecer a respeito das vivências emocionais que a mulher passa no puerpério, para ser capaz de acolher as ansiedades que venham a acontecer. Se o filho receber dos pais afeto, estabilidade, segurança e proteção no começo de sua vida,

estarão mais preparados para enfrentar e resolver de forma saudável as ansiedades diante do nascimento do próprio filho.

3.3 Tratamento da depressão pós-parto

O tratamento da depressão pós-parto requer a adoção de medicamentos que ajudam a restabelecer o funcionamento do metabolismo cerebral, já que a depressão provoca um desequilíbrio na bioquímica do cérebro. Além da intervenção medicamentosa é necessário um acompanhamento psicológico, pois há uma necessidade de se trabalhar as questões emocionais da depressão e suas consequências (RIBEIRO, 2010).

O tratamento conjunto é fundamental para melhorar a qualidade de vida da mãe, do bebê, e prevenir futuros distúrbios no desenvolvimento do bebê e no âmbito familiar. Para que o tratamento seja eficiente é necessário identificar primeiro as causas clínicas e biológicas, e depois de tratadas ou excluídas, verificar a origem da alteração de humor.

O grau de severidade do transtorno deve guiar o tratamento, pacientes com depressão puerperal de leve a moderada podem ser tratadas com orientações psico-educacionais ou grupos de apoio; para pacientes em situação mais agravada deve-se utilizar o tratamento medicamentoso acompanhado por orientação psicológica. Os principais tratamentos usados para a depressão pós-parto são: Psicoterapia: a terapia individual ou de grupo é considerada um meio bastante eficaz no tratamento da depressão pós-parto (ANDRADE, 2009).

A psicoterapia em família também resulta em um tratamento efetivo, pois além de buscar a recuperação da mãe ainda irá procurar reestabelecer uma relação saudável com a criança e também com os outros integrantes do âmbito familiar (BARBOSA et al., 2003). Antidepressivos: é o tratamento utilizado para os casos mais graves, onde a mulher já não está em condições de cuidar de si mesma e de seu bebê. É adotada uma medicação que não interfira no aleitamento materno, e que seja utilizada em um curto espaço de tempo. Também é importante avaliar os riscos e benefícios que a medicação trará a mãe e a criança.

3.4 Prevenção

É importante o acompanhamento da gestante durante todo o pré-natal, o conhecimento dos fatores de risco se faz necessário para auxiliar e prevenir quaisquer transtornos psíquicos durante o pós-parto. Se a mulher já tem histórico de depressão ou outras alterações mentais, deve notificar ao profissional que a acompanha o mais rápido possível, para que ele tome as medidas necessárias para prevenir o aparecimento da depressão ou que a mesma se agrave (COPLAN, 2008).

A família tem papel fundamental na prevenção, pois para minimizar os efeitos das mudanças hormonais e estresse pós-parto, deve-se manter o corpo e a mente fortes e saudáveis. A mulher no período puerperal tem a necessidade de se alimentar bem, ter um sono de qualidade e fazer exercícios físicos leves, para que o corpo volte ao seu estado normal, e sem a ajuda de terceiros é muito difícil para a mãe cuidar do bebê e de si mesma (SPITZ, 2009).

3.5 Maternidade

3.5.1 A gestação

Durante a vida das mulheres, três períodos se apresentam como os mais significativos, constituindo fases de transição e desenvolvimento da personalidade: a adolescência, a gravidez e o climatério. É característico desses períodos as complexas mudanças metabólicas e a instabilidade em função da mudança de papel social, da necessidade de novas adaptações, mudança de identidade e reajuste intrapsíquicos e interpessoais (MALDONADO, 2009).

Maldonado (2009) afirma que com a gestação verifica-se uma mudança de identidade e de papéis na vida da mulher. As “mães de primeira viagem” largam o papel de esposa e assumem o papel de mãe. No caso das mães que já haviam outros filhos, ainda é possível notar uma mudança de identidade, já que a rede familiar se altera com a chegada de cada criança.

3.5.2 O parto

Segundo a psicanálise, o parto pode estar intimamente ligado ao sentimento de perda. De acordo com Souza (2010, p. 96) “a tristeza sentida pela mulher com a saída do filho de seu ventre no momento do parto, é projetada no bebê”. Dessa forma, no momento em que a nova mãe reconforta seu filho e faz com que ele pare de chorar, ela readquire o próprio conforto.

Segundo Noronha (2011), o parto é considerado simbolicamente uma situação de perda do papel anterior de filha para assumir o papel de mãe, além da perda do próprio filho, que é tirado de sua barriga e colocado em um berçário, distante.

3.5.3 O puerpério

O puerpério é conhecido como o período que se inicia a maternidade. Segundo Higuto e Capocci (2012) é definido puerpério como o período que vai da dequitação à volta do organismo materno às condições pré-gravídicas. Esse processo teria duração de aproximadamente de 6 a 8 semanas e esse período é dividido em três fases: Imediato (1º ao 10ª dia depois do parto) Tardio (11º ao 45º dia) e Remoto (a partir do 46º dia).

É marcado pelo momento em que a mãe sofre mudanças hormonais, físicas, emocionais, sociais, familiares e profissionais para se readaptar ao estado pré-gestacional em que se encontrava. Nesta fase, alguns sentimentos são comuns em virtude dos reajustes psicológicos necessários para a maternidade, como angústia, ansiedade, incapacidade para cuidar de um outro ser que dependerá dela, baixa autoestima, alterações de humor, apetite e libido, e auto indício de fadiga.

Obviamente, estes sintomas não são indícios de uma possível depressão pós-parto, pois a existência deles é relativamente normal entre o período de até três meses do nascimento do bebê pela sobrecarga que a mulher sofre, e que será provavelmente a maior responsabilidade que terá em sua vida.

De acordo com Maldonado (2009), durante o puerpério, a mulher se encontra em uma fase mais sensível, às vezes confusa e desesperada. Nesse momento é extremamente comum a depressão reativa e a ansiedade normal. Ainda de acordo com a autora citada à cima, a

instabilidade emocional é uma característica padrão da primeira semana após o parto. Esse período é marcado por uma etapa de adaptação da mãe a sua nova realidade, repleta de novas responsabilidades e limites, e de reconhecimento entre mãe e filho.

Muitas mulheres podem apresentar dificuldade nesse momento. Para a mãe, a realidade do feto “in útero” não é a mesma realidade do bebê recém-nascido e para muitas mulheres é difícil fazer essa transição (MALDONADO, 2009). A dificuldade nesse processo de transição é encontrada devido à expectativa de um bebê imaginado que vai se formando ao longo da gestação e que é quebrada após o parto, com a chegada do bebê real. “Existe o bebe real nos braços da mãe, e existe o bebê imaginado em sua mente.” (STERN, 2011, p.23) É necessário que os pais transfiram os investimentos feitos à criança imaginária para a criança real (CRAMER; PALACIO-ESPASA, 2011).

Junto ao remanejamento da mãe, o casal em si também passa por mudanças. A maternidade faz com que haja uma adição de papéis na vida tanto do homem, quanto da mulher: passam a ser pais. Isso implica em renúncias pessoais para o bem estar da família instaurada. Infelizmente, nem todos os casais conseguem passar por esse momento de forma saudável, o que pode acarretar distúrbios psicológicos tanto nos próprios pais, quanto no bebê.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Por se tratar de uma pesquisa que objetivou-se analisar os casos de depressão pós parto atendidos no serviço de psicologia aplicada da UFC Sobral, realizamos uma pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa, utilizando-se como método de pesquisa a análise documental.

Dessa maneira, iniciamos com a fase exploratória, visando conhecer a variável da pesquisa, seu significado e o contexto onde se insere, para compreendermos a escolha do tema, as características do objeto, seus objetivos, bem como a delimitação de problema (MINAYO et al., 2010).

O estudo descritivo na visão de Trivinos (2007) é uma abordagem onde se realiza os registros, as análises e interpretações da natureza atual da realidade e suas condições dominantes, empregando-se para este fim a comparação e o contraste. Ao associar este tipo de estudo com a pesquisa desenvolvida, ou seja, sua utilidade verificamos que os dados foram analisados, interpretados e descritos.

A pesquisa qualitativa visa descrever e explorar aspectos de uma situação, assim como trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças e atitudes, compreender que deve ser feito uma análise das expressões humanas presentes nas relações, nos sujeitos e nas representações (MINAYO et al., 2014).

Segundo Sá-Silva, Almeida e Guindani (2002, p.05) “a pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos.” Ainda sobre esse tipo de pesquisa, Oliveira (2007, 69) citado por Sá-Silva, Almeida e Guindani (2002, p.06), coloca que “a documental caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação”. Referente a pesquisa documental, Ludke e Andre (1986) *apud* Augusto et al. (2013, p. 740) dizem que,

Embora pouco explorada, essa técnica pode ser valiosa, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas. Outra vantagem é que a análise permite a obtenção de dados quando o acesso ao sujeito é impraticável. Além desses métodos, é válido ressaltar a utilização de questionários, que também podem servir de apoio nas pesquisas de natureza qualitativa, sendo a principal técnica de coleta em pesquisas quantitativas.

4.2 Campo de Pesquisa

O estudo foi realizado na cidade de Sobral-CE, no Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Sobral. Fizemos uma busca dos prontuários de mulheres com depressão. Seleccionamos todos aqueles prontuários de mulheres com queixa de depressão. Em seguida, buscamos, dentro dos casos de depressão em mulheres àqueles que se referissem à depressão pós parto. Após encontrados, analisamos os aspectos clínicos deles e os dados sociodemográficos de todas as mulheres com queixas de depressão.

O Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Ceará de Sobral foi implantado em 2012, fica localizado na Av. Lúcia Sabóia, 769, em Sobral - CE, no Centro da cidade. O serviço atende crianças, adolescentes, adultos e idosos, com comprometimento psíquico que vai de leve a grave, contabilizando aproximadamente 2000 usuários desde sua abertura até o ano de 2017. Os atendimentos são feitos pelos estagiários, cerca de 40, distribuídos entre três abordagens distintas que são supervisionados pelos docentes da clínica da instituição.

Os alunos de Psicologia da Universidade Federal do Ceará de Sobral contam com o serviço para realizarem atividades práticas das disciplinas do curso, principalmente as de estágio curriculares supervisionados obrigatório e opcional, além de desenvolverem junto ao corpo docente atividades de pesquisa e extensão do Curso de Psicologia.

Os objetivos do estágio no Serviço de Psicologia Aplicada, como explicitado no Regimento interno do serviço (2015, p. 08), são:

- a) Familiarizar o estagiário com o funcionamento do S.P.A. e manejo dos procedimentos de inscrição, triagem, encaminhamento interno ou externo, arquivamento e alta dos usuários;
- b) Treinar o aluno no estágio nas suas mais variadas modalidades;
- c) Desenvolver pessoal e tecnicamente o estagiário no desempenho do papel de psicólogo generalista mediante supervisão;
- d) Preparar o aluno para eventuais atendimentos de emergência.

No que diz respeito às atividades desenvolvidas no serviço, são elas: o acolhimento do usuário (seja tanto por demanda espontânea como por encaminhamento), o encaminhamento que pode ser para a terapia de escuta individual ou grupal, que pode ser no próprio serviço ou para outro dispositivo que atenda à demanda do caso.

Quando encaminhado para a terapia individual no serviço, o usuário recebe uma classificação de urgente ou não urgente. Logo após, o prontuário vai para a lista de espera até o momento de ser escolhido por algum estagiário para dar andamento à psicoterapia. Além disso, são realizadas avaliações psicológicas com os instrumentos que cabem somente à atuação do psicólogo.

4.3 Participantes da pesquisa

A pesquisa foi realizada com todos os documentos das usuárias com depressão pós-parto que já foram atendidas no serviço de 2012 à 2017.

Encontramos um total de 4 prontuários de mulheres com queixas de depressão relacionadas ao pós-parto.

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão da amostra

Critérios de inclusão	Critério de exclusão
<p>Prontuários de mulheres que tenham sido assistidas pelo SPA de Sobral de 2012 à 2017.</p> <p>Prontuários de mulheres com diagnóstico ou queixas de depressão relacionadas ao pós-parto.</p>	<p>Prontuários de mulheres que não tenham sido assistidas pelo SPA de Sobral entre 2012 à 2017.</p> <p>Prontuários de mulheres que não apresentam o diagnóstico e/ou queixas de depressão relacionadas ao pós-parto.</p>

4.4 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de campo aconteceu durante o ano de 2017, após a autorização da pesquisa pela instituição. Os dados foram extraídos dos prontuários de mulheres com depressão atendidas no serviço de psicologia aplicada da UFC de Sobral anos de 2012 a 2017.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário estruturado (Apêndice A), desenvolvido com duas abordagens cursivas afim de captar dos prontuários os dados objetivados. A primeira referente aos aspectos sociodemográficos das participantes: idade, bairro, estado civil, grau de instrução, fonte de renda, renda, condição de moradia e com quem reside. A segunda era acerca dos aspectos clínicos: data da inserção no serviço, origem da demanda (espontânea ou por encaminhamento), situação no serviço (lista de espera, em atendimento ou desligada), grau de urgência, uso de medicação, qual tipo de medicação, procedimentos adotados, abordagem do estagiário que realizou a entrevista, queixas clínicas e síntese da entrevista.

4.5 Análise dos Dados

Os dados foram interpretados por meio da técnica de análise do discurso, onde começa a pesquisa com a escolha dos documentos a serem analisados. Segundo Caregnato e Mutti

A Análise do discurso trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido; pode-se afirmar que o corpus da análise do discurso é constituído pela seguinte formulação: ideologia + história + linguagem. A ideologia é entendida como o posicionamento do sujeito quando se filia a um discurso, sendo o processo de constituição do imaginário que está no inconsciente, ou seja, o sistema de ideias que constitui a representação; a história representa o contexto sócio histórico e a linguagem é a materialidade do texto gerando “pistas” do sentido que o sujeito pretende dar. Portanto, na AD a linguagem vai além do texto, trazendo sentidos pré-construídos que são ecos da memória do dizer (2006, p. 680).

Dessa forma, analisamos os discursos que foram produzidos a partir das descrições em prontuários da queixa e das entrevistas iniciais dos casos de mulheres com depressão.

Para isso, coletamos os prontuários das mulheres com queixas de depressão pós-parto, realizamos a análise interpretativa dos casos de DPP, começando por nomear os prontuários encontrados em P1, P2, P3 e P4. Depois, separamos, os dados de queixa e síntese das entrevistas, transformando-as num único texto. Em seguida, destacamos as informações contidas que estavam em consonância com os objetivos da pesquisa. Por último, fizemos as

interpretações que possibilitaram o surgimento dos núcleos de sentidos através de enunciados que foram possíveis para a construção das categorias teórico empíricas. Esta se deu por meio do encontro de fragmentos textuais que davam força à construção da categoria maior, sendo fruto de subcategorias que reforçam esta categoria macro. Ver quadro 1

QUADRO 1: EXEMPLO DA ANÁLISE DA CONSTRUÇÃO DA CATEGORIA

Queixas/Síntese da entrevista	Fragmento texto	Categoria	Relação com a teoria
<p>P1: “Histórico de depressão. A primeira crise foi na adolescência por estar sempre acima do peso, diz “não se amar” por isso não quer sair de casa, Infância difícil, com pai muito opressor e controlador. É pedagoga, casou-se há 11 anos, mas diz não ter sonhos e planos futuros. Teve depressão pós parto nas duas gestações. Na primeira queria matar o filho, na segunda tinha medo da filha morrer. Não tem bom relacionamento com mãe, que mora perto. Diz que a mãe se mete na sua vida e na dos filhos. Já pensou em separar do marido, mas que não seria a solução. Organização família: Mora com esposo e dois filhos. Trabalha como técnica na área da saúde.”</p> <p>P2: “Sentimento de incapacidade, de ser inferior por não possuir estudo. Diz não conseguir realizar nada sozinha e tem medo de perder o marido. Relatou ter perdido a vontade de ter relações sexuais com esposo, só realiza por ser “uma obrigação da mulher”. Dificuldade para dormir, só consegue com medicamentos. Pensamento de fracasso e inutilidade. Diz que já foi diagnosticada com depressão pós-parto. O sentimento de</p>	<p>“Diz “não se amar” por isso não quer sair de casa.”</p> <p>“Diz não ter sonhos e planos futuros.”</p> <p>“Sentimento de incapacidade, de ser inferior por não possuir estudo. Diz não conseguir realizar nada sozinha e tem medo de perder o marido. Relatou ter perdido a vontade de ter relações sexuais com esposo, só realiza por ser “uma obrigação da mulher”.</p> <p>Pensamento de fracasso e inutilidade. Me contou que sempre quis ser mãe, mas o filho “nasceu doentinho” (sic), desde então ela não conseguia cuidar da criança, brigava com todo mundo, fez intrigas na família; se</p>	<p>Papel da mulher-mãe na sociedade: imagem idealizada e inferior</p>	<p>Prochnow e Lopes (2007)</p> <p>Alves (2012)</p> <p>Gutierrez e Pontes (2011)</p>

<p>incapacidade começou com a gravidez e com a falência do empreendedorismo de costura. Sensação de fadiga e cansaço na cabeça. Falou sobre um episódio no qual estava amamentando o filho de 1 ano e sete meses onde desmaiou e não lembra o que ocorreu. Sensação de estar possuída por algum espírito e que o filho também possa estar. Organização familiar: mora com esposo filho de sete anos e filho de 1 ano e três meses. Faz uso de Sertralina.”</p>	<p>considera agressiva, hora tá bem e hora chora, a segunda gravidez foi indesejada, tentou aborto e depois do nascimento da segunda filha começou a se sentir da mesma forma, agressiva.”</p>		
<p>P3: “36 anos, chegou ao serviço e pedi para ela me contar sobre seu relacionamento, a história de como começou desde o nascimento dos filhos, etc. Me contou que sempre quis ser mãe, mas o filho “nasceu doentinho” (sic), desde então ela não conseguia cuidar da criança, brigava com todo mundo, fez intrigas na família; se considera agressiva, hora tá bem e hora chora, a segunda gravidez foi indesejada, tentou aborto e depois do nascimento da segunda filha começou a se sentir da mesma forma, agressiva, tomou remédios para dormir, mas parou. Comentou que foi abusada pelo tio, foi criada pelos avós e é revoltada com a mãe.</p> <p>P4 L. 35 anos, veio acompanhada da mãe. Disse estar muito preocupada, pois descobriu o início desta gravidez. Ela não tem conseguido dormir direito, se sente ansiosa e com falta de ar. Relatou que uma vez rasgou a camisola que estava usando por se sentir sufocada. Disse que geralmente sente isso a noite e</p>	<p>“Infância difícil, com pai muito opressor e controlador.”</p> <p>“Comentou que foi abusada pelo tio.”</p>	<p>Figura opressora do pai</p>	<p>Boris, Bloc e Teófilo (2012)</p>

<p>quando acontece liga para a mãe, que também está ficando aflita com a situação. Relatou que já teve uma filha e não sentiu nada do que está acontecendo na segunda gravidez, e diz estar com depressão pós-parto. Falou que tem uma boa relação com o esposo e quando ele precisa trabalhar a noite ela vai para a casa da sua mãe com a filha por ter medo de ficar em casa só com a filha.”</p>			
--	--	--	--

4.6 Aspectos Éticos

A princípio, o projeto será enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – CEP/UFC/PROPESQ. Posteriormente a aprovação, será feita a busca pelos prontuários de mulheres com depressão pós parto no SPA da UFC de Sobral de 2012 à 2017. Ao ser encontrados prontuários dessas mulheres, iniciar-se-á a análise dos prontuários.

A pesquisa será realizada dentro dos conceitos da Resolução Nº 510 de 07 de Abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do qual regula as pesquisas envolvendo seres humanos realizadas pelas Ciências Humanas e Sociais. Esta resolução visa atender aos fundamentos éticos e científicos, assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, para que não tragam nenhum risco ou constrangimento ao participante e tentar minimizar esses fatores da melhor forma possível, garantindo assim, respeitar todos os princípios da bioética, sendo estes a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2013).

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (2011), pesquisas utilizando informações contidas em prontuários só serão cabíveis mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP. Além disso, “cabe determinar o cumprimento do sigilo e da confidencialidade, além de exigir que toda pesquisa envolvendo seres humanos trate os mesmos em sua dignidade, respeite-os em sua autonomia e defenda-os em sua vulnerabilidade, conforme Resolução CNS 196/96, itens III.1.”a” e IV.1.”g”.” (*ibid*).

Do mesmo modo, salienta-se que é apresentado ao usuário do SPA da UFC de Sobral termo de atendimento de responsabilidade quando este se propõe a participar do acompanhamento psicológico (ANEXO I). O referido termo infere algumas condições ao usuário que deva aceitar e assiná-lo para se firmar os atendimentos. Nele, explicita-se de que maneira ocorrerão os atendimentos, podendo até servir de material de pesquisa, resguardando o sigilo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Compreensões da psicologia acerca dos casos de depressão pós parto: Mãe inferior e Pai opressor

A categoria empírica surge das compreensões obtidas a partir dos discursos dos prontuários das mulheres que buscaram o SPA com quadro de depressão pós parto. A partir de uma análise interpretativa podemos traçar como a psicologia tem se debruçado sobre este fenômeno e quais as suas compreensões acerca destas mulheres que procuram o serviço.

Para isso subdividimos a categoria empírica em três fortes enunciados obtidos a partir das análises: um primeiro relacionado a como a psicologia intervém sobre estes casos no SPA, partindo das compreensões, que os estagiários de psicologia utilizam para inicialmente abordar estes casos, quais as questões que estes futuros profissionais se norteiam para avaliar primeiramente os casos de depressão pós parto que assistem.

Este enunciado tem como objetivo apresentar de que modo os estudantes de psicologia chegaram a construir tais análises e do que utiliza-se para se ater a tais elementos; a segunda diz respeito à interpretação sobre como estes estagiário compreendem esta mulher com depressão pós parto, ou seja, as análises apontaram-na para uma figura feminina, fracassada, culpabilizada, inferior, submissa, com um modelo ideal de mãe e mulher a se seguir; e uma terceira subcategoria que apontam o pai para a figura que se mostra opressora na relação com estas mulheres, sejam figuras construídas a partir de uma correlação que coloca esta figura feminina num lugar de submissão, seja por conta de uma cultura machista que põe a figura do homem num lugar de dominação diante da figura feminina.

5.1.1 Elementos de intervenção da psicologia

Podemos perceber com os discursos analisados em que os mesmos apontam para uma compreensão da psicologia sobre o fenômeno da depressão pós parto. Destacando-se compreensões sobre o início do processo de adoecimento, como as queixas se relacionam com os membros familiares e outros pares que estão mais próximos afetivamente.

São apontados discursos relacionados aos sentimentos e emoções dessas mulheres, bem como a forma em que elas percebem seu adoecimento e como elas vivenciam o sofrimento. Abordaram-se questões referentes aos planos futuros, sobre trabalho e empreendedorismo, sobre os desejos dessas mulheres, incluindo os de ter tido os filhos ou não, sobre a perda do desejo de fazer relação sexual, sobre a relação com o companheiro – daquelas que tinham parceiro -, sobre os medos, as angústias, as frustrações, sobre alguns comportamentos que, talvez se falados em algum outro contexto que não fosse aquele, pudessem ser julgados negativamente, como destacado no registro de prontuário:

“Relatou que uma vez rasgou a camisola que estava usando por se sentir sufocada” (P4).

Postos essas inferências, nota-se o resgate que é feito aos aspectos psicossociais dessas mulheres, em que se objetiva tecer e se chegar à reflexões sobre como se deu o adoecimento delas. Destacando-se a importância das mesmas, em todos os âmbitos de sua vida, perpassando toda sua trajetória, inclusive suas próprias inferências e percepções acerca do adoecer.

Para isso, questiona-se o sujeito e instiga-o a falar sobre sua vida, no que se refere à família, infância, trabalho, relacionamentos, perspectivas, sobre seu sofrimento, além de outras circunstâncias que emergem na terapia, são elementos importantes de serem abordados, primeiro para que se possa ter uma visão, mesmo que forma dialética, da vida do sujeito de maneira integral. Visando, deste modo, conhecer todas as condições, sejam elas passadas e presentes, na quais o sujeito da fala tem vivenciado.

Um dos preceitos visualizados sobre a análise dos discursos das mulheres com DPP diz respeito a uma minuciosa busca pela formação de um vínculo na díade terapeuta-paciente, percebido através de questionamentos cuidadosamente elaborados pelo estudante de psicologia. Nota-se esse ponto nos momentos que nas transcrições dos casos emergem informações importantes, mas que, aparentemente, não são invasivas.

Na maioria dos casos, as mulheres pareciam falar de maneira espontânea, o que mostra inclusive manejo clínico psicológico quando é oferecido a esta mulher circunstâncias de confiabilidade, auxiliando, para tanto, numa relação terapêutica positiva

onde estas mulheres possam construir suas próprias análises, reflexões e conclusões sobre si mesmas, objetivando o exercício da sua autonomia e co-responsabilização.

Calvetti, Figuera e Muller postulam que “A prática da psicoterapia sugere que o psicólogo deva agir buscando a melhora do paciente e priorizando os aspectos éticos de privacidade e confidencialidade das informações, no intuito de estimular a sua autonomia e participação ativa no processo” (2008, p. 118). À vista disso, investigar sobre a vida do sujeito no que se refere às suas configurações atuais de rotina, como a mesma se passava antes das queixas, se houve algum marco específico para o aparecimento do sofrimento, são pontos importantíssimos a se levantar sobre os casos em atendimento.

De acordo com o ponto de vista de Leal, Pimenta e Marques, a Psicologia Clínica

[...]descreve uma metodologia de intervenção que privilegia o relacional, quer dizer, a qualidade de relação entre o Psicólogo e o seu utente. Neste sentido, o Psicólogo Clínico, seja qual for o quadro teórico que utilize e que lhe permite referenciar e descodificar o que lhe é trazido como sofrimento, mal estar ou desadaptação, persegue delineamentos de intervenção capazes de implicar uma diminuição, desvalorização ou reequacionamento dos problemas que lhe são apresentados (2012, p. 14-15).

Além disso, o trabalho na clínica psicológica exige, ainda, uma maior sensibilização nas condições emotivas e sentimentais que emergem do sofrimento experienciado pelo sujeito. É neste ponto que muito se ouve falar da escuta e olhar diferenciado da psicologia sobre as pessoas. Em outras palavras, a psicologia se preocupa com os prováveis impactos que sofrimento pode provocar na vida, colocando-se numa postura empática e sensível a qualquer contingência que emergja no contexto clínico.

Dessa forma, o estudante de psicologia não objetiva tecer e se ater a análises que possam, de qualquer maneira, ter-se uma percepção fragmentada da pessoa que está sendo ouvida. Este tipo de modelo de intervenção é pautada no modelo biopsicossocial que se contrapõe ao modelo biomédico.

O modelo biomédico pauta-se no referencial das biociências de acordo com metodologia técnico-instrumental, desconsiderando-se o contexto psicossocial, isto é, o mundo da simbologia que o sujeito elabora e leva consigo à partir de suas vivências, contexto sociocultural e visão de mundo. “Uma efetividade mais abrangente da prática depende desta compreensão” (MARCO, 2006, p. 64). Já o modelo biopsicossocial, traz a

perspectiva de considerar o sujeito de uma forma integral em seu adoecer, compreendendo as visões física, patológica e social.

Quando incorporada ao modelo de formação do médico coloca a necessidade de que o profissional, além do aprendizado e evolução das habilidades técnico-instrumentais, evolua também as capacidades relacionais que permitem o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetiva (*ibid*).

E é dessa forma, no que tange o modelo biopsicossocial, que a psicologia elabora a construção dos casos, sob uma ótica integral do sujeito, em que são levados em consideração todos os aspectos da vida deste, atentando-se aos aspectos que estão relacionados ao sofrimento. Sobre esses aspectos, eles podem ou não emergirem da fala ou expressões do sujeito, e são considerados dentro da escuta psicológica, é a partir daí que o clínico vai analisando e levantando hipóteses à cerca do que pode estar envolvido no sofrimento do sujeito.

Além de tudo, o respeito ao código de ética do psicólogo, principalmente no que se refere ao sigilo e a confidencialidade das informações no contexto dos atendimentos com essas mulheres acometidas com DPP, foram prováveis à medida que na própria transcrição das informações, somente o que era de importante pro campo de saber da psicologia foi registrado. Esse papel do profissional psicólogo é uma postura ética e em respeito aos direitos humanos e contribuem para o fortalecimento do vínculo terapêutico entre o psicólogo e seu paciente, ademais, são detalhes peculiares da própria psicologia.

Portanto, os discursos demonstraram uma preocupação da psicologia com as mais diversas dimensões do sofrimento humano assim como tem trazido elementos específicos do campo da psicologia para compreender e analisar o sujeito em sua integralidade. Ainda, esses discursos apresentados nos prontuários mostram a preocupação da psicologia em compreender os processos de relações parentais, os afetos e aspectos simbólicos destas relações, o que nos possibilitou construir a próxima subcategoria que será desmiuçada a seguir.

5.1.2 Papel da mulher-mãe na sociedade: imagem idealizada e inferior

A partir dos discursos gerados dos registros dos prontuários, apontam aspectos relacionados ao desejo de tornar-se mãe, ao mesmo tempo refere e demonstra as frustrações relacionadas à ruptura da idealização da maternidade. Conforme Stern (1997) citador por Prochnow e Lopes (2007, p. 286) “Para a construção da identidade materna, a

mulher, desde a gestação, faz uma preparação através de sonhos e expectativas quanto ao seu desempenho como mãe”.

Essa ruptura da idealização da maternidade é marcada nos discursos com a chegada de um filho.

“Me contou que sempre quis ser mãe, mas o filho “nasceu doentinho” (sic)” (P1).

Esse discurso é explícito e claro quando se refere que o desejo de ser mãe é atravessado e se contraria com a chegada do filho, que nasceu doente. Dois grandes elementos que aparecem nessa descrição apontam para a sensibilidade de uma escuta integral - a mãe que desejava ter o filho e depois passou a rejeitá-lo por não corresponder às suas expectativas por conta da imagem idealizada do filho e da maternidade.

Essa fala possibilita compreender de que forma a patologia incidiu, não fazendo nenhuma inferência a fatores orgânicos, e sim às condições culturais que reforçam a representação do amor materno como onipotente e apto a amar o filho sob qualquer condição.

Ainda, ligado ao discurso da P1, compreende-se que houve, simbolicamente, a morte do filho idealizado. “A morte simbólica, ou morte em vida, são rupturas que ocorrem durante a vida do ser humano. Essas rupturas deflagram o mesmo processo de luto da morte concreta”. Essa morte simbólica é exemplificada em casos em que ocorrem mudanças, muitas vezes, não habituais e esperadas, como por exemplo ter filhos com alguma deficiência física e/ou mental (morte da idealização do filho saudável) (ALVES, p. 90, 2012).

Quando um filho nasce, a primeira coisa que os pais conferem é se a criança é “perfeita” e, nesse caso, ficam aliviados e comemoram. Caso contrário, há a morte do filho idealizado, e tal constatação gera profunda tristeza, medo do futuro, frustração e vergonha. É preciso vivenciar o processo de luto pelo filho que foi idealizado, para que seja possível estabelecer um vínculo de amor e cuidado com o filho que nasceu (*ibid*).

Esses aspectos observados com base nos dados dizem respeito às expectativas da mãe em relação à saúde do bebê e à sua frustração por não poder cuidar da criança, e de sua limitação em cuidar remontando a uma mulher idealizada que tem que dar conta de tudo, mesmo sentindo-se doente tem que ser responsável, cuidadora, protetora. Outro dado registado que fomenta essa análise é o seguinte:

“desde então ela não conseguia cuidar da criança, brigava com todo mundo, fez intrigas na família” (P4).

Perceber-se, através desse dado, que

A cobrança mais comum é de que, imediatamente, os pais aceitem, amem e cuidem desse filho “inesperado”, desse filho que não era esperado, idealizado e, muito menos, desejado. Junto com a cobrança vem o julgamento: os pais não amam/aceitam esse filho; ou não estavam preparados para serem pais; ou as duas coisas. Além da cobrança e do julgamento, em geral, não há mais nada. Aqueles pais tristes, assustados, angustiados e com medo, na maioria das vezes, estão sozinhos (ALVES, p. 91, 2012).

Podendo-se inferir que o desejo da mulher de ser mãe de um filho saudável ou mesmo o “não desejo” de ser mãe, estão relacionados às grandes imposições que são paralelamente atribuídas à figura feminina. Dentro dessas relações de imposições emergem questões colaterais desse universo de desejos ou “indesejos” maternos que vão desde a frustrações, traumas a um intenso sofrimento psíquico, como mostra o seguinte dado transcrito:

“se considera agressiva, hora tá bem e hora chora, a segunda gravidez foi indesejada, tentou aborto e depois do nascimento da segunda filha começou a se sentir da mesma forma, agressiva” (P4).

Ainda, percebe-se outro fator que talvez passem despercebidamente entre outras pessoas e entre profissionais de outras categorias, que seria a correlação aparente dessas questões impostas socialmente com os comportamentos da P4, que seria a questão dela não conseguir cuidar da criança, dessa mulher não conseguir manter boas relações com as pessoas e com a família, dela ser uma pessoa agressiva e oscilar entre estar bem e chorar.

Isto é, no que diz respeito ao impacto que essa quebra da idealização e cobranças sociais ocasionaram na sua qualidade de vida, nas suas interações sociais e principalmente o sofrimento que essa mulher tem experienciado, contribuindo para uma visão de uma mulher-mãe negligente e hostil.

Primeiro porque um cenário de idealizações que atribui-se uma imagem estereotipada da mulher/mãe, onde

As bases da construção desta identidade podem ser encontradas na infância da mulher. A mulher, ainda menina, cria, a partir da interação com sua mãe, um modelo de mãe para si, no qual irá espelhar-se para brincar com suas bonecas e futuramente poderá utilizá-lo na interação com seus filhos. Neste sentido, o tornar-se mãe é um processo de construção que demanda da mulher um trabalho de preparação que vai capacitá-la a cuidar de seu bebê (PROCHNOW; LOPES, 2007, p. 286).

Por conta dessas construções sociais de ideal de modelo de mãe e mulher, atribui-se às mulheres funções maternas, e muitas outras, que colocam o amor ao filho como natural/inato, não tolerando que a mesma vivencie uma condição de negação do amor. Nessa perspectiva, impõe-se culturalmente a ela como “aquela que deve aceitar filho com todo amor”, pois “ela foi escolhida para ser mãe e deve exercer essa função amando o filho e amando ser mãe”. Argumentos como esses são propagados de geração à geração, de uma cultura para outra e uma das muitas consequências que poucos observam em torno deles é a intolerância e muito sofrimento de mulheres que fogem dessa norma que é perpassada.

Em alguns casos pode-se perceber a incidência de mais uma relação, que foi estabelecida entre a patologia com os sentimentos de incapacidade, inutilidade e fracasso.

“Diz “não se amar” por isso não sair de casa” (P1).

“Sentimento de incapacidade, de ser inferior, diz não conseguir realizar nada sozinha. Pensamento de fracasso e inutilidade. O sentimento de incapacidade começou com a gravidez” (P2).

Esses relatos mostram como alguns papéis que são socialmente atribuídos ao feminino impactam diretamente no processo de saúde/doença dessas mulheres. Nestes casos esboçados acima, percebemos como uma doença como a DPP é fortemente influenciada pelos fatores histórico culturais na qual está submetida. No âmbito histórico e cultural, as mulheres são colocadas numa posição de inferioridade, seja em relação aos homens ou a elas mesmas, onde mesmo não sendo comparadas ao sexo masculino, são comumente associados a elas sentimentos de fragilidade, vulnerabilidade, inferioridade, incapacidade, incompetência, insegurança, opressão e submissão. Isto é, as mulheres possuem um papel de inépcia numa sociedade marcada pelo machismo e patriarcado.

Podemos, até mesmo, fazer uma analogia acerca dos dados sociodemográficos. Os mesmos mostram que os percentis de mulheres com depressão que são donas de casa e estão desempregadas, somados, contabilizam cerca de 36% do total. Isso implica dizer que pode haver uma relação do transtorno com a condição de ocupação, persistindo, através de um dado geral, a condição de submissão dessa mulher.

No entanto, os dados referentes as mulheres com depressão pós parto mostram que a maioria delas são de nível superior completo, com empregos e salários satisfatórios, além de não queixarem-se sobre sua condição social. Já os percentis do quadro geral das

mulheres com depressão que se relacionam a renda e grau de instrução se “contrapõem” ao dado qualitativo. O número de mulheres que não apresentam nenhum tipo de renda e renda de no máximo um salário mínimo, somados, contabilizam cerca de 82% do total de mulheres. Podendo-se imaginar que esses fatores sociais não se correlacionem ao acometimento da depressão “maior” e depressão pós parto.

Sobre os discursos, além de haver a idealização materna há ainda essa questão da hierarquia do masculino sobre o feminino, e dessa forma naturalizou-se e, infelizmente, banalizou-se os discursos sociais à respeito da mulher como sujeito passivo e oprimida. Essas funções a elas adjudicadas são perpassadas intergeracionalmente, no passo em que a mãe acometida de DPP – ou mesmo qualquer outra mulher – sofre com esse transtorno ela também aprende e apreende que é uma das funções por ser mulher e reproduz em seu contexto social, de forma dialética ou comportamental, o que aprendeu como conceito de mulher. Dessa forma, provavelmente, seu filha ou filha, tornar-se-ão pequenos machistas. Se for mulher: submissa e inferior, se for homem: opressor.

Ainda, muitas mulheres são obrigadas a silenciar todo o sofrimento sentido e ensinadas que esse é o modelo ideal de filha, esposa, mãe e mulher. Para essas análises da mulher como inferior, foi mencionado sobre o mesmo caso um aspecto que chamou atenção, também ligada a uma visão de submissão da mulher.

“Relata que, quando criança, foi vítima de estupro pelo tio” (P3).

“Relatou ter perdido a vontade de ter relações sexuais com esposo, só realiza por ser “uma obrigação da mulher” (P2).

Através desses discursos identificamos a evidência do fenômeno intergeracional do machismo e da mulher como objeto de satisfação sexual do homem, não empoderada de desejos e anseios próprios, isto é, figura alheia às imposições de satisfação masculina. O que caracteriza estes aspectos são os dois relatos em que interpreta-se a mulher como submissa as figuras masculinas do companheiro e do tio.

Percebe-se, ainda, a existência de conflitos familiares da P1 e da P3, ambas com a figura materna e a P3 com o tio.

“Não tem bom relacionamento com mãe” (P1).

“é revoltada com a mãe” (P3).

Mostrando uma notória desorganização familiar e da construção própria conceitual de família. Dessa forma, até mesmo

A relação mãe-filho pode, entretanto, ser patológica, quando, por exemplo, gera problemas de fusão. Se a mãe, ou a pessoa que desempenha este papel, tiver sido uma criança carente em sua história inicial, terá dificuldade em cuidar sozinha de seu bebê, da mesma maneira que ela ainda precisa ser cuidada, em virtude de um sentimento de desamparo, caracterizando o que ressalta Winnicott (1988) como o confronto de desamparos (GUTIERREZ; PONTES, 2011, p. 14).

Assim, essa mulher que passa a ser chamada a doar cuidados a um filho, na verdade, necessita primeiro de cuidados. Conjecturando-se, dessa maneira, a um conceito negativo de família o que pode ter sido carregado para o conceito de família entre a díade mãe-filho desta mulher.

Já a desarmonia e desorganização no contexto matrimonial da P2, associada ao seu conceito de mulher que tem como obrigação sanar os desejos sexuais do parceiro, podem ser compreendidos por seu aprendizado de mulher como inferior e submissa ao homem.

Analisando os percentuais obtidos com o perfil dessas mulheres com depressão somando-se as que moram com o companheiro, que moram com o companheiro e filhos e que moram com os pais, companheiro e filho, contabilizam aproximadamente 33% do total. Podemos inferir a existência de uma correlação da depressão com a figura do companheiro. Já o olhar no discurso dispõe de uma reflexão mais específica e contundente sobre esse dado que é apresentado genericamente pelos números. No entanto, se analisarmos os percentis relacionado ao estado civil das mulheres com depressão, concluímos que esse aspecto relacionado ao companheiro não mantenha relação direta com o acometimento dessas mulheres. Já que, de acordo com os gráficos, aproximadamente 58% dessas mulheres vivem sem companheiro (somando-se viúvas, solteiras e divorciadas).

Outro elemento que apareceu na descrição do caso da P2 foram os aspectos místicos para compreender o fenômeno da depressão, o relato de estar possuída por um espírito pode ser apontado pelo psicólogo como uma consideração de elementos sócio culturais compreendidos pela paciente. Ainda, pode também remeter a compreensões acerca dos delírios místicos nosografados pela psiquiatria clássica.

“Sensação de estar possuída por algum espírito e que o filho também possa estar” (P2).

Acerca dessas compreensões da mulher numa posição social como inferior e ideal, percebemos como esses aspectos se relacionam com seus processos de adoecimento e como a psicologia os aborda. Dessa forma, podemos entender de que maneira a psicologia constrói suas interpretações sobre essas mulheres e de forma discorrem suas intervenções.

5.1.3 Figura opressora do pai

A categoria analisada aparece a partir de discursos que apontam a relação destas mulheres à figura de um pai que oprime. De acordo com Boris, Bloc e Teófilo (2012, p.27) “a maior parte da literatura feminista descreve os homens como uma categoria genérica, sem singularidade e opressora das mulheres.”

Sobre esse elemento, a discussão no âmbito psicológico se centra na organização do próprio contexto sócio familiar dessa mulher. “O contexto familiar é determinante na construção da subjetividade, podendo tanto gerar a reprodução de comportamentos violentos quanto uma grande aversão a eles, o que distancia os filhos de figuras parentais violentas” (*ibid*).

Essas descrições dos casos são construídas de acordo com o que é elaborado por essas mulheres, especialmente à partir do relato desta de como se configura o seu contexto e histórico familiar, no que tange as relações interpessoais, de acordo com o a construção dos vínculos, os conflitos existentes, o grau de aproximação e repressão e seus desdobramentos.

Aparecem nos registros dos prontuários dessas mulheres, os relacionamentos da díades pai-filha, marcados por profunda insatisfação, desamparo e opressão. De acordo com a análise desse discurso

“Infância difícil, com pai muito opressor e controlador” (P1).

percebe-se que essas mulheres vivenciaram num contexto de muitas adversidades que remontam a um passado, de certa maneira, traumático. Em determinados casos em que o contexto familiar encontra-se desestruturado com a violência decorrente da relação paterna

chegam a ser tão aversivas a ponto de que o filho se recuse em identificar-se com qualquer manifestação de virilidade. Segundo o que postulam Boris, Bloc e Teófilo (2012, p.22-23)

Para Corneau (1993), tal confusão é favorecida devido à manutenção, diante da diversidade sociocultural, do que denominou de paternagem inadequada: violência física ou simbólica regular prolongada; indução de culpa; falta de resposta às necessidades de afeto e de dedicação; ameaças de abandono com objetivo de punição ou de disciplina; “agarramento” ao filho para que ele cresça rápido demais para sua idade; e fazer do filho o “bode expiatório” da patologia familiar. Ou seja, apesar da diversidade dos modelos familiares e de paternagem, muitos homens ainda são construídos por meio de uma educação que apenas privilegia a hierarquia, a competição e a violência.

No registro da P1, é eminente que há uma relação entre sofrimento presente com acontecimentos de sua infância. Não especificados nas transcrições, mas suscitados na transcrição em um pai que oprime e controla.

Algumas vezes é bem simples se constatar a preocupação masculina em demonstrar, comprovar sua virilidade. Alguns tentam apresentá-la de forma a se comportar com violência e opressão (BORIS; BLOC; TEÓFILO, p. 19, 2012), principalmente quando essa figura é colocada como superior e mais forte diante da figura feminina, colocando-a numa posição de submissão diante dele e colocando-se num lugar de poder, sobretudo à ela. Além disso, Machado (p. 42, 2004) citado por Boris, Bloc e Teófilo, (p. 22, 2012) considera a ideia de que a virilidade dos homens esteja associada com seu poder de manipular e oprimir o corpo do outro em prol de seus desejos. “O esperado é que a mulher não diga não, porque esse não poderia ser denunciador de sua virilidade”.

Além disso, podemos notar que esses elementos presentes nos discursos corroboram e reforçam a ideia do homem, em suas funções sociais, como aquele que detém do poder e controle sobre o mulher. A partir disso, podemos ainda compreender como essa questão que surgiu do discurso influencia no processo de adoecimento dessas mulheres.

Acerca disso, podemos imaginar várias situações que pudessem ter feito emergir esse discurso no contexto clínico. Como, por exemplo, com o relato de uma mulher que foi violentada sexualmente na infância, ou mesma que tenha sofrido violência física quando criança, ainda que tenha tido uma infância permeada de deveres, de castigos e em função de juízo de valor do pai, onde o mesmo talvez ditasse como a mesma se comportasse.

Independente de como tenha se chegado a esse dado, ele revela que essa mulher tem lembranças traumáticas e de alguma forma relaciona com o acometimento da DPP.

Além disso, o fato desse tema ter sido levantado num ambiente de acolhida psicológica sobre essa mãe, talvez pudéssemos até imaginar que a queixa clínica de DPP fosse apenas uma consequência dessa infância difícil e/ou do desarranjo familiar com questões pouco ou nada resolvidas na vida dessa sujeita. Isto é, que os sintomas que levariam a depressão pós-parto estivessem, talvez, relacionados a um sofrimento que fora vivenciado no passado e não com o filho. Remonta-se a uma generalização que tenha havido na infância para as demais relações familiares de sua vida, inclusive com o filho.

Relacionado a esse aspecto, surgem representações de uma figura mãe-mulher que se sente incapaz, subjugada a padecer daquela condição inferior e oprimida. Mesmo tendo sofrido quando criança, o relato da P1 resgata um passado associado ao seu sofrimento à DPP, onde mostra-se, no momento presente, que a mesma se sente incapaz de dar conta dessa condição de mãe.

E por se encontrar nessa condição, não consegue dar conta dos cuidados com o filho, reforçando a ideia desta mulher como impotente. Logo, reforça a ideia da figura da mulher-mãe na sociedade como alguém frágil, que além de responsável pelos cuidados ao filho, da casa e da família é, ainda e nesse contexto, negligente, passando a ser vista com modelo repudiado de mulher-mãe. Portanto, passa a ser um figura rejeitada, por ela não dar conta de provê-lo, como destacado no registro dos prontuários.

Ao passo que o sentimento de opressão a faz acreditar que é menor e inferior, também contribui para que a mesma não saiba como lidar frente a situações complexas, sobretudo em circunstâncias que exijam dela força, posicionamento, controle, como o momento em que se torna mãe.

Já que, com eventos na infância, essa mulher tenha passado a ver o pai como uma figura opressora na medida em que demandava cuidados e afeto a mesma tenha sido oprimida pelo pai. Dessa forma, pudesse acontecer com seu filho semelhante ao que houve com ela, sendo ela convidada a doar de cuidados e afeto ao filho e acabando por reagir, nessa relação,

semelhante ao seu pai com ela, passando “intergeracionalmente” da figura oprimida para a figura opressora.

Na falta de um modelo de identificação masculina na figura paterna no lar - pois o pai está ausente, senão física, mas (ou também) simbolicamente (Corneau, 1993) -, é comum que os adolescentes busquem, fora de casa e longe dos pais, novos canais de expressão de sua virilidade e da frustração com o ambiente familiar. Desta forma, mais do que simplesmente aderir a um instinto gregário, os filhos buscam romper com e se afastar da figura paterna - e, também, da cultura predominantemente materna e feminina vivenciada em casa - para se incorporar a uma cultura masculina (Badinter, 1993), externa ao lar, em que a violência é um meio de expressão costumeiro (BORIS; BLOC; TEÓFILO, p. 23, 2012).

Conforme isso, pensamos como essa subcategoria que emergiu se relaciona com alguns “sintomas” e posturas adotadas por essas mulheres com DPP. A colocação acima de Boris, Bloc e Teófilo poderia explicar e até mesmo justificar comportamentos de rejeição e negligência dessas mulheres com seus filhos, partindo do pressuposto de que teriam rompido com a representação da figura materna vivida nesse contexto opressor.

Dentro dessa perspectiva, os discursos parecem ter significados implícitos que exigem do estagiário de psicologia certa sensibilidade e atenção. Existem elementos, além dos que emergem da fala, muitas vezes pouco identificáveis e muito valiosos que podem fazer muito sentido para a apropriação do adoecimento psíquico, que por vez auxiliam na reabilitação e elaboração do sofrimento pela usuária que muitas vezes não é possível sem a intervenção psicológica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desse estudo foi possível conhecer as demandas e intervenções psicológicas direcionadas às mulheres com depressão pós parto no SPA de Sobral-CE.

Além disso, verifica-se, não apenas com esse estudo, que a depressão pós parto é um tipo de adoecimento que envolvem muitos fatores, principalmente, aos fatores sócio culturais que a própria maternidade provoca. Dessa forma, vale destacar a importância do saber psicológico com sua visão não fragmentada do sujeito, percebendo e analisando todos os fatores que possam estar atrelados ao sofrimento dessas mulheres.

Com relação a oferta de saúde mental do SPA para as mulheres com depressão pós-parto, observou-se que esta se mostra muito importante e eficaz para as mesmas. Com esse estudo, foi possível perceber que o serviço se apresenta como importante suporte no processo de melhoria de comprometimentos mentais, apresentando-se como formidável apoio à própria rede pública de saúde mental que, pela grande demanda, não dá conta dos casos.

Por ser um tempo pouco explorado pela comunidade científica, espera-se que com esse estudo possam-se chegar a novas formas de perceber e compreender essas mulheres com DPP, bem como abrir espaço para novos estudos e reorientação do cuidado à elas e que despertem o interesse em pesquisas e trabalhos envolvendo essa temática.

Conclui-se que este estudo é de grande relevância científica, acadêmica e profissional por propiciar muitas reflexões e questionamentos acerca da depressão pós parto e dos modelos vigentes de oferta de saúde para essas mulheres. A vista destas considerações, espera-se que esta pesquisa contribua para a prática dos profissionais de psicologia e das outras categorias da saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, E. G. R. A morte do filho idealizado. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2012; v. 36 n. 1, p. 90-97, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/morte_filho_idealizado.pdf>. Acesso em 11 de nov. 2017.
- ANDRADE, Hamilton Leandro Pinto de et al. Depressão puerperal: o que dizem a mídia e a ciência. In: **Revista Científica Internacional**. v. 2, n. 9, p. 1-13, 2009.
- AUGUSTO, C. A.; SOUZA, J. P.; DELLAGNELO, E. H. L.; CARIO, S. A. F. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). *Rev. Econ. Sociol. Rural* [online]. 2013, vol.51, n.4, pp.745-764. ISSN 0103-2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-20032013000400007>>. Acesso: 16 de Setembro de 2017.
- BARBOSA, F.; MAUS, K.; LIMA, R. P., ZIMERMAN, D. E., LIMA, C.P (2003). Episódio BARROSO, C. O.; AQUINO E.E. **Transtornos psíquicos nas mulheres influenciados pelo período gravídico/puerperal**. Monografia para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem apresentada a Faculdade Barão do Rio Branco – FAB. Rio Branco, 2011.
- BORIS, G. D. J. B.; BLOC, L. G.; TEÓFILO, M. C. C. Os rituais da construção da subjetividade masculina. **Rev. O Público e o Privado** (UECE), v. 19, p. 17-33, 2012.
- BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <<http://bit.ly/2fmnKeD>>. Acesso em: 20 de setembro de 2017.
- CAPLAN, H. L., COGILL, S.R., ALEXANDRA, H., ROBSON, K.M., KATZ, R., & KUMAR, R. Maternal depression and the emotional development of the child. **British Journal of Psychiatry**, 154, 818-822. 2008.
- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. **Pesquisa qualitativa**: análise de discurso *versus* análise de conteúdo, out. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>>. Acesso em: 16 de Agosto de 2017.
- CHELLAPPA, S.L.; ARAÚJO, J.F. Transtornos do sono em pacientes ambulatoriais com depressão. **Rev. Psiq. Clín.** 33 (5); 233-238, 2006.
- COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E.R.A. Depressão pós-parto: considerações teóricas. **Estudos e pesquisa em psicologia**. v. 8. n. 3. p. 759 – 773. Rio de Janeiro, 2008.
- DIAS, V. Identificação de fatores de risco pode evitar depressão pós-parto. USP Notícias. Boletim n. 1526, 2004.
- FAGULHA, T; GONÇALVES, B. Assessment of symptoms of menopause and depression: Influence of the education level and other socio-demographic variables. Poster apresentado na VII European Conference on Psychological Assessment. 2005.

FERNANDES, RCL; ROZENTHAL, M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. **Rev Psiquiatr RS**, v.30, n.3, pp:192-200. 2008.

GAZALLE, FK; LIMA, MS; TAVARES, BF; HALLAL, P.C. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38 n.3, p.365-371, 2004.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D.T. **Métodos de Pesquisa**. 1ª Ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <<http://www.sorocaba.unesp.br/Home/Biblioteca/modelo-de-citacoes2.pdf>>. Acessado em: 13 junho 2017.

GOMES, L. A., TORQUATO, V. S., FEITOZA, A. R., SOUZA, A. R., SILVA, M. A. M., PONTES, R. J. S. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Revista Rene**. 2010; v. 11. p. 117-123.

GREINERT, B. R. M.; MILANI, R. G. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. *Psicol. teor. prat.* [online]. 2015, vol.17, n.1, pp. 26-36. ISSN 1516-3687.

GUEDES-SILVA, Damiana; SOUZA, Marise Ramos de; MOREIRA, Vilma Perez. **Depressão pós-parto: prevenção e consequências**. Mal-Estar e Subjetividade. Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 439-450, set., 2003.

GUTIERREZ, D. M. D.; PONTES, K. D. S. Vínculos mãe-filho: reflexões históricas e conceituais à luz da psicanálise e da transmissão psíquica entre gerações. **Rev. NUFEN**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 3-24, dez. 2011 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912011000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 dez. 2017.

KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. **Tratado de psiquiatria**. 6.ed. Porto Alegre: Artemed, 2004

KLAUS, M. H., KENNEL, J.H., & KLAUS, P. (2009). Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas.

LEAL, I., PIMENTA, F., & MARQUES, M. **Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas**. Lisboa: Placebo editora. 2012.

LIMA, MS. Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.21, p.1-5, 1999.

LINHARES, M. B. M.; CARVALHO, A. E. V.; BORDIN, M. B. M.; CHIMELLO, J. T.; MARTINEZ, F. E.; JORGE, S. M. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. **Paidéia**, FFCLRP-USP, Rib. Preto, Jan/Julho, 2010.

MALDONADO, T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. São Paulo saraiva, 2002.

MINAYO, M.C.S. et al. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2014.

MORAES, A. G. S.; et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista Saúde Pública**. v. 40. n. 1. p. 65 – 70, São Paulo, 2006.

NIEVAS, AF; FUREGATO, ARF; IANNETTA, O; SANTOS, JLF. Depressão no climatério: indicadores biopsicossociais. **J Bras Psiquiatr**, v.55, n.4. pp: 274-279, 2006.

OLIVEIRA, FRAF; FREITAS, RM. Atenção farmacêutica a um portador de depressão. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. IX, n.3, p: 54 - 66, 2012.

PAIN, J. S. O que é o sus. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.

PEREIRA, T. B. **Depressão pós-parto**: a importância do diagnóstico precoce. Monografia. 2013, 20 f. (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade do estado do Mato Grosso, Cáceres. 2013. Disponível em:<http://portal.unemat.br/media/oldfiles/enfermagem/docs/2014/projetos_tcc2013_2/prejet_o_tc_c_tatiane.pdf>. Acessado em: 16 de setembro 2016.

PROCHNOW, L. P.; LOPES, R. C. S. A relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio. *Psico* v. 38, n. 3, p. 285-291, 2007.

RAMOS, M. Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF**, v. 19 n. 2, p. 397- 410, 2007.

REZENDE, M. **Obstetrícia fundamental**. 11.ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2010.

RIBEIRO E.L. Psicóloga Clínica e Organizacional, colaboradora da Comunidade Canção Nova. 2010. Disponível em: <http://www.cancaonova.com/portal>. Acesso em: 10 de Junho de 2017.

RUSCHI, G. E. C.; et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v. 29. n. 3. p. 274 – 280. Vitória, 2007.

SÁ-SILVA, J R; ALMEIDA, C D de; GUIDANI, J. F. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. Ano I - Número I - julho de 2009.

SCHWARCZ, R; FESCINA, R; DUVERGES, C. **Obstetrícia**. 6.ed. Buenos Aires: Ateneo, 2005.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Revista Estudos de Psicologia**, v. 8. n. 3. p. 403 – 411. UFRS, 2003.

SILVA, E. T.; BOTTI, N.C.L. **Depressão puerperal**: uma revisão de literatura. **Revista eletrônica de Enfermagem**. Vol.7. n.2. p. 231 – 238. 2005.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria da Saúde e Ação Social. Núcleo de Comunicação e Arte da EFSFVS. 2007. **Mimeografado**.

SOUSA, S. M. S. R.; ARAÚJO, M. F. **A maternidade na história e a história dos cuidados maternos**. Revista Psicologia ciência e profissão. v. 24. n.1. p. 44 – 55. 2004.

SOUZA, I., & DAURE, S. A importância da família na prevenção da depressão pós-parto. **Psicol Clin**, 11, 117-132. 2010.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes. 2009.

STERN, D. N. **A constelação da maternidade**: o panorama da psicoterapia pais/bebê. Porto Alegre: Artes Médicas. 2012.

SZEJER, M., & STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher**: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011.

TENÓRIO, S. A; BRITO, E; SILVA T. Alterações psíquicas influenciadas pelo período gravídico puerperal. **Revista Enfermagem**, ano 9, n.34, p. 14-18, 2010.

THEME FILHA, M. M., AYERS, S., GAMA, S. G. N., LEAL, M. C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study. **Journal of affective disorders**, 194 (2016) 159 – 167. 2011/2012.

VERAS AB, RASSI A, VANECA AM, NARDI AE. Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. **Rev Psiquiatr RS**, v.28, n.2, pp:27- 38, 2006.

WAINER, J. Métodos de pesquisa quantitativa e qualitativa para a ciência da computação. In: Tomasz Kowaltowski; Karin Breitman. (Org.). Atualização em informática 2007. Sociedade Brasileira de Computação e Editora PUC rio, 2007, p. 221-262.

APÊNDICES

Apêndice A
ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

1. Dados sociodemográficos da usuária

1.1 Idade: _____

1.2 Bairro: _____

1.3 Estado Civil:

- Casada
- Solteira
- União Estável
- Divorciada/Separada
- Viúva

1.5 Reside com:

- Sozinha
- Companheiro (a)
- Companheiro(a) e filho(s)
- Pais
- Pais, companheiro(a) e filho(s)
- Irmãos
- Cuidador
- Parentes
- Amigos

1.6 Grau de instrução:

- Sem instrução
- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo

Ensino Superior Incompleto

Ensino Superior Completo

1.7 Profissão:

2. Data do primeiro contato com o serviço: ___/___/___

3. Como chegou ao serviço?

Demanda livre

Encaminhamento

Feito por quem?

Centro de Saúde da Família - CSF

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

Hospital

4 Dados clínicos do usuário

4.1 Faz o uso de medicação?

Não

Sim

Qual? _____

4.2 Procedimentos adotados:

Escuta

Encaminhamento

Orientação

Outro: _____

4.3 É urgente?

Sim

Não

4.4 Situação no serviço:

Lista de espera

Em atendimento

Desligamento

4.5 Qual a abordagem do estagiário que realizou o acolhimento do caso?

Psicanálise

Humanismo

Análise do Comportamento

4.6 Queixas:

4.7 Síntese da entrevista:

Apêndice B



**UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ**
CAMPUS SOBRAL
SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilma Sra. Coordenadora Administrativa do S.P.A. Zaíra Maria Diógenes Parente
Martins

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **“DEPRESSÃO PÓS PARTO: ANÁLISE DOS CASOS ATENDIDOS NO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA DA UFC SOBRAL”**, a ser realizada no Serviço de Psicologia Aplicada - S.P.A Raimundo Medeiros Frota, pela equipe de pesquisa composta por Paulo Henrique Dias Quinderé com a colaboração de Andriny Albuquerque Cunha, a pesquisa tem os seguintes objetivos:

- Analisar os casos de depressão pós parto atendidos no serviço de psicologia aplicada da UFC Sobral
- Discutir as intervenções psicoterapêuticas dos casos de depressão pós parto no serviço de psicologia aplicada
- Caracterizar o perfil sócio demográfico das mulheres atendidas
- Discutir os aspectos clínicos dos casos de depressão pós parto

Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

A pesquisa será realizada dentro dos conceitos da Resolução Nº 510 de 07 de Abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que visa atender aos fundamentos éticos e científicos, assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, para que não tragam nenhum risco ou constrangimento ao participante. Salientamos ainda que os dados serão

utilizados tão somente para realização deste estudo. Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Instituição, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Sobral, _____ de _____ de _____.

Professor Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé
Pesquisador Responsável pelo Projeto

Andriny Albuquerque Cunha
Colaboradora

**Concordamos com a
solicitação**

**Não concordamos com a
solicitação**

Zaira Maria Diógenes Parente Martins
Coordenadora Administrativa do Serviço de Psicologia Aplicada Raimundo Medeiros
Frota – S.P.A. do Curso de Psicologia da UFC, *Campus* de Sobral

Apêndice C**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS SOBRAL****TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS**

Os pesquisadores do projeto de pesquisa intitulado “**DEPRESSÃO PÓS PARTO: ANÁLISE DOS CASOS ATENDIDOS NO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA DA UFC SOBRAL**” comprometem-se a preservar a privacidade dos dados vistos e coletados nos prontuários do Serviço de Psicologia Aplicada de Sobral-CE, concordam e assumem a responsabilidade de que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. Comprometem-se, ainda, a fazer a divulgação das informações coletadas somente de forma anônima e que a coleta de dados da pesquisa somente será iniciada após aprovação do sistema CEP/CONEP.

Salientamos, outrossim, estarmos cientes dos preceitos éticos da pesquisa, pautados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Sobral, _____ de _____ de 2017.

Atenciosamente,

Paulo Henrique Dias Quinderé
Pesquisador Responsável

Andriny Albuquerque Cunha
Colaboradora

Apêndice D



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CEP/UFC/PROPEQ

Vimos, por meio deste documento, solicitar a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do projeto de pesquisa intitulado: **“DEPRESSÃO PÓS PARTO: ANÁLISE DOS CASOS ATENDIDOS NO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA DA UFC SOBRAL”** do pesquisador principal, **ANDRINY ALBUQUERQUE CUNHA**, por ser fundamentada num estudo analítico que utilizar-se-á apenas informações dos prontuários do Serviço de Psicologia de Sobral-CE, onde todos os dados serão analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos usuários descritos no prontuário. Trata-se de um estudo não intervencionista (sem intervenções clínicas) e sem alterações/influências na rotina/tratamento do sujeito de pesquisa, e conseqüentemente sem adição de riscos aos participantes ou prejuízos ao bem-estar dos mesmos.

O investigador principal e demais colaboradores envolvidos no estudo acima se comprometem, individual e coletivamente, a utilizar os dados provenientes deste, apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS Nº 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

Sobral, _____ de _____ de 201____.

Paulo Henrique Dias Quinderé
Pesquisador Principal

Andriny Albuquerque Cunha
Colaboradora

Apêndice E**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ CAMPUS SOBRAL****CARTA DE SOLICITAÇÃO DE APRECIÇÃO DE PROJETO AO COMITÊ DE
ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ –
CEP/UFC/PROPESQ**

Ao: Dr. Fernando Antônio Frota Bezerra
2017.

Em: _____ de _____ de

Coordenador do CEP/UFC/PROPESQ

Solicitamos a V.Sa. apreciação e análise, junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará-CEP/UFC/PROPESQ, do projeto intitulado “**DEPRESSÃO PÓS PARTO: ANÁLISE DOS CASOS ATENDIDOS NO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA DA UFC SOBRAL**”

Os pesquisadores possuem inteira responsabilidade sobre os procedimentos para realização dessa pesquisa, bem como estão cientes e obedecerão aos preceitos éticos de pesquisa, pautados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Atenciosamente,

Paulo Henrique Dias Quinderé
Pesquisador Principal

Andriny Albuquerque Cunha
Colaboradora

Apêndice F**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ****SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA DE SOBRAL-CE****AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL À REALIZAÇÃO DE PROJETO DE
PESQUISA**

Declaro, para fins de comprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará-CEP/UFC/PROPESQ, que o **SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA DE SOBRAL-CE**, dispõe de toda infraestrutura necessária para realização da pesquisa intitulada “**DEPRESSÃO PÓS PARTO: ANÁLISE DOS CASOS ATENDIDOS NO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA DA UFC SOBRAL**” a ser realizada pela pesquisador **PAULO HENRIQUE DIAS QUINDERÉ**.

Sobral, ____ de _____ de 201__.

Záira Maria Diógenes Parente Martins
Coordenadora Administrativa do Serviço
de Psicologia Aplicada da UFC de Sobral-CE

ANEXOS

ANEXO I



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS SOBRAL
SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA

**TERMO DE RESPONSABILIDADE
ATENDIMENTO ADULTO**

Eu, _____,
residente _____ e domiciliado _____ à
cidade de _____, portador da Identidade Nº
_____ e CPF _____, concordo em
participar de acompanhamento psicológico oferecido pelo Serviço de Psicologia
Aplicada (S.P.A.) da Universidade Federal do Ceará (UFC) *Campus* Sobral,
responsabilizando-me pelo referido processo. Em caso de estar impedido de
comparecer, comunicarei antecipadamente, com o mínimo de 24hs, à recepção
desta pelo fone (88) 3613-1651. Após 3 (três) faltas consecutivas sem justificativa e
na ausência de qualquer comunicação, fico sujeito à perda da continuidade do
atendimento. Reconheço, ainda, as seguintes regras contratuais deste serviço:

1. A frequência dos atendimentos é, preferencialmente, semanal;
2. Os atendimentos são realizados prioritariamente por estagiários sob supervisão de professores e técnicos;
3. O que acontecer no atendimento deverá ser tratado em situações de supervisão e poderá servir de material de pesquisa, resguardando sigilo;
4. Poderá ocorrer a utilização de técnicas de registro com autorização prévia dos usuários ou responsáveis;
5. É dever do usuário preservar as instalações do S.P.A., bem como dos seus materiais de serviço, não concorrendo para sua destruição e/ou degradação;
6. O usuário deverá comunicar ao serviço, caso haja alguma alteração dos dados cadastrais, como telefone para contato e endereço.
7. Os casos omissos serão tratados junto à Coordenação Acadêmica e/ou Administrativa do S.P.A.

Sobral, _____ de _____ de _____

Usuário Responsável

Coordenação
Serviço de Psicologia Aplicada – S.P.A.
UFC/Campus de Sobral

ANEXO II



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS SOBRAL
SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA

ROTEIRO DE ACOLHIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO: ____ / ____ / ____

NOME: _____

IDADE: _____ NATURALIDADE: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONES: _____

SITUAÇÃO DOMICILIAR (COM QUEM RESIDE):

COMO FICOU SABENDO DO S.P.A.?

MOTIVO DA CONSULTA

VEIO ACOMPANHADO DE ALGUÉM? QUEM?

SE JÁ FOI ATENDIDO EM ALGUM SERVIÇO DE PSICOLOGIA E/OU DE PLANTÃO PSICOLÓGICO, QUAL (S)?

PROCEDIMENTOS ADOTADOS (Encaminhamento, Orientação, Escuta...):

ESTAGIÁRIO RESPONSÁVEL: _____

SUPERVISOR RESPONSÁVEL: _____

TEMPO DE ATENDIMENTO: _____

ANEXO III



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS SOBRAL
SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA

Prontuário Nº _____ / _____

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO INICIAL

NOME:
FILIAÇÃO:
HORÁRIO PARA ATENDIMENTO:
QUEIXA(S):
SÍNTESE DA QUEIXA/ HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:
MORA COM:
ORGANIZAÇÃO FAMILIAR:
ESTADO GERAL DE SAÚDE E MEDICAÇÕES ESPECIAIS:



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS SOBRAL
SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA

Prontuário Nº _____ / _____

SÍNTESE DA ENTREVISTA:

OBSERVAÇÕES QUANTO AO ENCAMINHAMENTO:

ESTAGIÁRIO QUE REALIZOU A ENTREVISTA:

Grau de urgência: () Urgente () Não há urgência

Encaminhado para: _____ Sob a supervisão de: _____

Data do primeiro contato: ____/____/____ Data do encaminhamento: ____/____/____

Estagiário
Matrícula:

Supervisor
CRP: ____/____

Av. Lúcia Sabóia, 517/533, Centro, CEP: 62010-830 – Sobral, CE
Fone/Fax: (88) 3613.1651