

UFRRJ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO

**ASPECTOS PSICOSSOCIOCULTURAIS DA DEPRESSÃO PÓS-
PARTO EM MÃES LATINO-AMERICANAS: ESTUDO DE CASO
MÚLTIPLO**

CARMEN LUZ FLORES HUARACHA ANTUNES

2023



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**ASPECTOS PSICOSSOCIOCULTURAIS DA DEPRESSÃO PÓS-
PARTO EM MÃES LATINO-AMERICANAS: ESTUDO DE CASO
MÚLTIPLO**

CARMEN LUZ FLORES HUARACHA ANTUNES

Sob a orientação da Professora
Dra. Lilian Maria Borges

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração Psicologia.

Seropédica, RJ
Abril de 2023

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central/Seção de Processamento Técnico

“O presente trabalho foi realizado com apoio da
Coordenação de Aperfeiçoamento de
Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES)
– Código de Financiamento 001

This study was financed in part by the Coordenação de
Aperfeiçoamento de Pessoal
de Nível Superior – Brasil (CAPES) –
FinanceCode 001”

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro Biblioteca
Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A627a Antunes, Carmen Luz Flores Huaracha, 1988-
Aspectos psicossocioculturais da depressão
pós-parto em mães latino-americanas: estudo de
caso múltiplo / Carmen Luz Flores Huaracha
Antunes. - Seropédica, 2023.
110 f.

Orientadora: Lilian Maria Borges.
Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal
Rural do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Psicologia, 2023.

1. Depressão Pós-Parto. 2. Estudo Intercultural. 3.
Saúde da Mulher. 4. América Latina. I. Maria Borges,
Lilian, 1971-, orient. II Universidade Federal Rural
do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em
Psicologia III. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



TERMO Nº 439/2023 - PPGPSI (12.28.01.00.00.00.21)

Nº do Protocolo: 23083.025570/2023-30

Seropédica-RJ, 25 de abril de 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

CARMEN LUZ FLORES HUARACHA ANTUNES

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM: 17/04/2023.

Prof. Dra. Lilian Maria Borges

Universidade Federal Rural de Rio de Janeiro - UFRRJ

Prof. Dra. Valéria Marques Oliveira

Universidade Federal Rural de Rio de Janeiro – UFRRJ

Prof. Dra. Alessandra da Rocha Arrais

Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/FEPECS

Documento não acessível publicamente

(Assinado digitalmente em 25/04/2023 20:07)

LILIAN MARIA BORGES
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)
Matrícula: ###776#0

(Assinado digitalmente em 27/04/2023 10:18)

VALERIA MARQUES DE OLIVEIRA
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)
Matrícula: ###209#1

(Assinado digitalmente em 05/05/2023 12:09)

ALESSANDRA ARRAIS
ASSINANTE EXTERNO
CPF: ###.###.641-##

DEDICATÓRIA

Por que você está assim tão triste, ó minha alma? Por que está assim tão perturbada dentro de mim? Ponha a sua esperança em Deus! Pois ainda o louvarei; ele é o meu Salvador e o meu Deus.

Salmos 42:11

Dedico este trabalho às mães que venceram bravamente a batalha da depressão. Mulheres guerreiras que procuraram ajuda e foram mais fortes que seus medos.

AGRADECIMENTOS

Gratidão ao PAI, meu guia, meu socorro. Tudo com Ele e para Ele!

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Lilian Maria Borges, por ser minha mãe acadêmica. Me acolheu e me abraçou com sua sapiência, acreditando em mim, mesmo quando eu não acreditava.

Ao Jeferson, meu querido esposo, pelo apoio, incentivo e carinho. Como ele diz “Uma boa escalada pede uma boa companhia e dois mestrados valem mais que um”.

Ao Thiago, meu filho amado. Embora pequeno em idade foi grande em pensamento, sabendo apoiar e compreender as minhas dificuldades e ausências. Seu amor incondicional foi estímulo nos momentos difíceis.

Aos meus pais, Ernesto e Lusmila, pilares da minha formação como ser humano. Mesmo à distância, sempre acreditando em mim e dando-me forças para seguir.

À Lizbeth, minha melhor amiga e parceira desde o ventre. Ela fala do grande orgulho que sente por mim, mas a verdade que meu orgulho é maior por ela.

À minha sogra, Mariza e à tia Maria que me propiciaram momentos importantes de apoio incondicional e estímulo. Valeu demais!

Às mulheres, participantes da pesquisa que com seus relatos permitiram a construção do trabalho. Elas foram as verdadeiras protagonistas.

Aos meus professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e colegas, pela jornada de rico aprendizado.

Agradeço à Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro por todo aprendizado durante esses dois anos incríveis, por ter me possibilitado tantos encontros, oportunidades, alegrias, prazeres maravilhosos que levo comigo para a vida toda.

Gratidão eterna!

RESUMO

ANTUNES, Carmen Luz Flores Huaracha. **Aspectos psicossocioculturais da depressão pós-parto em mães latino-americanas: estudo de caso múltiplo.** 2023. 110p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2023.

O ciclo gravídico-puerperal é marcado por diversas mudanças significativas que requerem atenção multidisciplinar à saúde da mulher, de modo a lhe oferecer uma assistência integral para prevenir complicações obstétricas, além de evitar sofrimento psíquico. Para tanto, é preciso identificar e compreender os fatores que afetam o estado emocional de gestantes e puérperas e que, por conseguinte, aumentam os riscos para depressão e suas repercussões. Assim, realizou-se um estudo intercultural, com delineamento de caso múltiplo, tendo por objetivo investigar a influência de fatores psicossocioculturais na vivência da Depressão Pós-Parto (DPP) conforme o relato de mulheres provenientes de países latino-americanos. Foram entrevistadas seis mulheres de nacionalidades distintas, que haviam passado por depressão após o parto do filho há um tempo de, no máximo, três anos. Entrevistas semiestruturadas com cada uma das mães ocorreram em encontros realizados de modo individual e virtual, a partir de um roteiro com questões elaboradas para abordar aspectos relacionados ao histórico da gravidez, parto e puerpério; à visão da maternidade; a aspectos subjetivos e socioculturais da DPP; e a vivências e percepções sobre a DPP. Para complementar e contextualizar os relatos, as participantes responderam ainda a questionários para levantamento de dados sociodemográficos e para obtenção de informações sobre o quadro clínico da DPP, além de um roteiro de completamento de frases. Mediante análises qualitativas, realizou-se uma integração das informações reunidas, destacando diferenças e semelhanças observadas nas experiências e concepções das entrevistadas. Dentre os principais resultados encontrados, destaca-se a presença de estressores, tais como dificuldades conjugais, expectativas frustradas e diferentes tipos de violência. Limitações e lacunas estiveram presentes nos serviços de saúde dos diferentes contextos analisados, assim como houve evidências de aspectos socioculturais opressores. As mulheres destacaram a importância do acompanhamento profissional adequado e a necessidade de fortalecimento das redes de apoio no enfrentamento da DPP e mencionaram grupos de apoio e redes sociais como úteis para compartilhamento de experiências e suporte a mães que passam por situações semelhantes. Ao propiciar compreensão de fatores relacionados a quadros de depressão em mulheres latino-americanas no pós-parto, o estudo destacou a importância de se estimular cuidados culturalmente competentes na área perinatal para prevenir ou amenizar esse tipo de sofrimento.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto; Estudo Intercultural; Saúde da Mulher; América Latina.

ABSTRACT

ANTUNES, Carmen Luz Flores Huaracha. **Psycho-sociocultural aspects of postpartum depression in Latin American mothers: multiple case study**. 2023. 110p. Thesis (Master in Psychology). Institute of Education. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2023

The pregnancy-postpartum cycle is marked by several significant changes that require multidisciplinary attention to women's health, to offer comprehensive assistance to prevent obstetric complications, as well as avoid mental suffering. Therefore, it is necessary to identify and understand the factors that affect the emotional state of pregnant and postpartum women that may increase the risk of depression and its repercussions. Thus, an intercultural study was carried out, with a multiple case design, with the aim of investigating the influence of psycho-sociocultural factors on the experience of Postpartum Depression reported by women from Latin American countries. Six women of different nationalities who had postpartum depression participated in the semi-structured interviews. Each of the mothers participated in individual meetings based on a questionnaire designed to address aspects related to the history of pregnancy, childbirth, and the puerperium; the vision of motherhood; the subjective and sociocultural aspects of Postpartum Depression. To complement and contextualize the reports, the participants also answered questionnaires to collect sociodemographic data and obtain information on the clinical picture of Postpartum Depression, as well as a script to complete sentences. Through a qualitative analysis, the information collected was integrated, highlighting the differences and similarities observed in the experiences and conceptions of the interviewees. Among the main results found, the presence of stressors stands out, such as marital difficulties, frustrated expectations, and different types of violence, in addition, there were limitations and gaps in the health services of the different contexts analyzed, as well as evidence of oppressive sociocultural aspects. The women highlighted the importance of adequate professional follow-up and the need to strengthen support networks for coping with Postpartum Depression and mentioned support groups and social networks as useful for sharing experiences and supporting mothers who are going through similar situations. By providing an understanding of the factors related to depression in postpartum Latin American women, the study highlighted the importance of promoting culturally competent care in the perinatal area to prevent or alleviate this type of suffering.

Keywords: Postpartum Depression; Intercultural Study; Women's Health; Latin America

RESUMEN

ANTUNES, Carmen Luz Flores Huaracha. Aspectos psico-socioculturales de la depresión posparto en madres latinoamericanas: estudio de caso múltiple. 2023. 110p. Disertación (Maestría en Psicología). Instituto de Educación. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2023.

El ciclo del embarazo-puerperio están marcados por varios cambios significativos que requieren una atención multidisciplinaria a la salud de la mujer, con el fin de ofrecer una asistencia integral para prevenir complicaciones obstétricas, además de evitar el sufrimiento psíquico. Por lo tanto, es necesario identificar y comprender los factores que afectan el estado emocional de las gestantes y puérperas que pueden aumentar el riesgo de depresión y sus repercusiones. Así, se realizó un estudio intercultural, con diseño de caso múltiple, con el objetivo de investigar la influencia de los factores psico socioculturales en la vivencia de la Depresión Posparto relatada por mujeres de países latinoamericanos. Se entrevistaron seis mujeres de diferentes nacionalidades, que habían pasado por depresión después de dar a luz, por un máximo de tres años. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con cada una de las madres en encuentros individuales, a partir de un cuestionario diseñado para abordar aspectos relacionados con la historia del embarazo, parto y puerperio; la visión de la maternidad; los aspectos subjetivos y socioculturales de la Depresión Posparto; y experiencias y percepciones sobre este tipo de depresión. Para complementar y contextualizar los relatos, las participantes también respondieron cuestionarios para recolectar datos sociodemográficos y obtener información sobre el cuadro clínico de la Depresión Posparto, además de un guion para completar oraciones. Mediante un análisis cualitativo, la información recopilada fue integrada, destacando las diferencias y similitudes observadas en las experiencias y concepciones de los entrevistados. Entre los principales resultados encontrados, se destaca la presencia de estresores, como dificultades conyugales, expectativas frustradas y diferentes tipos de violencia, además, se presentaron limitaciones y vacíos en los servicios de salud de los diferentes contextos analizados, así como evidencia de aspectos socioculturales agobiantes. Las mujeres destacaron la importancia de un adecuado seguimiento profesional y la necesidad de fortalecer las redes de apoyo para el enfrentamiento de la Depresión Posparto y mencionaron los grupos de apoyo y las redes sociales como útiles para compartir experiencias y apoyar a las madres que están pasando por situaciones similares. Al brindar una comprensión de los factores relacionados a la depresión en las mujeres latinoamericanas en el posparto, el estudio destacó la importancia de fomentar una atención culturalmente competente en el área perinatal para prevenir o aliviar este tipo de sufrimiento.

Palabras clave: Depresión Posparto; Estudio Intercultural; La salud de la mujer; América Latina.

Lista de Quadros

Quadro 1. Fatores de risco e de proteção associados à DPP	17
Quadro 2. Caracterização sociodemográfica das participantes	32
Quadro 3. Aspectos médicos e psicossociais da gravidez.....	35
Quadro 4. Aspectos médicos e psicossociais do parto	38
Quadro 5. Aspectos subjetivos e socioculturais da DPP.....	43
Quadro 6. Caracterização da DPP nas participantes.....	46
Quadro 7. Fatores desencadeadores, preventivos e atenuantes de DPP ..	64

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde;
APA	American Psychiatric Association;
APS	Atenção Primária à Saúde;
CNS	Conselho Nacional de Saúde;
CSMC	Centro de Salud Mental Comunitaria (Peru);
CID-10	Clasificación Internacional de Doenças;
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Quinta Edição;
DPP	Depressão Pós-Parto;
MS	Ministério da Saúde;
OMS	Organização Mundial de Saúde;
ONG	Organização Não Governamental;
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde;
PNP	Pré-Natal Psicológico;
PONP	Pós-Natal Psicológico
PPP	Psicose Pós-Parto;
SUS	Sistema Único de Saúde;
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental;
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
THP	Thinking Healthy Programme;
ONG	Organização não Governamental;
USP	Universidade de São Paulo;
UFRJ	Universidade Federal de Rio de Janeiro

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
INTRODUÇÃO	3
CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO	6
1.1 Aspectos biopsicossociais da gravidez e do puerpério	6
1.2 A saúde mental da mulher no ciclo gravídico-puerperal	9
1.3 Depressão pós-parto: fatores associados e efeitos	14
1.4 Saúde mental no pós-parto: desafios na América Latina	19
CAPÍTULO II - MÉTODOS	25
2.1 Tipo de Pesquisa	25
2.2 Participantes	27
2.3 Instrumentos	27
2.4 Cuidados Éticos	28
2.5. Procedimentos de Coleta de Dados	28
2.6 Análise dos Dados	29
CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
3.1 Caracterização sociodemográfica das participantes	31
3.2 Histórico da gravidez e do parto: aspectos biopsicossociais	34
3.3 Visão da maternidade: aspectos subjetivos e socioculturais	42
3.4 Vivência da Depressão Pós-Parto	44
3.4.1 <i>Histórico, diagnóstico, características e tratamento médico</i>	45
3.4.2 <i>Atenção à depressão pós-parto no sistema de saúde</i>	47
3.4.3 <i>Aspectos subjetivos e sofrimento psicológico</i>	51
3.5 Implicações da Depressão Pós-Parto	53
3.5.1 <i>Implicações no cotidiano das participantes</i>	53
3.5.2 <i>Implicações na construção do vínculo mãe-bebê</i>	54
3.5.3 <i>Implicações no contexto familiar e suporte social</i>	57

3.5.4 <i>Implicações no modo de ver e levar a vida</i>	62
3.6 Fatores desencadeantes, de prevenção e atenuantes da DPP	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
APÊNDICE A.....	81
APÊNDICE B.....	83
APÊNDICE C.....	86
APÊNDICE D.....	88
ANEXO A.....	91
ANEXO B.....	92

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho foi dedicado ao alcance de maior compreensão de variáveis psicossocioculturais relacionadas à Depressão Pós-Parto (DPP), levando em consideração as particularidades da América Latina. A partir das narrativas de mulheres latino-americanas que vivenciaram esse transtorno, buscou-se analisar esse fenômeno com base em contextos sociais que se caracterizam por aproximações culturais e por diversos desafios comuns, como disparidades socioeconômicas, precariedades dos serviços de saúde e, ainda que com avanços importantes nas últimas décadas, taxas elevadas de mortalidade materno-infantil (MARQUES *et al.*, 2016).

O interesse de pesquisa pelo tema em questão nasceu da minha experiência como graduada em Obstetrícia¹ no Peru, meu país natal, onde iniciei minha carreira atuando em regiões marcadas por acentuada pobreza, desigualdades de oportunidade e carências de recursos públicos. Em meu exercício profissional como obstetrix² no sistema de saúde peruano, encontrei puérperas isoladas e em sofrimento, com sentimentos exacerbados e dificuldades para se adequarem a uma visão romanceada da maternidade.

Esse cenário, em que expressões de culpa e choro eram observados, evidenciou pressões socioculturais sobre as mulheres que as tornavam mais vulneráveis ao sofrimento psíquico. Ainda assim, durante meus contatos com outros profissionais da saúde, tanto no interior como em Lima, capital do país, percebi lacunas quanto ao suporte psicológico e educativo às mulheres assistidas. Era notória a falta de preparo adequado dos profissionais para o acolhimento às

¹ No Brasil, o curso de bacharel em Obstetrícia é ofertado por poucas universidades, como a USP e a UFRJ. Comumente, para se tornar um(a) obstetrix, realiza-se uma pós-graduação *lato sensu* em Obstetrícia, que é indicada para profissionais de Enfermagem e outras áreas da saúde.

² O obstetrix atua na área da saúde da mulher, desenvolvendo ações de cuidados e promoção da saúde no pré-natal, parto normal e pós-parto. Oferece assistência à gestante, ao recém-nascido e às comunidades, podendo atuar em maternidades, casas de parto, centros de parto normal, ambulatórios, consultórios, unidades de saúde e domicílios (informações obtidas em <http://www5.each.usp.br/bacharelado-em-obstetricia/>).

gestantes e puérperas e evidente a ausência de psicólogos no acompanhamento pré-natal e no pós-parto.

No Brasil, onde passei a residir alguns anos depois e tive a experiência pessoal de gestação e parto, observei que as necessidades e demandas psicológicas das gestantes e puérperas muitas vezes também não são priorizadas na assistência ofertada pelos serviços de saúde. Mobilizada por esta questão, fiz uma especialização em Psicologia Perinatal em busca de ampliar meus conhecimentos e habilidades para lidar com fatores psicossociais presentes no atendimento a essas mulheres. Não satisfeita, decidi prosseguir meus estudos no mestrado, com foco na saúde materna e aporte teórico-metodológico da psicologia.

Em minhas leituras iniciais, diante de uma crescente literatura científica relacionada à psicologia perinatal, minha atenção se voltou, em especial, à importância de maior investimento na construção de conhecimentos acerca da DPP, sobretudo em contextos de vulnerabilidades diversas, que demandam atenção interdisciplinar das equipes de saúde para prevenir não somente intercorrências físicas, mas também comprometimentos psicológicos.

Este estudo - de caráter qualitativo e descritivo – está, portanto, alinhado à relevância do trabalho multiprofissional em saúde, com vistas a uma abordagem humanizada e integral à saúde das mulheres na América Latina. Beneficiando-se da possibilidade do uso de recursos tecnológicos, a investigação foi voltada a ouvir mulheres oriundas de diferentes países, por meio de entrevistas *online*. A expectativa é de que os relatos obtidos gerem informações relevantes e com potencial para oferecer subsídios ao planejamento de ações preventivas e de práticas clínicas na área, com vistas a melhoria da qualidade da assistência às mulheres que estão passando pelo ciclo gravídico-puerperal.

INTRODUÇÃO

Expectativas e temores acometem mulheres de diferentes realidades sempre que se anuncia uma gravidez. A história de cada pessoa se inicia com as alegrias e os sofrimentos de uma mãe. Enquanto o ciclo da vida parece repetir-se infindavelmente, cada história é singular e nos traz o desafio do cuidado, da compreensão dos aspectos subjetivos e do esforço por adaptações socioculturais que permitam às mulheres um caminhar seguro e confortável frente aos desafios da gestação e da maternidade.

O ciclo gravídico-puerperal é repleto de mudanças hormonais, fisiológicas e psicológicas, além de requerer uma adequação do cotidiano da mulher a novas exigências sociais (ARRAIS; ARAUJO, 2017; SOUZA; ARAÚJO; PASSOS, 2020). No puerpério, fase que sucede ao parto e que se completa em torno de seis semanas mediante a involução uterina, são comuns preocupações e ansiedade decorrentes da chegada do bebê, incluindo dificuldades relacionadas à amamentação, alterações no campo da sexualidade, conflitos na interação com o companheiro e dificuldades na conciliação entre os cuidados demandados pelo bebê, o autocuidado e a atenção requerida por outras atividades e pessoas, como outros filhos (FELIZARDO, 2022).

Cerca de 10% das mulheres grávidas no mundo e 13% das mulheres no pós-parto sofrem de algum agravo em saúde mental (THEME FILHA, 2020). Conforme Sadock, Sadock e Ruiz (2017), dentre os transtornos que acometem as puérperas, a disforia puerperal (também chamada de *baby blues* ou tristeza pós-parto) é a condição mais comum, com incidência de 30 a 75% entre mulheres que dão à luz, a qual consiste em “*uma perturbação transitória do humor caracterizada por labilidade de humor, tristeza, disforia, confusão subjetiva e choro*” (p. 840). Trata-se de um sentimento de tristeza presente nos primeiros dias após o parto, que demanda atenção quando passa de duas semanas ou se houver características mais severas. Nestes casos, é necessário que um psiquiatra ou psicólogo possa identificar um possível diagnóstico de Depressão Pós-Parto (DPP) ou até mesmo de psicose pós-parto (psicose puerperal), condição mais rara (cerca de um a dois

casos em cada mil partos) em que a puérpera apresenta “*delírios e pensamentos de ferir o bebê ou a si mesma* (p. 839).

Em países em desenvolvimento, com maior desigualdade de renda e altas taxas de mortalidade materno-infantil, há maior prevalência da DPP (MARQUES *et al.*, 2016). No Brasil, Theme Filha *et al.* (2016) encontraram resultados alarmantes, que apontam para o fato de que uma em cada quatro mulheres (26,3%) no período de 6 a 18 meses após o parto vivenciam a DPP, cujos sintomas costumam se manifestar até 30 dias após o parto e incluem sentimento de tristeza persistente, além de alterações somáticas como dificuldade para dormir, diminuição acentuada de energia e alterações no apetite, na função gastrointestinal e na libido. Podem ocorrer ainda irritabilidade, raiva, sentimento de culpa, falta de esperança, impotência, dificuldade para criar vínculo afetivo com o filho, dúvidas constantes sobre a capacidade de cuidar do bebê, ansiedade extrema (ataques de pânico) e inclusive pensamento suicida (GONÇALVES *et al.* 2020; NIH, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta para a gravidade da DPP e esclarece que os transtornos mentais maternos são tratáveis mediante intervenções específicas e embasadas em uma correta compreensão clínica e psicossocial (OPAS/OMS, 2020). Ademais, é possível prevenir sua ocorrência, o que requer assistência às mulheres desde o período pré-natal (GONÇALVES *et al.*, 2020).

Esse cenário evidencia a necessidade da ampliação de pesquisas que visem obter informações relevantes sobre fatores que afetam a saúde mental das gestantes e puérperas com vistas ao planejamento de práticas interventivas junto a esse público-alvo. Vale ressaltar que essas intervenções, para maior eficácia, devem considerar os aspectos subjetivos e da história de vida de cada mulher, além de contemplar as influências do contexto histórico e sociocultural em que estão inseridas, de modo a estimular cuidados culturalmente competentes (ARRAIS, 2005).

A competência cultural tem sido cada vez mais valorizada na área da saúde e considerada um componente essencial dos cuidados eficazes. Pode ser descrita como a capacidade dos profissionais de compreenderem diferenças relacionadas ao contexto cultural dos usuários e, assim, prestarem cuidados de qualidade a uma diversidade de pessoas e famílias, com atenção a seus valores, crenças, rituais e modo de vida (COUTINHO *et al.*, 2019).

É notória a escassez de estudos que aprofundem a compreensão da DPP na realidade latino-americana, com atenção aos fatores predisponentes a esse transtorno na população desta região. No Brasil, embora maior atenção venha sendo conquistada na oferta de suporte psicológico a usuárias grávidas, ainda há muito a buscar em termos de políticas públicas e de ações efetivas no sistema de saúde para proteção da saúde mental destas mulheres e para favorecer uma vivência da maternidade com melhor qualidade e satisfação (ALMEIDA; ARRAIS, 2016).

Nesta perspectiva, o processo investigativo desta dissertação foi norteado pelo objetivo de compreender, mediante o delineamento de estudo de múltiplos casos, aspectos psicossocioculturais associados à DPP com base na narrativa de mulheres de nacionalidades distintas, provenientes de países latino-americanos. Como objetivos específicos foram estabelecidos os seguintes: identificação de fatores psicológicos, sociais e culturais que contribuem para o desenvolvimento ou manutenção da DPP; identificar reações do entorno social e familiar das participantes frente a DPP e quais suas expectativas quanto ao suporte social; verificar os modos como as mulheres lidaram com estressores relacionados a DPP; verificar se e como elas obtiveram assistência nos serviços de saúde de seus países de residência para prevenir ou amenizar a DPP; e integrar as concepções e experiências das participantes, destacando suas semelhanças e diferenças.

CAPÍTULO I

REFERENCIAL TEÓRICO

Além de situar aspectos teóricos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal, discussões acadêmicas e resultados de pesquisa recentes acerca da Depressão Pós-parto (DPP) foram descritos neste capítulo para fundamentar o campo de estudo em questão. Ademais, foi incluída um panorama sobre estudos latino-americanos relacionados à temática em tela.

1.1 Aspectos biopsicossociais da gravidez e do puerpério

No decorrer do ciclo gravídico-puerperal, ocorrem inúmeras e significativas mudanças biopsicossociais, que afetam o corpo, o bem-estar psicológico e o papel sociofamiliar da mulher, sendo importante considerar que a maneira como ela experiencia essas mudanças se refletem na relação mãe-bebê e na vivência da maternidade (CUNHA *et al.*, 2012; SONCINI *et al.*, 2019).

Dentre os aspectos biológicos, a gestante experimenta uma série de mudanças hormonais, fisiológicas e endocrinológicas em seu corpo ao longo dos três trimestres da gestação, que podem acarretar, por exemplo, ganho de peso e necessidades nutricionais específicas. Em uma gravidez normal, espera-se que a mulher ganhe em média 12,4kg, sendo 40% desse aumento relativo ao peso do feto, líquido amniótico e placenta, e o restante devido ao aumento de tamanho do útero e das glândulas mamárias, do volume sanguíneo, do líquido intersticial e da quantidade de tecido adiposo. Há ainda a necessidade de suplementação nutricional com ácido fólico, ferro, cálcio e vitaminas A, D, E, C, B1, B2, niacina, B6 e B12 (MALDONADO-DURÁN, 2011; ZUGAIB; FRANCISCO, 2016). Ademais, a mulher pode manifestar fadiga, sonolência, náuseas, vômitos e aversões e/ou desejos por certos alimentos (CUNNINGHAM *et al.*, 2000).

Já no aspecto emocional, apesar da gravidez ser, em grande parte das vezes, considerada como um período em que a mulher experimenta boas expectativas, existem ainda desafios que geram reações e sentimentos diversos. De fato, as grávidas costumam apresentar algum grau de ambivalência em seus

sentimentos, mesmo nas gestações planejadas. Assim, ao tomar consciência da gravidez, as mulheres tendem a experimentar reações emocionais tanto positivas como negativas, incluindo alegrias, amor, esperança, medo, ansiedade, insegurança, dúvidas e culpa (MALDONADO, 1997).

O processo em que a mulher assume a tarefa psicológica de “tornar-se mãe” requer uma série de modificações e ajustes na maneira de pensar e sentir, bem como em seu estilo de vida. Conforme Maldonado-Durán (2011), esse trabalho psicológico de adaptação apresenta três etapas principais: (1) "Estou grávida", algo que só acontece com ela e com seu corpo; (2) "Estou esperando um bebê", ou seja já inclui outro ser diferente dela e, por enquanto, dentro de seu corpo, e (3) "Estou esperando um bebê de ...", que inclui, além do bebê, o pai deste último ou abre espaço para a noção de paternidade.

Vale ressaltar que os comportamentos do feto também influenciam os sentimentos e sensações da grávida, como afirma Maldonado-Durán (2011). Por volta da sexta e da oitava semanas, já é possível, respectivamente, ouvir o coração do bebê e visualizar seus movimentos e o surgimento de seus membros superiores e inferiores por meio do exame de ultrassonografia. Essas informações sobre o desenvolvimento fetal afetam a mãe de maneiras diversas que vão desde admiração e felicidade por estar gerando um bebê saudável até preocupação e tristeza quando aparecem intercorrências.

A gestação se encerra com o parto, que consiste num acontecimento natural, porém permeado por significados culturais diversos. É considerado um fato marcante, um momento crítico em que há passagem de um estado a outro de forma irreversível, além de ser caracterizado pelo encontro entre mãe e filho, quando “a mulher desmistifica o bebê imaginário ou ideal em prol do bebê real” (GIARETTA; FAGUNDEZ, 2015, p.2).

O último estágio do ciclo gravídico-puerperal, de interesse maior neste trabalho, consiste no puerpério, definido por Brasil (2001, p. 175) como o período “em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico”. Este pode ser dividido didaticamente em puerpério “imediate (1 ° ao 10° dia), tardio (11 ° ao 42° dia) e remoto (a partir do 43° dia)”. Maldonado (1997) considera o puerpério como o quarto trimestre da gravidez. Tal fase é marcada por mudanças na vida da mulher

que acentuam sua sensibilidade e pode levá-la a um estado de confusão e desespero em alguns casos.

Chamando a atenção para as alterações biológicas, psicológicas e sociais deste período, Cantilino *et al.* (2010, p. 288) esclarecem que no puerpério:

[...] ocorrem bruscas mudanças nos níveis dos hormônios gonadais, nos níveis de ocitocina e no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que estão relacionados ao sistema neurotransmissor. Além das alterações biológicas, a transição para a maternidade é marcada por mudanças psicológicas e sociais. [...] há necessidade de reorganização social e adaptação a um novo papel, a mulher tem um súbito aumento de responsabilidade por se tornar referência de uma pessoa indefesa, sofre privação de sono e isolamento social. Além disso, é preciso reestruturação da sexualidade, da imagem corporal e da identidade feminina.

Dentre as alterações fisiológicas que acometem a mulher no puerpério, podem ser citados sintomas como fadiga, dores vagas, alterações no padrão do sono e apetite e falta de energia (BRASIL, 2001; FREITAS; SILVA; BARBOSA, 2016; MALDONADO-DURÁN, 2011). Em relação as alterações psicológicas, destacam-se preocupação materna primária, identificação com o bebê, hipersensibilidade ou labilidade emocional, crises de choro, alterações de humor e alterações cognitivas, como dificuldades de atenção, concentração e memorização (CANTILINO *et al.*, 2010; FREITAS *et al.*, 2016; FRIZZO; PICCININI, 2005; KONRADT *et al.*, 2011).

Os desafios em nível social incluem dificuldades na rede de apoio, com suporte insuficiente de família e amigos, relacionamento conjugal deficiente ou tempestuoso, ausência de parceiro, dificuldades no desempenho do papel materno pela ausência de experiências prévias ou experiências negativas e instabilidade financeira ou ocupacional (GIARETTA; FAGUNDEZ, 2015; KONRADT *et al.*, 2011).

Giaretta e Fagundez (2015, p.3) ressaltam que a rede social é fundamental para a puérpera, pois *“a ausência de apoio da rede de contatos poderá acarretar, para a mulher, insuficiência da função materna”*, sendo *“desejável a adaptação do casal à nova situação, pois tal ajuste constitui-se em uma das fontes de suporte social e emocional para o desenvolvimento do apego”*.

Assim, além da função de maternagem, no puerpério agregam-se condições relacionadas à subjetividade e ao contexto social da mulher que se refletem diretamente na sua saúde mental, o que o leva a ser considerado como um período de grande vulnerabilidade para a ocorrência de desordens e transtornos

psiquiátricos, como a tristeza materna (*baby blues*), a depressão pós-parto e a psicose puerperal (ARRAIS; ARAÚJO, 2017; ARRAIS *et al.*, 2019; CAMACHO *et al.*, 2006; CANTILINO *et al.*, 2010; FRIZZO; PICCININI, 2005; PERES, 2017; SILVA *et al.*, 2020).

A partir do exposto até aqui, percebe-se que o ciclo gravídico-puerperal é marcado por importantes desafios em níveis físicos/biológicos, psicológicos e sociais. Esses três conjuntos de fatores devem ser analisados conjuntamente e contemplados nos atendimentos ofertados nos serviços de saúde, com atenção adicional para a rede de apoio da gestante ou puérpera (PERES, 2017). Quando desordens ou transtornos se agregam a esse período, o desafio se torna ainda maior, com sintomas mais complexos e que impactam profundamente na saúde e na qualidade de vida da mulher e de sua família.

1.2 A saúde mental da mulher no ciclo gravídico-puerperal

Sentimentos diversos e, por vezes, ambivalentes, como felicidade, medo, insegurança e rejeição, são comuns quando falamos da transição à maternidade, pois, como afirma Maldonado-Durán (2011, p.4), com o “*nascimento de um bebê nasce também uma mãe*”, ou seja, esse novo papel social é uma construção, sendo influenciado tanto por fatores positivos – como os ganhos esperados – quanto por fatores negativos – como medos e preocupações. Porém, culturalmente falando, a gravidez tende a ser considerada como um período feliz e de realização e o amor materno como inerente à condição feminina (BADINTER, 1981). Essas expectativas podem ocasionar culpa e tristeza na mulher, além de desânimo em expor seus sentimentos. Em muitos casos, podem gerar sofrimento psíquico mais significativo, com comprometimento à saúde mental da gestante ou puérpera.

Nesse sentido, episódios de alteração de humor podem ter início durante a gestação ou no pós-parto. A esse respeito, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos em sua quinta edição (DSM-V) esclarece:

[...] entre 3 e 6% das mulheres terão um episódio depressivo maior durante a gestação ou nas semanas ou meses após o parto. Cinquenta por cento dos episódios depressivos maiores “pós-parto”, na verdade, começam antes do nascimento. Assim, esses episódios são chamados coletivamente de episódios do periparto. Mulheres com episódios depressivos maiores no periparto frequentemente têm ansiedade grave e até ataques de pânico (APA, 2014, p. 193).

O especificador “com início no pós-parto” foi incorporado ao capítulo de transtornos do humor do DSM-V e é usado para caracterizar os episódios com início até a quarta semana após o parto, além de ser empregado para apontar transtornos psicóticos breves (APA, 2014). Já no sistema de Classificação Internacional de Doenças (CID-10), os transtornos mentais relacionados ao ciclo gravídico-puerperal foram incluídos no capítulo de síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e a fatores físicos (F50 a F59), abarcando os transtornos iniciados até a sexta semana após o parto. Podem, ainda, ser classificados como doenças mentais ou doenças do sistema nervoso central complicando o puerpério (WELLS *et al*, 2011).

Observa-se manifestações clínicas na mulher como tristeza pós-parto, depressão durante a gravidez ou no período pós-parto, transtorno no vínculo mãe-bebê, psicose no período perinatal e no pós-parto (MALDONADO-DURÁN, 2011). Vale ressaltar, para efeitos diagnósticos, que esses transtornos não se diferenciam, do ponto de vista sintomatológico, daqueles que não ocorrem no período pós-parto ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; ARRAIS; ARAÚJO, 2017; ARRAIS *et al.*, 2018; CAMACHO *et al*, 2006; CANTILINO *et al.*, 2010; FRIZZO; PICCININI, 2005; GIARETTA; FAGUNDEZ, 2015; MALDONADO-DURÁN, 2011; SCHMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005).

Conforme dados recentes da Fundação Oswaldo Cruz, a depressão é o tipo de sofrimento psíquico mais frequente em gestantes, atingindo de 15 a 20% delas, porém há prevalência também de ansiedade (16%) e de transtorno de estresse pós-traumático (4%) (THEME FILHA, 2020). Em um estudo que objetivou estimar a prevalência de transtornos mentais no ciclo gravídico-puerperal e sua distribuição conforme variáveis demográficas, Almeida (2019) observou que o quantitativo de mulheres que apresentaram possível transtorno psiquiátrico durante o período gravídico chegou a 41,7% das entrevistadas, prevalência preocupante em termos da saúde mental. Entre essas gestantes, as variáveis sociodemográficas que mais se destacaram em relação ao risco para o diagnóstico de transtorno mental foram baixo nível socioeconômico, desemprego e/ou não estudar, não morar com o companheiro e já ter dois ou mais filhos vivos.

No puerpério, a tristeza pós-parto, também conhecida como “*baby blues*” ou “*maternity blues*”, é a forma mais leve das alterações de humor, sendo a ocorrência

mais frequente neste período, acometendo cerca de 26 a 85% das mulheres nos primeiros dias após o parto. Tem seu pico entre o quarto e o quinto dia seguintes ao parto, amenizando espontaneamente em duas semanas no máximo. É caracterizada como uma síndrome de hipersensibilidade emocional da mulher que passa a exibir crises de choro e apresentar labilidade emocional, marcada por alternância de sentimentos de alegria, irritabilidade e tristeza em seu cotidiano. Além disso, podem aparecer sintomas de ansiedade, bem como alterações cognitivas relativas a dificuldades de atenção, concentração e memorização e até mesmo sentimento de estranheza e despersonalização em alguns casos, podendo ainda, algumas mulheres, apresentarem elação (ANDRADE *et al.*, 2006; CAMACHO *et al.*, 2006; CANTILINO *et al.*, 2010; SCHMIDT *et al.*, 2005; SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

O *baby blues* não é considerado um transtorno por si só, pois está relacionado a uma resposta anormal às alterações hormonais que se iniciam logo após o parto, durando cerca de cinco a dez dias. Em geral, não prejudica o desempenho do papel materno e a criação de laços afetivos entre a díade mãe-bebê. Porém, caso os sintomas persistam para além do décimo dia pós-parto, isso pode indicar o princípio de um transtorno de humor mais grave (ANDRADE *et al.*; 2006; FRIZZO; PICCININI, 2005; MALDONADO-DURÁN, 2011).

A psicose puerperal é o transtorno menos frequente, em que a mulher apresenta episódios depressivos ou maníacos com sintomas psicóticos de maior gravidade e episódios psicóticos transitórios. Os primeiros sintomas que aparecem são euforia, humor irritável, logorreia, agitação e insônia. Em seguida, aparecem os delírios, ideias persecutórias, alucinações e comportamento desorganizado, desorientação, confusão mental, perplexidade e despersonalização. Se inicia nos primeiros dias após o parto e pode comprometer gravemente a capacidade funcional materna o que, por vezes, resulta em internação psiquiátrica, impactando diretamente na relação familiar e, principalmente, no vínculo entre mãe e bebê. Em casos extremos pode estar relacionado a quadros de suicídio ou infanticídio, devido a alucinações maternas de comando para matar o bebê. Uma vez que a mulher apresenta a psicose puerperal, o risco de recorrência aumenta em 30 a 50% a cada novo parto (ANDRADE *et al.*, 2006; CAMACHO *et al.*, 2006; CANTILINO *et al.*, 2010; FRIZZO; PICCININI, 2005; SCHMIDT *et al.*, 2005; SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

No caso da depressão materna, foco principal deste trabalho, vale salientar que esta pode acometer as mulheres tanto no período gestacional quanto no pós-parto. Na fase gestacional, as variações endócrinas presentes interferem na condição psicológica da gestante que, devido a interação com os fatores socioculturais, pode levar a depressão. O quadro depressivo durante a gestação compromete a qualidade de vida da gestante, podendo ainda afetar o desenvolvimento fetal, ocasionando graves consequências materno-fetais, como o risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer, redução do índice de Apgar, aumento da probabilidade de parto cirúrgico e incidência de depressão pós-parto (ARAÚJO *et al.*, 2008; CAMACHO *et al.*, 2006; PERES, 2017).

No pós-parto, a depressão geralmente manifesta-se a partir das quatro semanas após o parto e completa sua intensidade máxima nos seis primeiros meses após o nascimento do bebê, podendo persistir por mais de um ano. Os sintomas mais frequentes são tristeza, isolamento, desinteresse pelo bebê e dificuldade de interagir com o mesmo, culpa, desinteresse sexual, alterações de apetite e do sono, dificuldade de concentração e choro fácil (SCHMIDT *et al.*, 2005).

Quanto ao humor, observa-se maior instabilidade e sintomas de ansiedade, podendo ocorrer ataques de pânico, choro frequente, sentimentos de desamparo e de desesperança. Nos casos de maior gravidade dos episódios depressivos, é possível ocorrer ideação suicida, pensamentos obsessivos envolvendo violência contra a criança e agitação psicomotora intensa (ANDRADE *et al.*, 2006; BARBOSA, 2016; CANTILINO *et al.*, 2010; FREITAS; SILVA; HOPCROFT, 2020; KONRADT *et al.*, 2011; SCHMIDT *et al.*, 2005; SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

De acordo com Arrais *et al.* (2019), as mulheres que apresentam transtornos depressivos durante a gestação, tem maiores probabilidades de serem acometidas pela depressão pós-parto, caso não haja alguma intervenção psicológica durante o ciclo gravídico. No estudo realizado pelas autoras sobre a relação entre depressão e ansiedade gestacional e a depressão pós-parto, todas as mulheres do grupo controle que apresentaram sintomas depressivos na gravidez também apresentaram sintomas de depressão pós-parto, evidenciando assim a depressão gestacional como um fator de risco para a depressão pós-parto, o que justifica a nova nomenclatura de “depressão periparto”, defendida pela APA desde 2014 (ARRAIS *et al.*, 2019).

O diagnóstico da depressão no ciclo gravídico-puerperal é realizado com base nas mesmas características clínicas da depressão em outros momentos da vida da mulher, não se diferenciando do ponto de vista sintomatológico (ZUGAIB; FRANCISCO, 2016). No entanto, acrescenta-se algumas especificidades, tais como um componente ansioso mais proeminente; aumento significativo na fase IV do sono; pensamentos recorrentes de causar danos ao bebê; pensamentos de agressividade contra os outros filhos, marido e até mesmo a avós/sogra, além de sentimentos ambivalentes acerca do bebê e da pressão pela responsabilidade de cuidar dos filhos. Tende ainda a requerer mais tempo para responder ao tratamento farmacológico, necessitando de mais agentes antidepressivos para se obter remissão dos sintomas. O diagnóstico correto é muito importante, pois, caso não seja tratada, como já mencionado, a depressão materna pode aumentar o risco de suicídio, além de prejudicar a capacidade de cuidado parental, resultando em efeitos adversos também para o desenvolvimento do bebê (ANDRADE *et al.*, 2006; ARRAIS *et al.*, 2018; CAMACHO *et al.*, 2006; MALDONADO-DURÁN, 2011).

Entretanto, existem algumas barreiras que impedem ou retardam a detecção da DPP, como o estereótipo de que a gravidez e o puerpério são fases de felicidade plena, sem espaço para tristeza. A própria mulher, ao se sentir culpada por não se encaixar nesse ideal de maternidade, pode colaborar para dificultar esse diagnóstico, não verbalizando seus sentimentos negativos (ANDRADE *et al.*, 2006; MALDONADO-DURÁN, 2011).

O tratamento para DPP conta com intervenções farmacológicas (antidepressivos) e/ou psicológicas e psicossociais. Dentre as intervenções psicológicas, Hopcroft (2020) destaca a Terapia Cognitivo-Comportamental, na qual os pacientes aprendem novas formas de pensar, agir e reagir às situações, mudando padrões de pensamento disfuncionais; a Terapia Interpessoal, que ajuda a desenvolver uma boa comunicação, criar redes de apoio social e ter expectativas realistas por meio do foco no contexto relacional do paciente; e a Intervenção pós-natal ou “interrogatório psicológico pós-natal”, que explora a experiência da mulher em um evento traumático, como o parto, por meio de uma entrevista semiestruturada, com o objetivo de reduzir o estresse psicológico.

Em relação às intervenções psicossociais, Hopcroft (2020) menciona os cursos de Pré-Natal Psicológico - PNP e Pós-Natal Psicológico - PONP, em que são abordados diversos temas, como as dificuldades da gravidez e a detecção e

tratamento do DPP; o suporte pós-natal, que pode incluir visitas domiciliares, consultas telefônicas e palestras educativas; o apoio de pares, que visa conectar mães com DPP a outras mulheres que superaram esse transtorno para ajudá-las a enfrentar a solidão, falar sobre as normas sociais da maternidade e encontrar um caminho a seguir; e as redes de comunicação, que são úteis para disseminar informações sobre a DPP.

No entanto, segundo a OPAS/OMS (2020, s.p.), embora existam tratamentos medicamentosos e psicológicos eficazes para depressão, menos da metade das pessoas afetadas no mundo (em muitos países, menos de 10%) recebe tais tratamentos. Os obstáculos ao tratamento incluem a escassez de recursos, a falta de profissionais treinados, o estigma social associado aos transtornos mentais e a romantização da maternidade. Outra barreira ao atendimento é a avaliação imprecisa. Em países de todos os níveis de renda, pessoas com depressão frequentemente não são diagnosticadas corretamente e outras que não têm o transtorno são muitas vezes diagnosticadas de forma inadequada, com intervenções desnecessárias (OPAS/OMS, 2020). Em suma, não se faz um rastreio da DPP nas consultas puerperais, o que gera uma lacuna.

No caso da DPP, estigmas, crenças padronizadas e generalizadas da imagem negativa de uma mãe com transtorno mental, além da falta de conhecimentos a respeito estão entre os motivos pelos quais mais da metade das mulheres com este tipo de sofrimento psíquico não procuram ajuda dos serviços de saúde. A escassez de dados estatísticos também prejudica o estabelecimento do senso de urgência sobre o tema (ANDRADE *et al.*, 2006; GIARETTA; FAGUNDEZ, 2015; MALDONADO-DURÁN, 2011; THEME FILHA, 2020).

1.3 Depressão pós-parto: fatores associados e efeitos

A depressão se caracteriza como um transtorno grave, com características e sintomas capazes de afetar a vida diária das pessoas por ela acometidas, como a capacidade de trabalhar, dormir, estudar, comer e aproveitar a vida. Porém, os sintomas da depressão variam de pessoa para pessoa, uma vez que a gravidade, a frequência e a duração do conjunto de sintomas vivenciados são influenciadas pelas condições específicas de cada indivíduo. Seu surgimento e desenvolvimento

se devem a uma combinação de fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos, havendo uma tendência, em alguns tipos de transtornos depressivos, de se manifestar em gerações de uma mesma família, porém não sendo essa uma regra (OPAS/OMS, 2012).

Conforme a OPAS/OMS (2012), a depressão é um transtorno mental frequente, com maior incidência em mulheres. Estima-se que atinja mais de 300 milhões de pessoas, de todas as idades, sendo a principal causa de incapacidade em todo o mundo. Em casos mais graves, a depressão pode levar ao suicídio, sendo que cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano, fazendo desta a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos.

A depressão da mulher no pós-parto tem recebido cada vez maior atenção através de discussões diversas, realização de pesquisas e proposição de programas preventivos, como o Pré-Natal Psicológico. Tal diversidade de trabalhos se justifica pelo reconhecimento de que o puerpério e o período subsequente se apresentam como uma etapa de profundas e subjetivas alterações psicológicas, sociais e culturais, bem como pelos impactos que atingem as mulheres com esse tipo de sofrimento psíquico e suas famílias. A depressão materna acarreta repercussões negativas no vínculo mãe-bebê e pode afetar as relações com outros familiares, em especial com o pai do bebê, além de prejudicar o desenvolvimento emocional, intelectual e cognitivo da criança a longo prazo (FRIZZO; PICCININI, 2005; SCHMIDT *et al.*, 2005; SCHWENGBER; PICCININI, 2003; THEME FILHA, 2020).

Nesse sentido, em termos de suas consequências, a depressão possui associação com a diminuição da qualidade de vida e pode interferir na interação entre a mãe e o recém-nascido, provocando prejuízos como comprometimento do afeto positivo, da sintonia afetiva e da regulação de comportamentos hostis e de intrusividade no bebê (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010). Ademais, as mulheres deprimidas são propensas a manifestar comportamento recluso e introvertido, gerando um ambiente de insensibilidade e falta de atenção a segurança, saúde e necessidades psicológicas do seu bebê (FRIZZO, PICCININI, 2005; GREINERT *et al.*, 2018).

Como já mencionado, além de levar a repercussões negativas no vínculo mãe-bebê, a depressão materna pode ainda afetar as relações com outros familiares, bem como levar a interrupção da prática do aleitamento materno

exclusivo antes dos seis primeiros meses de vida do bebê, ao contrário do que recomenda a OMS (MALDONADO-DURÁN, 2011).

Evidências mostram que as quedas nos níveis de progesterona e estrógeno não constituem a única ou mesmo a causa principal da DPP. Além dos fatores hormonais, outros fatores de natureza psicossocial devem ser considerados, como ausência do parceiro, morte de algum ente querido, traumas antes da gravidez (exemplo, abuso sexual), rede de apoio frágil, dificuldades econômicas, insatisfação com o trabalho, presença de mais de um filho pequeno, dificuldades no relacionamento conjugal e até episódios depressivos prévios (ALMEIDA, 2017; ARRAIS; ARAÚJO, 2017; ARRAIS *et al.*, 2018; CAMACHO *et al.*, 2006; FREITAS *et al.*, 2016; GIARETTA; FAGUNDEZ, 2015; HARTMANN; MENDOZA; HOPCROFT, 2020; PABÓN; VÉLEZ, 2014; SCHMIDT *et al.*, 2005; SOUZA; ARAÚJO; PASSOS, 2020).

Souza *et al.* (2020) ressaltam que a prevalência da DPP é maior nas adolescentes do que nas gestantes adultas. Nesses casos, parece estar relacionada a falta de maturidade afetiva, abandono dos estudos, entre outras mudanças que ocorrem em razão da maternidade.

É preciso considerar que a DPP não resulta de uma única causa. Existe um conjunto de fatores de risco, incluindo fatores físicos, emocionais e do estilo de vida, além de ter ligação com o histórico de problemas anteriores em termos da saúde mental. As mulheres com risco aumentado de desenvolver algum transtorno mental na gestação e no puerpério são aquelas que tem história prévia de problemas psicológicos, estresse extremo, exposição à violência doméstica, sexual ou de gênero, baixo nível socioeconômico, baixo apoio social, gravidez não planejada e complicações durante a gravidez e/ou parto (THEME FILHA 2020; SCHMIDT *et al.*, 2005).

Os fatores de risco e de proteção associados à depressão pós-parto são amplamente discutidos na literatura mundial, podendo, conforme Arrais *et al.* (2018), ser agrupados em três categorias relativas a fatores psicológicos e psiquiátricos, fatores sociodemográficos e contextuais, além de fatores físico-hormonais e obstétricos, como mostra o Quadro 1.

Quadro 1. Fatores de risco e de proteção associados à DPP

CATEGORIAS	FATORES DE RISCO	FATORES DE PROTEÇÃO
Psicológico e Psiquiátrico	Histórico de episódios depressivos pessoais anteriores à gestação ou história de DPP anterior, história familiar de transtornos mentais, presença de estresse na gestação, ansiedade ou depressão gestacional, antecedentes psiquiátricos pessoais, idealização da maternidade, insatisfação com a gravidez.	Participação em programas preventivos, como o pré-natal com base numa abordagem psicológica; gestante ter uma relação/ligação saudável com suas próprias mães.
Sociodemográfico e contextual	Idade materna, baixo nível de escolaridade, desemprego ou subemprego, ser solteira. Baixo apoio social e familiar, conflito e insatisfação conjugal, falta de apoio do parceiro, exposição à violência por parceiro íntimo.	Nível alto de escolaridade. Percepção de suporte social na gravidez e no puerpério, relações sociais positivas.
Físico-hormonal e obstétrico	História de síndrome pré-menstrual, desregulação hormonal e de citocinas inflamatórias, e da anemia pós-parto precoce. Complicação/intercorrência médica na gestação, gravidez não planejada; gravidez indesejada; parto cesariano, história de aborto espontâneo, ausência de amamentação até as oito semanas pós-parto, falta de acompanhamento pré-natal ginecológico, problemas no parto atual.	Analgesia de parto, amamentação contínua, parto via vaginal.

Fonte: ARRAIS *et al.*, 2018

Arrais *et al.* (2018) ressalta haver uma interação entre estes diversos fatores de risco - fisiológicos/hormonais, psicológicos e sociais - para a ocorrência da DPP. Considera-se, por exemplo, que os fatores individuais e subjetivos da gestante, a cultura na qual ela está inserida e a qualidade das relações entre esta mulher e sua rede de apoio podem impactar diretamente na vivência da maternidade e se associar ao surgimento deste transtorno. Além disso, as autoras verificaram que o pré-natal de abordagem psicológica associado a outros fatores de proteção pode proporcionar uma experiência da maternidade mais positiva e, por conseguinte, diminuir o risco de ocorrência de DPP.

Em uma análise crítica da literatura realizada por Freitas *et al.* (2016), os seguintes fatores de risco associados à DPP foram destacados: não ter companheiro, números de filhos excessivos, gravidez na adolescência, falta de apoio da família, condições socioeconômicas desfavoráveis, violência doméstica e quadros anteriores de depressão. Porém, as autoras consideram que a DPP pode atingir qualquer mulher no ciclo gravídico-puerperal, independente das variáveis presentes, o que demonstra a necessidade e importância de medidas de rastreio e detecção precoce dos sinais de depressão perinatal, com estímulo ao apoio substancial da família para a superação deste quadro clínico.

Ainda sobre os fatores de risco para a DPP, González-González *et al.* (2019) realizaram um estudo quantitativo de corte transversal, em que foram entrevistadas

139 puérperas, e observaram uma maior incidência de DPP em mulheres com idade inferior a 20 anos, solteiras, que já tinham filhos, com antecedente de quadro depressivo antes da gestação e que sofreram algum tipo de violência, sendo também a presença de ideação suicida um risco elevado.

Outro estudo, produzido por Hartmann *et al.* (2017), investigou as características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, de suporte social e morbidades em puérperas identificadas com DPP. Os autores identificaram os seguintes fatores de risco: depressão anterior, tristeza no último trimestre da gestação, histórico de depressão familiar, baixa idade e ter mais de um filho. Já o fator de proteção visto como associado à DPP foi o suporte social oferecido pela equipe de saúde à gestante, o que ajudou na redução de 23% da prevalência do referido transtorno.

Ao investigar o impacto do baixo suporte social durante a gestação como um fator de risco para o surgimento de depressão nos primeiros 60 dias após o parto, Konradt *et al* (2011) entrevistaram 1.019 puérperas, das quais 168 apresentavam DPP. Destas, verificou-se um maior risco àquelas que não receberam suporte do companheiro, de familiares e de amigos, o que indica o suporte social durante a gestação como um fator de proteção para a DPP.

Já no estudo de Silva *et al* (2020), em que foi mensurada a qualidade de vida de puérperas e identificada a prevalência de sinais sugestivos de DPP, verificou-se que o maior escore relacionado à qualidade de vida foi “família” e o menor score foi o socioeconômico. Vale destacar que na presença de sinais indicativos de depressão, todos os escores deste construto e seus domínios foram influenciados negativamente.

A partir desses estudos pode-se perceber que a DPP ocorre devido a um conjunto de fatores de risco que envolvem fatores físicos, emocionais, estilo de vida da mulher e agravos anteriores em saúde mental. Por outro lado, a depressão pós-parto acarreta várias dificuldades que prejudicam a qualidade de vida da mulher e podem influenciar no relacionamento familiar, além de comprometer o bem-estar da criança e, conseqüentemente, seu desenvolvimento a longo prazo.

1.4 Saúde mental no pós-parto: desafios na América Latina

Em âmbito mundial, agravos à saúde mental materna constituem um desafio para a saúde pública, mas, apesar disso, o tema não tem sido alvo de maiores investimentos, seja na atenção pré-natal ou na assistência voltada ao pós-parto. A Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS, 2020) alerta que, no mundo inteiro, cerca de 10% das gestantes e 13% das mulheres que acabaram de conceber mostram algum comprometimento em termos de sua saúde mental, sobretudo a depressão. Segundo Andrade *et al.* (2006), estima-se que a DPP acomete mais de 10% das mulheres em países desenvolvidos ocidentais.

A prevalência da depressão materna mostra-se maior em países em desenvolvimento, cujos índices sobem para 15,6% durante a gravidez e 19,8% após o nascimento da criança. De fato, países com maior desigualdade de renda e altas taxas de mortalidade materna e infantil apresentam maior preponderância de DPP (ALMEIDA, 2019; OPAS/OMS, 2020). Segundo Pabón e Vélez (2014), em alguns países da América Latina encontram-se valores médios e altos em relação a prevalência de síndrome depressiva após o parto, sendo de 15,3% no Chile, 12% na Argentina e 11% no Peru. Já os dados relativos à depressão perinatal dão conta de 66% das gestantes na Colômbia, mais de 45,6% no Brasil e 30,7% no México.

No Brasil, nos anos 2011 e 2012, foi conduzido o primeiro inquérito nacional para investigar a prevalência de sintomas de depressão em mulheres brasileiras no pós-parto, nomeado “Nascer no Brasil”. Quase 24 mil mulheres foram entrevistadas via telefone, com uso de uma escala de rastreamento. Como resultado, casos prováveis de depressão foram de 26%, ou seja, uma em cada quatro mulheres declararam ter sintomas de DPP (THEME FILHA, 2020).

Em seu estudo sobre a implementação do Programa *Thinking Healthy Programme* da ONG *Partners In Health* na cidade de Lima, Eappen *et al.* (2018) apontam que o Peru é um país que apresenta uma prevalência estimada de 24% a 40% de depressão perinatal, sendo que somente 10% das mulheres acometidas buscam os serviços de saúde mental.

Na Argentina, conforme Hopcroft (2020), estima-se uma prevalência de 18% a 37% de DPP, mas há uma escassez grande de estudos sobre esta intercorrência no país, o que a autora considera surpreendente dada sua “*história de abordagem*”

da saúde mental desde o século XIX e com a legislação nacional de saúde mental que garante o direito ao bem-estar mental para todos” (p. 6).

Na Colômbia, a prevalência de DPP também é um problema de saúde atual e que requer uma maior atenção. Segundo estudo de Pabón e Vélez (2014), a prevalência de DPP no país em questão é de 12,9%, apresentando-se em sua maior parte nas zonas urbanas em mulheres de 20 a 34 anos, primigestas e com nível de instrução superior.

Lara *et al.* (2017) realizaram um balanço da evolução das propostas para o cuidado da depressão perinatal no México utilizando informações já publicadas. As autoras encontraram nove estudos de prevalência no período de 1991 a 2018, os quais revelaram taxas de 6,6% a 24,6% de prevalência da DPP no país obtidas mediante entrevistas clínicas e taxas de 10% a 20% de prevalência por meio de autorrelato nas zonas urbanas. Já em relação a prevalência da DPP na zona rural, as autoras encontraram apenas dois estudos os quais mostraram uma taxa estimada entre 11% e 12,9%.

Esse cenário observado em países latino-americanos mostra a urgência da ampliação e fortalecimento de políticas públicas voltadas à saúde mental materna com atenção às necessidades de saúde da região e a suas peculiaridades socioculturais e econômicas. Dentre outras metas, espera-se que as políticas e programas favoreçam a prevenção e o tratamento da DPP de modo adequado e alinhado a diretrizes de humanização, tais como protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Isso requer o planejamento e implementação de intervenções preventivas e educativas embasadas em diferentes saberes e de fácil acesso às usuárias dos serviços de saúde dos países dessa região, tendo em consideração suas demandas e subjetividades.

Em termos de estratégias interventivas no Brasil, o pré-natal ainda é voltado predominantemente a riscos à saúde física da grávida e do bebê, sendo importante buscar uma adequada oferta de serviços de saúde que possam cuidar igualmente dos aspectos psicossociais do ciclo gravídico-puerperal. (THEME FILHA, 2020). Nessa direção, como complementar ao pré-natal médico tradicional, o PNP surgiu, no contexto brasileiro, como um serviço de atendimento perinatal que visa a prevenção da DPP, tendo por proposta oferecer procedimentos que propiciem maior humanização do processo gestacional, atenção psicológica e oferta de

informações às gestantes e suas famílias, de modo a ajudar a prevenir situações adversas decorrentes desse processo (ALMEIDA; ARRAIS, 2016).

Arrais, Mourão e Fragalle (2014) apresentam o PNP como um novo conceito em atendimento perinatal, capaz de propiciar maior humanização ao processo gestacional, ao parto e a parentalidade mediante encontros grupais temáticos, cuja ênfase recai na preparação psicológica para a parentalidade e prevenção da DPP. Um aspecto relevante do PNP está em seu caráter psicoeducativo. Com informações e práticas saudáveis, as mães podem encontrar no programa as ferramentas necessárias para enfrentamento de conflitos típicos dos desafios das adequações cotidianas requeridas na gestação e no puerpério.

De fato, há várias questões psicológicas associadas à maternidade que podem ser contempladas pelas atividades do PNP. Acerca da vivência do puerpério, o Ministério da Saúde destaca a importância da abordagem de temas como ansiedades decorrentes da chegada do bebê; vulnerabilidade psíquica da mãe (intensificada em casos de adolescentes); aspectos psicológicos na amamentação; alterações no campo da sexualidade; questões psicológicas relativas ao relacionamento com o companheiro; e ansiedades decorrentes do compartilhamento de atenção, principalmente em casos em que há outros filhos (BRASIL, 2006).

O PNP tem sido descrito e avaliado por vários trabalhos desenvolvidos no Brasil, sobretudo no Distrito Federal, como nos estudos de Arrais, Cabral e Martins (2012); Arrais *et al.* (2014); Almeida e Arrais (2016); Arrais e Araújo (2016). Outros estudos desenvolvidos no país que apresentam experiências relevantes de grupos semelhantes são os trabalhos de Tabaczinski e Silva (2018), no Rio Grande do Sul; de Santos e Assis (2019), em Rondônia; e de Benincasa *et al.* (2019), em São Paulo.

Oliveira, Barbosa e Melo (2016) ressaltam os programas sistemáticos de acompanhamento durante a gestação e o puerpério como essenciais para consolidação e aprimoramento das políticas de saúde na área e afirmam a potencialidade do trabalho grupal para empoderamento das mulheres grávidas. Defendem, desse modo, que tais intervenções sejam realizadas tanto na atenção primária como em centros especializados por todo o território nacional, com avaliações e adaptações às exigências locais.

No Equador, em um estudo comparativo sobre mulheres com e sem acompanhamento psicológico durante o período pré-natal, Sánchez e Quishpe (2019) comunicaram resultados obstétricos positivos como menor quantidade de indução, parto instrumentado, assim como benefícios na esfera psicológica e satisfação na experiência do parto.

Ampliando os horizontes, observa-se um crescimento da atenção voltada a estratégias preventivas e terapêuticas da DPP em cenário internacional. Em 2015, a OMS lançou o “*Thinking Healthy Program*” (Programa Pensando Saudável), um manual para o manejo psicossocial da depressão perinatal. O documento conhecido como THP descreve intervenções psicológicas de baixa intensidade que são baseadas em evidências para identificar e gerenciar uma série de condições relacionadas a saúde mental prioritária – como a depressão perinatal – desenvolvidas para aplicação em ambientes de saúde não especializados.

O THP foi elaborado para ser integrado a programas de saúde materno-infantil na atenção primária e se dirige a agentes comunitários de saúde, não requerendo nenhum conhecimento prévio ou alguma experiência em cuidados de saúde mental, de forma que estes possam incluir as diretrizes estabelecidas para o manejo da depressão perinatal em seu trabalho de rotina (OMS, 2015).

No referido manual, o manejo da depressão perinatal inclui as seguintes diretrizes: considerar as intervenções psicossociais como a primeira linha de tratamento da depressão durante a gravidez e a amamentação em detrimento da medicação antidepressiva, que deve ser evitada tanto quanto possível nesta população; incorporar os princípios gerais de cuidado, fornecendo instruções para a comunicação empática, clara e sensível com as mulheres e suas famílias; fornecer psicoeducação e terapia cognitivo-comportamental (TCC), se disponível; fornecer tratamentos auxiliares, como atividade física estruturada, relaxamento e resolução de problemas, se disponível; reativar redes sociais, enfatizando a importância do apoio social; e dar atenção ao bem-estar geral (OMS, 2015).

Segundo Eappen *et al.* (2018), o THP aborda somente quais as intervenções indicadas, mas não como implementá-las. Sendo assim, os autores desenvolveram um programa de treinamento em ONG para sua implementação em Lima, no Peru, por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da organização sem fins lucrativos “*Socios en Salud*” entre dezembro de 2016 a março de 2017. Como resultado desse trabalho os autores escreveram o seguinte:

Aprendemos como treinar o ACS em habilidades terapêuticas básicas importantes para este trabalho (ou seja, ouvir ativamente, expressar empatia, não julgar) e nas técnicas específicas baseadas na intervenção cognitivo-comportamental (identificação e substituição de pensamentos negativos e ativação comportamental). [...] A ênfase é colocada em apoiar a mãe para gerar pensamentos e práticas alternativas que se adaptem ao seu estilo de vida, com o ACS atuando mais como um treinador empático do que um conselheiro. Dramatizações em que dois membros da equipe de treinamento demonstraram ambos os estilos – o de dar conselhos e o de treinador empático – ajudaram o ACS a contrastar os dois estilos que eles praticaram posteriormente durante o treinamento (EAPPEN *et al.*, 2018, p.11).

Diante da escassez de dados sobre detecção, prevenção e tratamento da DPP na Argentina, Hopcroft (2020) realizou uma pesquisa para analisar esse processo no país e identificar as intervenções utilizadas. Ao entrevistar pessoas que trabalham diretamente com mulheres acometidas por DPP, seja por meio de consultas psicológicas ou encontros semelhantes, a autora reuniu várias informações refletidas em estratégias para uma consulta eficaz. Segundo a autora, as entrevistadas mencionaram algumas questões globais que configuram seu arcabouço conceitual para as intervenções, sendo elas: “o *conceito de maternidade, a contextualização da situação, o princípio do acompanhamento e a utilização de uma abordagem interdisciplinar e flexível*” (HOPCROFT, 2020, p. 23, tradução nossa).

Portanto, o primeiro passo na intervenção psicológica com usuárias com DPP é ouvir a mulher, de forma a entender o seu contexto, sua experiência e suas necessidades, identificando, assim, as manifestações e sintomas particulares de cada uma delas. Além disso, nessas primeiras consultas é avaliado se o caso se trata de *baby blues* ou DPP e se há necessidade de encaminhamento à psiquiatria e prescrição de medicamentos. O segundo passo é contextualizar e ouvir ativamente, identificando quais recursos internos e/ou externos que a mulher possui. A partir disso, pode-se desenvolver uma intervenção que priorize menor dano e melhor impacto, minimizando a modificação no estilo de vida.

Em síntese, a consulta é um processo fundamental do trabalho desses profissionais, que consiste em ouvir as necessidades da mulher, avaliar a gravidade da situação, considerar os recursos de que dispõe, oferecer lista de profissionais e garantir a adesão ao tratamento. Ao mesmo tempo, você deve mostrar empatia e apaziguar a mulher. A partir dos dados examinados, pode-se deduzir que as habilidades sociais, como a escuta ativa e compassiva e a capacidade de empatia, são uma parte essencial da abordagem do DPP (HOPCROFT, 2020, p.29, tradução nossa).

De acordo com Lara e Navarrete *et al.* (2018), há várias intervenções preventivas que possuem efeitos positivos no quadro de DPP, como as estratégias de prevenção universal que visam a informação e educação sobre o problema por meio da mídia. Uma das propostas destacadas nesse sentido é o estabelecimento do “Dia Internacional da Saúde Mental Materna”. Porém, no México, essas estratégias ainda não foram implementadas.

No México, uma intervenção psicoeducativa em grupo com perspectiva de gênero mostrou que era possível reduzir a prevalência e a incidência de DPP e foi avaliada como útil e satisfatória pelos participantes. Outra manobra é a suplementação de ácidos graxos ômega 3 em gestantes. Em nosso país, um estudo confirmou a redução dos sintomas de depressão pós-parto quando o ômega 3 foi administrado a mulheres grávidas [...] Uma experiência importante no México é a da Clínica de Depressão Pós-parto da Coordenação de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Médico Nacional 20 de Novembro. Esta clínica oferece tratamento a mulheres com DPP, em quarto compartilhado com o bebê. Consiste em dez dias de internação, com uma semana intermediária de internação para observar a evolução do humor. Não foi encontrado acompanhamento da eficácia desse tratamento (LARA, NAVARRETE *et al.*, 2018, p. 21, tradução nossa).

Embora a saúde mental seja o campo de atuação direta de psicólogos e psiquiatras, é importante que os demais profissionais das equipes de saúde estejam preparados para identificar as demandas presentes nos relatos e comportamentos apresentados pelas gestantes e puérperas, além de se atentarem para as informações oriundas da rede de apoio destas. São necessários profissionais que entendam que, além das dimensões biológicas, é preciso olhar os componentes psicológicos, familiares e culturais de suas pacientes, bem como de considerarem que os transtornos mentais maternos são evitáveis. Quando não for possível prevenir, devem saber que existem intervenções eficazes que possibilitam abreviar o sofrimento materno e minimizar seu impacto na dinâmica familiar (ANDRADE *et al.*, 2006).

CAPÍTULO II

MÉTODOS

Neste capítulo, está descrita a metodologia adotada no presente estudo, iniciando-se com a caracterização do tipo da pesquisa, passando pelos critérios de seleção das participantes (ou voluntárias), os instrumentos utilizados, procedimentos éticos e de coleta de dados, encerrando-se com a descrição de como foi feita a análise de dados.

2.1 Tipo de Pesquisa

O estudo proposto é intercultural e exploratório, de natureza qualitativa e descritiva, no desenho de um estudo de caso múltiplo, com a condução de entrevistas semiestruturadas, em profundidade, junto a mulheres de diferentes nacionalidades da América Latina. Os estudos de caso constituem um método de grande aplicação em pesquisas nas áreas de psicologia, sociologia, educação, administração e antropologia, tendo em vista possibilitar investigações relevantes e com potencial de aplicação de conhecimentos (VENTURA, 2007; GIL, 2017).

Com este tipo de delineamento, busca-se investigar um fenômeno contemporâneo inserido em um contexto real, conforme aponta Yin (2015). Este autor afirma que se trata de investigação empírica, caracterizada por um processo de planejamento lógico, composta por coleta e análise de dados e que atende tanto abordagens de pesquisas quantitativas quanto qualitativas. A partir de investigações sobre casos individuais, o método evoluiu ao ponto de ser empregado também em casos múltiplos.

Os estudos de casos múltiplos (ou coletivos) são aqueles em que o pesquisador estuda conjuntamente mais de um caso para investigar determinado fenômeno. Não podem ser confundidos, no entanto, com estudos de caso único que apresentam múltiplas unidades de análise (GIL, 2017, p. 85).

O levantamento de dados em estudo de casos múltiplos se dá através principalmente de técnicas inerentes à investigação qualitativa, como a entrevista e a observação (YIN, 2015). Desta maneira, Boyd e Westfali (1987) afirmaram que, por meio deste tipo de estudo, podem ser identificadas três situações: a existência de fatores comuns a todos os casos, de outro grupo de fatores não comuns a todos, além daqueles que existem em apenas um caso. Assim, ao entrevistar voluntárias de diferentes nacionalidades, buscou-se alcançar a identificação de fatores que levam a DPP nos distintos contextos em que estão inseridas, bem como a identificação de fatores específicos de casos singulares.

Para Angelini (2007) e Bartolomé (2003), estudos interculturais são importantes porque ajudam a obter uma visão verídica do mundo do qual formamos parte e podemos nos reconhecer. Eles abrem portas de conhecimentos e compreensão das diferenças e similitudes entre os distintos contextos, por expandir o campo das variáveis do comportamento humano, em comparação com a clássica investigação psicológica monocultural. Torna possível formular novas hipóteses explicativas do comportamento e podem ser de grande utilidade na solução de problemas em comum enfrentados por nações diferentes.

Segundo Holtzman (1968), uma investigação intercultural inclui, pelo menos, quatro fases ou etapas:

1. A primeira refere-se ao objetivo da investigação e à especificação das variáveis interculturais, relativamente às suas características internacionais, das subculturas, intercomunidades etc.;
2. A segunda fase inclui um estudo piloto para testar o plano e os instrumentos de coleta de dados, em caráter preliminar;
3. A terceira fase refere-se à realização do estudo propriamente dito;
4. A quarta e última fase abrange a análise definitiva dos dados, a interpretação e a publicação dos resultados

No presente trabalho, as novas tecnologias disponíveis somadas ao conhecimento linguístico da pesquisadora quanto aos idiomas português e espanhol geraram um cenário fértil para a busca de informações relevantes sobre as vivências de voluntárias de diferentes nacionalidades, na medida em que as tecnologias virtuais já permitem romper barreiras geográficas através da comunicação em tempo real.

2.2 Participantes

Participaram da pesquisa seis mulheres naturais de cinco diferentes países da América Latina, a saber: Brasil, Argentina, Colômbia, Venezuela e Costa Rica, sendo duas deste último país. Três das voluntárias tiveram suas experiências de gestação, parto e puerpério em países distintos de seus lugares de origem. Uma das entrevistadas residia no Peru, onde passou pela DPP. Outra teve sua experiência de gestação, parto e DPP no Equador, onde viveu antes de se mudar para o México. Outra entrevistada que saiu de seu país natal fez acompanhamento pré-natal em São Paulo (Brasil) e parto no Equador, país em que passou a morar.

A seleção destas mulheres seguiu os seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos; ter sido diagnosticada com DPP, conforme autodeclaração; não estar vivenciando quadros de DPP durante o recrutamento e entrevistas; ter grau de instrução relativo a, no mínimo, fundamental completo; não ter tido filho prematuro ou com alguma doença crônica.

2.3 Instrumentos

Encontros individuais e remotos foram realizados com cada uma das participantes para a investigação das variáveis de interesse na pesquisa mediante a utilização dos seguintes instrumentos, que foram apresentados em idioma português ou espanhol:

- Questionário Sociodemográfico (Apêndice A), construído para a obtenção de dados pessoais (idade, nacionalidade, estado civil, nível de escolaridade, religião, profissão/ocupação) e familiares (profissão do companheiro, número e idade dos filhos, coabitação) das participantes, além de informações sobre condição socioeconômica (renda familiar mensal, modo de acesso aos serviços de saúde).

- Roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice B), elaborado para as finalidades da investigação, cujas questões, apresentadas em formato aberto, foram organizadas em quatro eixos temáticos, a saber: histórico da gravidez, parto e puerpério; visão da maternidade, em seus aspectos subjetivos e socioculturais; vivência da DPP, incluindo impactos na rotina, nos relacionamentos com familiares e amigos e na interação com o bebê; e percepções sobre a DPP, sobretudo no que

se refere a seus fatores de risco e de proteção, modos de prevenção e influências do contexto sociocultural presente.

- Questionário sobre a DPP (Apêndice C), composto por um conjunto de questões objetivas de múltipla escolha, voltado para obtenção de dados relativos, por exemplo, a sintomas apresentados, mudanças provocadas e tipos de atendimento recebidos.

Roteiro de Completamento de Frases (Anexo A), elaborado por Arrais (2005) a partir de uma adaptação do instrumento original elaborado por Gonzáles Rey (2006). O uso do roteiro tem a finalidade de extrair dados sobre a simbologia individual de cada participante a partir da solicitação de continuidade de frases iniciadas, as quais versam sobre, por exemplo, o significado de ser mulher e ser mãe e sobre medos e sonhos.

2.4 Cuidados Éticos

Um projeto relativo a este estudo foi submetido, via Plataforma Brasil, à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Iguazu (CP - UNIG), sendo aprovado sob parecer N° 5.468.894 (Anexo B). Após a emissão do parecer positivo, foi enviado para cada participante potencial, em seu idioma materno, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que regulamenta as pesquisas com seres humanos (Apêndice D).

As voluntárias foram informadas de que teriam total liberdade quanto a participação ou não no estudo, sendo ainda assegurado o direito de desistência em qualquer momento. O termo foi produzido em uma linguagem clara e direta, com a inclusão do compromisso de manutenção do sigilo das informações concedidas e de proteção da identidade das entrevistadas no tocante à divulgação dos resultados da pesquisa.

2.5 Procedimentos de Coleta de Dados

A captação de participantes foi feita através de divulgação da pesquisa por meio de postagens em redes sociais, sobretudo em grupos de mães que compartilham conhecimentos sobre a DPP no Facebook, com orientações de

acesso à pesquisadora para aquelas mulheres que tivessem interesse e disponibilidade em colaborar. As mulheres que manifestaram interesse em integrar o estudo foram contatadas por meio de ligação via aplicativo WhatsApp, quando foi verificado se atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa.

Para aquelas que se enquadraram nos critérios desejados, foi enviado, por WhatsApp, o arquivo com a versão eletrônica do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ser lido e, havendo concordância com seu conteúdo, ser assinado e devolvido. Em seguida, foi agendado o primeiro encontro com cada participante, conforme sua disponibilidade. Na ocasião, a pesquisadora conduziu cada voluntária a responder às questões dos questionários sociodemográficos e do histórico da DPP, preenchendo-os com as respostas dadas.

No decorrer das entrevistas, realizadas em mais um ou dois encontros, as participantes foram estimuladas, conforme roteiro previamente elaborado e já descrito, a manifestar suas concepções e relatar suas experiências sobre a DPP. Elas contaram sobre seus contextos social e familiar, abordaram aspectos relacionados a própria mulher (estado emocional, autocuidado, alterações na identidade) e relataram sobre suas interações com o bebê e as estratégias de manejo de estressores presentes.

Nessa perspectiva, coube a pesquisadora adotar uma postura de escuta ativa, porém conduzindo os relatos de forma que os assuntos relevantes à pesquisa fossem abordados. As colaboradoras foram informadas sobre a oferta de devolutiva dos resultados da pesquisa posteriormente, concluída a coleta de dados, se assim o desejassem, sendo que todas elas se mostraram interessadas em acessar os resultados do trabalho.

As entrevistas foram gravadas e transcritas com a finalidade de melhor organização e análise de seus conteúdos. Os registros gerados foram armazenados e serão conservados na plataforma *Drive* do *Google* por um período de cinco anos. Neste prazo, apenas a pesquisadora terá acesso ao material na íntegra.

2.6 Análise dos Dados

O conteúdo das entrevistas foi analisado a fim de se verificar elementos em comum e singularidades nos diferentes casos estudados em busca dos fatores

influentes na DPP conforme as percepções e vivências das mães latino-americanas ouvidas no estudo. Teve-se por base a perspectiva fenomenológica em pesquisa, que segundo AmatuZZi (1996, p.5) é uma investigação qualitativa em que se *“designa o estudo do vivido, ou da experiência imediata pré-reflexiva, visando descrever seu significado; ou qualquer estudo que tome o vivido como pista ou método. É a pesquisa que lida, portanto, com o significado da vivência”*.

Na perspectiva fenomenológica, o pesquisador trabalha no nível de intencionalidade. Ao buscar uma informação singular, retira a teoria do foco para trabalhar com o empírico como via de produção do conhecimento e traz a possibilidade de construção de novas teorias. Sintonização com o todo vivido, encontro com os elementos experienciais e a articulação final são parte da estrutura geral de dita pesquisa (AMATUZZI, 1996).

AmatuZZi (2003, p 17-16) situa o sujeito entrevistado como colaborador, pois ele é quem melhor sabe das suas experiências. Nesse sentido, o pesquisador se propõe a aprender ou aprimorar seus conhecimentos com quem já vivenciou ou vivencia a experiência e, juntos, tratam de um assunto onde ambos saem transformados. Por tanto, o mundo vivido propicia ao pesquisador ir além do conteúdo meramente intelectual e alcançar o conteúdo afetivo-emocional que é específico para uma determinada pessoa ou grupo.

CAPÍTULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo está organizado ao longo de seis subtópicos em que os autorrelatos das entrevistadas se encontram descritos de acordo com os diferentes eixos temáticos de interesse desta pesquisa. Neste capítulo também há um esforço conjunto de discussão dos dados frente à literatura. Optou-se por iniciar cada subtópico (eixo temático) com integração dos relatos fornecidos pelas seis participantes para, em seguida, destacar particularidades dos casos estudados.

Primeiramente, para efeito de caracterização das participantes e compreensão de seus contextos de vida, são disponibilizadas informações sociodemográficas e do meio familiar destas, bem como são abordados aspectos biopsicossociais relacionados aos seus históricos de gestação e parto. Em seguida, são destacados aspectos subjetivos e socioculturais presentes na visão de maternidade por elas evidenciada.

Voltando o foco para o tema central da pesquisa, o subtópico seguinte descreve a vivência da Depressão Pós-Parto (DPP) pelas mulheres participantes, incluindo o histórico do transtorno, suas características e sintomatologia, assistência recebida no sistema de saúde e, em especial, suas reações emocionais e comportamentais subjacentes.

Na sequência, a ênfase recai nas implicações da DPP no cotidiano das entrevistadas, na construção do vínculo mãe-bebê, na rede de suporte social e no modo destas verem os eventos adversos. Por fim, aborda-se a percepção das mulheres acerca da DPP, apontando os fatores que consideraram como desencadeantes, preventivos e atenuantes deste tipo de transtorno.

3.1 Caracterização sociodemográfica das participantes

Integraram o estudo seis mulheres oriundas de diferentes países latino-americanos localizados na América do Sul (Argentina, Brasil, Colômbia e Venezuela) ou Central (Costa Rica), com faixa etária entre 34 e 44 anos (M=38,8). Vale ressaltar que metade das entrevistadas residiam em países distintos do país

de nascimento, embora também integrantes da América Latina. O quadro 2 apresenta a caracterização sociodemográfica das entrevistadas, sendo cada uma delas representada por um código formado pela letra P (participante), pela letra inicial do seu país de origem e pela idade que tinham no período da coleta de dados.

Das seis participantes, a maioria declarou ser de etnia branca (N=5) e possuir ensino superior completo (N=4), havendo ainda duas graduandas em psicologia. Todas elas relataram exercer ocupações extradomiciliares, relacionadas ou não às suas formações profissionais. Quanto à religião, três se declararam católicas, duas disseram não professar uma religião e uma informou ser atea.

Em relação ao contexto familiar, cinco mulheres mantinham relações conjugais estáveis, sendo três delas legalmente casadas e duas conviventes, e uma outra era divorciada. Apenas PB43 tinha mais de um filho e residia com mais de três pessoas. Todas possuíam renda superior a 4.000,00 reais³, com exceção de uma, que relatou renda até 2000,00 reais.

Quadro 2. Caracterização sociodemográfica das participantes

Cód.	Natural	Resid.	Idade	Raça	Religião	Est. Civil	Filhos	Renda
PB43	Brasil	Brasil	43	Branca	Católica	Casada	3	> R\$ 4000,00
PA44	Argentina	Argentina	44	Branca	-	Solteira (União Estável)	1	< R\$ 2000,00
PV35	Venezuela	Equador México	35	Parda	Católica	Solteira (União Estável)	1	> R\$ 4000,00
PCR40	Costa Rica	Costa Rica	40	Branca	Católica	Divorciada	1	> R\$ 4000,00
PC37	Colômbia	Peru	37	Branca	Cristã (nominal)	Casada	1	> R\$ 4000,00
PCR34	Costa Rica	Equador	34	Branca	Ateia	Casada	1	> R\$ 4000,00

Fonte: Entrevistas realizadas pela autora (2022)

Nota: Quatro das entrevistadas possuem graduação e duas estavam cursando nível superior no período das entrevistas

As variáveis sociodemográficas que mais se destacam quanto à prevalência de transtornos mentais entre gestantes são baixo nível socioeconômico,

³ Dados financeiros foram convertidos das moedas locais para o valor do Real em 12/12/2022.

desemprego e/ou não estudar, não morar com o companheiro e já ter dois ou mais filhos vivos (ARRAIS; ARAÚJO, 2017; ARRAIS *et al.*, 2018; CAMACHO *et al.*, 2006; FREITAS *et al.*, 2016; GIARETTA; FAGUNDEZ, 2015; GONZÁLEZ-GONZÁLEZ *et al.*, 2019; HOPCROFT, 2020; KONRADT *et al.*, 2011; LARA; NAVARRETE, 2018; MALDONADO-DURÁN, 2011; PABÓN; VÉLEZ, 2014; SCHMIDT *et al.*, 2005; SOUZA *et al.*, 2020). Esses dados contrastam com o perfil das entrevistadas deste estudo, cuja maioria possuía renda superior a 4.000,00 reais, trabalhavam e/ou estudavam, moravam com os companheiros e tinham apenas um filho.

Tal constatação nos leva a indagar acerca de outras variáveis que podem ter tido maior influência sobre o desenvolvimento da DPP na vida das participantes, como a qualidade de seus relacionamentos conjugais, o grau de contentamento com o suporte social e com as oportunidades percebidas no ambiente de trabalho e/ou estudos.

Não basta ter a companhia de um parceiro, é importante que o relacionamento atenda, em alguma medida, suas necessidades e expectativas. Assim também, nos ambientes de trabalho e estudos. De fato, há um conjunto de fatores que influenciam diretamente a ocorrência de DPP, os quais devem ser analisados de forma integrada e aprofundada, de acordo com a realidade de cada pessoa ou família.

É interessante observar que cinco das seis entrevistadas eram primíparas e tiveram o(a) filho(a) após os 30 anos de idade. Esse dado condiz com o fato da maternidade estar ocorrendo mais tardiamente nas últimas décadas frente ao interesse de parte significativa das mulheres de investirem primeiramente em seus estudos e início da vida laboral, motivadas pela busca de consolidação da carreira e realização profissional. Sobretudo em classes sociais mais favorecidas, é crescente o número de mulheres, na contemporaneidade, que, ao priorizarem a ascensão profissional, adiam ou não alimentam projeto voltado a ser mulher-mãe (BRUZAMARELLO; PATIAS; CENCI, 2019). De fato, o desafio da conciliação de múltiplos papéis e uma visão dicotômica entre vida pessoal e profissional podem levar as mulheres a postergarem a maternidade, ainda que haja o desejo de ser mãe junto com o desejo de ser profissional (BELTRAME; DONELLI, 2012; LOPES; DELLAZZANA-ZANON; BOECKEL, 2014).

Entretanto, ao contrário do que muitos supõem, nem sempre a maternidade em idade mais elevada implica em melhores condições emocionais e sociais para

cuidar de um bebê, como maior maturidade e segurança financeira (MARTINS *et al.*, 2017). O amadurecimento emocional não é resultado automático do avançar da idade, pois depende de muitas circunstâncias pessoais e contextuais. Após os 30 anos, a busca de uma maternidade idealizada pode ser exacerbada, promovendo sensações de fracasso e impotência. Ademais a adaptação ao bebê pode ser vivida com maior ambivalência diante da dificuldade de conciliar um modo de vida já bem estabelecido com as novas funções assumidas. Nessa perspectiva, a maternidade vivida mais tardiamente pode vir, inclusive, a influenciar o estado depressivo da mãe (RODRIGUEZ; CARNEIRO, 2013).

3.2 Histórico da gravidez e do parto: aspectos biopsicossociais

As participantes, com exceção de PCR40, relataram que tiveram gestação planejada, cuja descoberta foi recebida com predominância de sentimentos positivos. Todas elas fizeram acompanhamento médico pré-natal, ainda que PA44 o tenha feito sem a regularidade requerida. Excluindo náuseas e vômitos, apenas PB43 relatou intercorrências biológicas durante a gestação que exigiram maior atenção médica e repouso, o que ela acreditava estar relacionado a sua idade mais avançada (39 anos). Devido ao descolamento do saco gestacional após a 13^a semana, esta participante necessitou ficar mais de 50 dias em repouso rigoroso para evitar a perda perinatal. PV35 relatou ocorrência de hemorragia devido a cesariana.

No que se refere a impactos psicológicos no decorrer da gestação, somente PV35 e PC37 não relataram alterações significativas no estado emocional e vivências indesejadas. As demais referiram ansiedade, preocupação e/ou medo relacionados a intercorrências gestacionais (PB43), dificuldades financeiras, violência obstétrica (PV35, PA44), conflitos conjugais (PCR40) e mudança de país (PCR34).

Para uma melhor análise das vivências da gravidez, em seus aspectos médicos e psicossociais, o Quadro 3 apresenta um resumo das principais informações narradas pelas entrevistadas, com vistas a possibilitar uma compreensão mais individualizada do modo como cada uma delas percebeu e vivenciou este período do ciclo gravídico-puerperal.

Quadro 3. Aspectos médicos e psicossociais da gravidez

Participante	Aspectos Médicos	Aspectos Psicossociais
PB43	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento pré-natal com médico de confiança, que havia realizado seus dois partos anteriores. - Descolamento de saco gestacional na 13ª semana, com exigência de repouso por mais de 50 dias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestação planejada e bem recebida. Episódios de ansiedade e crises nervosas. - Acompanhamento psiquiátrico e uso de terapia medicamentosa.
PA44	<ul style="list-style-type: none"> - Primigesta, acompanhamento pré-natal sem regularidade, com faltas a consultas previstas e relato de violência obstétrica por parte das profissionais. Gestação dentro dos padrões de normalidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gravidez planejada e desejada. - Angústia e preocupação frente a questões financeiras e a situação político-econômica de seu país. - Sentimentos de solidão, sem rede de apoio.
PV35	<ul style="list-style-type: none"> - Primigesta, acompanhamento pré-natal na rede de saúde particular, por uma médica obstetra e uma doula. - Náuseas durante o primeiro trimestre gestacional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimentos de felicidade na descoberta da gravidez. - Nenhuma dificuldade relatada.
PCR40	<ul style="list-style-type: none"> - Primigesta, acompanhamento pré-natal com ginecologista na rede privada e realização de exames na rede pública. - Gestação dentro dos padrões de normalidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gravidez não planejada, companheiro não queria ser pai. - Vivência de sentimentos negativos, incluindo ansiedade e medo. - Tensão no relacionamento conjugal.
PC37	<ul style="list-style-type: none"> - Secundigesta, acompanhamento pré-natal na rede privada e exames realizados na rede pública. - Náuseas e vômitos até o 4º mês de gestação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gravidez planejada e desejada após aborto anterior, com vivência de sentimentos positivos. - Nenhuma dificuldade relatada.
PCR34	<ul style="list-style-type: none"> - Primigesta, acompanhamento pré-natal no Posto de Saúde de Butantã / SP – Brasil*. - Sonolência e esgotamento físico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestação planejada, com vivência de sentimentos positivos na descoberta. - Ansiedade devido a mudança de país e ao parto, já que tal contexto se caracterizou pelo aumento das incertezas quanto à moradia e demais aspectos sociais, além das angústias quanto à disponibilidade e qualidade dos serviços perinatais e obstétricos.

Fonte: Entrevistas realizadas pela autora (2022)

Pode-se observar que quatro das participantes relataram ter sofrido intercorrências psicológicas durante a gestação, o que parece evidenciar a influência destas vivências no desenvolvimento da DPP. Além das grandes mudanças no corpo e em papéis sociais, que requerem adaptações importantes, verifica-se aqui a necessidade destas mulheres de lidarem com outras mudanças significativas e ameaçadoras ao bem-estar, como complicações médicas na gravidez ou pós-parto, experiências estressantes na gravidez, dificuldade com a

lactância ou cuidados com o bebê, problemas financeiros e má experiência no parto (FELICE, 2022).

PB43 relatou que, frente às intercorrências médicas vivenciadas, começou a ter episódios de ansiedade e crises nervosas, com dificuldades para relaxar. Devido a esse fato, foi encaminhada para atendimento com psiquiatra e iniciou uma terapia medicamentosa ainda na gestação. Em suas palavras: *“Minha gravidez seguiu bem, mas fiquei bastante ruim psicologicamente. O que mais me perturbou é que não conseguia ter ligação com meu bebê. Isso me incomodou na gravidez toda”*.

PA44 narrou ter vivenciado angústia e preocupação na gestação frente à complexa situação político-econômica de seu país e às dificuldades financeiras decorrentes. Exibia sinais de ansiedade, como evidenciado em sua fala: *“quando eu estava grávida eu não conseguia arrumar a gaveta e não conseguia me vestir. O tempo todo eu estava preparando a bolsa com a roupa para trocar no hospital”* (PA44). Ademais, se sentia sozinha, sem rede de apoio, além de ter sofrido violência psicológica por parte da médica durante o pré-natal, cujas consultas não frequentou continuamente.

Assim afirmou PA44: *“[...] eu tinha tanto medo da obstetra. Toda vez que eu ia vê-la, achava que ela ia tirar a neném e me internar. Eu ia com esse medo a todas as consultas”*. Ela também afirmou que *“mesmo depois de ter a bebê eu ficava preparando a bolsa para o caso deles me internarem”*. Os fatos relatados por PA44 revelam caso de violência obstétrica iniciado já na fase pré-natal, com continuidade nas etapas subsequentes.

A violência obstétrica é uma ação contra a mulher que pode ocorrer durante a gestação, no pré-parto, parto ou pós-parto. Pode ocorrer em diferentes níveis, podendo ser manifesta de maneira explícita ou velada, gerando danos psicológicos (SANTOS; BARBOSA, 2022; ZANARDO et al., 2017). Pode ainda ocorrer de distintas formas, tais como violência verbal, física ou sexual e é causada pelos profissionais de saúde que deveriam ser os responsáveis pelo bem-estar e cuidados para com as pacientes, conforme sinaliza Jaber (2018, p.9). A correlação entre violência obstétrica e ocorrências de DPP representa um importante alvo de estudos de interesse para a Psicologia Perinatal. Devido a essas situações referidas como angustiantes, a participante declarou: *“Se hoje me perguntam se eu teria outro filho: de jeito nenhum, não estou louca!”*

A gestação de PCR40 não foi planejada, nem desejada, sendo permeada por muita ansiedade e medo em função da tensão presente no relacionamento conflituoso com seu companheiro. Já PCR34 afirmou ter se sentido feliz e animada no decorrer da gravidez, porém ansiosa e estressada devido à mudança que realizou de um país para outro.

Fatores como violências, baixo apoio social e complicações durante a gestação ou parto observados no relato das participantes deste estudo também foram descritos por outros autores, corroborando com as conclusões de Arrais *et al.* (2018), Theme Filha (2020) e Schmidt *et al.* (2005). Arrais *et al.* (2019) também sinalizam que mulheres que apresentam transtornos depressivos e ansiedade durante a gestação são mais propensas a apresentarem depressão pós-parto caso não haja nenhuma intervenção psicológica durante a gestação.

Além da violência obstétrica, há outros tipos de violência, tanto físicas quanto psicológicas, advindas de profissionais ou até mesmo do parceiro, parentes e amigos, podendo assim culminar em DPP devido às vivências traumáticas. Sugere-se iniciar intervenções preventivas como a sensibilização dos profissionais, familiares, amigos e das próprias pacientes quanto às repercussões negativas da violência para a saúde mental da mulher e da criança (COLONESE; PINTO, 2022, RIBEIRO, 2018). O baixo apoio social também pode influenciar, pois a mulher que se sente sozinha durante a gestação fica mais propensa a ter pensamentos depressivos (CRONEMBERGER, 2019). Além disso, as complicações, sejam médicas ou psicológicas, presentes na gestação ou no parto, também podem levar a mulher a apresentar humor rebaixado antes do parto, favorecendo o desenvolvimento da DPP (ESTÉVEZ; PÉREZ, 2022).

Em relação aos partos vivenciados pelas participantes, todos foram do tipo cesárea, o que reforça a forte tendência de partos com intervenção cirúrgica na América Latina, mesmo quando não há alguma situação de risco prevista que contraindique o parto normal (CERNADAS, 2019, DIAS *et al.*, 2022). Como mostra o Quadro 4, em quatro dos casos, o processo do parto se deu sem intercorrências obstétricas.

Quadro 4. Aspectos médicos e psicossociais do parto

Participante	Tipo de Parto	Dificuldades
PB43	Parto cesariano, por opção própria, devido ao desejo de realizar laqueadura. Parto tranquilo e acompanhado pelo marido.	Nenhuma dificuldade relatada.
PA44	Parto cesariano por ansiedade e ataques de pânico no último trimestre, sem intercorrências médicas. Equipe obstétrica optou por agendar a data. No entendimento da paciente a decisão teve relação com a proximidade de um feriado.	Violência psicológica por parte obstetrix e da médica ginecologista obstetra.
PV35	Parto cesariano devido à idade gestacional (41 semanas). Hemorragia durante o parto, necessitando de transfusão de sangue. No pós-parto, foi observado acúmulo de sangue e coágulos, com constatação de um cisto preexistente.	Parto tido como caótico, permeado por medos e inseguranças. Presença do marido por pouco tempo e realização de procedimentos na bebê contra a vontade da mãe.
PCR40	Parto cesariano devido à apresentação fetal pélvica. Leve mal-estar e inconsciência devido à anestesia	Choro por não ter sido como planejado, pois, desejava parto normal.
PC37	Parto cesariano programado devido a quadro de trombofilia, sem intercorrências médicas.	Nenhuma dificuldade relatada.
PCR34	Parto cesariano por trabalho de parto estacionário, sem intercorrências médicas.	Apesar de ter tido uma cesárea respeitosa, houve frustração por não ter sido possível o parto normal, como desejado.

Fonte: Entrevistas realizadas pela autora (2022)

Dentre as entrevistadas com experiência de parto positiva, PB43 o descreveu como tranquilo e destacou a importância da presença e apoio do seu esposo nesse momento. Realidade distinta foi narrada por outras duas participantes (PV35 e PA44), que evidenciaram ter vivido situação de violência obstétrica no parto. PV35 afirmou ter tido um parto “caótico”, permeado por medo, inseguranças e violências. Em suas palavras:

(...) era um hospital universitário, 20 alunos olhando para você, o médico pegava nos nossos seios, examinava a gente na frente de todos os alunos dele. Acho que tive síndrome pós-traumática. Ninguém diagnosticou, mas eu li e tive todos os sintomas que vinham até mim com aquelas cenas de violência que eu tive no hospital.

Além disso, ela se queixou de que só pôde ter o acompanhamento do marido por pouco tempo e de que não foi atendida em seus pedidos prévios, que incluía a solicitação de que ninguém efetuasse os procedimentos higiênicos com seu bebê antes que ela tivesse a primeira experiência de contato pele a pele com ele.

Segundo ela, “*me disseram sim a todos meus pedidos para me fazer a cesariana, porém não cumpriram nada do que foi combinado. Quando eu já estava ali aberta, não podia fazer mais nada*”. O cenário descrito por PV35 corresponde a mais um provável caso de violência obstétrica, no qual o ambiente acordado com a paciente não foi cumprido, além do mais a conduta da equipe médica gerou uma sensação de fragilidade e vulnerabilidade no momento do parto.

No dia seguinte, foi verificado, por ultrassonografia, uma aparente hemorragia interna, produto da cesariana. PV35 foi, então, transferida para um hospital mais bem equipado com indicação de emergência médica. Apesar de uma ressonância ter mostrado se tratar de um cisto simples anterior à gravidez, queriam que ela cumprisse o protocolo de cinco dias de internação para observação. Entretanto, ela exigiu alta ao terceiro dia, tendo em vista a não gravidez da sua condição clínica e o fato da situação estar alterando sua saúde mental, sobretudo considerando que, pelos protocolos do hospital, o acompanhante só poderia estar com ela por algumas horas.

A presença do acompanhante pode ser um aliado contra a violência obstétrica e os possíveis desconfortos comuns à cena do parto. De acordo com Muller, Martins e Borges (2021), o acompanhante constitui um elemento importante para a segurança da parturiente, diminuindo sentimentos de ansiedade e medo. No caso de mães solteiras ou sem companheiro, sintomas depressivos podem surgir devido ao sentimento de solidão e à falta de apoio social no momento do parto e nos dias seguintes. Nesses casos, a incorporação de profissionais da área de saúde mental pode constituir um suporte importante para evitar impactos negativos.

No Brasil, a Lei Federal 11.108/2005 (Lei do Acompanhante) confere às parturientes, nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), o direito à presença de acompanhante desde o trabalho de parto, passando pelo momento do parto até o pós-parto imediato (BRASIL, 2005). No documento intitulado *Intrapartum care for a positive childbirth experience*, a OPAS/OMS (2018, p.3) inclui a presença de acompanhante como umas das 56 recomendações para uma experiência positiva com o parto. Lamy *et al.* (2021) observaram que 51% dos países da América Latina possuem regulamentações vigentes conforme tal recomendação. De acordo com o estudo mencionado, só se encontrou na Argentina, Brasil, Chile, Uruguai e Venezuela legislação que assegura à parturiente indicar uma pessoa de sua eleição para a acompanhar no parto. Por sua vez,

Colômbia, Equador, México, Panamá e Peru fazem parte dos países que ainda estão formulando projetos de leis a esse respeito. No mesmo estudo, também se observou que há cenários em que os agentes públicos são resistentes à adoção desta prática e que são necessários esforços adicionais para ser cumprida a regulamentação do direito ao acompanhante.

Voltando ao caso da violência sofrida por parte de PA44, a obstetrix e a médica ginecologista obstetra mostraram-se contrariadas com desentendimentos em relação à data de realização do parto. Segundo a entrevistada, a médica queria agendar a cesariana para antes do feriado de Natal e o parto ocorreu justamente nesse dia. As duas profissionais faziam parte de uma instituição privada que fora contratada para fornecer serviços pré-natais, que incluía um curso. PA44 abandonou o curso pré-natal por não se sentir confortável durante as sessões. Tal fato, segundo ela, gerou insatisfação nas profissionais. Tanto a obstetrix que acompanhou o parto, quanto a médica insistiam em dizer que, caso a paciente tivesse concluído o curso, portaria-se de forma mais adequada. Pedidos para a presença do parceiro não foram atendidos. Ocorreu uma aparente punição pelo abandono do curso pré-natal.

O caso de PA44 é um exemplo do quanto o parto cesáreo, sem espera das contrações naturais, apresenta-se como um procedimento mais conveniente para os profissionais, ainda que o preço a ser pago seja a perda do protagonismo da parturiente. As agendas dos profissionais são priorizadas em detrimento dos anseios da paciente. Este grave reflexo da excessiva mecanização do agir leva os profissionais de saúde a se centrarem quase unicamente no diagnóstico, na doença e nas formas de tratamento, levando, por vezes, ao automatismo racional que interfere na decisão das mulheres, conduzindo-as à passividade na gravidez e no parto.

Analisando as variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil, Dias et al. (2022) destacam o crescimento substancial, nas últimas décadas, das taxas de cesariana em todas as regiões do globo, chegando a 21,1% de todos os casos de nascidos vivos. Estes autores afirmam que este fenômeno se dá, principalmente, pelo aumento de cesarianas desnecessárias em diversos países de média e alta renda. Por outro lado, os mesmos autores referenciam pesquisas que mostram estabilização ou redução nas frequências de cesarianas nos Estados Unidos, China e alguns países da Europa Ocidental.

Na América Latina e Caribe, a situação é ainda mais grave, chegando à taxa de 40,5% dos nascimentos, de acordo com estudo de Betrán *et al.* (2016), que analisou dados globais de cesarianas de 1990 a 2014. A América Latina, portanto, distancia-se da “taxa ideal” de cesarianas que foi estabelecida entre 10% e 15% pela comunidade internacional de saúde (OPAS/OMS, 2015). Cabe, no entanto, ressaltar que o parto por cesárea, quando bem indicado e realizado, também pode ser denominado parto humanizado, na medida em que a indicação visa minimizar agravos à mãe e ao bebê nestes casos excepcionais.

PCR40 mencionou ter sentido desconforto durante o parto, tendo recebido dose aumentada da anestesia, o que a levou a adormecer e a impossibilitou de ter o primeiro contato com o bebê logo após o nascimento. Assim, embora seu companheiro estivesse presente, a participante relatou frustração e choro, haja vista que desejava ter parto normal e a experiência ocorreu diferente do planejado. Ela acrescentou: “*Hoje vejo que não só chorava por isso, mas por muitas outras coisas que me aconteceram*”.

Verifica-se que, para além de temidas situações de desrespeito e perda de autonomia, muitas mulheres se ressentem pela frustração de que o parto, muitas vezes idealizado, acaba ocorrendo de modo diferentes do planejado ou desejado. Nessa direção, PCR34 relatou ter a sensação de que a experiência foi distinta do que ela desejava ainda que o parto tenha sido “respeitoso” e sem intercorrências. Ela queria e estava se preparando para um parto normal, mas terminou sendo cesariana por conta da dilatação estacionária. Em suas palavras:

Foi uma cesariana respeitosa, o pessoal da saúde me ouviu e explicou todas as intervenções que iam fazer. Fizeram contato pele a pele com meu bebê e meu marido estava presente o tempo todo. Não sofri violência obstétrica, poucas mulheres na América Latina podem dizer isso, mesmo assim fiquei com a sensação de que não era o que eu queria (PCR40).

O aumento da hospitalização e a intensa medicalização do corpo feminino resultaram na perda de autonomia e do protagonismo da mulher na cena do parto, trazendo à tona a violação dos direitos da mulher conhecida como violência obstétrica. A falta de informação de parte das mulheres cria um ambiente de vulnerabilidade, tornando-as dependentes dos saberes médicos e de outros profissionais que as acompanham (SANTOS; BARBOSA, 2022).

A atuação de psicólogos frente a violência obstétrica é de grande relevância. Este profissional deve agir como agente transformador de padrões desumanizados de atendimento e intervir na mudança institucional, de modo a contribuir para modificar o pensamento médico dominante. É necessário sensibilizar o contexto hospitalar para a integralidade humana e o protagonismo do paciente, em especial, a gestante. Também é necessário trabalhar nas questões educativas, apresentando informações que possam dar o poder de decisão à mulher, favorecendo seu conhecimento sobre seus direitos e de que deve ser tratada de forma adequada e com respeito a sua individualidade. Nesse sentido, as ações psicoeducativas tem potencial para tornar as mulheres mais autônomas em seus próprios processos de parto.

3.3 Visão da maternidade: aspectos subjetivos e socioculturais

Na perspectiva das participantes deste estudo, ser mãe, de um modo geral, envolve um misto de mudanças e emoções, alguns sacrifícios e responsabilidades. Seis categorias foram identificadas a partir do conteúdo de suas falas, conforme apresentado no Quadro 5, as quais retratam duas visões distintas.

A primeira delas foca em uma ideia da maternidade como fenômeno universal, ancorado na premissa do amor materno como uma condição (instintiva) inquestionável e inerente à condição feminina, que implica em transformações profundas, doação constante e sentimentos genuínos e predominantemente positivos.

A segunda visão parte de uma perspectiva mais crítica e contextualizada da maternidade, que passa a ser considerada em relação às múltiplas influências individuais, sociais e culturais, que determinam os modos como esta é exercida por cada mulher, em cada sociedade e momento histórico. Ou seja, a experiência da maternagem é ressaltada como única para cada mãe, em cada gestação, considerando ainda os contextos em que ocorre.

Quadro 5. Aspectos subjetivos e socioculturais da DPP

Perspectivas	Categorias	Falas ilustrativas
Universal	Maternidade como experiência integral e transformadora	(...) quando você se torna mãe, você se torna da cabeça aos pés. É uma nova perspectiva de vida (PB43).
	Maternidade como uma benção divina	Ser mãe é... uma dádiva divina, um presente de Deus (PB43).
	Maternidade como sacrifícios e responsabilidades	(...) gratificante, porém requer sacrifícios e responsabilidades que tornam essa experiência “cansativa” (PB43) Ser mãe é... responsabilidade (PC37), ... é difícil (PA44), é um desafio (PCR40)
	Maternidade como experiência única de amor e devoção	(...) significa carinho, muito amor e muitas vezes colocar as necessidades do outro acima das minhas, isso o torna forte e muito diferente de todos os outros relacionamentos (PCR34) Ser mãe é... amar (PCR34)
Contextual	Maternidade como construção sociocultural	Instinto materno é uma construção social da cultura popular (PV35) O instinto materno é superestimado (PCR34) Acredito nos aspectos psicossociais que interagem dialeticamente com a biologia (PCR34)
	Maternidade como processo e aprendizagem	Não deve ser um conceito linear, mas sim algo que se aprende, se constrói. (...) Não acontece como “mágica”, mas sim é construído na relação com o seu bebê (PV35) Ser mãe é... ser mutável (PV35).

Fonte: Entrevistas realizadas pela autora (2022)

Os maiores desafios da maternidade e enfrentamentos correspondentes, segundo as participantes são: as cobranças da sociedade, que exigem uma maternidade “perfeita”, sem erros; os mitos maternos e idealização da maternidade, sendo esta vista como algo divino e totalmente positivo; a exigência de uma perfeita integração social, em que a mãe consegue responder bem às múltiplas demandas inerentes a cada um dos seus papéis, incluindo cuidar dos filhos; o retorno ao trabalho, que, muitas vezes, é permeado por dúvidas, inseguranças e medos por ter que deixar o bebê sob cuidados de outras pessoas; as mudanças na identidade para incluir o papel materno; a possível privação da liberdade, em que a mulher pode não conseguir realizar tudo o que fazia antes de ter o(a) filho(a); a depressão pós-parto, que limita a visão da maternidade; e a necessidade de consciência dos próprios limites. Muitos desses desafios, como a cobrança da sociedade, os mitos maternos e a idealização da maternidade, constituem barreiras para a prevenção da depressão pós-parto, conforme citado por Maldonado-Durán (2011) e Andrade *et al.* (2006).

Para além do papel materno, as participantes evidenciaram ver a condição da mulher na sociedade em que vivem como cercada por constantes desafios que exigem luta e coragem. Nesse sentido para elas, ser mulher é difícil (PA44), é viver muito condicionada socialmente (PCR40), o que exige ser valente (PV35) e lutar diariamente para conseguir seus objetivos (PB43, PCR34).

As percepções e vivências das entrevistadas descortinam um cenário permeado de elementos estressores que provocam as feridas expostas em suas falas. O contexto latino-americano contemporâneo ainda é repleto de ideias centradas na perspectiva de que a mulher tem papel preponderante nas atividades domésticas e nas ações maternas. Ainda que mulheres latinas tenham se tornado protagonistas nos cenários acadêmicos e profissionais, a sociedade persiste em mantê-las sobre a pressão de desempenhar, com níveis próximos à perfeição, as tarefas relacionadas à maternidade e ao lar. Ao perscrutar as diferenças de gênero na América Latina, Marchionni, Gasparini e Edo (2019) denunciam tal cenário, apontando discrepâncias em temas como educação, família e mercado de trabalho. Nesse sentido, mostram como a situação latino-americana se difere dos progressos obtidos na América Anglo-saxônica e na parte ocidental da Europa, por exemplo.

De fato, na América Latina, ainda se observa forte presença de uma cultura patriarcal, que impõe a mulher múltiplas jornadas de trabalho, ou seja, ela pode ter ambições profissionais desde que atenda com rigor as exigências domésticas e de cuidado aos filhos, nem sempre partilhadas com o companheiro. Ademais, Marchionni *et al.* (2019) chamam a atenção para a discriminação ou preconceitos de gênero contra mulheres no mercado de trabalho, com seleção de mulheres para empregos de menor produtividade em troca de certas comodidades, como flexibilidade para que possam desempenhar atividades domésticas.

3.4 Vivência da Depressão Pós-Parto

Embora cada experiência de DPP seja única, há elementos que se repetem e constituem evidências de fatores de risco para este transtorno, bem como há caminhos percorridos cujas semelhanças permitem a análise sobre a efetividade de procedimentos relevantes para a superação dessa condição.

Por conseguinte, para maior compreensão sobre os relatos de cada entrevistada foram analisados o histórico da DPP, a assistência médica recebida, além de questões subjetivas presentes em suas narrativas.

3.4.1 *Histórico, diagnóstico, características e tratamento médico*

Metade das mulheres entrevistadas relatou não ter histórico psiquiátrico prévio à gestação e a outra metade relatou ter sofrido algum transtorno psiquiátrico anterior a esse período, como estresse pós-cirúrgico, ansiedade (PB43) e depressão (PA44 e PC37). No que se refere a DPP, de um modo geral, a partir dos sintomas inicialmente percebidos, como alteração no estado emocional e dificuldades nos cuidados ao bebê e nas atividades diárias, elas procuraram avaliação de profissional de saúde mental (psiquiatra e/ou psicólogo) com apoio do companheiro ou por sugestão de profissional ou parente. Assim, todas tiveram diagnóstico formal desse transtorno.

PB43 relatou ter sentido medo ao exercer os cuidados com o bebê e dificuldades em sentir amor por ele. Tinha pensamentos intrusivos de que podia fazer mal ao mesmo e, como isso não passou com o tempo, ela resolveu procurar ajuda psiquiátrica, quando foi diagnosticada com DPP. PA44 suspeitou que estava com DPP devido a sensação de angústia que passou a sentir. Então, juntamente ao seu companheiro, procurou ajuda psiquiátrica, tendo a confirmação de tal diagnóstico. PCR40 percebeu que não estava bem logo após o nascimento do bebê. Cinco meses após o parto, procurou ajuda profissional e o diagnóstico foi estabelecido.

Em três outros casos, a busca de ajuda profissional se deu a partir da influência de outras mulheres, seja por observação de semelhanças no quadro clínico ou por sugestão e incentivo. PV35 relatou que a neonatologista percebeu seus sintomas depressivos quando sua filha foi internada e sugeriu uma avaliação psiquiátrica, que culminou com o referido diagnóstico. PCR34 percebeu dificuldade em fazer suas atividades diárias e aumento em seu nível de ansiedade, o que a levou a conversar com uma prima, quem sugeriu que ela procurasse a ajuda de um psicólogo. Já PC37 percebeu que apresentava sintomas parecidos com o da sua irmã, que havia vivenciado a DPP. Ela, então, procurou um psicólogo e depois um psiquiatra, que confirmaram o diagnóstico.

O Quadro 6 apresenta os resultados de um questionário clínico sobre a DPP aplicado às participantes. Com base neste instrumento, observou-se que os sintomas da DPP começaram, na maioria dos casos, alguns dias após o parto, tendo diagnóstico formal e duração de dois a três anos. Algumas mudanças marcantes que influenciaram a DPP foram desemprego, luto, violências, antecedentes depressivos, assalto, dentre outros. O atendimento mais utilizado para a DPP foi a psicoterapia e todas as participantes fizeram uso de medicação.

Quadro 6. Caracterização da DPP nas participantes

Questão	Respostas	Participantes
Início dos sintomas de depressão	Durante a gravidez	PA44
	Logo após o parto	PB43, PV35
	Alguns dias após o parto	PCR40, PC37, PCR34
Diagnóstico formal da DPP	Sim	TODAS
Tempo passado desde a superação da DPP até o dia da entrevista	Um ano	PA44
	Dois anos	PCR40, PCR34
	Três anos	PB43, PV35, PC37
Duração da vivência da DPP	Um ano	PV35
	Um ano e meio	PB43
	Dois anos	PCR40, PCR34
	Três anos	PA44, PC37
Fatores de risco que influenciaram a DPP	Nenhuma mudança	PB43, PC37
	Dificuldades financeiras	PA44, PV35
	Desemprego	PA44, PCR34
	Luto (mãe)	PV35
	Violência psicológica do companheiro	PCR40
	Antecedentes depressivos	PCR40
	Mudança de cidade, ficar muito só	PCR34
	Assalto	PCR34
Importunação sexual (toques indevidos) em transporte público (metrô)	PCR34	
Tratamento para a DPP	Acompanhamento psiquiátrico	TODAS
	Psicoterapia	TODAS
	Orientação nutricional	PB43, PV35, PCR40, PCR34
	Aconselhamento religioso	PB43
	Terapia ocupacional	PC37
	Atendimento com fonoaudióloga	PC37
	Terapia de família	PC37
Uso de medicação	Sim	Todas

Fonte: Entrevistas realizadas pela autora (2022)

Das seis participantes, cinco apresentaram os sintomas da DPP logo após ou uns dias após o nascimento do bebê, corroborando com a literatura de que o puerpério é considerado o período mais vulnerável para a ocorrência de transtornos psiquiátricos, como atestam Arrais e Araújo (2017), Arrais *et al.* (2019), Camacho *et al.* (2006), Cantilino *et al.* (2010), Frizzo e Piccinini (2005), Peres (2017) e Silva *et al.* (2020). Cabe ressaltar, como evidenciado por PA44, a depressão na gravidez também pode elevar os riscos da DPP (ARRAIS *et al.*, 2018).

3.4.2 Atenção à Depressão Pós-Parto no sistema de saúde

O modo de acesso das mulheres entrevistadas aos serviços de saúde era tanto público como privado, a maioria delas (PB43, PCR40, PC37 e PCR34) com uso de plano de assistência à saúde. Somente PCR40 afirmou utilizar apenas serviços particulares de saúde.

Em relação à avaliação das participantes quanto à qualidade da assistência recebida no sistema de saúde do seu país de residência no que se refere à DPP, observou-se tanto avaliações negativas, marcadas por insatisfação e críticas, como avaliações positivas, que destacaram a relevância do apoio recebido dos profissionais de saúde. No primeiro caso, quatro das participantes (PB43, PA44, PV35 e PCR34) consideraram o atendimento como insatisfatório, mesmo na rede particular, posto que não observaram acolhimento por parte dos médicos. Cabe destacar que as entrevistadas não se enquadram nas classes sociais mais carentes da América Latina, no entanto foram comuns os relatos sobre as deficiências dos serviços de saúde prestados, ainda que fossem privados.

Os atendimentos, segundo elas, foram muito robóticos e formais, sendo que os profissionais não avaliavam a saúde mental da mãe e focavam somente em aspectos dos bebês. Nesse sentido, destacaram a necessidade de melhorias no modo como o tema da DPP é tratado e na capacitação profissional para abordá-lo e oferecer cuidados mais humanizados, como referido por PV35: “*No Equador, ‘saúde materna’ é um assunto pouco abordado pelos profissionais de saúde, parece que eles não estão preparados em sua formação*”. Observa-se, portanto, que o mero acesso aos serviços não foi visto como suficiente por essas participantes, havendo expectativas destas pela qualificação da atenção recebida

e por uma maior abertura para uma abordagem mais crítica e fundamentada da DPP.

Se tem algo que posso citar é a precariedade das informações. Faltam artigos científicos, informações verdadeiras, falar mais da depressão como ela realmente é. Colocam uma mulher com depressão pós-parto como alguém que não pode cuidar do próprio filho, e não é assim. Isso me revoltou muito. Desde que não se torne uma psicose, ela pode sim cuidar de seu filho, até é desumano afastar o bebê dela. Claro, cada caso é um caso. (PB43)

Eu gostaria que os centros médicos detectassem precocemente a depressão pós-parto, fazendo um questionário como protocolo para todas as mães. Além de profissionais bem treinados para detectar e encaminhar essa doença. Parece-me que os pediatras têm mais acessibilidade para detectar a depressão pós-parto devido às consultas mais regulares que temos com eles após o parto. No curso de preparação para o parto essas questões da depressão pós-parto devem ser abordadas, porque o que eu frequentei nunca foi falado sobre isso. (PCR40)

A depressão puerperal é um transtorno mental cuja detecção precoce da sintomatologia é de grande valia. É fundamental que toda equipe de saúde possa adquirir competências, instrumentos e recursos para detectá-la o quanto antes e tratá-la de modo apropriado. Além disso, a presença de uma equipe multidisciplinar no processo de prevenção da DPP pode ser efetiva para minimizar ao máximo os efeitos negativos causados por ela.

O profissional deve possuir habilidades como uma escuta qualificada para identificar os fatores de risco sem banalizar as queixas da mulher, capacidade de fortalecer a relação entre a mulher e os seus familiares, além de ser capaz de entender que a DPP não é uma condição clínica homogênea, posto que existem variações nos períodos de início, gravidade e evolução dos sintomas (ALMEIDA *et al.*, 2022, SOUSA *et al.*, 2022).

Com visão mais positiva, PCR40 considerou a atenção por ela recebida no sistema de saúde como boa, embora também tenha referido maior foco dos profissionais na parte física em detrimento da saúde mental. Já PC37 disse que, em seu país de moradia, a assistência era muito boa. Em suas palavras:

No Peru, foram instalados os "Centros Comunitários de Saúde Mental", que consiste em um trabalho integral em que psiquiatra, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, terapeuta familiar e enfermeiros são do estado. (...) Minha psiquiatra e psicóloga, excelentes profissionais, a fonoaudióloga me ajudou a me expressar melhor, e com a terapeuta ocupacional descobrimos algo muito importante, o motivo da minha depressão.

Trata-se de um programa do governo peruano que teve a iniciativa de criar o *Centro de Salud Mental Comunitaria* (CSMC), com o objetivo de aproximar população de todas as idades aos serviços de saúde mental, posto que os hospitais psiquiátricos estão longe da comunidade. A função deles é brindar uma atenção ambulatorial e especializada. O programa conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos psiquiatras, psicólogos, médicos de família, enfermeiros, trabalhadores sociais, tecnólogos, fonoaudiólogos e técnicos de enfermagem. A ideia é reduzir a quantidade de hospitalização e internamentos, porém o mais importante é deixar de lado o enfoque biomédico centrado unicamente na atenção médica e priorizar o enfoque integral. São 248 CSMC distribuídos pelo território peruano que oferecem atenção preventiva (DIAZ, 2022; PERU, 2023).

Assistência multiprofissional e integral como a descrita por PC37 pode constituir experiências protetoras à saúde de gestantes e puérperas.

Eu chegava lá e já me sentia bem. Se tornou como o meu salva-vidas. Minha psiquiatra, excelente profissional, igualmente a psicóloga. A fonoaudióloga me ajudou muito, achei super estranho inicialmente, porque imaginei que era só para crianças, para que lhes ensinasse a falar, estava muito equivocada, me ajudaram a me expressar. De igual maneira, a terapeuta ocupacional... não sabia o quão importante eram (PC37).

Atuando como compensadoras de possíveis falhas no sistema de saúde e como parte do fenômeno contemporâneo da influência das redes sociais, algumas das participantes indicaram ter encontrado informações e apoio para lidar com a DPP mediante acesso ao *Facebook* e/ou ao *Instagram*.

Sou parte de um grupo no *Facebook* de mães com depressão. Conheci muitas mães de diferentes países que passaram pelo mesmo que eu, inclusive acompanhei várias mulheres no momento da depressão, ajudando-as com base na minha experiência. (PB43)

Faço parte de um grupo de mães com depressão no *Facebook* e no *Instagram*, me ajudaram muito. (PCR40)

Nas redes sociais, no *Facebook*, encontrei um grupo de mulheres que vivenciaram a depressão pós-parto, gostei muito de ler os depoimentos e compartilhar meu depoimento sobre a depressão pós-parto. (PC37)

Além de programas de acompanhamento psicoeducativo como o PNP apresentado por Arrais *et al.* (2014), outros meios de trocas de experiência e compartilhamento de informações representam caminhos de grande utilidade na prevenção e até para a superação de casos de DPP. A internet, por exemplo, proporciona ambientes virtuais interativos que favorecem o compartilhamento de experiências pessoais. A integração entre mulheres que superaram a DPP com as que estão vivenciando tal transtorno do humor, além da participação de profissionais qualificados tem encontrado lugar em comunidades do Facebook, Instagram, grupos de WhatsApp e em canais do Youtube. Estes meios também são úteis a pesquisas, além de servirem como ponte para atividades acadêmicas psicoeducativas como pode-se observar nos relatos de Brito, Almeida e Medeiros (2022, p. 691) sobre como “*grupos virtuais podem atuar fortalecendo a rede de apoio necessária ao enfrentamento das dificuldades do puerpério a partir da troca de experiências*”.

Seja de modo *online* ou presencial, as mulheres mostraram a importância da troca de conhecimentos e de experiências entre as mães que vivenciam a DPP. A troca de experiências e a identificação com as vivências de outras mulheres propiciam conforto e compreensão de que os desafios podem ser superados.

Não tinha grupo de apoio do Estado, era mais com o grupo de mães que eu conheci na aula de estimulação, eram amigas (...) acho que ter conhecido mais mães com depressão teria sido muito importante para minha recuperação. Bem, conhecer mulheres que estão superando isso teria me dado forças para dizer "Isso não me define, isso vai acabar". (PCR34)

O estabelecimento de uma cultura de propagação de grupos de apoio de diferentes naturezas (profissional, familiar, de integração entre mães etc.), com ou sem o auxílio das ferramentas disponíveis na Internet é ainda um desafio para os ambientes acadêmicos e hospitalares na América Latina.

Analisando a importância dos grupos de educação em saúde durante a gravidez, Dias e Quirino (2021, p. 4) reforçam tal desafio, concluindo que “os grupos de educação em saúde são grandes aliados no conhecimento e percepção das gestantes acerca de todos os aspectos que permeiam o ciclo gravídico-puerperal”. As autoras sustentam também que tais grupos devem ser priorizados nos serviços de Atenção Primária a Saúde (APS).

No Brasil, o Pré-Natal Psicológico é um exemplo de suporte e atuação na prevenção à DPP (Arrais et al., 2014). Por meio de uma pesquisa-ação, Almeida e Arrais (2016, p. 859) atestaram que “a realização do PNP atuou de forma positiva na prevenção da DPP em gestantes de alto risco”.

3.4.3 Aspectos subjetivos e sofrimento psicológico

As participantes indicaram os sintomas da DPP vivenciados por elas mediante a aplicação do Questionário sobre Depressão Pós-Parto. Todas assinalaram os seguintes sintomas: sentir-se triste ou infeliz o tempo todo ou a maior parte do tempo; sentir-se incapaz de rir e de ver o lado engraçado das coisas; olhar para o futuro sem entusiasmo; culpar-se sem necessidade e sentir-se ansiosa ou preocupada sem um motivo que justificasse. Com exceção de PCR34, as demais entrevistadas também assinalaram as opções: sentir-se com medo ou muito assustada sem um motivo que justificasse; dificuldade para dormir; ideia de fazer mal a si mesma; e falta de desejo sexual. Em menor frequência, houve ainda menção a apetite alterado (PB43, PA44, PCR40 e PC37), irritabilidade constante (PA44, PCR40 e PC37) e dificuldade para cuidar do bebê (PA44 e PC37).

Esses sintomas experimentados pelas participantes da pesquisa corroboram com os achados na literatura, como falta de energia e motivação, desinteresse sexual, alterações de apetite e do sono, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, citados por Andrade *et al.* (2006), Cantilino et al (2010), Freitas *et al.* (2016), Hopcroft (2020), Konradt et al (2011), Schimidt, Piccoloto e Müller (2005) e Schwengber e Piccinini (2003).

Com base em suas verbalizações, verificou-se que a perda de sentido da vida e o desequilíbrio emocional foram marcantes entre as participantes, como ilustrado pelas falas a seguir:

Foi como se eu visse tudo através de uma bolha e todos os outros estivessem do lado de fora, como se houvessem me tirado da minha realidade. O mundo para mim perdeu sentido, sua cor. (PB43)

A depressão me causava muito vazio. Não encontrava sentido em nada, me afetava nesse sentido. (PV35)

Eles poderiam me dar um milhão de dólares e eu não me importava. A única coisa que eu esperava era a morte. (PC37)

O tempo todo foi triste, eu me caracterizava como alegre, feliz e não podia ser. Meu marido me lembrava disso e eu não parava de chorar. (PC37)

Ademais, de modo congruente ao contexto apresentado acima, também foram percebidas em suas falas alusões a falhas no autocuidado e ao isolamento social autoimposto.

Começando pela minha aparência física, eu passava o tempo com as roupas mais velhas e fedorentas que eu tinha. Eram essas que eu usava todos os dias. (PC37)

Meu companheiro chegou do trabalho e não entendeu por que eu não dei banho em mim e no bebê. (PCR34)

Eu vivi trancada. É isso que me dói: ter vivido isso (PCR40).

As pessoas diziam ao meu marido 'deixa, vai passar' e, para mim, sair de casa foi algo terrível. (PC37)

Aí eu comecei a me sentir melhor com o remédio, mas não me sentia 100% recuperada. Eu falava: quando é que eu vou ficar totalmente bem? Serei assim para sempre? Tive que tomar pílulas para dormir no primeiro ano. (PV35)

Mesmo que provenientes de países diferentes, observou-se semelhança entre as participantes com relação a sintomas como solidão, choro repentino, pensamentos intrusivos, desorientação quanto ao tempo, distância dos amigos e familiares, além de culpa por não se sentirem felizes no puerpério. Tais semelhanças mostram que, ainda que os motivos que levam à DPP sejam distintos, os sintomas acabam revelando a falta de combustível para o bem-viver em cada um dos contextos. O sofrimento expresso nas falas de cada entrevistada serve de alerta sobre a relevância social e científica do tema e intensificam a responsabilidade dos meios acadêmicos e profissionais no que tange à saúde das mulheres-mães.

Outro aspecto importante identificado nos discursos da maioria das participantes é que, sentiram-se incapazes e despreparadas para enfrentar a gestação e a maternidade, levando-as a vivenciar sentimentos de frustração, fracasso e incompetência de cumprir o novo papel de mãe. Percebe-se que a maternidade promove intensas alterações que exigem uma adaptação às novas

funções advindas do cuidado com o bebê, por isso é fundamental uma preparação psicológica antecipada que evite o surgimento de sintomas depressivos.

3.5 Implicações da Depressão Pós-Parto

A DPP traz consigo diversos prejuízos. Há implicações no cotidiano, na construção do vínculo entre mãe e bebê, nas relações familiares e sociais, além da qualidade de vida da mulher. Tais implicações foram percebidas e analisadas por meio das falas das voluntárias.

3.5.1 Implicações no cotidiano das participantes

A maternagem traz desafios à mulher e impactam no autoconceito, no cotidiano e na convivência social (GOMES, 2022). Em casos de DPP, essa interferência tende a ficar ainda mais pronunciada. Todas as participantes relataram prejuízos em suas atividades diárias, que ficaram voltadas quase exclusivamente aos cuidados com o bebê, sendo que PA44 tinha dificuldades até mesmo para atender suas necessidades mais básicas, como tomar banho e comer. As complicações na concretização de suas tarefas estavam relacionadas não somente ao pouco tempo disponível em função da atenção dedicada ao filho, mas também a instabilidade emocional vivenciada por elas, como mostram as falas a seguir.

Eu não conseguia fazer comida, estava perdida. É uma coisa muito estranha, esquisita. Coisas simples parecem complicadas, literalmente a mente te leva a uma parte muito obscura. (PB43)

No trabalho eu não rendia da mesma forma. (PC37)

Após a cesariana eu queria estudar, cozinhar e não conseguia; isso começou a me assustar, eu não percebia minhas limitações e tinha um sentimento de frustração. (PCR34)

Entretanto, mesmo frente a esses empecilhos, PCR34, em específico, relatou ter conseguido levar adiante alguns de seus planos de vida, como terminar uma especialização e mudar de país.

Foi possível verificar que as mães participantes apresentaram preocupação com a vida profissional, sendo que algumas tiveram que paralisar suas carreiras, não só por conta da maternidade, mas também pelo sofrimento gerado pela DPP. As entrevistadas mencionaram ainda a dificuldade de encontrar ou retomar o

emprego após o nascimento do filho, já que a maternidade exige um novo ritmo de vida. Tal informação é concordante com os achados do estudo de Greinert e Milani (2015).

3.5.2 Implicações na construção do vínculo mãe-bebê

A condição de sofrimento psíquico das participantes gerou limitações na qualidade da interação com seus bebês e na oferta de cuidados a eles, como ilustrado nas verbalizações de PCR40 e PCR34, que evidenciaram sentimento de insegurança e culpa no exercício do papel materno.

Sinto que a depressão me tirou momentos que não voltarei a ter com minha filha. (...) por exemplo: fazer algo tão simples como sair com minha filha para o parque que fica a duas quadras da minha casa. Só fiz isso quando minha filha tinha dois meses e foram pouquíssimas vezes (PCR40).

Eu tinha medo de dar banho no meu bebê, me sentia insegura, incapaz, super exigida, era um misto de emoções criadas por mim e reforçadas por mim e meu companheiro (PCR34).

Em geral, observou-se uma autocobrança das mulheres entrevistadas quanto a não estar amando suficientemente ou cuidando adequadamente de seus bebês, o que despertava a percepção de não serem boas mães e desencadeava sentimento de culpa e frustração. Nesse contexto, as entrevistadas mostraram um retardo na criação de um vínculo seguro com o/a filho/a, sendo os primeiros meses após o parto referidos como particularmente difíceis no que diz respeito tanto a realização dos cuidados como a demonstração de sentimentos positivos.

PA44 relatou ausência de sentimento pela sua bebê durante a gestação e o puerpério. Ela comparou a sua experiência com a de outras mães que vivenciam uma realidade semelhante e sofrem frente a uma maternidade idealizada. Segundo ela, *“eu não sabia o que fazer, não tinha nenhum tipo de sentimento com aquela bebê e isso traz culpas e feridas”*. Avaliou só ter formado vínculo com sua bebê por volta de oito a nove meses após o parto. Declarou que planejava se matar o tempo todo e só cuidou de sua filha por insistência de seu marido.

PV35 relatou que os quatro primeiros meses do nascimento da sua bebê foi uma fase desconexa e mecânica, em que, embora cuidasse com afinho e estivesse certa do seu amor por ela, não conseguia demonstrar seus sentimentos e avaliava

que o mundo inteiro poderia amá-la mais do que ela. Após esse período, segundo PV35, a qualidade do relacionamento da díade foi melhorando.

PCR40 relatou ter sentimentos ambivalentes e de arrependimento pela gestação, além de sentir dificuldades de colocar limites e ser referência para sua filha. Nesse sentido, ela revelou que sentia raiva e parecia ter a necessidade de descontar esse sentimento na bebê, dizendo coisas ofensivas, como “*eu deveria ter abortado você*”, ou se afastando fisicamente dela. Apesar das dificuldades vivenciadas no puerpério, PCR40 ressaltou que, atualmente, é figura de apego para sua filha e que não se considera uma mãe ruim, embora tema que algo dito a sua filha possa tê-la marcado.

PC37 relatou que teve dificuldades de atender sua bebê pois esta chorava muito e ela não conseguia compreender o motivo do choro. Ainda assim, ela considerou ter conseguido cuidar da filha. Porém, seu leite secou e ela sentia culpa por ministrar o leite em pó. Sentia-se como uma péssima mãe, o que foi descrito como difícil de superar. A exemplo de PC37, a participante PCR34 disse que a bebê chorava muito e, nessa situação, ela se sentia muito ansiosa, triste e a pior das mães, acreditando que não merecia ser mãe. Ademais, acha que poderia ter aproveitado mais o tempo com sua filha.

De modo mais acentuado, PB43 disse ter sentido medo de ficar sozinha com o recém-nascido, a ponto de entrar em pânico e ter pensamento invasivos, com medo de surtar e acabar fazendo mal ao filho. Se cobrava muito por não sentir o “amor materno” e só conseguiu começar a ter um vínculo com seu bebê após o início do tratamento para a DPP.

Os relatos desta mãe demonstram que há uma zona nebulosa entre a sintomatologia da DPP e o princípio de uma Psicose Pós-parto (PPP). Segundo o Ministério de Saúde, a PPP “é a condição grave mais susceptível de afetar as mulheres que têm distúrbio bipolar ou histórico de psicose pós-parto” e “os sintomas começam geralmente durante as primeiras três semanas após o parto” (BRASIL, 2023).

Os sintomas descritos pelo setor governamental responsável pela administração da saúde pública no Brasil incluem a desconexão com o bebê e demais pessoas, perturbações do sono, pensamentos desconexos, vontade extrema de prejudicar/fazer mal ao bebê, a si mesma ou a qualquer pessoa, mudanças comportamentais drásticas, alucinações (visuais, auditivas ou olfativas),

além de pensamentos delirantes. O diagnóstico deve ser feito por médico psiquiatra ou psicólogo especializado em saúde mental materna.

A diferença entre um quadro psicótico e a DPP é evidente quando as ações da paciente são consolidadas e claras, mas o acesso aos pensamentos e a percepção da linha tênue entre ideia e prática constituem o maior desafio para as ações rápidas e efetivas em casos de PPP. Algumas falas das entrevistadas PB43 e PCR40 mostram o quão próximas estiveram de praticar ações que elevariam a classificação de seus transtornos ao quadro de PPP.

Eu sentia que ia colocar uma almofada em cima da minha filha. Em outra oportunidade eu empurrei o carrinho com minha bebê dentro. Sentia que não deveria tê-la concebido. Eu gritava a minha filha: eu deveria ter te abortado. Agora digo: Meu Deus, será que ficou algum dano emocional nela? Por fim eu dizia: o problema sou eu e por isso queria desaparecer. (PCR40)

Comecei a ter medo de ficar sozinha com meu bebê, isso uma semana depois do parto. Eu não conseguia dar banho nele sozinha. Tudo que eu ia fazer com ele, eu sentia um pânico muito grande e me vinham pensamentos invasivos [...] eu achava que por algum motivo ia surtar e deixar ele cair na água e eu não ia tirar da água e ele ia morrer sufocado. Na hora eu o tirava da água, enrolava com a toalha, corria com ele pra cima da cama e começava a ter um choro compulsivo toda me tremendo. Aí comecei a ver que tinha algo errado comigo. (PB43)

Ambas tiveram pensamentos perigosos e as duas conseguiram freá-los. Seus quadros depressivos por pouco não levaram à psicose, sobretudo no caso de PCR40 que chegou a empurrar perigosamente o carro de sua criança enquanto gritava, sendo tal ação característica de um princípio de PPP, embora não tenha sido diagnosticada por um profissional. PB43 apresentou-se como conhecedora do conceito de Psicose Puerperal, sendo ela uma graduanda em Psicologia.

Cabe sinalizar que entrevistas como as realizadas nesta pesquisa podem não ser suficientes para a identificação de surtos psicóticos, já que, ao se recuperarem, as mulheres podem preferir ocultar tais fatos por questões pessoais, esquecimento ou algum bloqueio mental.

A realidade descrita pelas participantes mostra que a visão da maternidade envolve aspectos subjetivos e socioculturais. Ser mãe, na sociedade contemporânea está relacionado a estereótipos, mitos, cobranças e expectativas. Espera-se da mulher que ela renuncie a outros interesses para ser, natural e preferencialmente, “mãe”. Uma mãe idealizada e romantizada, que se dedica integralmente aos filhos, renunciando ao descanso e, apesar do cansaço e

possíveis intempéries, mostrando-se sempre grata e feliz (CARMO, 2023). Ou como diz PCR40, *“a visão da mãe é abnegada, de entrega e a grande referência é Maria. Tem que haver um grau de sofrimento e quanto maior seja o sofrimento melhor mãe é. Praticamente a sociedade nos diz trabalhe, porém faça como se não trabalhasse para dar conta dos filhos”*

A cobrança, por vezes, começa da própria mulher que se esforça por cumprir o papel de mãe exemplar, forte e responsável, tornando a maternidade “pesada e solitária”, como bem disse Badinter (1981). PCR40 citou uma frase que exemplifica essa típica visão da sociedade: *“Você não é mais mulher, você é mãe. Você procurou, agora veja como faz, assuma a responsabilidade”*.

Todas essas questões mencionadas pelas participantes mostram os aspectos emocionais de gerar e cuidar de um filho. Segundo Maldonado (1997), mesmo quando a mulher experimenta boas expectativas, existem desafios significativos na maternidade que geram reações e sentimentos diversos e ambivalentes, até mesmo nas gestações planejadas.

3.5.3 Implicações no contexto familiar e suporte social

Partindo da premissa de que a DPP tem impacto significativo nas relações interpessoais e de que o apoio social é fundamental em seu enfrentamento e superação, as participantes foram questionadas acerca das mudanças que o quadro depressivo provocou em suas relações familiares e de amizades. Segundo PV35, *“a depressão tem vários processos. No começo é bem visual, evidente, mas depois com os remédios as pessoas começam a te ver bem e a exigir coisas de você para as quais você não está preparada, mas você continua doente”*.

Destaque foi dado para as reações do companheiro. Todas consideram o apoio do cônjuge como fundamental para a superação da DPP. Entretanto, apenas PB43 não relatou conflitos conjugais nesse período e ressaltou o amplo apoio recebido do esposo. As demais informaram mudanças na relação do casal, com aumento de discussões e/ou diminuição da atividade sexual.

O sexo é um dos aspectos de grande relevância para o contexto familiar das gestantes e puérperas, podendo representar hábitos que aumentem ou diminuam a sintonia do casal quanto ao apoio mútuo na administração das mudanças impostas pela gravidez e pela nova configuração familiar. Assim, Espejo *et al.*

(2020, p. 24) refletem que *“a maioria dos casais deixa de lado sua vida sexual, desconhecendo que, a continuidade, de maneira satisfatória, pode gerar um bem-estar maior”*.

Em uma revisão bibliográfica sobre as principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o período gestacional, Alves e Bezerra (2020) relacionam aspectos socioculturais e biológicos (hormonais) descritos na literatura como elementos preponderantes para as mudanças nas frequências das práticas sexuais dos casais. As autoras destacam a associação da libido com as crenças, aspectos culturais e temores quanto à saúde do feto. Ressaltam ainda que em culturas como a nigeriana e a japonesa, há crenças que estimulam a prática sexual, enquanto em outras culturas, a visão de que a gestação se relaciona à “pureza” e “santidade” e de que a sexualidade, de alguma forma, pode vir a macular tais aspectos do momento vivido pela família acaba por reprimir os desejos.

Investigando os aspectos ligados à sexualidade durante e após a gestação por meio de entrevistas em Bogotá, Espejo et al. (2020, p. 24) identificaram nas respostas das entrevistadas que *“para as mulheres, a continuidade da vida sexual ativa representa uma das maiores causas de estresse”* e que 93% das voluntárias afirmaram ter reduzido *“de maneira significativa sua atividade sexual, pensando que podiam fazer danos ao feto”*.

Alves e Bezerra (2020) também encontraram resultados diversos quanto ao aumento ou à diminuição da libido em diferentes etapas da gravidez. Para elas, *“isso revela que cada mulher tem uma forma diferente de lidar com seu corpo, controlá-lo e percebê-lo durante a gestação, e podem apresentar dificuldades nesse processo”*, algo que pode trazer implicações negativas para a vida sexual dos casais.

Quanto às suas condições emocionais, PV35 e PCR34 relataram cobranças de melhora e demonstrações de reprovação por parte de seus esposos.

Tivemos uma época de muitas discussões, foi quando meu bebê tinha 6 meses. Eu estava em tratamento e com diminuição da libido devido a medicamentos antidepressivos. Meu marido achou que eu estava bem, ele queria viajar, continuar com outros sonhos (...) Foi muito difícil meu marido entender, tivemos semanas de muitas discussões. (PV35)
Isso trouxe muitos conflitos entre nós. Ele sentiu muitas reprovações em relação a mim. Todo esse tempo foi para trabalhar pacientemente em nossas habilidades de falar e ouvir. (PCR34)

Já PCR40 e PC37 sinalizaram dificuldades dos seus companheiros em assumirem a paternidade e lidarem com o bebê, além de lhes terem infligido violência psicológica. PCR40 inclusive explicou que o companheiro não queria ser pai e, diante do anúncio da gravidez, mostrou rejeição, o que a fez cogitar a realização de um aborto.

Ele não queria ser pai e quando contei que estava grávida senti tanta rejeição que queria fazer um aborto. No final não fiz. Era uma relação de violência psicológica. (PCR40)

Meu marido ficou chocado com a paternidade. Estava de mau humor e não dormíamos à noite. Foi como ir para um casamento perfeito e quando minha filha nasceu, meu casamento acabou. Para o "eu" tinha que ser forte, que assim se curava. O incomodou muito o fato de eu chorar. Meu marido ficou super apático. Ele mudou completamente. Todo o tempo com brigas. Eu sentia que ele não queria voltar para casa e eu também não queria que ele viesse. Os finais de semana eram péssimos para mim, porque ele estava em casa e eu nem queria vê-lo. Esse momento foi muito negativo. [...] Ele só começou a entender quando fomos para a terapia familiar, mas foi quando eu já estava melhor. (PC37)

As dificuldades conjugais culminaram na separação de PCR40 e seu esposo um mês após o parto. PCR34, por outro lado, ponderou que, com o passar do tempo, o casal conseguiu melhorar suas habilidades de comunicação, gerando um aprendizado que fortaleceu o relacionamento conjugal.

Foi um grande aprendizado para nós dois. A longo prazo fortaleceu nosso relacionamento. O que eu cobro dele e continuo fazendo até agora é que é muito difícil para ele arranjar tempo para si mesmo e isso não faz bem a nossa relação. (PCR34)

Os sintomas depressivos da mulher podem repercutir negativamente trazendo insatisfações ao relacionamento do casal, já que a depressão afeta a família inteira. Geralmente uma mulher que apresenta depressão materna encontra menor apoio do cônjuge e quando o parceiro não é uma “base segura” isso tem um grande impacto nos sintomas depressivos da mãe. Estas dificuldades na relação conjugal podem agravar o curso dos sintomas depressivos da mulher e trazer prejuízos para a relação conjugal e impacto sobre o desenvolvimento do bebê (TEODÓZIO; FRIZZO, 2015; ZINI; FRIZZO; LEVANDOWSKI, 2018).

O casal precisa de um refúgio para as exigências múltiplas da parentalidade, inclusive no momento da transição desta fase, que é muito desafiadora. Para lidar com a DPP é importante que o casal esteja bem-informado. Não basta o conhecimento do diagnóstico, é preciso que o parceiro seja

conscientizado e capacitado para lidar com a situação, além de se dispor a atuar efetivamente. Da mesma maneira, é importante que a mulher recorra ao apoio médico-psicológico e se esforce para comunicar seus sentimentos e demandas, além dela também aprender como lidar com um possível caso de DPP paterna que, conforme Mortiz (2022) observa:

[...] existe uma escassez de pesquisas sobre a Depressão Pós-Parto Paterna e, é possível notar que, mesmo aqueles cujos pesquisadores são de áreas como a Psicologia ou diretamente ligados à ciência psicológica, todos eles tendem a adotar a perspectiva biomédica como referência para tratar a questão

Em um estudo qualitativo sobre coparentalidade no contexto da DPP, Frizzo et. al (2019, p. 93) descrevem seus achados com evidências de que sintomas de DPP, como *“irritabilidade e cansaço, apareceram associados principalmente a relatos de pouco apoio e de depreciação coparental, por parte de ambos os genitores”*. Há dificuldades relacionadas à comunicação, divisão de tarefas e no balanceamento das interações na relação triádica, *“bem como estratégias negativas de resolução de conflitos coparentais”*.

Em termo mais amplo, para além do casal, a vivência da DPP foi silenciada no âmbito familiar da maior parte das participantes, sendo poucas as pessoas que tomaram conhecimento a respeito, o que dificultou ainda mais a obtenção de suporte social. Apenas PB43 relatou ter sentido a necessidade de contar às pessoas à sua volta que não se sentia bem, o que acredita ter ajudado em seu processo de recuperação. Ela esclareceu ter feito uma reunião familiar para contar sobre o diagnóstico e que todas as pessoas envolvidas a ajudaram muito.

As outras cinco entrevistadas disseram ter abordado o assunto apenas com parentes e amigos mais próximos. A família de PV35 se mostrou surpresa com o diagnóstico, porém se disponibilizou a ajudá-la nos cuidados ao bebê e com o tratamento. A mãe de PCR40 a apoiou mesmo sem saber bem o que fazer. Seu pai foi atencioso com suas medicações e seus irmãos e amigos ofereceram apoio emocional, ouvindo-a quando precisava desabafar. Entretanto, ela ressaltou: *“o que eu buscava e ainda busco da minha família é que eles me ajudassem não só a ser mãe, mas também a me encontrar como mulher”*. PCR34 relatou que a DPP a aproximou mais de alguns parentes, que lhe ofereceram a ajuda necessária, modificando a relação distante que se tinha antes da depressão.

Por outro lado, PC37 destacou o tabu existente acerca da DPP, o que, segundo ela, tornava difícil falar sobre isso com os outros. Ela sentiu rejeição da sogra desde a descoberta do sexo do bebê, mas considerou que a família se manteve calma por confiar nos profissionais que a atendia. Essa participante encontrou maior apoio fora do contexto familiar, em um Centro Comunitário de Saúde Mental, o qual considerou como a sua “*tábua de salvação*”.

Caso distinto foi o de PA44. Essa participante afirmou não manter uma boa relação com seus familiares e frisou que o próprio psiquiatra aconselhou que ela se afastasse dos mesmos. Em suas palavras: “*Eu não tinha rede de apoio, não existia. Isso era um dos problemas, digamos o pior. Porque meu marido não sabia o que fazer, não sabia para onde correr e eu me sentia muito sozinha. Estávamos perdidos*”. Ela considera que sua mãe não lhe deu o apoio necessário e desejado, ajudando a cuidar da filha, sem, contudo, limitar seu contato com ela.

Eu gostaria que minha mãe me acompanhasse, você sabe? Me sentir filha, mas ela não entendia, não sabia como lidar comigo e nunca aceitou que eu saísse da casa dela. Minha mãe queria ajudar e ela estragou tudo. Ela queria ficar muito tempo com a menina e não a dava para mim para que eu me relacionasse com minha filha. Havia atritos nos papéis, além dos embates que se tem com a mãe (PA44).

Ela acreditava, inclusive, que a falta de rede de apoio familiar havia fragilizado seu casamento, na medida em que ela e o esposo não conseguiram manter os “*momentos de casal*”. Porém afirmou ajuda e encorajamento de amigos, os quais indicaram redes de apoio online e se mostraram felizes com sua recuperação.

A obtenção de uma rede de apoio efetiva é um dos desafios na vida das mulheres durante a gestação e após o parto e guarda grande importância na prevenção e recuperação da DPP, conforme observado nos resultados de estudos de Andrade *et al.* (2006), Giaretta e Fagundez (2015) e Konradt *et al.* (2011).

No presente estudo, dentre os anseios das participantes destacaram-se aqueles relacionados à compreensão, suporte emocional e participação mais efetivas dos companheiros nas atividades domésticas e nos cuidados com os filhos no pós-parto. O apoio da própria mãe neste período também esteve entre as expectativas das mulheres, embora em alguns casos tenham sido frustradas. Para elas, há suportes inconvenientes e não solicitados que acabam sendo prejudiciais, ainda que a intenção tenha sido oposta. Ademais, enquanto os recém-nascidos

passam a ser o centro das atenções, em muitos casos, há uma mãe sofrendo, desamparada e que recebe ainda mais exigências de seu entorno.

Esta realidade revela entraves culturais e educativos. É possível identificar falhas na comunicação e deficiências que poderiam ser supridas através de meios educativos. Não só o tema da DPP, como muitas outras questões relacionadas à gestação, parto e puerpério mostram-se permeadas por crenças prejudiciais e falta de conhecimentos suficientes e apropriados.

3.5.4 Implicações no modo de ver e levar a vida

Apesar do grande sofrimento e de prejuízos em suas relações sociais, as participantes destacaram ganhos decorrentes da vivência da DPP. Os principais efeitos positivos relatados foram relativos a uma maior valorização da vida e ao estabelecimento de prioridades, como mostram as frases ilustrativas a seguir:

Mudou completamente a forma como vejo as coisas. Eu acho que se eu não tivesse tido depressão pós-parto eu não seria a pessoa que eu sou agora. Digamos que eu valorizo mais os momentos importantes e não me desgasto com coisas que não são importantes. Eu priorizo minha saúde mental. (PA44)

Antes eu via os dias normais, hoje eu os celebro e comemoro todos os dias, ainda mais em datas importantes. O tempo é supervalioso para mim. Eu cuido mais da minha aparência física. (PC37)

Tomei uma atitude de celebrar as pequenas coisas. Reduzi minhas expectativas quanto à vida. Priorizo resolver minha existência imediata. (PCR34)

Hoje sou uma adulta que tem alguém que depende de mim, não só financeiramente, mas também emocionalmente. Isso me faz ver a vida de uma maneira diferente. Quero continuar meu tratamento responsável e adequado. Quero estar mais atenta à minha saúde mental (PCR40).

Ademais, foram apresentados ganhos em termos de autoconhecimento, com redução de autocobranças, bem como do aperfeiçoamento de habilidades sociais.

Estou mais consciente dos meus próprios limites, respeito-os e está tudo bem em tê-los. Cheguei até aqui, posso melhorar talvez, mas não posso exigir de mim mais do que sou capaz. (PCR34)

Sem dúvida sou outra mulher, muito mais consciente dos problemas da vida, mas também das minhas próprias limitações (PCR34).

Sou uma pessoa mais empática (PV35)

Também foram verificados efeitos positivos no sentido de algumas participantes se sentirem preparadas, a partir da própria experiência, para ajudarem a ampliar os trabalhos relativos à saúde mental materna. Conforme PCR34, a solidariedade entre as mães é necessária, pois a maternidade não é um “ser” individual.

(...) descobri minha missão de vida que é acompanhar as mães no puerpério, por isso fiz um projeto chamado "terapia materna" através das redes sociais. Falo sobre saúde materna na gravidez, parto e puerpério e sou voluntária do "Pós-parto Internacional". Lá também tenho conteúdo. Meu terapeuta me fez uma pergunta que me marcou: 'por que eu e para que eu?'. Hoje entendo que era para acompanhar as mães, para dar meu depoimento e tornar essa questão visível. (PV35)

As redes sociais me aproximaram de muitas mães que vivenciam a depressão pós-parto. Ajudei com base na minha experiência e da melhor maneira possível. (PC37)

3.6 Fatores desencadeantes, de prevenção e atenuantes da DPP

Segundo as entrevistadas, há uma série de fatores que levam à DPP, sendo eles: hormônios, intercorrências médicas na gestação, solidão, sobrecarga materna, feridas psíquicas, violência obstétrica, violência psicológica, falta de apoio do companheiro, histórico de doenças psiquiátricas, falta de rede de apoio e dificuldades na amamentação.

Para efeitos de síntese e melhor sistematização, o Quadro 7 apresenta uma organização em níveis (individual, do sistema de saúde e sociocultural) das respostas das participantes acerca dos fatores que aumentam o risco da DPP, favorecendo o seu desenvolvimento ou agravamento, ou que, por outro lado, atuam como protetores da saúde mental da mulher, ajudando a prevenir ou amenizar quadros de DPP.

Quadro 7. Fatores desencadeadores, preventivos e atenuantes de DPP

Dimensões	Fatores desencadeadores	Fatores preventivos	Fatores atenuantes
Aspectos individuais	Sobrecarga materna, feridas psíquicas, histórico de doenças psiquiátricas, dificuldades na amamentação	Não criar muitas expectativas em relação à maternidade, respeitar os próprios limites, conhecimento prévio da DPP	Crer em Deus, espiritualidade, boa nutrição, exercícios físicos, diferenciar o que é típico da DPP e o que é típico da maternidade, reduzir as expectativas quanto a maternidade ideal
Aspectos profissionais e do sistema de saúde	Violência obstétrica, falta de terapias preventivas gratuitas, falta de informações adequadas sobre a DPP	Acompanhamento e acolhimento profissional, fazer terapias	Bons profissionais de saúde, terapias e medicamentos
Aspectos socioculturais	Solidão, violência psicológica, falta de apoio do companheiro, rede de apoio pobre, instabilidade econômica, cobrança de uma maternidade idealizada, visão da DPP como um tabu, conservadorismo, machismo, pressão da sociedade em relação à mãe	Relação saudável com o companheiro, apoio familiar	Rede de apoio forte, conversar com outras mulheres que também tiveram DPP, ter vida social e conjugal satisfatória

Fonte: Entrevistas realizadas pela autora (2022)

O contexto sociocultural também foi considerado como forte influenciador na ocorrência da DPP. Segundo elas, alguns fatores se destacam, como o mito da sociedade sobre uma maternidade ideal, a instabilidade econômica, o tratamento da depressão pós-parto como um tabu, a falta de terapias preventivas gratuitas, o conservadorismo, o machismo e a pressão da sociedade em relação à mãe. Nesse cenário, preponderante na cultura latino-americana, a mãe se encontra refém de uma situação em que se vê pressionada por uma sociedade que prega que o ser mãe é sinônimo de felicidade e plenitude, devendo ela se mostrar à altura das responsabilidades e obrigações relacionadas à maternidade. Por outro lado, a mulher fica cercada de sentimentos paradoxais e ambivalentes, cuja exposição pode levá-la a sofrer represália (ARRAIS, 2005).

Já os fatores que podem prevenir a DPP, segundo as entrevistadas, foram: não criar muitas expectativas em relação à maternidade, respeitar seus limites e o

puerpério, acompanhamento e acolhimento profissional, fazer terapias, relação saudável com o companheiro, apoio familiar e conhecimento prévio da DPP.

Os fatores que, conforme as entrevistas, as ajudaram a superar a DPP foram crer em Deus, bons profissionais de saúde, rede de apoio, terapias e medicamentos, conversar com outras mulheres que também tiveram DPP, espiritualidade, boa nutrição, exercícios físicos, diferenciar o que é típico da DPP e o que é típico da maternidade, ter vida social e conjugal além de reduzir as expectativas quanto a maternidade ideal.

Percebeu-se um bom nível de conhecimento de parte das participantes no que se refere a DPP, posto que relataram conceitos básicos e fatores relacionados. Elas referiram que os meios digitais contribuíram para ajudá-las a alcançar maior clareza acerca do que estavam vivenciando. Na contemporaneidade, cada vez mais pacientes se beneficiam do uso da internet como modo de obter informações atuais que se encontram disponíveis facilmente e a baixo custo. Este ambiente provê maior compreensão e segurança na hora da tomada de decisões. Por outro lado, o acesso a informações por meio virtual pode trazer riscos para a relação médico-paciente como confrontação e/ou autossuficiência, e conseqüentemente algum tipo de resistência ao atendimento, colocando o paciente em perigo (SCHMIDT *et al.*, 2013).

Também cabe ressaltar que muitas das participantes fazem parte de organizações ou grupos em prol de ajudar a outras mães. Um dos motivos alegados para aceitarem contribuir com a presente investigação foi o senso de responsabilidade e o desejo de ajudar outras mulheres que passam pelo mesmo tipo de sofrimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do objetivo de compreender fatores psicossocioculturais associados à DPP com base na vivência de mulheres oriundas de países latino-americanos, este trabalho possibilitou identificar e analisar situações vulnerabilizantes que estiveram presentes nas narrativas das participantes. Apesar de estarem inseridas em contextos diferentes, foram evidenciadas várias semelhanças em seus relatos, como níveis elevados de estresse, medo, preocupações e insegurança relacionados a sentimento de despreparo e de incapacidade perante a maternidade, a intensificação de conflitos conjugais, a queixas sobre deficiências na rede de apoio, e a condições financeiras desfavoráveis. Os relatos apontaram ainda para frustração diante do fato de nem sempre conseguirem se enquadrar no mito da mãe abnegada, plena, feliz e capaz de suprir todas as demandas do bebê, mito esse que, conforme estimado, mostrou-se fortemente presente como parte da cultura latino-americana.

Vale ressaltar que o desenvolvimento ou manutenção da DPP não se deve a um fator isolado, mas a uma combinação de elementos desfavoráveis. Nos casos em estudo, os principais estressores observados foram privação de sono (n=6); problemas conjugais (n=5), incluindo um divórcio; dificuldades no emprego, inclusive com pedidos de demissão (n=3); mudança de cidade ou país (n=3); violência obstétrica (n=2); problemas com a lactância (n=2); e complicações na gravidez ou parto (n=2).

Para lidarem com os sintomas e o impacto da DPP em suas vidas, todas as entrevistadas buscaram acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, com prescrição de algum tipo de medicamento antidepressivo e uso predominante de serviços privados. Houve ainda relatos sobre a importância da fé e da religião no enfrentamento do transtorno (n=3) e da prática de relaxamento terapêutico (Yoga) (n=1).

Os tratamentos psiquiátricos ou psicológicos, assim como os atendimentos no acompanhamento pré-natal e no parto foram feitos, em sua maioria, em clínicas e hospitais privados, mesmo no caso de duas entrevistadas que contaram ter passado por dificuldades financeiras. Apenas duas mulheres relataram ter recorrido a atendimentos em hospitais públicos, o que evidencia dificuldades de acesso ou de oferta de serviços desta natureza na rede pública de saúde, resultando em

demora na realização do atendimento e em consequente desmotivação, como afirmado pelas entrevistadas. Quanto a qualidade da assistência, apenas uma das entrevistadas afirmou ter ficado muito satisfeita ao ser assistida por uma equipe multidisciplinar. Por outro lado, duas entrevistadas relataram situações reveladoras de violência obstétrica.

No que se refere ao meio familiar, as entrevistadas relataram ter recebido - em níveis diferentes - atenção, cooperação e cuidado de seu entorno durante o enfrentamento da DPP ainda que tenha ocorrido pouca comunicação sobre o tema. Vale ressaltar que a maioria delas mencionou o estímulo de familiares como determinante para a decisão de procurarem auxílio profissional diante dos sintomas da DPP. Entretanto, elas desejaram ser mais ouvidas e compreendidas. Com exceção de uma participante, as demais sinalizaram que o apoio dos familiares durante os episódios depressivos esteve abaixo do que precisavam e esperavam.

De fato, destacou-se, nos discursos, a frustração quanto a qualidade do apoio familiar, principalmente no que se refere aos cônjuges e, em segundo lugar, às mães das entrevistadas. Houve um caso - o único em que a gravidez foi não desejada - que resultou em divórcio. Em outro caso, a ausência da mãe (por falecimento) foi destacada como uma dificuldade, ainda que atenuada pela presença de uma irmã mais velha, que de certa forma, supria tal carência.

Apesar das queixas, elas reconheceram a importância de seus familiares e amigos no processo de recuperação, o que reforça a necessidade de considerar a participação de membros da rede de apoio, em especial o cônjuge, como aliada nas intervenções realizadas neste contexto, tornando possível reduzir certas barreiras à prevenção ou tratamento da DPP, como a falta de conhecimentos adequados ou de escuta empática.

Destaca-se ainda a importância dada pelas voluntárias às interações entre mulheres que tenham vivenciado ou estejam lidando com algum nível de sofrimento psíquico no pós-parto, com destaque para o uso das redes sociais na facilitação desse processo de comunicação. De fato, o potencial socioeducativo dos ambientes virtuais não pode ser desprezado, sendo imperativo que os meios acadêmicos e de atenção à saúde considerem essa possibilidade nos esforços envidados para o estabelecimento de uma cultura de atenção às mulheres em período gestacional e nas etapas subsequentes.

Por fim, o exercício de integração das concepções e experiências das participantes permitiu atestar, no conteúdo textual proveniente das entrevistas, o quão difícil e doloroso é vivenciar a DPP. Para elas, a DPP se define por palavras como “*a pior vivência*”, “*difícil*”, “*marcante*” e “*solitária*”. Quando estimuladas a completar a frase “*A depressão é...*”, as respostas foram “*pesadelo*”, “*a pior coisa que me aconteceu*”, “*um presente ferrado que Deus me concedeu*”, “*um buraco*”, “*o pior sofrimento que uma pessoa possa viver mentalmente*” e “*inferno*”. Todas contaram, em algum momento, ter experimentado ideação suicida. Da mesma forma, a metade delas afirmou ter tido pensamentos intrusivos voltados para causar danos ao bebê, embora nenhuma tenha assumido ter realizado algo concreto que chegasse a se configurar como agressão. Nesse sentido, uma característica marcante e perversa da DPP observada nas falas se refere à debilidade provocada no elo entre mãe e bebê.

Entretanto, passar pela DPP também foi avaliada como uma experiência que trouxe amadurecimento e aprendizagens. Em um dos casos, a entrevistada afirmou que suas expectativas quanto às próprias capacidades de lidar com múltiplos papéis estavam superdimensionadas e que, após o sofrimento imposto pela DPP, aprendeu a aceitar as próprias limitações. Foram identificados diversos outros relatos indicativos de aprendizado, referindo-se a “*viver a vida de uma maneira mais leve, com menos expectativas*”, a “*desfrutar melhor das experiências de vida*”, assim como a obter autoaceitação quanto às imperfeições e limitações, a desenvolver a visão de que a vida tem momentos difíceis, mas não se resume a eles e a alcançar a compreensão de que pedir ajuda é necessário. Nesse sentido, as entrevistadas apresentaram sinais claros do entendimento de que o amor ao filho não se resume a sensações e sentimentos inerentes a uma condição de “*ser mulher*”, mas que precisa ser construído ao longo de um processo que pode envolver superação de dificuldades e de estigmas.

Considerando-se os países de origem e residência das voluntárias, é importante sinalizar os aspectos socioeconômicos e culturais característicos dos países que compõem a América Latina, com suas diversas semelhanças em função de um imperialismo histórico imposto pelas nações ibéricas, que firmaram uma identidade religiosa calcada no catolicismo, cujas virtudes e santidade da virgem Maria como exemplo de esposa e mãe dedicada são enfatizadas, impondo um ideal difícil de ser alcançado. Além disso, operaram uma mescla sociocultural, de forma

violenta, sobre os povos originários do “novo mundo”, somando-se a isso a exploração escravocrata sobre os povos africanos. Esse cenário amplo de violências na América Latina reproduz desigualdades diversas, incluindo a de gênero, normalizando situações de violência machista contra as mulheres da região, com larga desvantagem destas em relação aos homens e relacionamentos pautados mais por lutas de poder do que baseados em afetos. Essa realidade alimenta a crença persistente de que as mulheres devem ser submissas e se conformarem às normas sociais vigentes, além de aumentar a pressão para que sejam capazes de lidar com múltiplas imposições sociais, sobretudo quando se tornam mães.

Diante do panorama exposto, os achados deste estudo mostram que, além da assistência médica, é urgente prover cuidados psicológicos e apoio social às mães, desde a gestação até os períodos subsequentes ao parto, com atenção à influência do seu contexto sociocultural. Esse é um caminho necessário para evitar ou amenizar a DPP. Mas, para além de intervenções profissionais, a prevenção da DPP requer o enfrentamento de desigualdades sociais e de gênero, com mudanças culturais e em políticas públicas que visem contemplar a mulher em seus direitos, singularidades e múltiplas necessidades.

Ademais, deve ser estimulada a produção de mais estudos sobre essa temática. Como sugestão para trabalhos futuros, suprimindo uma limitação de estudos de caso como o aqui relatado, indica-se a realização de investigação com quantidade expressiva de mulheres de diferentes países, com uso de instrumento(s) padronizado(s) e análises comparativas que possibilitem analisar diferenças e similitudes socioculturais no desenvolvimento da DPP. Também é desejável a produção de pesquisas que comparem a vivência da DPP em mulheres atendidas predominantemente na rede pública e na rede privada de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Raphael Andrade. **Fatores associados a sintomas de depressão pós-parto em mulheres do estudo “Nascer em Sergipe”**. 2019. - UFS - Universidade Federal de Sergipe, Lagarto/SE, 2019. Disponível em: <http://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/13237>. Acesso em: 25 fev. 2023.
- ALMEIDA, Ana Paula Brito *et al.* Sofrimento Mental Puerperal: Conhecimento da Equipe de Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, São Paulo, n. 27, p. 1–13, 2022. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/81118>. Acesso em: 20 ago. 2021
- ALMEIDA, Natália Maria de Castro; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 36, n. 4, p. 847–863, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932016000400847&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2021.
- ALVES, Tuane Vieira; BEZERRA, Martha Maria Macedo. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional / Main Physiological and Psychological changes during the management period. **ID On line. Revista de psicologia**, Ceará, v. 14, n. 49, p. 114–126, 2020. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2324>. Acesso em: 20 may. 2022
- AMATUZZI, Mauro Martins. Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia** 1,5-10ed. São Paulo: 1996. v. 13. Acesso em: 20 may. 2023.
- AMATUZZI, Mauro Martins. **Pesquisa fenomenológica em psicologia**. Campinas p. 17-16 2003. Acesso em: 20 may. 2023.
- ANDRADE, Laura Helena S. G. de; VIANA, Maria Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Archives of Clinical Psychiatry, São Paulo**, v. 33, n. 2, p. 43–54, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200003>. Acesso em: 22 set. 2021.
- ANGELINI, Arrigo Leonardo. Psicologia Intercultural e Psicologia Educacional: uma contribuição histórica. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo v. 27, n. 2, p. 39–46, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v27n2/v27n2a06.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.
- APA - American Psychiatric Association. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Online Artmed Editora, 2014. Acesso em: 20 dic. 2022.
- ARAÚJO, Daniele Marano Rocha *et al.* Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, R.J, v. 8, n. 3, p. 333–340, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292008000300013&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 jan. 2022.

ARRAIS, Alessandra da Rocha **As configurações subjetivas da depressão pós- parto: para além da padronização patologizante**. 2005. 158 f. - Universidade de Brasília, Brasília, 2005. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14011/1/2005_AlessandradaRochaArrais.pdf. Acesso em: 02 jan. 2022.

ARRAIS, da Rocha Alessandra; ARAÚJO, Tereza Cristina Ferreira. Depression Postpartum: A Review About Risk Factors And Protection. **Psicologia, Saúde & Doença**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 828–839, 2017. Disponível em: http://www.sp-ps.pt/downloads/download_jornal/536. Acesso em: 28 jan. 2022

ARRAIS, Alessandra Da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. Depressão e Ansiedade Gestacionais Relacionadas à Depressão Pós-Parto e o Papel Preventivo do Pré-Natal Psicológico. **Revista Psicologia e Saúde**, Brasília, p. 23–34, 2019. Disponível em: <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/706>. Acesso em: 28 jan. 2022

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 38, p. 711–729, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/pcp/a/nzLTSHjFFvb7BWQB4YmtSmm/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; CABRAL, Daniela Silva Rodrigues; MARTINS, Maria Helena de Faria. Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. **Encontro: Revista de Psicologia**, D.F, v. 15, n. 22, p. 53–76, 2012. Disponível em: <https://seer.pgsskroton.com/renc/article/view/2480>. Acesso em: 15 ago. 2022.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; MOURÃO, Mariana Alves; FRAGALLE, Bárbara. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade**, Brasília, v. 23, p. 251–264, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sausoc/a/ScBXWZfTcyVFXxfzs8jQRmp/> Acesso em: 28 ago. 2022

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria - 11ed: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. São Paulo: Artmed Editora, 2017. Acesso em: 20 jan. 2023.

BADINTER, Elisabeth. **Um Amor Conquistado: O Mito do Amor Materno**. França, 1981. v. 1 *E-book*. Disponível em: <https://catarinas.info/wp-content/uploads/2016/10/BADINTER-E.-Um-amor-Conquistado-o-mito-do-amor-materno.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2021

BARTOLOMÉ, Miguel Alberto. En defensa de la etnografía. El papel contemporáneo de la investigación intercultural. **Revista de Antropología Social**, Oaxaca - México, v. 12, p. 199–222, 2003. Disponível em: <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0303110199A>. Acesso em: 18 ago. 2021.

BELTRAME, Greyce Rocha; DONELLI, Tagma Marina Schneider. Maternidade e carreira: desafios frente à conciliação de papéis. **Aletheia**, Rio Grande do Sul ,n. 38–39, p. 206–217, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n38-39/n38-39a17.pdf>. Acesso em: 12 set. 2021

BENINCASA, Miria *et al.* O pré-natal psicológico como um modelo de assistência durante a gestação: **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, RJ ,v. 22, n. 1, p. 238–257, 2019. Disponível em: <https://revista.sbph.org.br/revista/article/view/188>. Acesso em: 21 ago. 2022.

BETRÁN, Ana Pilar *et al.* The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. **PLoS ONE**, online, v. 11, n. 2, p. e0148343, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4743929/>. Acesso em: 15 dic. 2021.

BOYD, Junior; WESTFALI, R. Pesquisa mercadológica: textos e casos. **Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas**, RJ, 1987. Acesso em: 20 nov. 2022

BRASIL, Ministério da Saúde. **Depressão pós-parto**. Online, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-pos-parto/depressao-pos-parto>. Acesso em: 4 mar. 2023.

BRASIL. **LEI Nº 11.108, DE 07 DE ABRIL DE 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 7 abr. 2005 Online. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html. Acesso em: 23 jan. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília, 2001, *E-book*. Online. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 4 mar 2023

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. Brasília, 2006. *E-book*. Online Disponível em: Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRITO, Renatha Celiana da Silva; ALMEIDA, José Jailson de; MEDEIROS, Anna Cecília Queiroz de. *Online no puerpério: interações de um grupo de apoio virtual*. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 22, p. 683–689, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbsmi/a/sPnS7chVhf7MNRhMfwQZXDm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRUZAMARELLO, Diogo; PATIAS, Naiana Dapieve; CENCI, Cláudia Mara Bosetto. Ascensão Profissional Feminina, Gestação Tardia e Conjugalidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá/PR, v. 24, 2018. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/41860>. Acesso em: 26 mar. 2023.

CAMACHO, Renata Sciorilli *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92–102, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832006000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 20 nov. 2021

CANTILINO, Amaury *et al.* Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, São Paulo, v. 37, p. 288–294, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rpc/a/nfBndszPxxgSTqkh9zXgpnjK/>. Acesso em: 20 mar. 2023

CARMO, Leide Silva do. **A idealização da maternidade perfeita**. São Paulo: Dialética, 2023. *E-book*. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=HmGmEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=+m%C3%A3e+idealizada&ots=zletR28Cbj&sig=_LdARkGM8orakBn5u81VbkPxixo#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 10 ago. 2021

CERNADAS, Cerian Jose M.i. La epidemia de cesáreas no justificadas, ¿podremos revertirla?. **Archivos argentinos de pediatría**, Buenos Aires, v. 117, n. 2, p. 66–67, 2019. Acesso em: 20 jan. 2021

COLONESE, Cristiane Ferraz; PINTO, Liana Wernersbach. Analysis of Reports of Violence Against Pregnant Women in Brazil in The Period From 2011 to 2018. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 31, p. e20210180, 2022. . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072022000100324&tlng=en. Acesso em: 20 mar. 2023

COUTINHO, Emília *et al.* Nurses- puerperal mothers interaction: searching for cultural care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 4, p. 910–917, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672019000400910&tlng=en. Acesso em: 07 nov. 2021

CRONEMBERGER, Lorena Ferreira. **Ser mãe é padecer no paraíso? O dispositivo da maternidade nas narrativas da depressão pós-parto**. 2019. 125 f. Dissertação - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br>. Acesso em: 25 fev. 2023.

CUNHA, Aline Borba da *et al.* A Importância do Acompanhamento Psicológico Durante a Gestação em Relação aos Aspectos que Podem Prevenir a Depressão Pós-Parto. **Saúde e Pesquisa**, Maringá/PR, v. 5, n. 3, 2012. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2427>. Acesso em: 25 fev. 2023.

CUNNINGHAM, F. Gary *et al.* (org.). **Obstetrícia de Williams (23a. ed.)**. 23. ed. Porto Alegre: Grupo A - AMGH, 2000. *E-book*. Disponível em: <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3235414>. Acesso em: 20 dic. 2021.

DIAS, Barbara Almeida Soares *et al.* Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, p. e00073621, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X202200060501&tlng=pt. Acesso em: 11 dic. 2021

DIAS, Joana Clara Alves; QUIRINO, Simone Rodrigues. Importância dos grupos de educação em saúde durante a gravidez. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, Maceió, v. 6, n. Fluxo contínuo, p. e02106025–e02106025, 2021. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/1164>. Acesso em: 11 dic. 2021

DIAZ, Carolina. **Cómo lograron los Centros de Salud Mental Comunitarios convertirse en una alternativa a los hospitales psiquiátricos**. Peru, 2022. Disponível em: <https://www.infobae.com/america/peru/2022/09/03/centros-de-salud-mental-comunitarios-y-como-lograron-convertirse-en-una-alternativa-a-los-hospitales-psiquiatricos/>. Acesso em: 11 feb. 2023

EAPPEN, B. S. *et al.* Preparing to launch the ‘Thinking Healthy Programme’ perinatal depression intervention in Urban Lima, Peru: experiences from the field. **Global Mental Health**, Cambridge/RU, v. 5, p. e41, 2018. Acesso em: 4 mar. 2023.

ESPEJO, Claudia Valentina Calderón- *et al.* **Sexualidad, Erotismo y Amor en el Embarazo y Postparto**. 2020. 99 f. Trabajo de grado - Universidade Católica de Colombia, Bogotá-Colombia, 2020. Disponível em: <https://repository.ucatolica.edu.co/items/5c495f2a-40d1-4e0a-8182-7ddeb087e8a2>. Acesso em: 4 mar. 2023.

ESTÉVEZ, Elena Álvarez; PÉREZ, Emilio Rubén Pego. **Management Of Postpartum Depression: Risk Factors And Detection. A Systematic Review**. 2022. - Universidade de Santiago de Compostela, Espanha, 2022. Disponível em: <https://dspace.usc.es/xmlui/handle/10347/29718>. Acesso em: 4 feb. 2023

FELICE, Eliana Marcello De. Fatores de Risco Associados À Depressão Puerperal: Revisão da Produção Científica. **Psicologia em Estudo**, Maringá - Paraná , v. 27, 2022. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/48185>. Acesso Paraná. Acesso em: 5 mar. 2023.

FELIZARDO, Veridiana Moraes Ferreira. **Cuidados com A Saúde Mental Materna: Perspectivas Para A Atuação do Psicólogo Perinatal**. 2022. 48 f. - Centro Universitario Faema, Ariquemedes -RO, 2022. Disponível em: https://repositorio.unifaema.edu.br/bitstream/123456789/3145/5/Veridiana%20Ferreira_TCC.pdf. Acesso em: 10 mar. 2023

FONSECA, Vera Regina J. R. M.; SILVA, Gabriela Andrade da; OTTA, Emma. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo. v. 26, n. 4, p. 738–746, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400016&lng=pt&tlng=pt Acesso em: 8 mar. 2023

FREITAS, Maria Erbenia Soares de; SILVA, Fagner Pereira da; BARBOSA, Luciene Rodrigues. Análise dos fatores de risco associados à depressão pós-parto: revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, Guarulhos/SP, v. 14, n. 48, p. 94–98, 2016. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3351
Acesso em: 10 mar. 2023

FRIZZO, Giana Bitencourt *et al.* Coparentalidade no Contexto de Depressão Pós-Parto: Um Estudo Qualitativo. **Psico-USF**, Campinas/SP, v. 24, p. 85–96, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/pusf/a/pXXnjpWMTCLqdhBxwzdf3RN/abstract/?lang=pt>
Acesso em: 19 mar. 2023

FRIZZO, Giana Bitencourt; PICCININI, Cesar Augusto. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, Campinas - SP, v. 10, n. 1, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-7372200500010007 &lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-7372200500010007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 3 jan. 2022.

GIARETTA, Davisson Gonçalves; FAGUNDEZ, Fabiana. Aspectos Psicológicos do Puerpério: Uma Revisão. **Psicologia.pt**, Online, p. 8, 2015. Disponível em <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0922.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2022.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisas**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017. Acesso em: 12 mar. 2021

GOMES, Isabella Lemos de Melo Chagas. Contribuição da psicologia perinatal para a maternagem na contemporaneidade. **II COPGRAD UBM**, Barra Mansa, v. 1, n. n.02, p. 25–32, 2022. Disponível em: <https://revista.ubm.br/index.php/copgrad2/article/view/1408>. Acesso em: 07 jan. 2023

GONÇALVES, Carmen Luiza da Silva *et al.* Conhecimento de profissionais da estratégia saúde da família acerca da depressão pós-parto. **Research, Society and Development**, Rio Grande do Sul, v. 9, n. 7, p. e337973842–e337973842, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3842>. Acesso em: 6 mar. 2023

GONZÁLEZ REY, Fernando. **Investigación cualitativa y subjetividad**. Guatemala: ODHAG, 2006. *E-book*. Disponível em: https://www.academia.edu/31063853/Investigacion_Cualitativa_y_Subjetividad. Acesso em: 20 ago. 2021.

GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, Alianok *et al.* Factores asociados a depresión posparto. **Revista Archivo Médico de Camagüey**, Rio Grande do Sul, v. 23, n. 6, p. 770–779, 2019. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552019000600770&lng=es&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 10 dic. 2022.

GREINERT, B. R. M.; MILANI, R. G. Depressão Pós-Parto: Uma Compreensão Psicossocial. **Psicologia - Teoria e Prática**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 26–36, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v17n1p26-36>
Acesso em: 30 dic. 2022

GREINERT, Bruna Rafaela Milhorini *et al.* A Relação Mãe-bebê no Contexto da Depressão Pós-parto: Estudo Qualitativo. **Saúde e Pesquisa**, Maringá - PR, v. 11, n. 1, p. 81–88, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5919>. Acesso em: 10 mar. 2023

HARTMANN, Juliana Mano; MENDOZA, Raul Andrés -Sassi; ALMEIDA, Cesar Juraci. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, R.J, v. 33, p. e00094016, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33n9/e00094016/>. Acesso em: 30 mar. 2022

HOLTZMAN, Wayne H. Cross-Cultural Studies in Psychology. **International Journal of Psychology**, Chicago - EUA, v. 3, n. 2, p. 83–91, 1968. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00207596808247230>. Acesso em: 2 mar. 2023

HOPCROFT, April. (Des)cuidando a quienes nos crían: Una exploración cualitativa del abordaje para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la depresión posparto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2020). **SIT Digital Collections**, Online, p. 51, 2020. Disponível em: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3301. Acesso em: 19 feb. 2023

KONRADT, Caroline Elizabeth *et al.* Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, p. 76–79, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rprs/a/8jyx9Pc78hFHhL5gXPkwKnv/abstract/?lang=pt> Acesso em: 19 ago. 2022

LAMY, Marcelo *et al.* El derecho de las gestantes a su acompañante durante el parto: previsión legal en los países Latinoamericanos y Caribeños. **VIII Congreso Iberoamericano de Derecho Sanitario, Ciudad de México**, Cidade do México, 2021. p. 18. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/160452>. Acesso em: 24 mar. 2023

LARA, M. A. *et al.* Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. **Género y Salud en Cifras**, México, v. 15, n. 2, p. 12–15, 2017. Acesso em: 08 jun. 2022

LOPES, Manuela Nunes; DELLAZZANA-ZANON, Letícia Lovato; BOECKEL, Mariana Gonçalves. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto - SP v. 22, n. 4, p. 917–928, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-389X2014000400018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 25 mar. 2023

MALDONADO, Tereza Maria. **Psicologia da gravidez, parto e puerperio**. São Paulo: Saraiva: 1997. v. 14. Acesso em: 10 mar. 2021

MALDONADO-DURÁN, J. Martín. **Salud mental perinatal**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2011. Acesso em: 10 dic. 2022

MARCHIONNI, Mariana; GASPARINI, Leonardo; EDO, María. **Brechas de género en América Latina. Un estado de situación**. Caracas - Venezuela: CAF, 2019. *E-book*. Disponível em: <https://ikels-dspace.azurewebsites.net/handle/123456789/1401>. Acesso em: 3 mar. 2023.

MARQUES, Luzilene de Carvalho *et al.* Saúde mental materna: rastreando os riscos causadores da depressão pós-parto. **Journal Health NPEPS**, Marnhão, v. 1, n. 2, p. 145–159, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052312/1588-5512-2-pb-1.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2023

MARTINS, Aline de Carvalho *et al.* Ser Mãe Após os 35 Anos: Vantagens e Desvantagens da Maternidade sob a Ótica das Gestantes. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, Ponta Grossa, Paraná, v. 23, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/view/12498/209209210429>. Acesso em: 26 dic. 2022.

MULLER, Erildo Vicente; MARTINS, Camila Marinelli; BORGES, Pollyanna Kássia de Oliveira. Prevalence of anxiety and depression disorder and associated factors during postpartum in puerperal women. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, n. 4, p. 995–1004, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-8292021000600995&tIng=en. Acesso em: 10 ene. 2023

NIH - NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. **La depresión en las mujeres: 5 cosas que usted debe saber**. Bethesda, Maryland, 2020. Disponível em: https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/la-depresion-en-las-mujeres/pdf_20-mh-4779s.pdf. Acesso em: 25 out. 2021.

OLIVEIRA, Elizângela Crescêncio; BARBOSA, Simone de Meira; MELO, Sueli Essado Pereira. A Importância do Acompanhamento Pré-natal Realizado por Enfermeiros. **Revista Científica FacMais**, Inhumas/GO, v. 7, n. 3, p. 15, 2016. Acesso em: 10 mar. 2023

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Thinking Healthy**. Genebra: 2015. *E-book*. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-MSD-MER-15.1>. Acesso em: 26 fev. 2023.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Genebra: World Health Organization, 2018. *E-book*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>. Acesso em: 4 mar. 2023.

OPAS/OMS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Depressão - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. Washington, DC, 2012. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 7 set. 2021.

OPAS/OMS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Depressão - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. Washington, DC, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 16 jan. 2022.

OPAS/OMS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **PAHO/WHO | Caesarean sections should only be performed when medically necessary.** Washington, DC, 2015. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0. Acesso em: 26 fev. 2023.

PABÓN, David Rincón; VÉLEZ, Robinson Ramírez. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. **Revista de Salud Pública**, Colombia, v. 16, p. 534–546, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2014.v16n4/534-546/>. Acesso em: 10 mar. 2023

PERES, Pâmela Souza. **Asistencia de Enfermagem À Saúde Mental de Gestantes e Puérperas na Atenção Básica.** 2017. 35 f. - Universidade de Brasília, Brasília/DF, 2017. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/23325/1/2017_PamelaSouzaPeres_tcc.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023

PERU. **Conocer los Centros de Salud Mental Comunitaria en el Perú,** 2023. Disponível em: <https://www.gob.pe/saludmental>. Acesso em: 05 may. 2023.

RIBEIRO, Sabrina Varão Oliveira. **Violência Contra Gestantes e Depressão Materna: Estudo da Coorte Brisa.** 2018. 113 f. - Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2018. Disponível em: <http://tedebc.ufma.br:8080/jspui/handle/tede/2453>. Acesso em: 25 fev. 2023.

RODRIGUEZ, Fernanda Travassos-; CARNEIRO, Terezinha Féres-. Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. **Tempo psicanalítico**, RJ, v. 45, n. 1, p. 111–121, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-48382013000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 11 may. 2022

SÁNCHEZ, Aguilar Cristina Johanna; QUISHPE, Viviana Monserrath Llumiquinga. **Comparación de los resultados obstétricos primarios y secundarios en mujeres de 18 a 35 años que recibieron educación prenatal versus aquellas con cuidado prenatal estándar, en el Centro de Salud de Conocoto en el periodo Enero a Julio 2019.** 2019. 89 f. Tese (Especialização) - Pontificia Universidad Católica, Ecuador, Quito, 2019. Disponível em: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16906/Tesis%20Comparaci%C3%B3n%20de%20resultados%20obstetricos%20primarios%20y%20secundarios%202019%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 abr. 2022

SANTOS, Nadia Valéria Moreira; ASSIS, Cleber Lizardo de. **Psicologia e Gravidez: O Papel do Psicólogo a Partir de Uma Pesquisa-intervenção Junto a Mulheres Grávidas do Interior de Rondônia, Brasil.** **Integración Académica en Psicología**, Cidade do México, v. 10, n. 28, enero -marzo2022. Disponível em: <https://www.integracion-academica.org/anteriores/30-volumen-7-numero-20-2019/239-psicologia-e-gravidez-o-papel-do-psicologo-a-partir-de-uma-pesquisa-intervencao-junto-a-mulheres-gravidas-do-interior-de-rondonia-brasil>. Acesso em: 7 mar. 2023.

SANTOS, Luciano José Ramos Pimentel; BARBOSA, Kevan Guilherme Nóbrega. Conceituações do termo “violência obstétrica” na área da saúde. **Concilium**, Online, v. 22, n. 7, p. 451–465, 2022. Disponível em: <https://clium.org/index.php/edicoes/article/view/706>. Acesso em: 22 mar. 2022

SCHMIDT, Eder *et al.* A inclusão da internet na relação médico-paciente: apenas prós?. “**Programa Mais Médicos**” e a Saúde no Brasil, Brasília, v. 11, n. 4, p. 386–390, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n4/a4130.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2022

SCHMIDT, Eluisa Bordin; PICCOLOTO, Neri Maurício; MÜLLER, Marisa Campio. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **PsicoUSF**, Campinas/SP, v. 10, n. 1, p. 61–68, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-82712005000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 mar. 2022

SCHWENGBER, Daniela Delias de Sousa; PICCININI, Cesar Augusto. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 3, p. 403–411, 2003. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000300007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 19 dic. 2021

SILVA, Adrielly Iris Dantas *et al.* **O Papel do Enfermeiro na Identificação dos Impactos Psicológicos no Puerpério**. *Em: II CONGRESSO DE SAÚDE COLETIVA DA UFPR*, 2020. Curitiba, 2020. Disponível em: <https://eventos.ufpr.br/csc/csc20/paper/view/4396>. Acesso em: 25 abr. 2021.

SONCINI, Natália *et al.* Psychosocial Aspects in Brazilian Women With High and Low-risk Pregnancies. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 20, n. 1, p. 122–136, 2019. Disponível em: https://www.sp-ps.pt/downloads/download_jornal/622. Acesso em: 29 ago. 2022

SOUSA, Thânia Pires Parreira e *et al.* Assistência de enfermagem na depressão pós-parto: Revisão Integrativa. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, Valparaíso de Goiás/GO, p. 26–35, 2022. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/845>. Acesso em: 25 mar. 2023

SOUZA, Evellyn Ribeiro De; ARAÚJO, Darclean; PASSOS, Sandra Godoi De. Fatores de Risco da Depressão Pós-parto: Revisão Integrativa. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasília, v. 3, n. 7, p. 463–474, 2020. Disponível em: <https://zenodo.org/record/4275879>. Acesso em: 20 feb. 2023

TABACZINSKI, Carine; SILVA, Kelin Aparecida. Pré-natal psicológico na gestação de alto risco: relato de experiência com grupos. **Mostra de Iniciação Científica e Extensão Comunitária e XI Mostra de Pesquisa de Pós-Graduação**, Passo Fundo/RS, v. II, n. 7, 2018. Disponível em: <https://soac.imed.edu.br/index.php/mic/xiimic/paper/view/1020>. Acesso em: 24 feb. 2023

TEODÓZIO, Andressa Milczarck; FRIZZO, Giana Bitencourt. **Ajustamento Conjugal e Depressão Pós-Parto Materna**. Em: **XXVII SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**, 2015, Porto Alegre. Redes Sociais Conexões que Transformam. Porto Alegre: UFRGS, 2015. Disponível em: https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/136751/Poster_41801.pdf?sequence=2. Acesso em: 18 jan. 2023.

THEME FILHA, Mariza Miranda *et al.* Fatores associados à sintomatologia depressiva pós-parto no Brasil: Pesquisa Nacional Nascer no Brasil, 2011/2012. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdã, v. 194, p. 159–167, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032715306789> Acesso em: 30 jul. 2022.

THEME FILHA, Mariza Miranda. **Principais Questões sobre Saúde Mental Perinatal**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-saude-mental-perinatal/>. Acesso em: 7 set. 2021.

VENTURA, Magda Maria. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista SoCERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383–386, 2007. Acesso em: 08 abr. 2022

WELLS, R. H. C.; BAY-NIELSEN, H.; BRAUN, R.; ISRAEL, R. A.; LAURENTI, R.; MAGUIN, P.; TAYLOR, E. **CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo: EDUSP, 2011.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman editora, 2015. Acesso em: 19 set. 2022

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho *et al.* Violência Obstétrica no Brasil: Uma Revisão Narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 29, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/>. Acesso em: 24 jul. 2021.

ZINI, Laura Astrada de Souza; FRIZZO, Giana Bitencourt; LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro. Depressão materna e ajustamento conjugal de mães jovens e sua relação com a sintomatologia psicofuncional do bebê. **Pensando famílias**, Online, v. 22, n. 2, p. 03–19, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-494X2018000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 dic. 2021

ZUGAIB, Marcelo; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira. **Zugaib Obstetrícia**. 3ª ed.ed. São Paulo: Manole, 2015. Acesso em: 01 jan. 2023

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1 Qual o seu nome?

2 Qual a sua idade?

3 Qual a sua nacionalidade?

4 Em que cidade você reside?

5 Pode me fornecer alguns dados para contato?

E-mail:

WhatsApp:

6 Qual a renda mensal de sua família? (soma de todas as rendas das pessoas responsáveis pelo sustento da casa/família)

() Até R\$ 1000,00

() Até R\$ 2000,00

() Até R\$ 3000,00

() Até R\$ 4000,00

() Superior a R\$ 4000,00

7 Como você identifica sua raça/etnia?

() Preta

() Parda

() Branca

() Amarela

() Indígena/ Povos originários

() Outro:.....

8 Qual seu nível de escolaridade?

() Ensino fundamental () Completo () Incompleto

() Ensino médio () Completo () Incompleto

() Ensino superior () Completo () Incompleto

() Pós-graduação Lato Sensu () Completo () Incompleto

() Mestrado () Completo () Incompleto

() Doutorado () Completo () Incompleto

9 Qual sua profissão ou ocupação?

10 Além dos trabalhos domésticos, atualmente você está trabalhando?

() NÃO Qual? () Trabalho Formal () Trabalho Informal

() SIM

11 Qual sua denominação religiosa?

- Católica Evangélica Testemunha de Jeová
 Religiões de matriz africana Outra . Qual? _____ Sem religião

12 Qual seu Estado civil?

- Casada ou em união estável
 Solteira
 Divorciada ou separada
 Outro Qual? _____

12.1 Se casada ou em união estável, qual a profissão do seu companheiro?

13 Quantos filhos você tem e qual a idade de cada um deles?

14 Com quais pessoas você reside atualmente?

15 Qual seu modo principal de acesso aos serviços de saúde?

- Serviços públicos
 Serviços privados com plano de saúde
 Serviços privados sem plano de saúde

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Histórico da gravidez, parto e puerpério

1.1 Como foi quando soube que estava grávida?

Observação: Investigar se a gravidez foi desejada e/ou planejada, quais as principais reações da mulher e de outros membros da sua família.

1.2 Como foi sua gravidez?

Observação: Investigar se houve agravo(s) à saúde materna ou do feto durante a gravidez, estado emocional na gestação, rede de apoio.

1.3 Você realizou acompanhamento pré-natal? Se sim, conte-me como foi.

Observação: Investigar quantas consultas pré-natais realizou, se na rede pública ou privada de saúde, por quais tipos de profissionais foi atendida, de que tipo de atividades participou.

1.4 Como foi o parto?

Observação: Investigar se foi parto normal ou cesárea, se ocorreu conforme desejado ou planejado, se houve alguma intercorrência, se algum familiar acompanhou o processo, se identificou alguma forma de violência obstétrica

1.5 Em relação ao seu estado emocional durante a gravidez, qual o melhor modo de descrevê-lo?

Observação: Investigar variações no estado emocional ao longo da gestação e fatores relacionados, identificar ambivalências afetivas e verificar se sintomas de depressão já se manifestavam neste período.

2. Visão da maternidade: aspectos subjetivos e socioculturais

2.1 Em sua comunidade, o que muda quando uma mulher se torna mãe?

Observação: Investigar o papel materno no contexto social da entrevistada, as mudanças esperadas.

2.2 Em sua visão, o que significa ser mãe?

Observação: Investigar as construções subjetivas em termos da maternidade, possíveis idealizações.

2.3 Você acredita na existência de um instinto materno? Por favor, explique sua resposta.

2.4 Para você, quais os principais desafios de assumir esse novo papel diante da sociedade?

2.5 Em termos pessoais, como tem sido sua experiência como mulher-mãe?

2.6. Como você tem lidado com as dificuldades em exercer esse papel de mãe?

3. Vivência da Depressão Pós-Parto

3.1 Antes da Depressão Pós-Parto você teve experiência de depressão ou de outros modos de sofrimento psíquico? Se sim, quando e como foi?

Observação: Investigar presença de depressão e outros transtornos ou agravos em saúde mental em épocas anteriores.

3.2 Como você descobriu ou percebeu que estava com Depressão Pós-Parto?

Observação: Investigar como a entrevistada suspeitou ou identificou a DPP, se houve um diagnóstico formal e, se sim, por quem e como esse diagnóstico foi feito.

3.3 Quando você dizia para as pessoas que estava com Depressão Pós-Parto, como elas reagiam?

3.4 Como a Depressão te afetou?

Observação: Investigar como a DPP se manifestou na vida da entrevistada em termos de mudanças no humor, autocuidado, padrões de sono e vigília etc.

3.5 Como a Depressão impactou na sua rotina?

3.6 Quais as repercussões da Depressão no relacionamento com seu companheiro?

3.7 Quais as repercussões da Depressão na interação com o seu bebê?

3.8 Como a Depressão influenciou sua interação com parentes e amigos?

3.9 Que apoio social você recebeu nesse período?

3.10 Por outro lado, que apoio você não recebeu, mas gostaria de ter recebido de outras pessoas?

3.11 O que mudou na tua vida após a experiência da Depressão Pós-Parto?

4 Percepções sobre a Depressão Pós-Parto

4.1 Na sua opinião, o que leva uma mulher a desenvolver a Depressão Pós-parto?

4.2 Você acredita que a Depressão Pós-Parto possa ser prevenida? Explique sua resposta.

4.3 Que fatores você pensa que podem ajudar uma mulher a superar a Depressão Pós-parto?

4.4 Como você avalia o sistema de saúde de seu país em relação a qualidade da assistência às mulheres durante a gravidez, parto e puerpério?

4.5 Como você acredita que o contexto sociocultural do seu país contribui para o desenvolvimento ou para o agravamento da Depressão Pós-Parto?

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO SOBRE A DEPRESSÃO PÓS-PARTO

1 Em que momento se iniciaram seus sintomas de depressão?

- Antes da gravidez, na adolescência
- Antes da gravidez, já na idade adulta
- Durante a gravidez
- Logo após o parto
- Alguns dias após o parto

2 Em relação a Depressão Pós-Parto, você teve um diagnóstico formal?

- Não
- Sim

3 Há quanto tempo você teve a Depressão Pós-Parto?

4 Por quanto tempo durou sua Depressão Pós-Parto?

5 Quais os sintomas que você apresentou?

- Sentir-se triste ou infeliz o tempo todo ou a maior parte do tempo
- Sentir-se incapaz de rir e de ver o lado engraçado das coisas
- Olhar para o futuro sem entusiasmo
- Culpar-se sem necessidade
- Sentir-se ansiosa ou preocupada sem um motivo que justificasse
- Sentir-se com medo ou muito assustada sem um motivo que justificasse
- Dificuldade para dormir
- Ideia de fazer mal a si mesma
- Dificuldade para cuidar do bebê
- Appetite alterado
- Falta de desejo sexual
- Irritabilidade constante
- Outros. Quais?

6 Houve mudanças marcantes na sua vida que possam ter influenciado a sua Depressão Pós-Parto? Se sim, quais?

- Conflitos conjugais
- Desemprego
- Luto
- Estresse no trabalho
- Situação traumática (exemplo: assalto, acidente de carro, ônibus ou moto, catástrofe)
- Mudança de cidade, bairro
- Dificuldades financeiras
- Outros. Quais?

7 Você recebeu atendimento para a Depressão Pós-Parto? Se sim, quais?

- Acompanhamento psiquiátrico
- Psicoterapia
- Orientação nutricional
- Aconselhamento religioso
- Outros. Quais?

8 Você fez uso de medicação para a Depressão Pós-Parto?

- Sim
- Não

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa intitulada:

“Aspectos psicossocioculturais da depressão pós-parto em mães latino-americanas: estudo de caso múltiplo”.

JUSTIFICATIVA: Nesta pesquisa, buscaremos identificar e analisar fatores psicossocioculturais que aumentam riscos para depressão pós-parto a partir da compreensão das narrativas de mulheres latino-americanas que vivenciaram esse transtorno. Desse modo, será possível discutir esse fenômeno com base nas experiências relatadas por mulheres de contextos sociais distintos, mas que se caracterizam por aproximações culturais e por diversos desafios comuns, tais como desigualdades socioeconômicas, fragilidades dos serviços de saúde e, ainda que com avanços importantes nas últimas décadas, taxas altas de mortalidade materno-infantil. São poucos os estudos qualitativos que têm aprofundado a compreensão da Depressão Pós-parto na realidade latino-americana, o que requer principalmente mais investigações e debates acadêmicos sobre aspectos psicossocioculturais que permeiam o período gravídico-puerperal.

OBJETIVO DA PESQUISA: O objetivo desta pesquisa é compreender aspectos psicológicos, sociais e culturais associados à depressão pós-parto com base na vivência de mulheres de nacionalidades distintas, provenientes de países latino-americanos.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: Se a senhora decidir colaborar com o estudo, será solicitada a participar de três encontros para coleta de informações que serão realizados de modo online, de acordo com suas preferências de dias e horários e duração de aproximadamente 40 minutos cada um deles. No primeiro encontro, você deverá preencher um questionário para levantamento de alguns dados pessoais (por exemplo, idade, estado civil e nível de escolaridade) e participará de uma entrevista sobre como foi sua gravidez, parto e puerpério. No segundo encontro, você responderá a um instrumento de completamento de frases e participará de uma entrevista voltada para conhecer sua visão acerca da maternidade. O terceiro encontro será sobre suas vivências de depressão pós-parto, quando você será solicitada a responder um questionário e participará de uma entrevista a esse respeito. Se for do seu interesse, haverá um quarto encontro para te informar sobre os resultados da pesquisa. Para registro fiel de seus relatos durante as entrevistas, pretendemos usar um gravador de voz para registrar as informações fornecidas pela senhora. Sendo assim, para que venha a participar do estudo necessitamos de sua concordância em relação a gravação de suas falas. Asseguramos que as informações coletadas serão utilizadas apenas para o alcance dos objetivos da pesquisa e que este material ficará sob a guarda exclusiva da pesquisadora. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome ou de qualquer outra participante.

RISCOS E DESCONFORTOS: Os riscos previstos quanto a sua participação nessa pesquisa são mínimos, tratando-se de uma possível mobilização emocional diante das lembranças ocasionadas pelas perguntas das entrevistas. Mas, caso a senhora apresente algum incômodo no decorrer da coleta de dados, estarei pronta a realizar o acolhimento necessário. Comprometo-me a zelar pela sua integridade e bem-estar, respeitando sua privacidade e respeitando sua decisão quanto à continuidade da entrevista, podendo esta ser interrompida, remarcada ou mesmo cancelada.

BENEFÍCIOS: Sua participação favorecerá a ampliação do conhecimento científico sobre aspectos psicossociais relacionados à depressão pós-parto e as discussões acerca desta temática. Em especial, esperamos que possa propiciar uma melhor compreensão das variáveis que tornam as mulheres vulneráveis a quadros de depressão no pós-parto, tendo em vista as particularidades de países latino-americanos. Desse modo, poderá ainda ajudar na identificação de aspectos relevantes a serem considerados no planejamento de intervenções preventivas e educativas a serem realizadas com usuárias dos serviços de saúde, com potencial para prevenir ou reduzir este tipo de sofrimento.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Caso a senhora apresente algum incômodo no decorrer das entrevistas e/ou do preenchimento dos questionários, será prestado o acolhimento necessário pela pesquisadora, assim como será respeitada sua decisão quanto à continuidade do encontro, podendo este ser interrompido, remarcado ou mesmo cancelado, sem quaisquer prejuízos para a senhora. Em caso de necessidade e sendo do seu interesse, iremos orientar ou encaminhar a senhora para avaliação e acompanhamento psicológico em serviços disponíveis em sua comunidade.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: A senhora será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. A Senhora é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento que achar necessário. A sua participação é voluntária e a sua recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de qualquer benefício. A senhora possui garantia ao direito à indenização caso ocorra eventuais danos decorrentes da pesquisa que irá cobrir qualquer custo relacionado. São assegurados o sigilo e a sua privacidade pelos pesquisadores responsáveis por esta pesquisa. Sua identificação, ou qualquer material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Não haverá forma de ocorrer sua identificação em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo e os dados obtidos não serão usados para outros fins. Uma via assinada deste termo de consentimento livre e esclarecido será arquivada empasta protegida por criptografia e senha em computador pessoal da pesquisadora, e outra será fornecida à senhora para acesso remoto através da internet.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, _____ RG _____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar. A pesquisadora Carmen Luz Flores Huaracha Antunes esclareceu que todos os dados desta pesquisa serão sigilosos e somente as pesquisadoras terão acesso. Foi explicado que caso existam gastos, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora Carmen Luz Flores Huaracha Antunes no telefone +55 21 997594014.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Iguazu-UNIG também poderá ser consultado para dúvidas/denúncias relacionadas à Ética da Pesquisa e está localizada na Av. Abílio Augusto Távora, nº 2134, Bloco A - 1º andar - Sala 103, Município de Novalguazu, RJ. horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 12h e das 13h às 16h telefone, (21) 2765-4000, o contato também poderá ser feito pelos e-mails: cepunigcampus1@gmail.com ou cep@campus1.unig.br que tem a função de fiscalizar e fazer cumprir as normas e diretrizes dos regulamentos de pesquisas envolvendo seres humanos. Assinei duas vias deste termo de consentimento livre e esclarecido, o qual também foi assinado pelo pesquisador responsável que me fez o convite e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Uma via deste documento, assinada, foi deixada comigo. Diante do que foi proposto, declaro que concordo em participar desse estudo.

_____/_____
Nome Assinatura do Participante
Data:

_____/_____
Pesquisador Assinatura do Pesquisador
Data:

ANEXO A

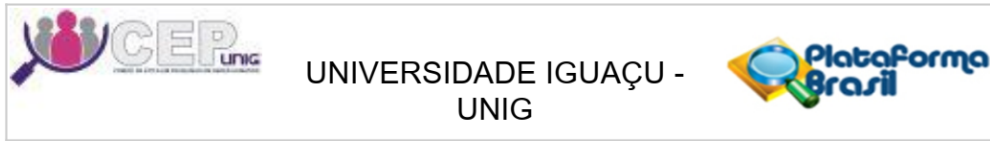
COMPLEMENTAMENTO DE FRASES

Ser mulher é...
Ser mãe é...
Tenho medo de...
Sonho com...
A depressão é...
Superar é...
Coragem é...
Para meus filhos(s):
O que mais desejo é...
O que mais doeu foi...
Apoio é...
O Sistema de saúde do meu país é...
Minhas aspirações são...
Minha família é...
Aprendi que...
As mulheres posso dizer que.....
As grávidas/mães posso dizer que.....

Nota: Adaptado de Arrais (2005) e González Rey (2006, p. 176).

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASPECTOS PSICOSSOCIOCULTURAIS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM MÃES LATINO-AMERICANAS: ESTUDO DE CASO MÚLTIPLO

Pesquisador: Carmen Luz Flores Huaracha Antunes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58953922.5.0000.8044

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.468.894

Apresentação do Projeto:

O ciclo gravídico-puerperal é marcado por diversas e importantes mudanças que requerem atenções multidisciplinares à saúde da díade mãe-bebê, de modo a oferecer uma assistência integral e evitar intercorrências e sofrimento psíquico neste período. Considerando que fatores psicossocioculturais estão entre aqueles que podem aumentar os riscos e complicações da depressão, o objetivo desta pesquisa consiste em investigar a influência de elementos desta natureza no desenvolvimento da depressão pós-parto com base na vivência de mulheres de nacionalidades distintas, provenientes de países latino-americanos. Para tanto, pretende-se realizar um estudo intercultural, com delineamento de caso múltiplo, em que serão entrevistadas cinco mulheres primíparas que passaram pela experiência da depressão pós-parto há um tempo de, no máximo, três anos. As entrevistas a essas mães ocorrerão de modo individual, mediante plataforma virtual, e serão guiadas por um roteiro elaborado previamente com questões relacionadas à vivência da depressão após o parto do primeiro filho, tais como alterações no seu estado emocional, identidade, autocuidado, relações sociais e familiares; apoio social recebido e desejado; influências socioculturais percebidas; acesso e uso de

Endereço: Av. Abílio Augusto Távora, nº 2134 - Jardim Nova Era

Bairro: JARDIM NOVA ERA **CEP:** 26.275-580

UF: RJ **Município:** NOVA IGUAÇU

Telefone: (21)2765-4005

E-mail: cep@campus1.unig.br; cepunigcampus1@gmail.



Continuação do Parecer: 5.468.894

serviços públicos de saúde. Ademais, para complementação e contextualização dos relatos obtidos, serão aplicados dois questionários para levantamento de dados sociodemográficos e de história clínica, bem como um instrumento de complementação de frases. Além de análises qualitativas de cada um dos casos em estudo, será realizada uma integração das informações reunidas, com apoio da Análise de Conteúdo de Bardin, de modo a identificar e analisar diferenças e semelhanças nas experiências e concepções relatadas. Espera-se, desse modo, propiciar uma melhor compreensão de fatores que influenciam quadros de depressão em mulheres no pós-parto, com atenção especial para a realidade latinoamericana, bem como estimular cuidados culturalmente competentes na área e embasar o planejamento de intervenções com potencial para prevenir ou amenizar este tipo de sofrimento psíquico na América Latina.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender aspectos psicossocioculturais associados à DPP com base na vivência de mulheres de nacionalidades distintas, provenientes de países latino-americanos.

Objetivo Secundário:

Obter e analisar narrativas de mulheres que vivenciaram a DPP acerca deste período de suas histórias de vida; Identificar aspectos psicológicos, sociais e culturais que contribuíram para o desenvolvimento ou manutenção da DPP na percepção das mulheres entrevistadas; Identificar reações do entorno social e familiar das mulheres frente a DPP e quais suas expectativas em termos do suporte social desejado. Verificar os modos como as mulheres lidaram com estressores relacionados a DPP conforme seus relatos. Verificar como as mulheres obtiveram assistência no sistema público de saúde para prevenir ou amenizar a DPP. Comparar e integrar as experiências das participantes no que concerne a DPP, destacando suas semelhanças e diferenças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Av. Abílio Augusto Távora, nº 2134 - Jardim Nova Era
Bairro: JARDIM NOVA ERA **CEP:** 26.275-580
UF: RJ **Município:** NOVA IGUAÇU
Telefone: (21)2765-4005 **E-mail:** cep@campus1.unig.br; cepunigcampus1@gmail.



Continuação do Parecer: 5.468.894

Devido a complexidade das temáticas abordadas e o risco de evocarem lembranças difíceis, é possível que as participantes sintam certo desconforto ou vergonha no decorrer da coleta de dados. É possível ainda que mostrem cansaço ao responder aos instrumentos. Para tanto, serão tomados cuidados como escolher momento e local que assegurem privacidade, realizar acolhimento, oferecer escuta empática e respeitosa, respeitar o ritmo de respostas, dividir a coleta de dados em vários momentos, de modo a construir maior vínculo com a participante e tornar o processo menos cansativo. Ademais, pretende-se interromper ou mesmo cancelar a coleta de dados diante da evidência de mal estar da participante, realizando o acolhimento e atendimento necessários.

Benefícios:

Espera-se que os resultados da pesquisa possam propiciar uma melhor compreensão de fatores que influenciam quadros de depressão em mulheres no pós-parto, com atenção especial para a realidade latino-americana, bem como que possa estimular cuidados culturalmente competentes na área e embasar o planejamento de intervenções com potencial para prevenir ou amenizar este tipo de sofrimento psíquico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com evidente relevância Científica e Acadêmica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados de modo adequado e em consonância com os padrões metodológicos.

Recomendações:

Apresentar relatórios parciais e relatório final do projeto de pesquisa é responsabilidade indelegável do pesquisador principal.

Qualquer modificação ou emenda ao projeto de pesquisa em pauta deve ser submetida à apreciação deste CEP .

O sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo. O sujeito, caso esteja na faixa etária de 12 a 17 anos, deve ainda apor sua assinatura no Termo de Assentimento.

Endereço: Av. Abílio Augusto Távora, nº 2134 - Jardim Nova Era

Bairro: JARDIM NOVA ERA **CEP:** 26.275-580

UF: RJ **Município:** NOVA IGUAÇU

Telefone: (21)2765-4005

E-mail: cep@campus1.unig.br; cepunigcampus1@gmail.



Continuação do Parecer: 5.468.894

O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências éticas que justifiquem a recusa do trabalho.

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar relatórios parciais e relatório final do projeto de pesquisa é responsabilidade indelegável do pesquisador principal.

Qualquer modificação ou emenda ao projeto de pesquisa em pauta deve ser submetida à apreciação deste CEP .

O participante da pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo. O participante, caso esteja na faixa etária de 12 a 17 anos, deve ainda apor sua assinatura no Termo de Assentimento.

O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1927724.pdf	10/05/2022 00:28:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Carmen_Projeto.pdf	10/05/2022 00:26:38	Carmen Luz Flores Huaracha Antunes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Carmen.pdf	10/05/2022 00:20:27	Carmen Luz Flores Huaracha Antunes	Aceito
Folha de Rosto	Carmen_L_F_H_Antunes_CONEP.pdf	16/04/2022 17:53:31	Carmen Luz Flores Huaracha Antunes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Abílio Augusto Távora, nº 2134 - Jardim Nova Era
Bairro: JARDIM NOVA ERA **CEP:** 26.275-580
UF: RJ **Município:** NOVA IGUAÇU
Telefone: (21)2765-4005 **E-mail:** cep@campus1.unig.br; cepunigcampus1@gmail.



UNIVERSIDADE IGUAÇU -
UNIG



Continuação do Parecer: 5.468.894

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NOVA IGUAÇU, 14 de Junho de 2022

Assinado por:
José Claudio Provenzano
(Coordenador(a))