



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**Luiza Batista Morgan**

**O PARTO E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL  
DA MÃE: A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA  
PSICOLÓGICA NA MATERNIDADE**

**Luiza Batista Morgan**

**O PARTO E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL  
DA MÃE: A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA  
PSICOLÓGICA NA MATERNIDADE**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do título de Bacharel Psicólogo.

Prof. Orientador: Fabiula de Amorim Nunes

ARIQUEMES – RO

2019

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA**

---

M847p MORGAN, Luiza Batista.

O parto e seus impactos na saúde mental da mãe: a importância da assistência psicológica na maternidade. / por Luiza Batista Morgan. Ariquemes: FAEMA, 2019.

58 p.

TCC (Graduação) - Bacharelado em Psicologia - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador (a): Profa. Esp. Fabiula de Amorim Nunes.

1. Puerpério. 2. Acompanhamento psicológico. 3. Equipe multidisciplinar. 4. Psicologia da saúde . 5. Psicologia hospitalar. I Nunes, Fabiula de Amorim. II. Título. III. FAEMA.

CDD:150.

---

**Bibliotecária Responsável**  
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro  
CRB 1114/11

**LUIZA BATISTA MORGAN**

**O PARTO E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL DA  
MÃE: A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA  
NA MATERNIDADE**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do título de Bacharel Psicólogo.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof. Orientadora Fabiula de Amorim Nunes  
<http://lattes.cnpq.br/6768972790902873>  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

---

Prof. Ms. Carla Patricia Rambo  
<http://lattes.cnpq.br/4834773672725638>  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

---

Prof. Hanns Muller Marques Lopes  
<http://lattes.cnpq.br/0980807319261415>  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 13 de Setembro de 2019

*A meus pais pela vida e por serem os maiores  
Incentivadores nesta caminhada.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me permitir chegar até aqui.

À minha Mãe Roseli, pelo apoio e suporte que me ofereceu ao longo dessa caminhada, sempre me amparando e me motivando.

Ao meu Pai Jaime, por ser um grande incentivador desde o momento em que escolhi esta ciência e por contribuir com sua sabedoria.

Ao meu irmão Luís, por trazer vida aos nossos dias.

Ao meu esposo Thaison por toda compreensão e cuidado.

E a minha filha Cecília, que ainda está a caminho, mas já traz muito amor e um novo sentido para a minha vida.

Agradeço também a alguns amigos que marcaram a minha trajetória dentro da faculdade e que fizeram dias difíceis tornarem-se alegres, trazendo leveza a minha caminhada ao longo do curso.

Ao amigo Murilo, pelas rodas de violão no corredor da faculdade. Amanda e Edilaine por estarem comigo dia a dia em momentos marcados por muitas histórias e risadas. A amiga Nathalia que foi e ainda é uma grande inspiração para mim. As amigas Mayhara, Rafaela e Leticia que fizeram parte de muitos momentos especiais durante a graduação.

A toda equipe de profissionais da FAEMA por fazerem esta instituição evoluir a cada dia. Obrigada por investirem em nossa educação, em especial, Rosieli Chiaratto e Catarina Seibt.

A todo corpo docente envolvido na minha caminhada, vocês foram a base para a minha formação, tenho honra e gratidão a todos.

Quero agradecer em especial ao professor Hanns Muller, que a partir do momento que integrou o corpo docente acreditou em mim quando poucos acreditaram e me mostrou a psicologia sob uma nova perspectiva, renascendo o desejo de exercer esta ciência da melhor forma possível.

Quero agradecer também a minha orientadora Fabiula Amorim por embarcar neste desafio que foi me orientar na produção deste trabalho e contribuiu muito com seu tempo e conhecimento, foi essencial para o meu bom desempenho.

*Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.*

**Carl Jung**

## RESUMO

O objetivo geral deste trabalho é apresentar os impactos que o parto e o contexto da maternidade podem causar na mãe, bem como compreender a importância da assistência psicológica na maternidade e os estigmas que o papel de ser mãe carrega consigo. Trata-se de revisão bibliográfica de forma integrativa, com abordagem qualitativa. A maternidade pode ser considerada um momento delicado, pois envolve muitas mudanças, sejam elas físicas, emocionais e até mesmo na logística da vida, onde a rotina da mulher/mãe mesmo antes da chegada da criança, sofre alterações, algumas silenciosas, outras são drásticas. As explosões químicas e hormonais podem culminar em uma variedade de sentimentos, até então, desconhecidos. A disposição já não é mais a mesma e muitas atividades que antes eram permitidas neste momento não são mais, corroborando com alguns comportamentos ansiosos, e podendo até desencadear a psicose.

**Palavras-chave:** Puerpério, Acompanhamento Psicológico, Equipe Multidisciplinar, Psicologia da Saúde, Psicologia Hospitalar.



## **ABSTRACT**

The general purpose of this work is to present the impacts that childbirth and the context of maternity have on mother, as well as to comprehend the importance of psychology assistance in the maternity and the stigmas that the role of being a mother carries with it. This is an integrative bibliographic review. with a qualitative approach. Motherhood can be considered a sensitive time because it involves many changes, physical, emotional and even in the logistics of life, where the woman's / mother's routine even before the child's arrival undergoes changes, some silent, others drastic. Chemical and hormonal explosions can culminate in a variety of previously unknown feelings. The mood is no longer the same and many activities that were once allowed at this time are no longer, corroborating some anxious behaviors, and may even trigger psychosis.

**Key-words:** Puerperium, Psychological Support, Multidisciplinary Team, Health Psychology, Hospital Psychology.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>14</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
4.1 GESTAÇÃO E TIPOS DE PARTO .....	16
4.1.1 A Gestação .....	17
4.1.2 Tipos de Parto .....	17
4.1.3 Planejamento Familiar .....	22
<b>4.2 O PAPEL SOCIAL DA MATERNIDADE.....</b>	<b>25</b>
4.2.1 O Papel Social da Mulher na Sociedade .....	25
<b>4.3 A SAÚDE MENTAL NO PRÉ E PÓS PARTO .....</b>	<b>29</b>
4.3.1 Considerações Sobre A Psicologia .....	29
4.3.2 Transtornos Mentais .....	32
4.3.4 O Papel do Psicólogo e As Intervenções Preventivas.....	42
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A maternidade é um momento delicado, pois envolve muitas mudanças, sejam elas físicas, emocionais e até mesmo na logística da vida, onde a rotina da mulher/mãe mesmo antes da chegada da criança, sofre alterações, algumas silenciosas, outras são drásticas. As explosões químicas e hormonais podem culminar em uma variedade de sentimentos, até então, desconhecidos. A disposição já não é mais a mesma e muitas atividades que antes eram permitidas neste momento não são mais. A frustração pode desencadear outras situações que se tornam temporárias ou não. Outro fator que acompanha este momento é a ansiedade, a qual propicia momentos de pico ou uma certa constância (FORNAZZARI, 2014).

Quando se fala em 'ser' mãe, implicitamente estão inclusos diversos valores e papéis sociais, que por muitas vezes não fazem parte do seu repertório da mulher. Geralmente causam desconforto e pressão, que em longo prazo se tornam prejudiciais e podem ser responsáveis pela precariedade na saúde emocional desta mulher/mãe (SALLES et al., 2013).

Dependendo do contexto social que a mãe está inserida ela não tem a opção de escolha entre clínica privada ou pública. Sabe-se que, grande parte das vezes acaba tendo que ir para o atendimento público e temos conhecimento que a saúde pública ainda deixa desejar em alguns quesitos.

Nesta questão colocamos em jogo a falta de assistência psicológica, que juntamente com a saúde física, fazem parte de uma engrenagem. Portanto, a intensidade de todas as mudanças físicas, emocionais e biopsicossociais estão atreladas aos fatores da família, cônjuge, sociais, culturais e a própria personalidade da gestante. Além do momento em que a gestação ocorreu. (SOUZA; RIBEIRO, 2015).

Com a aproximação da menopausa os óvulos saudáveis das mulheres diminuem, sendo o processo iniciado por volta de seus 30 e poucos anos. As mudanças nos padrões familiares e com o aparato e avanço científico-tecnológico, a gravidez ocorre cada vez mais entre as mulheres mais velhas (SEGRAN, 2019).

Por outro lado, o número de adolescentes grávidas também aumentou em muitos países. O Brasil, por exemplo, em um estudo realizado por Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), entre o ano de 2005 ao ano de 2016, apontou a sétima maior taxa de gravidez adolescente da América do Sul indica que, a cada mil adolescentes com idade entre 15 e 19 anos, há 65 gestações. Segundo dados apresentados pela Organização das Nações Unidas (ONU), a cada cinco bebês que nascem no Brasil, um possui mãe adolescente. E das adolescentes que se tornaram mãe, apenas duas trabalham e estudam (ONU, 2017).

Independente da faixa etária da mulher, todas possuem expectativas diferentes em relação aos cuidados pré e pós-parto. As expectativas podem ser variáveis e depende de fatores geográficos, culturais, regionais, raciais, renda, grau de instrução, entre outros (PRINUS, 2018).

Entende-se que, o papel implicado a mulher quando esta se torna mãe tem grande peso no quesito saúde mental, pois é exercido sobre ela uma grande pressão social que busca implantar o modo de ser e de agir, a qual é diretamente cobrada a assumir uma posição que muitas vezes não está preparada ou não possui estrutura para isso (SALLES, 2013).

Quando chega o momento do parto trazemos à tona outras questões que além dos papéis sociais implicados e como lidar com a pressão temos a questão fisiológica, onde essa mãe dentro do contexto público geralmente não tem a opção de escolher o modelo de parto que deseja seguir e dentro do Sistema único de Saúde (SUS) o parto cesariano é indicado apenas com autorização do obstetra em último caso (BRASIL, 2016).

Muitas vezes a mãe não está preparada fisicamente e emocionalmente para o momento do parto normal, seja por não ter tido uma assistência pré-natal completa, ou por ser um momento de dor intensa. Em outros casos acaba sendo orientada a obter o parto cesariano e não ter auxílio algum no pós-parto.

Entende-se que, quando a mãe não tem o pilar do apoio psicológico dos meios em que está inserida, não consegue ressignificar sua experiência pessoal e social. Tampouco praticar o respeito por si mesma e pela criança que está gerando. Dessa maneira, ocorre uma defasagem no quadro completo da maternidade, onde a peça saúde mental é totalmente afetada, causando transtornos, na mãe e na criança, além de também influenciar o meio em que vive (MIROTIN, 2013).

Em 15 de fevereiro de 2018 a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma recomendação sobre nascimentos e partos, com o intuito de criar novos modelos de assistência mundiais para mulheres grávidas saudáveis e diminuir as interferências médicas que não sejam fundamentais. Também orienta que, os médicos e enfermeiros não se intrometam no momento do parto para estimular o nascimento. A intervenção permitida é quando existem riscos reais de dificuldades (OMS, 2018).

Nesse sentido o intuito é de compreender de que maneira este momento pode trazer complicações a saúde psíquica da mãe e como o psicólogo pode trabalhar em conjunto com a equipe médica para prevenir, reduzir e/ou amenizar possíveis danos emocionais, com ou sem o uso de medicamentos. Promovendo assim, o trabalho da equipe multidisciplinar, a importância do planejamento familiar, a responsabilidade dos diversos órgãos governamentais, da sociedade e do núcleo familiar, onde o objetivo maior é a saúde plena da mulher.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Apresentar os impactos que o parto e o contexto da maternidade podem causar na mãe, bem como compreender a importância da assistência psicológica na maternidade e os estigmas que o papel de ser mãe carrega consigo.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Conceituar os tipos de parto e suas peculiaridades.
- ✓ Descrever o papel social que envolve a maternidade.
- ✓ Ressaltar a importância da atuação do psicólogo durante o pré e pós-parto.

### 3 METODOLOGIA

Com a finalidade de analisar a temática proposta, realizou-se um estudo tendo como cerne o papel social implicado as mães e os impactos do parto na sua saúde mental, ressaltando a importância de se obter assistência psicológica durante este momento, com caráter educativo e preventivo, promovendo a saúde da mulher/mãe e do bebê, visando a diminuição dos transtornos mentais e/ou minimização dos efeitos colaterais,

Trata-se de uma integrativa, de cunho bibliográfico e com abordagem qualitativa. Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010, p. 102), a pesquisa integrativa “é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática.” Ou seja, “tem o potencial de promover os estudos de revisão em diversas áreas do conhecimento, mantendo o rigor metodológico das revisões sistemáticas (USP, 2015, p. 2).

Já a revisão bibliográfica, “consiste na etapa inicial de todo o trabalho científico ou acadêmico, com o objetivo de reunir as informações e dados que servirão de base para a construção da investigação proposta a partir de determinado tema” (GIL, 2012).

Por fim, a pesquisa qualitativa, que é uma maneira de averiguar cientificamente, a qual objetiva a índole intrínseca do item investigado (GIL, 2012).

O presente trabalho se pautou na investigação de publicações científicas nas bases de dados Google Acadêmico e Scientific Electronic Library Online (*SCIELO*), além de materiais do acervo pessoal da acadêmica e da professora orientadora, configurando um modelo de pesquisa bibliográfica integrativa.

Os descritores utilizados na busca foram: psicologia da saúde, violência contra a mulher, violência na gravidez, doenças mentais, psicoterapia na gravidez, a importância da psicologia na gravidez, psicologia hospitalar, tratamento medicamentoso para mulheres grávidas e saúde da mulher no Brasil.

Foram coletados cerca de 80 materiais na forma de artigos, livros, revistas eletrônicas, monografias e dissertações, dos quais foram utilizados 39 para a presente monografia, considerando que aqueles excluídos ou não contemplavam como um todo a proposta da pesquisa, abrindo discussões que fugissem dos

objetivos elencados, ou traziam informações já encontradas de forma mais completa em outros materiais.

A data das publicações inicial considerada como critério de inclusão e exclusão, foi material dos últimos cinco anos. Mas devido, a importância do tema e no decorrer da pesquisa, algumas publicações serem anteriores aos 2014, optou-se em citá-las, mas em menor frequência.

O período temporal da pesquisa foi de fevereiro a abril de 2019. O desenvolvimento/ escrita iniciou em maio e até agosto de 2019.



## **4 REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 GESTAÇÃO E TIPOS DE PARTO**

#### **4.1.1 A Gestação**

Ross e Tulio (2017) explicam que, o útero de uma mulher é onde um bebê cresce e se desenvolve. Quando a mulher se torna adolescente e após o início da primeira menstruação, uma vez por mês o útero prepara seu corpo para a gravidez através da construção de seu revestimento com sangue e tecidos.

Por ciclo menstrual entende-se como o tempo de preparação do útero para a gravidez, o qual tem a média de 28 dias de duração. Quando a mulher não está grávida, acontece o ciclo menstrual. O útero irá derramar o seu revestimento e o sangue irá fluir a partir do útero e expelir por meio da vagina. A maioria dos períodos menstruais podem durar de três a cinco dias. Nesse sentido, a ausência de menstruação é um dos primeiros sinais de gravidez (LEAN; JONES, 2018).

O hormônio gonadotrofina coriônica humana (hCG) é encontrado na urina ou sangue, que só existe quando uma mulher está grávida, o qual se desenvolve no corpo da mulher quando ocorre a fertilização de óvulos no útero. Isso geralmente acontece cerca de seis dias após a concepção (quando o óvulo é fertilizado ao ter relações sexuais). A quantidade de hormônio da gravidez aumenta a cada dia que você está grávida (BREDINI, 2014).

Segundo Amarilis (2014), existem dois tipos de testes de gravidez. Um teste de sangue para o hormônio da gravidez, hCG. O outro verifica a urina para este hormônio. A maioria das mulheres utiliza testes de gravidez adquiridos em farmácias para descobrir se estão grávidas. Muitos são inconclusivos, o que depende de vários fatores. As mulheres optam por fazer o exame de sangue para confirmar ou tirar qualquer dúvida a respeito do exame feito anteriormente. A gravidez também pode ser confirmada por meio do ultrassom, a detecção do batimento cardíaco do feto, ou um raio-X, mesmo o último não sendo aconselhável (ALVES et al., 2011).

A gravidez geralmente dura cerca de 40 semanas, ou pouco mais de 9 meses, medida a partir do último período menstrual até o nascimento. De maneira

convencional, os segmentos de gravidez são chamados de trimestres (KANTH, 2018).

As consultas realizadas após a confirmação da gravidez são chamadas de pré-natal. Devem ser feitas mensalmente. Mas apenas a equipe de saúde pode confirmar a regularidade das consultas, pois existem os grupos de riscos como, adolescentes, mulheres acima dos 35 anos, pacientes com alguma complicação pré-existente, ou ainda, algum risco para o bebê. Dessa maneira, a mãe, o bebê e o núcleo familiar a qual pertencem podem obter melhores ensinamentos e cuidados para saúde total de todos e como os mesmos estão interligados (MARITZA, 2015).

Todo este aparato é fundamental para o bem-estar e saúde plena da mãe e do bebê, ainda mais quando há fatores de risco, como já citados. Explicita-se que, a maioria das mulheres conseguem exercer suas atividades habituais até o final da gestação ou até os últimos dias ou semanas de gravidez, incluindo exercício e trabalho (ALVES et al., 2011). Durante os últimos dias, algumas sentem muito desconforto para continuar a um ritmo completo, embora outras relatam um grande aumento de energia pouco antes do nascimento. A gravidez termina quando o processo de nascimento começa (LIMA, 2019).

#### **4.1.2 Tipos de Parto**

Apesar de inúmeros avanços da medicina, juntamente com as novas tecnologias, as quais facilitam e validam novas situações e grandes feitos, altíssimos números de pesquisas e projeções, o momento que ocorre a harmonização do parto em humanos, ainda é tido como um enorme enigma para os estudiosos. Os sinais e mecanismos necessitam serem melhor compreendidos para evitar possíveis problemas e/ou amenizar os existentes, tanto na mamãe como no bebê (TAILINTY, 2018; ASSIS et al., 2013).

O parto humano pode acontecer de diversas maneiras. São elas: cesariana (cesárea), normal (vaginal), natural (humanizado), cócoras, fórceps, domiciliar, dentro d'água e a técnica leboyer. Esta pode ser feita na água, no parto normal ou cesariana (TOMAZZINI, 2017; SILVA, 1999).

A estimativa publicada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) era que nasceriam em torno de 395 mil bebês em primeiro de janeiro de

2019, somando todos os países. No Brasil, a previsão da agência da Organização das Nações Unidas (ONU) era de aproximadamente 7,8 mil nascimentos (UNICEF, 2019).

O Ministério da Saúde (2017) aponta cerca de 3 milhões de nascimentos, sendo que, 98% dos partos ocorrem em hospitais, privados ou públicos (BRASIL, 2017). Ou seja, de alguma maneira toda a população tem relação direta ou indireta com algum tipo de parto em algum momento, além do seu próprio nascimento.

A taxa de cesárea recomendada pela Organização Mundial da Saúde é de no máximo 15%, no Brasil ela representa 54,7%, conforme dados apontados pelo IBGE (UNICEF, 2018).

Segundo relatório referente aos nascimentos ocorridos em 2016, fornecido pelos Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) relatam que, a maioria dos partos ocorreram por meio do parto cesárea, quando se refere a nascidos vivos no Brasil, sendo 55%. Em destaque aparecem os seguintes estados: Goiás (67%), Espírito Santo (67%), Rondônia (66%), Paraná (63%) e Rio Grande do Sul (63%) (GUEDES, 2018).

Nota-se o altíssimo número de cesáreas no Brasil, o que tem causado extrema preocupação em nível nacional e internacional. Há muito tempo se discute no país a respeito da humanização do parto, com preocupação especial quanto ao alto índice de parto tipo cesárea que acontecem no país (BRASIL, 2018).

O procedimento de cesariana tem a capacidade de salvar as vidas de mulheres e seus bebês, quando a ocasião exige, e, portanto, deve ser universalmente acessível. No entanto, o grande aumento nos números, muitas vezes sem indicação médica, dispara o alarme (CERQUEIRA, 2019).

Um artigo publicado em dezembro de 2016 relata que, o fato de do parto tipo cesárea tornar-se periódico acaba afetando de maneira muito significativa a maneira que os humanos evoluem (MITTERÖCKER et al., 2016). De acordo com os cientistas relatam que, conforme os partos tipo cesárea aconteceram em maior número, os genes acostumam com a forma estreita da pelve. Isso foi reproduzido de mães para filhas. Dessa maneira, os novos descendentes também nasceram com essa característica (MITTERÖCKER et al., 2016).

A obstetrícia humana está sujeita a um cenário de seleção particularmente incomum, a alta proporção de indivíduos incompatíveis é uma consequência direta

da distribuição de aptidão inerentemente assimétrica do tamanho do recém-nascido em relação ao da pélvis da mãe, mesmo sob uma fraca seleção direcional (NIELD, 2016).

Sequencialmente, o parto fórceps e domiciliar são considerados os mais polêmicos. O parto domiciliar é indicado pela equipe médica apenas quando não há risco para a mamãe, o bebê, que seja apenas um bebê e que o local tenha uma equipe de saúde apta e disponível para o momento das últimas horas da gestação (LEAN; JONES, 2018).

Enquanto que o parto fórceps, utiliza-se um instrumento que embrulha o bebê, numa espécie de pinça ou ventosa – no estilo de pegador, tirando o bebê do útero. Na maioria das vezes ocorre em hospitais públicos, independente da nacionalidade, e ocorre como incitamento ao parto normal. É o tipo de parto mais apontado na literatura, relatando casos de violência contra a mamãe e o bebê. Seja violência física como psicológica (CHAMINT et al., 2018). Todavia, muitas vezes, acaba salvando a vida de mães e bebês (KANUTH, 2018).

No parto tipo normal ocorre a intervenção com soro para que aconteça o rompimento da bolsa, a qual irá acelerar as contrações, corte no períneo, empurrão na barriga e/ou analgésicos. Já no parto natural, não há intervenção medicamentosa, cortes ou empurrões (ALEXANDER, 2013).

O parto tipo normal é considerado e mostrado na literatura como o mais comum (TOMAZZINI, 2017). Avanços nas ciências médicas-tecnológicas propiciam as mães o amortecimento da dor e facilitam o processo do nascimento do bebê de forma que isso aconteça com sucesso, diante de quaisquer complicações ou riscos (KANUTH, 2018).

Na história mundial até por volta de 1900, a maioria dos nascimentos aconteciam fora dos hospitais. Já após 1940, mais da metade dos nascimentos aconteciam em hospitais (CLENTTI et al., 2014).

Segundo Maciel (2018) os valores dos partos incluem muitas variáveis, mas o valor inicial de um parto normal é de R\$ 2.400,00 e de uma cesárea R\$ 3.300,00. As variáveis são: hospital ou outro local específico, total de dias que a família ficará no local – dia de entrada e saída, tipo de quarto escolhido e a composição da equipe médica.

Muitos hospitais, na atualidade proporcionam um ambiente mais seguro e o mais próximo de um lar, tornando o local aconchegante e apto a receber a mãe e o bebê em um momento tão mágico, estressante, com alta carga física e psicológica. A realidade apontada com dados nesse trabalho mostra que nem sempre acontece em uma maternidade tida como ideal ou com profissionais de saúde treinados e aptos para receberem a mãe e o bebê, gerando certa violência (PRANTIMA et al., 2017).

Muitas vezes, a violência não é relatada. A própria equipe de saúde e núcleo familiar, em momentos diferentes pode ser o autor ou contribuir para que ocorra violência contra a mãe e/ou bebê. Quando relatada pela mãe, ainda pode ocorrer, de ser tida como 'louca', 'quem mandou abrir as pernas', estar exagerando, que 'já passou' e 'não podemos fazer nada', entre outras falas (VIGORT, 2018).

Em um estudo publicado por Jardim e Modena (2018), as autoras explicitam que: o constrangimento e agressão que ocorrem no período gestacional mostram um grande problema de saúde pública e também a quebra dos direitos humanos. Podem ser atos suprimidos, negligentes, segregados, insolentes realizados por algum integrante da equipe de saúde, os quais possuem algum tipo de poder e acabam tornando natural sua atitude e tornam trivial qualquer tipo de violência obstétrica, muitas vezes, sendo enaltecidas (JARDIM; MODENA, 2018).

Uma variedade de rotinas, no momento do parto podem contribuir para que a saúde do bebê seja colocada em risco, assim como a mãe (TEW, 1990). Cesáreas realizadas sem a necessidade ou autorização da mãe, ou a episiotomia (corte feito entre a vagina e o ânus, para aumentar o canal de parto) são métodos invasivos, e podem ser considerados como violência obstétrica (RIZWAN, 2017).

Embora os estudos na década de 1990 mostraram que a prática (episiotomia) deve ser aplicada somente em situações muito específicas, OMS recomenda taxas de realização entre 10% e 15%, mas o procedimento continua a ser feito indiscriminadamente (CERQUEIRA, 2019).

Quando algum integrante da equipe médica cometer atos de violência em algum momento do período gestacional, os mesmos irão prejudicar de maneira direta na autossuficiência das mulheres e seus corpos. Ou seja, se apropria de seus processos reprodutivos e desumaniza o trabalho de parto, tanto para a mulher e para o bebê. O mesmo fenômeno acontece como em condições de cuidados pós-

natais. Em muitos casos, além da prática discriminatória sexo, agressões e abuso de poder se agrava devido a outros fatores, como raça e classe social (CERQUEIRA, 2019; ZANARDO et al., 2017).

Henriques e colaboradores (2015) realizaram um estudo intitulado “Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil”, o qual objetivou mostrar o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT)<sup>1</sup> no puerpério em uma maternidade de referência para agravos perinatais e identificar subgrupos vulneráveis, com total de 456 mulheres.

O estudo mostrou a prevalência geral de TEPT em 9,4%. O TEPT foi mais prevalente entre mulheres com três ou mais partos, que tiveram recém-nascido com Apgar no 1º minuto menor ou igual a sete, com histórico de agravo mental antes ou durante a gravidez, com depressão pós-parto, que sofreram violência física ou psicológica perpetrada por parceiro íntimo na gravidez, que tiveram experiência sexual não desejada e que foram expostas a cinco ou mais traumas (HENRIQUES et al., 2015).

Qualquer pessoa que tiver ligação direta (integrantes do corpo administrativo do hospital, obstetras, enfermeiras, técnicos em enfermagem e/ou anestesistas) com a mulher/mãe pode cometer a violência obstétrica, seja verbal, psicológica e/ou física (UCHÔA, 2018). Toda a gestante tem direito ao acompanhante. Quando este quesito não é cumprido, também dificulta controlar se há violência obstétrica (PAES, 2018).

Qualquer mulher em período gestacional pode sofrer violência obstétrica. Um estudo realizado no Brasil pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC), em 2010 relatou que, 1 em cada 4 mulheres no Brasil é vítima de violência obstétrica. O termo se refere aos diversos tipos de agressão a mulheres gestantes, seja no pré-natal, no parto ou pós-parto (UCHÔA, 2018; ZANARDO et al., 2017).

Apesar de maus-tratos as mulheres durante o parto, em meio hospitalar tem recebido crescente reconhecimento como uma questão crítica em todo o mundo,

---

<sup>1</sup> O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) é um transtorno mental que pode acontecer como reação algum tipo de trauma na vida do sujeito (HENRIQUES et al., 2015).

continua a haver uma falta de consenso sobre definições operacionais de maus tratos e as melhores práticas para avaliar a questão (SAVAGE; CASTRO, 2017).

Paes (2018) discorre que, quando a mulher é vítima de violência no período gestacional, ela tem seus direitos anulados – humanos, sexuais e produtivos.

Países como a Bolívia (2013) Venezuela (2007), Argentina (2004 e 2009) e o México possuem legislação específica sobre violência obstétrica. Já o Brasil não possui Lei Federal específica (CERQUEIRA, 2019). Mas possui legislação genérica estadual como em Santa Catarina (PAES, 2018) e São Paulo (COLUCCI, 2019).

As diretrizes para que a mulher possa ter mais poder de decisão sobre como deverá ser o nascimento do filho foram lançadas em 08/03/2017 e oficialmente no Diário Oficial por meio da Portaria 353/2017, possibilitando a melhoria da assistência a mulher/mãe, ao bebê e demais integrantes do núcleo familiar.” (BRASIL, 2017).

Independentemente do tipo de parto, o qual vai além das técnicas e procedimentos de saúde, o parto proporciona a continuação da relação entre mulher/mãe e bebê. Compreende-se que, a mulher seja a personagem principal do seu parto (BRASIL, 2017).

O UNICEF elenca que os direitos da criança começam antes mesmo do nascimento. E isso só pode acontecer quando as mulheres/mães tiverem alcançado um pré-natal com as mínimas condições de qualidade e obtenham as instruções para que os seus bebês nasçam no tempo correto e maneira humanizada (UNICEF, 2017).

Em publicações de 2018, a Organização Mundial da Saúde apontou novas prescrições para parâmetros de métodos e cuidados que sejam pertencentes as mulheres em período gestacional, com o objetivo de diminuir as intercorrências médicas que não forem necessárias (OMS, 2018).

Além desses fatores externos, é necessário pensarmos no contexto interno dessa mulher grávida, o meio familiar. Nesse contexto, podemos falar do planejamento familiar.

#### **4.1.3 Planejamento Familiar**

Segundo o entendimento de Mendes (2013), a saúde reprodutiva das mulheres em todo o ciclo de vida abrange a saúde do adolescente sexual, o tempo

da puberdade, sexualidade, educação sexual, ciclo menstrual, gravidez indesejada e aborto, contracepção, imagem corporal, gravidez, parto, aborto, tecnologias de reprodução assistida, menopausa e envelhecimento reprodutivo.

Santos e Lopes (2017) discorrem que, muitas mulheres têm pelo menos uma gravidez em suas vidas, e cerca de metade de todas as gestações não são planejadas. Planejar com antecedência pode ajudar a evitar ficar grávida quando você não quer ser, e estar em boa saúde, se e quando a mulher decidir engravidar. Entende-se que, o planejamento familiar leva a gestações saudáveis, mães e bebês.

Maciel (2018) afirma que, a decisão de ter filhos é pessoal. Muitos querem uma família. Mas nem todos querem ter filhos. Planejar uma família com filhos significa o desenvolvimento de uma vida reprodutiva. Pode ser encarado como um conjunto de metas sobre se deve ou não ter filhos, quando se quer ter filhos, e em que condições você poderá tê-los. O plano pode mudar, conforme as suas próprias condições de vida forem sendo modificadas.

Um relatório publicado em 2018 pela UNICEF e (OMS) mostra que, bebês que nascem com baixo peso ou são prematuros, ficam doentes nos primeiros dias de vida, sendo em torno de 30 milhões de bebês anualmente (ONUBR, 2018).

Neste contexto, faz sentido falar sobre o planejamento familiar, o qual permite que as pessoas possam atingir o seu número desejado de filhos e determinar o espaçamento entre as gestações. Pode acontecer por meio da utilização de métodos de contracepção e no tratamento da infertilidade (WHO, 2018).

Promover o planejamento familiar é uma das maneiras de também cuidar da saúde da mulher, evitando possível violência obstétrica ou ainda, causando transtornos ou eventos de alto impacto familiar na vida da mulher e de todo o núcleo familiar (ZANARDO et al., 2017). Outro fator é garantir o acesso a métodos contraceptivos preferidos para mulheres e casais - é essencial para garantir o bem-estar e da autonomia das mulheres, apoiando ao mesmo tempo a saúde e o desenvolvimento das comunidades (WHO, 2018).

Além dos cuidados específicos do obstetra e demais integrantes do corpo de saúde (enfermeira, parteira, dentista, médico da família e doula<sup>2</sup>) que podem atender o pré-natal é importante destacar o papel do psicólogo. Alguns municípios possuem

---

<sup>2</sup> A palavra "**doula**" vem do grego "mulher que serve". Nos dias de hoje, aplica-se às mulheres que amparam emocional e fisicamente mulheres em período gestacional.



programas específicos para gestantes, núcleo familiar, pré e pós-parto (LOSTEY, 2015).

Todos esses dados são relevantes pelo olhar da psicologia, pois os mesmos podem ser estressantes para a mãe, o bebê e núcleo familiar. A gravidez e o evento do possível nascimento do bebê podem ser trazer emoções diversas.

Entende-se que, o papel dos profissionais de saúde é essencial para a saúde ótima da mãe, do bebê e todas as nuances que envolvem o acontecimento da gestação (MARITZA, 2015).

Segundo mostra a literatura apontado nesse trabalho, a maioria das vezes, os hospitais possuem uma equipe de saúde deficitária. O psicólogo não é tido como pertencente pela maioria das equipes multidisciplinares ao trataram da mulher em período gestacional. Na prática, todos exercem o papel do psicólogo (MACIEL, 2018). Um dos perigos é a falta de capacidade técnica. A especificidade para com a situação pode criar, agravar ou ainda, contribuir para outras situações que envolvem ou não, a violência obstétrica.

Nos artigos sobre violência obstétrica, nota-se que, há falta de consenso quanto a terminologia e também precariedade, apesar dos avanços, quanto a leis internacionais, como nacionais, como já citamos o caso do Brasil, entre outros países (CECATTO et al., 2017).

Sugere-se que, os gestores de saúde orientem e proporcionem treinamento para toda a equipe saber se portar e prestar um serviço de alta qualidade, visando sempre a saúde ótima da mulher/mãe, do bebê e do núcleo familiar, maximizando o sucesso terapêutico. Inclusive para encaminhar a gestante ao psicólogo.

Qualquer um dos profissionais pode fazer a ponte entre a gestante e o psicólogo, a qual deve sentir-se livre para fazer qualquer pergunta e obter informações as quais devem ser explicitadas em linguagem acessível e condizente com o estado de saúde física e mental. Cabe também a este profissional prevenir e educar a gestante a respeito de sua condição atual, do bebê e demais integrantes do núcleo familiar.

Tornar-se confortável com alguém, construir um relacionamento com a mulher/mãe e núcleo familiar é algo que cresce e se aprofunda com o tempo. Permite a confiança para desenvolver e mulheres começam a compartilhar suas ansiedades mais profundas e inseguranças, bem como apreciar os aspectos mais

positivos do crescente conhecimento e confiança suportados com as novas nuances que envolvem todo o processo da maternagem (COVERDALE et al., 2018).

No Brasil, há uma proposta de emenda à Constituição do deputado Veneziano Vital do Rêgo (PSB-PB) que obriga o SUS a disponibilizar equipe multiprofissional às gestantes, composta pelo menos por pediatra, ginecologista, obstetra, enfermeiros e psicólogo (PEC 100/2015).

Além desses fatores estressantes e mudanças físicas e emocionais, ainda é necessário pensar nas construções arraigadas que de alguma forma reflete e permanece na sociedade quando o assunto é ser mãe.

## 4.2 O PAPEL SOCIAL DA MATERNIDADE

### 4.2.1 O papel da mulher na sociedade

Uma frase que tem sido usada como base para inúmeras discussões, produções científicas e alvo de polêmica é: “Ser mãe é o trabalho mais importante que uma mulher pode fazer.” (LITH et al., 2017). Os autores divergem basilamente quanto aos fatores que podem influenciar esta premissa ditada e regrada, inclusive até os dias atuais.

Alguns autores defendem que as mulheres somente se sentirão plenas ao tornarem-se mães. Outros elencam que, a tal plenitude será alcançada entre o equilíbrio entre os papéis de ser mulher, esposa, profissional e mãe. Enquanto que, outros afirmam que a mulher não precisa ser mãe para ser considerada gente ou ser feliz. Ela pode alcançar sucesso sem exercer a maternidade (SANTOS; VILELA, 2017).

Levando em conta que, para muitas mulheres a maternidade é extremamente estressante, causando malefícios a mesma, ao bebê e a todo o núcleo familiar. Muitas mulheres exercem o papel de mãe e pai ao mesmo tempo, o que torna tudo ainda mais doloroso e cansativo. Enquanto que, para algumas pode ser uma possibilidade de novas maneiras de vivências, prazerosas, com aparato psicológico e completude do núcleo familiar, para outras, o início de um fardo. A maternidade não é obrigação da mulher (VARELLA, 2019, p. 12).

Exige-se o tempo todo perfeição em todos os papéis – trabalhar fora e ser mãe e tudo ao mesmo tempo (LISAUKAS, 2015). Além de filhos ‘perfeitos’. Trazendo para a realidade, a conta nunca fecha. Muitas vezes, a mãe adocece juntamente com os filhos. As doenças da alma são imensas e transformam-se outras doenças. Causando outros transtornos (AMARILIS, 2014).

Segundo Blank et al. (2016), por muito tempo e na atualidade, prega-se que o ‘slogan que ser mãe é sinônimo de felicidade’. A ativação desse dogma desvaloriza o trabalho não remunerado de criar filhos, tanto quanto, estrategicamente desvaloriza-se pena das mulheres no trabalho. Se ser mãe é um trabalho em que há um processo de seleção, remuneração, férias e avaliações de desempenho, a mulher se demitir do trabalho e começar outro porque ela não gosta das pessoas e/ou ambiente em que se está. Ser mãe não é uma vocação, é um relacionamento.

Dizendo às mulheres que ser mãe é o seu trabalho mais importante, impõe-se um imperativo sobre o papel da maternidade. A reprodução se torna propósito de uma mulher na vida, desvalorizando de forma eficaz todos os outros trabalhos realizados por mulheres (MARTIZA, 2015). Ele só incentiva as mães a ficarem socialmente e financeiramente prejudicados, ele aliena pais, desencoraja outras relações significativas entre crianças e adultos e permite que os homens continuem a gozar dos privilégios associados com papéis heteronormativos em núcleos familiares. Lembrando que, a mulher sem filhos também é alvo de preconceito e tida como uma estéril ou coitada porque ninguém quis ter um filho com ela (LITH et al., 2017).

Por outro lado, destaca-se o papel da publicidade e propaganda que envolve, não somente outras datas comemorativas, com um peso gigantesco ao que se refere ao ‘Dia das Mães’. A indústria construída no alicerce ‘para ser feliz você precisa ser mãe’ lucra bilhões de dólares. Desde a viagem em família a ser programada pela mãe, atendimento preferencial para gestantes, entre outros. O que para uns pode parecer uma grande conquista de direitos das mulheres ou a equiparidade para serviços, produtos e situações, para outros, é apenas mais uma maneira de manter a mulher submissa e condicionar a felicidade da mesma ao fato de ser mãe (SEIBERT, 2013).

O discurso acima pode parecer radical, e para muitos é, mas também mesmo com pontos discordantes, muitos autores comentam que, a indústria do marketing

não possui limites e esta realidade é apenas um pouco do que acontece nos bastidores da persuasão e manipulação (HAUBER, 2014).

A mulher/mãe ao mesmo tempo em que é enaltecida por ser mãe, tendo sua felicidade atrelada a maternagem, por outro lado, vive realidades completamente diferentes do que é exposto na sociedade. Não há interesse que se divulgue ou conte o lado escuro, os bastidores (BLANK et al., 2016). Começando pelos direitos dessa mulher/mãe.

A licença-maternidade pode existir em muitos países, mas ainda é alvo de polêmica pela quantidade de dias e pela falta de apoio ao momento do puerpério. Empresas que não respeitam as datas e o momento da mulher. Como cada uma reage ao seu modo, cada sentimento e dor também são únicos (BREDINI, 2014).

Segundo Battisti (2014), enquanto para umas a maternagem demora para ser entendida como uma vivência sem volta, muitas vezes, traumatizante e dolorida. Com sequelas físicas e psicológicas. Para outras, o processo ocorre de maneira mais fácil e simples. Juntamente com todo o processo da maternagem, a cobrança pela profissional e mulher perfeita continuam.

Nem sempre ela está apta física e mentalmente para voltar ao seu posto de trabalho, mas são tantas cobranças e exigências, que acaba voltando por medo de perder o cargo conquistado ou ainda, faltar com o sustento para a prole (SEIBERT, 2013).

Nesse ponto, entra o questionamento: qual o motivo dos homens não possuírem licença paternidade ou se ela existir, é inferior a 10 dias? Se visarmos que, a mulher/mãe e o bebê precisam cuidados especiais, conforme a própria literatura demonstra, inclusive com artigos atuais, pergunta-se: onde está a igualdade para todos e a responsabilidade afetiva por parte do homem em relação a mulher/mãe e ao bebê? Como a sociedade enxerga este novo homem, que aos poucos vai surgindo e criando novos mundos e maneiras de vivenciarmos a maternagem e paternagem? (HAUBER, 2014).

Outro item a ser colocado em pauta é quanto aos gastos que os filhos exigem, seja para o tipo de parto escolhido, como para as demais despesas que ocorrem, desde a gestação, com equipe médica multidisciplinar, medicamentos, acessórios e roupas – para a mulher/mãe e para o bebê (SEIBERT, 2013).

Quando a mulher/mãe possui alguma complicação na gravidez, nem sempre consegue manter o seu posto de trabalho. Este fato tem influência total na vida de todo o núcleo familiar. A mulher/mãe em especial acaba se cobrando ainda mais por não ter sido mais uma vez, perfeita. Outra vez, é comparada e exige-se que se vire em '1000' para dar conta de tudo e todos (SERAFINI, 2014).

Quando a família é de baixa renda, e/ou a mulher é mãe solteira e/ou adolescente, o caso se agrava. Muitas vezes, esses fatores contribuem ainda mais para a violência obstétrica (TOLLEY et al., 2015; COOPER, 2013). As mulheres/mães ainda sofrem o estigma de criar filhos sem um homem na imagem, muitas vezes em cima de ter que contar com a indignidade de inadequada, e muitas vezes, conforme mostra a literatura, as pessoas que deveriam cuidar e não julgar, em especial, a equipe de saúde, é a primeira a julgar e ajudam a piorar a situação. O que ainda, poderia ser amenizado, torna-se pior, e provoca novas feridas e ainda mais profundas (LITH et al., 2017).

Como já explicitado, muitas mulheres não querem filhos. E muitos homens também não. Esse instinto maternal e paternal por muito tempo foi medido como sinônimo de sucesso, felicidade plena e até 'vida eterna' com os filhos seria mais interessante. A máxima 'você não está mais sozinho' no mundo (VIEIRA, 2012).

Mas a mudança do que é sucesso e felicidade plena também foi sendo modificada ao longo dos anos. A sociedade passou por transformações profundas que afetou a todos, direta ou indiretamente. Hoje estamos na era do clique, novos anseios, novas maneiras de ver o mundo e se ver. Novas possibilidades de crescer e se desenvolver. E juntamente com todas essas mudanças o desejo de ser alguém além de pai e mãe vem junto. Muitos conciliam ser multitarefas com louvor, em conjunto ou não, muitos homens e mulheres passam 'receitas' de como serem pais e mães mulheres, serem multitarefas e excelentes profissionais (MARANGONI, 2018). Nesse ponto de sermos multitarefas, autores divergem e elencam que, só é possível fazer apenas uma tarefa bem-feita. Ou quando se está fazendo duas ou mais ao mesmo tempo, não se está fazendo nenhuma (VIEIRA, 2012).

Nem todas nasceram com esse "instinto" maternal ou paternal. Mulheres com instinto maternal podem estar predispostos a uma gama de estratégias e respostas às circunstâncias. Como resultado, o comportamento de uma mãe não depende apenas de sua situação quando ela se torna uma mãe, mas também a sua

experiência de vida e a de sua própria mãe. Existem situações e experiências que podem unidades materno das meninas prime (REID; HARRIS, 2015).

O contato com os bebês pode alterar hormônios em diversos níveis, em ambos os sexos, mas principalmente em meninas. Sugestões sobre segurança, social e apoio material, tudo contribui para transformar a unidade materna para cima ou para baixo (LEAL et al., 2014).

O comportamento maternal mais importante vem depois que o bebê nasce. Isto é o que faz uma decisão tão angustiante para as mulheres que não são agarrados pelo desejo, mas não imune a ela também (REID; HARRIS, 2015).

Mesmo em mundo tão avançado científica e tecnologicamente, com grandes avanços e conquista das mulheres, as quais lutam por equiparidade, igualdade e liberdade, ainda assim, é um ato heroico, muitas vezes, solitário, ter a audácia de questionar esse ideal 'para ser feliz é preciso ser mãe'. É uma audácia não querer ser mãe. E somente por pensar e agir contra esse 'slogan', a mulher provoca julgamentos e reações de outras mulheres e dos homens, da maioria da sociedade (LITH et al., 2017).

Por outro lado, os avanços tecnológicos, da biomedicina, das ciências do comportamento e biológicas foram precursores quanto a integração das práticas médicas juntamente com a linha biopsicossocial. Não basta apenas procurar a presença ou ausência de doenças. Considerar o biopsicossocial engloba a saúde como um estado de completo bem-estar físico, psicológico e social (SCOTIN et al., 2018).

Ressalta-se e faz jus ao tema desse trabalho falar a respeito da saúde mental da mulher em período gestacional e todo os núcleos que estão ligados participam do processo de maternagem, desde o pré-parto, gestação e pós-parto, conforme será abordado no próximo item.

### 4.3 A SAÚDE MENTAL DURANTE O PRÉ E PÓS-PARTO

#### 4.3.1 Considerações sobre a Psicologia

Lydon (2006) explicita que, a Psicologia é uma ciência social, a qual tem como base o método científico. Segundo a Associação de Psicologia Americana

(2019), a psicologia engloba todas as diversas e intensas maneiras que o ser humano vive, passando por todas as fases, desde o nascimento até a morte (LYDON, 20016).

Esclarecendo que, o psiquiatra é um médico, que receita medicamentos, entre outras prescrições com o objetivo de oportunizar a saúde mental. Já o psicólogo, objetiva ajudar o paciente por meio da psicoterapia, minimizando os sintomas através da mudança comportamental (COOPER, 2013).

Ao falarmos sobre o estudo do comportamento da humanidade, faz-se necessário lembrar que, a mente humana é extremamente complexa e as condições que se relacionam com a mesma podem ser mais complexas ainda. Os processos de pensamentos, emoções, memórias, sonhos, percepções, e assim por diante não podem ser vistos fisicamente, como um corte na mão, um defeito físico ou perna quebrada. Sendo que, muitas teorias da psicologia são baseadas na observação do comportamento humano (CHEN et al., 2016).

O psicólogo realiza sessões, a serem definidas conforme o quadro do paciente e urgência do evento (situação), para traçar quais as prioridades e necessidades do paciente/cliente. O intuito é investigar quais são suas preocupações e que está causando as dificuldades. Dependendo da especificidade do caso, é indicado o psiquiatra, o qual poderá recomendar medicamentos, aconselhamento e terapia, podendo ocorrer, por exemplo, sessões duas vezes por semana ou apenas uma, conforme o quadro do paciente (LYON, 2006).

Segundo Cooper (2013), os psicólogos podem realizar aconselhamento voltado para as autoridades de saúde e outros organismos em estratégias sociais e outros, avaliar as crianças que têm dificuldade para aprender na escola, promover oficinas sobre como prevenir o bullying, trabalhar com equipes de recrutamento em empresas, e muito mais.

Neste trabalho explicita-se, de maneira simplória, a respeito da psicologia clínica, psicologia da saúde e da equipe de saúde multidisciplinar, as quais devem ter o intuito de promover a saúde mental dos indivíduos envolvidos no processo que ocorre na gestação.

Considera-se que, a psicologia clínica integra a ciência, teoria e prática, a fim de entender, prever e aliviar problemas com ajuste, incapacidade e desconforto. Ela promove a adaptação, ajuste e desenvolvimento pessoal (BATTISTI, 2014).

Um psicólogo clínico concentra-se nos aspectos intelectuais, emocionais, biológicos, psicológicos, sociais e comportamentais do desempenho humano ao longo da vida de uma pessoa, através de diferentes culturas e níveis socioeconômicos (TOLLEY et al., 2015).

A psicologia clínica pode oportunizar o entendimento, prevenção e alívio do sofrimento ou disfunção psicologicamente-causado, e promover o bem-estar de um indivíduo e desenvolvimento pessoal. Sendo que, a avaliação psicológica e psicoterapia são fundamentais para a prática da psicologia clínica, mas os psicólogos clínicos são muitas vezes também envolvidos na investigação, formação, depoimentos forenses, e outras áreas (COPAZELLI et al., 2017).

Já a psicologia da saúde, conforme o pensamento de Lipss et al. (2018), também chamada medicina comportamental ou psicologia médica, observa como o comportamento, biologia e contexto social influencia doença e saúde. Um médico muitas vezes olha primeiro as causas biológicas de uma doença, mas um psicólogo de saúde incidirá sobre toda a pessoa e o que propicia seu estado de saúde. Entre os fatores, cita-se: status socioeconômico, educação, rendimentos e comportamentos que influenciem diretamente sobre a doença. Além da compatibilidade com as instruções e medicação (SCOTINI et al., 2018).

Destaca-se esclarecer a terminologia quanto a psicologia hospitalar e psicologia da saúde. A maioria dos países não usam o termo Psicologia Hospitalar (MENDES et al., 2013). Sendo bastante escassa as publicações científicas internacionais que apontam este termo específico. A maioria dos materiais publicados em outros países utilizam o termo 'psicologia da saúde'. No Brasil utiliza-se os dois termos.

Especificamente quanto ao termo 'psicologia hospitalar', nota-se que a maioria das políticas de saúde existentes são em sua maioria modelo clínico/assistencialista, iniciando por volta da década de 40. Onde, o modelo de sanitarista fica como segunda alternativa, o que justifica a terminologia. É um conceito amplamente divulgado e utilizado nas universidades do país (CAPELUTTO, 2016).

Frisando que, esses dois conceitos não são equivalentes. Saúde se refere a um conceito complexo relativo às funções orgânicas, físicas e mentais hospital diz



respeito a uma instituição concreta onde se tratam doentes, internados ou não (WHO, 2019)

Portanto, psicologia hospitalar, provém do termo maior psicologia da saúde, no seu sentido mais amplo. Onde todo o psicólogo hospitalar é psicólogo da saúde, mas nem todo psicólogo da saúde é hospitalar (KERN; BORNHOLDT, 2004).

Aqui no Brasil, a Resolução 014 de 2000 do Conselho Federal de Psicologia regulamentou o título de especialista em psicologia hospitalar. Os psicólogos da saúde costumam trabalhar ao lado de outros profissionais médicos em ambientes clínicos (SCOTIN et al., 2018).

Nesse trabalho utilizou-se como base o termo psicologia da saúde, frisando a importância da equipe multidisciplinar.

#### **4.3.2 Transtornos mentais**

Um relatório publicado pela OMS (2017) explicitou que, há 322 milhões de pessoas que vivem com depressão, ocorrendo um aumento de 18% entre 2005 e 2015. A incidência maior ocorre em mulheres. Quanto ao Brasil, 5,8% da população é atingida (11.548.577). Enquanto que, os distúrbios relacionados à ansiedade afetam 9,3% (18.657.943).

Segundo dados da ONU, em torno de 10% das mulheres grávidas e 13% das mulheres que acabaram de dar à luz experimentam algum tipo de transtorno mental, principalmente depressão. Nos países em desenvolvimento, isso é ainda mais elevada, ou seja, 15,6% durante a gravidez e 19,8% após o nascimento da criança (WHO, 2019).

Uma meta-análise recente mostrou que cerca de 20% das mães nos países em desenvolvimento sofrem de depressão clínica após o parto. Isso é muito maior do que os números prévios de prevalência vindo principalmente de países de alta renda (WHO, 2019).

O suicídio um dos acontecimentos entre um entre as mulheres grávidas e pós-parto. Já a psicose é muito menos comum, mas também pode levar ao suicídio, e até mesmo causar transtornos no bebê. Enquanto que, a depressão provoca um enorme sofrimento e incapacidade e redução da resposta à necessidade da criança. As evidências indicam que tratar a depressão de mães leva a um melhor

crescimento e desenvolvimento do recém-nascido e reduz a probabilidade de diarreia e desnutrição entre eles (BATTISTI, 2014).

Qualquer mulher pode desenvolver algum tipo de transtorno mental durante a gravidez e após o parto. Entre os fatores que podem aumentar a possibilidade de desenvolvimento destacam-se os seguintes: faixa etária, falta de apoio do núcleo familiar, pobreza, a migração, o estresse extremo, exposição à violência (sexuais e de gênero domésticos), situações de emergência e conflitos, desastres naturais e baixo apoio social geralmente aumentam os riscos para doenças específicas (PEREIRA; LOVISI, 2008).

Tomaz (2011) elenca que, após o nascimento do bebê, a mulher/mãe que esteja sofrendo de transtornos de depressão fica ainda mais debilitada e pode deixar de comer adequadamente, tomar banho ou cuidar de si mesma de outras maneiras. Esses fatores, entre outros, podem contribuir para aumento de riscos de problemas de saúde. Pode-se levar em conta também, o risco de suicídio. Em doenças psicóticas, o risco de infanticídio, embora rara, deve ser levado em consideração.

Quando a pessoa está deprimida os níveis de cortisol estão altíssimos. A mulher com depressão pode levar ao baixo crescimento fetal, à prematuridade e ao baixo peso do bebê ao nascer. Nos países em desenvolvimento, o nascimento prematuro e o baixo peso ao nascer são as principais causas de morbimortalidade infantil (PEREIRA; LOVISI, 2008).

Crianças são altamente sensíveis ao meio ambiente e a qualidade dos cuidados que recebem. Podem ser ainda mais suscetíveis quando convivem e recebem cuidados com mulheres/mães portadoras de transtornos mentais (HAUBER, 2014).

Entende-se que as boas práticas da psicologia médica na saúde mental materna podem ser integradas em cuidados gerais de saúde, incluindo a saúde da mulher, cuidados de saúde materna e infantil, saúde reprodutiva e outros serviços relevantes (TAVARES, 2014).

O estudo realizado por Pereira e Lovisi (2018) mostrou que, entre a literatura estudada, de 1997 a 2007, a frequência de depressão tende a ser mais alta entre as adolescentes grávidas, do que em gestantes adultas. Lembrando que, outros estudos apontam que os índices de depressão em adolescentes grávidas têm

aumentado nos últimos anos. Inclusive, o número de suicídios (PEREIRA; LOVISI, 2018).

### 4.3.3 Tratamento medicamentoso

As mulheres vivenciam depressão e ansiedade, bem como outras condições de saúde mental, durante a gravidez e após o nascimento do bebê. Estas condições podem ter efeitos significativos sobre a saúde da mãe e seu filho, como já explicitado (SANTOS, 2017).

Especificamente a respeito da depressão pós-parto, a maioria dos autores, concordam que, ela pode ter três tipos: a) 'baby blues', conhecida como tristeza materna, apresenta mudanças de humor, episódios de choro, ansiedade e dificuldade em dormir. Começa nos primeiros dois a três dias após o nascimento do bebê e pode durar até duas semanas; b) depressão na forma mais severa e duradoura de depressão conhecida como depressão pós-parto; c) psicose, acontece com raramente; é um distúrbio de humor extremo (COSTA et al.; 2018; ARRAIS; ARRAÚJO, 2016; BATTIST, 2014; COOPER, 2013).

Mesmo tendo como base que cada indivíduo é diferente e cada mulher possui situações e pré-condições diferentes de cada uma, segundo Reid e Harris (2015), as características mais frequentes em transtornos de depressão pós-parto são: humor deprimido ou depressão com ansiedade; anedonia, que envolve uma perda de interesse nas coisas que normalmente trazem prazer, incluindo o bebê; mudanças no peso ou apetite, que podem envolver ganhar ou perder peso; distúrbios do sono e sintomas de fadiga-comum de depressão, mas muito difícil de avaliar, uma vez que ambos são normais para as novas mães; sensações físicas de ser retardado ou inquietação, nervosismo e nervosismo; sentimentos excessivos de culpa ou inutilidade, que podem ser exacerbadas por não vínculo com o bebê, quando se espera que os sentimentos de extrema alegria e amor; concentração diminuída e incapacidade de pensar com clareza, o que pode ser agravado pela privação do sono; pensamentos recorrentes de morte ou suicídio (REID; HARRIS, 2015, p.17)".

Ou seja, resumidamente, os sintomas da depressão pós-parto incluem sentimentos de desesperança ou inutilidade, depressão, ansiedade, problemas de ligação com o bebê, tristeza, e possíveis sentimentos de querer machucar a si

mesmo ou o bebê. Pode ocorrer logo após o parto ou até um ano depois, segundo alguns estudos (GUEDES, 2018).

No caso de pensamentos suicidas ou pensamentos de prejudicar o bebê, depressão pós-parto é uma emergência médica e assistência médica deve ser procurada imediatamente (SCOTINI et al., 2018). Sinais e sintomas de depressão pós-parto podem começar a qualquer momento, antes, durante e no ano após o nascimento. Os sintomas da depressão pós-parto duram mais do que a tristeza materna e pode interferir com a vida diária e atividades de uma mulher (MENDES, 2013). Nem todas as mulheres com depressão pós-parto vivenciam todos os sintomas, os quais podem variar entre as mulheres afetadas. Por exemplo, algumas mulheres afetadas podem dormir excessivamente, enquanto outros relatam insônia (MASON et al., 2017; TAVARES; 2014; TOMAZ, 2011).

Reid e Harris (2015) recomendam que para a tristeza materna, as mulheres/mães possam: descansar; aceitar a ajuda de familiares e amigos; conectar-se com outras novas mães; organizar a nova rotina do bebê; criar tempo para cuidar de si mesmo, dentro da rotina da casa; evitar álcool e drogas recreativas, que podem provocar as mudanças de humor ou piorá-las.

Já a depressão pós-parto na forma mais severa e a psicose, deve ser tratada com psicoterapia (terapia, também chamada de conversa ou aconselhamento de saúde mental), medicação ou ambos (LIPSS et al., 2018; TOLLEY et al., 2015; BATTISTI, 2014; TAVARES; 2014).

Segundo Copazelli e colaboradores (2018), a psicoterapia pode incentivar o indivíduo a falar de suas preocupações com um psiquiatra, psicólogo ou outro profissional de saúde mental. Através da terapia, a pessoa pode encontrar melhores maneiras de lidar com os seus sentimentos, resolver problemas, definir metas realistas e responder a situações de uma forma positiva. Muitas vezes, a terapia familiar também pode contribuir para a saúde ótima de todos.

Quanto aos antidepressivos ou no caso, da psicose, que precisa de medicação, geralmente com urgência extrema, orienta-se que, somente um médico capacitado possa fazer a melhor orientação. É necessário levar em conta que, a maioria das mães iniciam o processo de amamentação logo após o parto (CHAMINT et al., 2018).

Particularmente mais vulneráveis são aquelas mulheres com histórico de doença psiquiátrica que interrompem medicamentos psicotrópicos durante a gravidez (SANTOS; VILELA, 2017).

Chen e colaboradores (2016) apontam alguns exemplos de medicamentos mais usados para os sintomas e sinais de depressão pós-parto: Alprazolam (Xanax), Temazepam (Restoril), fluoxetina, Prozac, Sarafem, Prozac Weekly, paroxetina (Paxil, Pexeva), Sertralina (Zoloft).

A maioria dos antidepressivos pode ser usado durante a amamentação com pouco risco de efeitos secundários para o bebê (MARITZA, 2015). Esse pensamento difere de muitas publicações, inclusive, citadas nesse trabalho. Mais uma vez, orienta-se que, somente o médico pode verificar a situação da mulher/mãe e direcionar sobre os riscos e benefícios de antidepressivos específicos potenciais (COPAZELLI et al., 2017).

Segundo Sensoy e colaboradores (2018), a psicose pós-parto requer tratamento imediato, geralmente no hospital. O tratamento pode necessitar de uma combinação de medicamentos - como medicamentos antipsicóticos, estabilizadores do humor e benzodiazepínicos - para controlar seus sinais e sintomas.

Em casos mais extremos, sugere-se a terapia eletroconvulsiva quando o indivíduo não responde à medicação (TOMAZZINI, 2017). É um procedimento no qual pequenas correntes elétricas são passadas através do cérebro, provocando intencionalmente uma breve convulsão. Terapia eletroconvulsiva, pode provocar alterações na química cerebral, as quais podem possibilitar a redução dos sintomas de psicose e depressão, especialmente quando outros tratamentos têm sido infrutíferos (BREDINI, 2014; ALEXANDER; 2013).

Em um estudo recente, apontado por Maciel (2018), um grupo de mulheres com história de depressão tem mais probabilidade de manter o nível de depressão ou aumentar as crises em toda a gravidez, das 82 mulheres que mantiveram tratamento antidepressivo durante a gravidez, 21 (36%) tiveram recidiva em comparação com 44 (64%) das 65 mulheres que descontinuaram a medicação. Este estudo estimou que as mulheres que interromperam a medicação foram 5 vezes mais probabilidade de recaída, em comparação com as mulheres que mantiveram o tratamento (MACIEL, 2018).

As altas taxas de recaída também foram observadas em mulheres com transtorno bipolar. Um estudo indicou que durante o curso da gravidez, 70,8% das mulheres experimentaram pelo menos um episódio de humor. O risco de recorrência foi significativamente mais elevado em mulheres que descontinuaram o tratamento com estabilizadores do humor (85,5%) do que aqueles que mantida tratamento (37,0%), segundo o estudo apontado (MACIEL, 2018).

Cecatto et al. (2017) discorre que, embora os dados acumulados ao longo dos últimos 30 anos sugerem que alguns medicamentos podem ser usados com segurança durante a gravidez, o conhecimento sobre os riscos da exposição pré-natal aos medicamentos psicotrópicos é incompleto. Assim, é relativamente comum para os pacientes a interromper ou evitar o tratamento farmacológico durante a gravidez (RUCHELLI et al., 2018).

Mulheres com histórico de doença psiquiátrica frequentemente entram para consultas sobre o uso de medicamentos psicotrópicos durante a gravidez. Não raro, as mulheres apresentam com o primeiro aparecimento de transtornos psiquiátricos durante a gravidez (MARITZA, 2015).

A gravidez não planejada pode acontecer enquanto a mulher estiver em tratamento psicoterápico, com ou sem uso de medicamentos. As que fazem usem de medicamentos, muitas vezes, podem considerar parar a medicação abruptamente depois de saber que estão grávidas, mas para muitas mulheres isso pode acarretar riscos substanciais (CHAMINT et al., 2018).

Por mais que sejam acompanhadas por uma equipe multidisciplinar de saúde, núcleo familiar e em especial, já estejam frequentando as sessões de terapia, inúmeras vezes, essas mulheres não contam que pararam a medicação. Outras vezes, se negam a tomar os medicamentos possibilitando o aumento dos possíveis eventos/crises, que podem ocorrer com frequência. Inclusive, colocando a própria vida em risco, do bebê e/ou demais pessoas (TOLLEY et al., 2015; COOPER, 2013).

Segundo os apontamentos de Copazelli (2017), as decisões relativas ao início ou manutenção do tratamento durante a gravidez deve refletir uma compreensão dos riscos associados à exposição fetal a um medicamento em particular, mas também deve levar em consideração os riscos associados com transtorno psiquiátrico não tratado na mãe. Doença psiquiátrica na mãe não é um evento benigna e pode causar morbidade significativa, tanto para a mãe e seu filho. Assim,

a interrupção ou retenção de medicamentos durante a gravidez nem sempre é a opção mais segura (TOLLEY et al., 2015; BATTISTI, 2014).

Mulheres que sofrem de transtornos psiquiátricos durante a gravidez têm menos probabilidades de receber cuidados pré-natal adequado e são mais propensas a usar álcool, tabaco e outras substâncias conhecidas por afetar negativamente os resultados da gravidez (COSTA et al., 2018).

Vários estudos têm descrito baixo peso ao nascer e retardo do crescimento fetal em crianças nascidas de mães deprimidas. Parto prematuro é outra complicação da gravidez potencial entre as mulheres que experimentam sofrimento durante a gravidez (CHAMINT et al., 2018).

Complicações na gravidez relacionados com a depressão materna e ansiedade no final da gravidez também têm sido descritos, incluindo um risco aumentado de ter pré-eclâmpsia, parto cirúrgico e de internação infantil para um berçário de cuidados especiais para uma variedade de condições, incluindo dificuldade respiratória, hipoglicemia e prematuridade (TAILINTY, 2018; MARITZA, 2015; BATTISTI, 2014).

Até o momento não consta na literatura nenhuma droga psicotrópica aprovada pelo Food and Drug Administration (FDA) para uso durante a gravidez. Aqui no Brasil, também não aprovação de pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), segundo dos apontamentos de COSTA et al. (2018).

Ao prescrever medicamentos durante a gravidez, deve-se considerar os seguintes riscos associados à exposição pré-natal: risco de teratogênese (incidência da linha de base de malformações congênitas), risco de toxicidade neonatal, e o risco de sequelas neurocomportamental de longo prazo (COOPER, 2013).

Alguns dados apontados nos artigos citados neste trabalho, sugerem que alguns medicamentos podem ser usados com segurança durante a gravidez se realmente necessário, o conhecimento sobre os efeitos em longo prazo da exposição pré-natal aos medicamentos psicotrópicos é incompleto.

Como a migração e diferenciação neuronal ocorre durante a gravidez e para os primeiros anos de vida, o sistema nervoso central (SNC) continua a ser particularmente vulnerável aos agentes tóxicos durante a gravidez. Enquanto exposições a teratógenos no início da gravidez pode resultar em anormalidades

claras, riscos que ocorrem após o encerramento do tubo neural (aos 32 dias de gestação) podem produzir alterações de mais subtis no comportamento e o seu funcionamento (RUCHELLI et al., 2018).

De todos os antidepressivos, a fluoxetina é considerada por muitos profissionais da saúde como o mais adequado antidepressivo (ALEXANDER, 2013). Dados coletados de mais de 2500 casos não indicam aumento do risco de malformação congênita em recém-nascidos expostos à fluoxetina (BATTISTI, 2014).

No que diz respeito aos antidepressivos mais recentes, os dados prospectivos sobre 150 mulheres expostas à venlafaxina durante o primeiro trimestre da gravidez sugerem que não há aumento do risco de malformação em comparação com controles não expostos (CECATTO et al., 2017). Em uma visão maior, grande número de profissionais aponta que especificamente fluoxetina, citalopram e sertralina, são os antidepressivos mais comumente usados durante a gravidez (AMARANTES et al., 2016).

Uma consideração importante é que a interrupção ou redução na dosagem de medicamentos na última parte da gravidez pode aumentar o risco de depressão pós-parto, como o período pós-parto é um momento de maior vulnerabilidade aos transtornos psiquiátricos e depressão ou ansiedade durante a gravidez tem sido associado com a depressão pós-parto (COPAZELLI, 2017; COOPER, 2013; DANTAS, 2012; LYDON, 2006).

Para as mulheres com transtorno bipolar, tratamento de manutenção com um estabilizador de humor durante a gravidez pode reduzir significativamente o risco de recaída. No entanto, muitos dos medicamentos comumente usados para tratar o transtorno bipolar carregam algum risco de teratogenicidade quando utilizado durante a gravidez (AMARANTES et al., 2016).

As consequências da exposição pré-natal aos benzodiazepínicos têm sido debatidas por mais de vinte anos. Atualmente, não há dados sistemáticos estão disponíveis sobre a segurança de reprodução de agentes ansiolíticos n benzodiazepicos, tais como buspirona e agentes hipnóticos de zolpidem e zalepion. Portanto, esses medicamentos não são recomendados para uso na gravidez (MRELYN et al., 2014).

Estudos recentes não demonstraram risco de teratogenicidade associada com medicamentos neurolépticos de alta ou média de potência; no entanto, uma meta-



análise dos estudos disponíveis observou um maior risco de malformações congênitas após exposição primeiro trimestre de agentes neurolépticos de baixa potência (MARITZA, 2015; AMARILIS, 2014).

A literatura aponta segundo Ali e colaboradores (2016) que, com o tratamento adequado, os sintomas de depressão pós-parto geralmente melhoram. É importante relatar que, em alguns casos, a depressão pós-parto pode tornar-se crônica. Outras vezes, a paciente interrompe o tratamento e pode ter recaídas ou eventos de alto impacto na saúde mental.

Já o tratamento para a psicose pós-parto pode interromper o processo da amamentação, a qual pode ocorrer pela separação física da mulher/mãe e bebê. Ou ainda, devido aos medicamentos prescritos pelo médico (CHEN et al., 2016).

Dentro do contexto apresentado, outro ponto de extrema relevância é que, após a primeiro contato com a equipe de saúde, seja uma unidade básica ou em um centro hospitalar, a mulher/mãe pode solicitar o encaminhamento para um profissional em saúde mental, o qual irá traçar um plano de tratamento adequado para você, com ou sem medicamentos, com psicoterapia e/ou terapia familiar ou em grupo, conforme a necessidade da mesma. Além de indicar programas do governo disponíveis na região onde mora (LIPSS et al; 2018; BATTISTI, 2014; COPPER, 2013).

Como já descrito nesse trabalho, o apoio do núcleo familiar é essencial, assim como o profissionalismo e capacidade da equipe multidisciplinar de saúde que atende a mulher/mãe no processo gestacional. A mulher/mãe deve considerar alguém de sua confiança para que acompanhe aos atendimentos nas unidades de saúde ou centros hospitalares (COPAZELLI et al., 2017).

Juntamente com a pessoa de confiança, orienta-se que, independente da consulta com o obstetra ou com o profissional de saúde mental, a mulher/mãe deve fazer anotações e as mesmas precisam estar disponíveis, acessíveis e atualizadas aos profissionais citados e demais integrantes da equipe, constando os seguintes itens: a) quaisquer sintomas que está sentindo e há quanto tempo; b) elencar todos os seus problemas médicos, incluindo condições físicas ou transtornos mentais; c) apontar todos os medicamentos que toma, incluindo prescrição, quantidade e há quanto tempo faz uso dos mesmos, bem como vitaminas, ervas e outros

suplementos, e as dosagens (KANUTH, 2018; FRANCO et al., 2017; BATTISTI, 2014; COZARELLI et al., 2012).

Os centros de saúde e equipes multidisciplinares de saúde podem ser iniciativas projetadas para educar as famílias e prestadores de cuidados de saúde sobre quem está em risco de depressão e ansiedade durante e após a gravidez, os sinais desses problemas, e como obter ajuda. A iniciativa também inclui informações para os parceiros, familiares e amigos sobre maneiras de ajudar (TAILINTY, 2018).

A associação entre a depressão e os resultados obstétricos ainda é pouco conhecida. Faz-se necessários mais estudos que corroborem o que já foi apontado por publicações científicas, pois como já explicitado nesse trabalho, o elevado nível de cortisol é um possível fator de risco para o baixo peso ao nascer e prematuridade.

Ao considerar acolher a mulher no período gestacional, o profissional poderá avançar na compreensão da dinâmica entre mãe e filho, na abordagem das queixas quanto aos sintomas e comportamentos da criança, e atuar de forma mais segura para orientar a família para a pré-natal psicológico. O elo entre a mãe e o núcleo familiar com a psicologia da saúde começa com esta primeira abordagem e encaminhamento para um psiquiatra e/ou psicólogo, seja para uma avaliação ou continuação de tratamento psicoterápico, com ou sem medicamentos (GUEDES, 2013).

Esse primeiro momento que ocorre nos centros de saúde básica ou com algum integrante da equipe multidisciplinar de um hospital é crucial para a saúde plena da mulher/mãe, do bebê e do núcleo familiar, pois quando os profissionais são treinados/capacitados para auxiliar a detectar e/ou antecipar eventos que envolvam anomalias, eventos de saúde mental. Torna-se essencial prestar atenção as característica, sintomas e pré-sintomas de transtornos mentais.

Copazelli e colaboradores (2017) explicitam que, a maioria dos profissionais não recebem treinamento específico no que se refere a todo o processo gestacional, e todos os participantes envolvidos. Se os mesmos não recebem treinamento adequado, como serão cobrados para que cumpram com as melhores práticas em torno da saúde mental de todos os indivíduos envolvidos com a gestação, em especial com a mulher/mãe? Dessa maneira, fazem o atendimento, muitas vezes, apenas cumprindo com requisitos profissionais técnicos e/ou recebendo ordens de

seus superiores, que por vezes, só pensam em números e são os primeiros a cometerem a violência obstétrica.

#### **4.3.4 O papel do psicólogo e as intervenções preventivas**

Segundo Maciel (2018), psicólogos da saúde, o termo escolhido neste trabalho, possui uma vasta quantidade de aplicações. Pode acontecer em clínicas de saúde, hospitais, empresas privadas, universidades, unidades básicas de saúde, por exemplo. Alguns psicólogos optam por especializações em uma determinada área dos cuidados com a saúde, como por exemplo, oncologia, tabagismo, alcoolismo, gestão de dor, e também, saúde das mulheres. Enquanto que, outros psicólogos da saúde trabalham em ambientes governamentais, muitas vezes, na criação e administração de programas de saúde das comunidades, que influenciam políticas públicas (CAPELUTTO, 2016).

Ressalta-se que, a psicologia da saúde pode ser entendida como:

Um conjunto das contribuições educacionais, científicas e profissionais específicos da disciplina de psicologia para a promoção e manutenção da saúde, a prevenção e tratamento da doença, a identificação de correlatos etiológicos e diagnósticos de saúde, doença e disfunção relacionada, bem como a melhoria do sistema de saúde e formação política de saúde (LEANI; JONES, 2018, p. 32).

Nesse entendimento, podemos citar um trabalho publicado por Arrais, Mourão e Fragalle (2014), duas especialistas e uma doutora em psicologia hospitalar, as quais abordaram o tema 'o pré-natal psicológico como um programa preventivo de depressão pós-parto. As autoras conceituam que, pré-natal psicológico é um "novo conceito em atendimento perinatal voltado para maior humanização do processo gestacional e do parto e da parentalidade (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014, p. 251).

O programa alvo de estudos aconteceu em Brasília, DF, onde os resultados da pesquisa das autoras sugerem que, o pré-natal psicológico pode ser elencado com aspectos de proteção presentes na história das grávidas podem contribuir para minimizar ou evitar a depressão pós-parto (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

Em outro trabalho publicado por Arrais e Araújo (2016), as autoras mostram a importância de propor e avaliar programas destinados ao acompanhamento pré-natal de gestantes. Dando ênfase a intervenção psicoeducativa que acontece no ambiente hospitalar.

O Pré-Natal Psicológico é uma:

[...]prática complementar ao pré-natal biomédico – voltada para o atendimento psicológico das gestantes, a qual também estimula a integração de seus familiares nos cuidados desenvolvidos ao longo do ciclo gravídico-puerperal (ARRAIS; ARAUJO, 2016, p. 103).

As práticas apresentadas foram utilizadas em serviços públicos e ampliadas para o setor privado. Destaca-se no programa, o baixo custo e a avaliação positiva de usuários e dos profissionais envolvidos. Sendo que o psicólogo faz parte da equipe multidisciplinar na área de Saúde Materna (ARRAIS; ARAUJO, 2016).

As autoras defendem que, ao se utilizar o pré-natal psicológico, por meio de equipes multidisciplinares, a assistência psicológica, torna-se um elemento 'psicoprofilático'. Ainda sugerem que, deve ser utilizado nas esferas de serviços públicos - unidades básicas de saúde, maternidades e serviços de pré-natal. (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

O outro programa mostrado por Arrais e Araújo (2016) objetivou:

A integração da gestante e da família a todo o processo gravídico-puerperal, por meio de encontros temáticos em grupo, com ênfase psicoterápica na preparação psicológica para a maternidade e paternidade e prevenção da depressão pós-parto (ARRAIS; ARAUJO, 2016, p. 103).

Mozzaquatro, Arpin e Polli (2015), publicaram um artigo no qual ressaltam a importância da saúde mental do indivíduo e como esta é elaborada desde a gestação, e por todo o ambiente que o mesmo vivencia. As autoras elencam o pensamento de Winnicott (1999) para embasar o processo evolutivo do bebê, ressaltando a importância dos sujeitos responsáveis pelo mesmo, pois a saúde plena dos envolvidos e o ambiente contribuem para o alicerce físico e emocional.

No entendimento das autoras e com base no que foi explicitado até aqui, novamente, mostra-se a magnitude desse trabalho, assim como a respeito de todo o processo que envolve a maternagem, paternagem e todos os elementos envolvidos,

desde o núcleo familiar, como equipe multidisciplinar e esfera pública. Indaga-se: se o sujeito replicar o ambiente em que vive e suas influencias, qual é o ambiente que o bebê está inserido? Quem são os elementos envolvidos? (MOZZAQUATRO; ARPIN; POLLI, 2015).

Nesse sentido, ao analisarmos a saúde e doença, como uma combinação de fatores, de fatores, incluindo características biológicas (por exemplo, genética de predisposição), fatores comportamentais (por exemplo, estilo de vida, stress, crenças de saúde) e as condições sociais (por exemplo, influências culturais, familiares relacionamentos e apoio social), entende-se que, o modelo biopsicossocial propicia benefícios científicos e práticos (KANTH, 2018; LOSTEY, 2015).

Em programas que promovem a saúde da mulher, exclusivamente em período gestacional, por meio de pré-natal psicológico, as mulheres podem reduzir seu risco de desenvolver grandes problemas médicos, de um tratamento mais eficaz e reduzir os seus custos de cuidados de saúde quando elas procuram tratamento de uma equipe interdisciplinar, incluindo provedores de saúde comportamental. Além de promover a saúde do bebê, prevenindo doenças e possibilitando a criação de um sujeito com saúde plena (ARRAIS; ARAUJO, 2016; MOZZAQUATRO; ARPIN; POLLI, 2015; ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014; BREDINI, 2014).

Além de promover a saúde da mulher/mãe e do bebê, prevenir doenças, as políticas públicas, por meio de programas, exemplificados nesse trabalho, podem contribuir para diminuir/minimizar números apresentados pelos órgãos nacionais e internacionais que envolvem todos os indivíduos no processo gestacional, como por exemplo, número de natimortos, transtornos mentais com gravidade e casos severos, violências praticadas em mulheres, entre outros indicadores sociais (LOSTEY, 2015; MARITZA; 2015).

Nesse entendimento, o aconselhamento psicológico e psicoterapia podem ajudar as pessoas como indivíduos e grupos, melhorando o seu bem-estar, aliviando seu sofrimento, resolvendo as suas crises, e aumentando a sua capacidade de resolver problemas e tomar decisões (ROSS; TULIO; 2017; ARRAIS; ARAÚJO, 2016; ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

Lembrando que, no período gestacional, a mulher sofre inúmeras modificações em seu corpo, alterando drasticamente toda a estrutura bioquímica, o que acarreta também, transformações biopsicossociais (AMARILIS, 2014).

Ou seja, psicólogos da saúde, em especial psicólogos psicoterapeutas podem auxiliar as pessoas a se adaptarem às mudanças ou fazer mudanças em seu estilo de vida (TAILINTY, 2018; ROSS; TULIO, 2017). No que se refere, a mulher em seu período gestacional, a psicoterapia proporciona entender e ajudar na relação com o bem-estar pessoal e profissional, relações interpessoais, trabalho, recreação, saúde do bebê, preparativos para a chegada do bebê e gestão de crises (SCOTINI et al., 2018; ARRAIS; ARAUJO, 2016; MARITZA, 2015; ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos artigos pesquisados, numa pré-seleção, o número de apontamentos sobre violência obstétrica é assustador. Os próprios órgãos oficiais, nacionais e internacionais, como (ONU; OPAS; APA; OMS; MS; ANVISA) , entre outros, afirmam que, os números apresentados podem ser bem maiores. Muitas mulheres não sabem que foram violadas, física e mentalmente, no período gestacional. Outras, ficam com medo e também não relatam, pois acreditam que serão retaliadas e mais uma vez, serem chamadas de 'loucas', 'exageradas', entre outros termos, inclusive de baixo calão. O número de mulheres que sofrem caladas, entendendo ou não, que sofreram violência obstétrica, e não é relatado, acredita-se que seja que os números relatados nas publicações científicas. Como apresentado, a violência pode ser apenas um dos fatores que contribuem para que ocorra a depressão no processo gestacional, e ainda, podendo tornar-se crônica. Afetando não somente a mulher/mãe, o bebê, o núcleo familiar.

Orienta-se que, novos estudos possam ser mais explícitos quanto as estratégias de recrutamento nos estudos acadêmicos e científicos, quando o tema for violência no período gestacional, pré e pós, pois os que aqui foram apontados, mesmo os que não foram citados, em sua maioria, discorrem poucos detalhes a respeito da metodologia e qual a abordagem utilizada para a pesquisa. Além de falar qual escala de rastreamento foi utilizada e como ela funciona, quais critérios são importantes para investigar pacientes de serviços não psiquiátricos de hospital geral e unidades básicas de saúde, a fim de classificar os traços de ansiedade, depressão, transtorno bipolar ou outro estado mental, sendo recorrente ou não.

Complementando que, as definições, estratégias de recrutamento para estudos, critérios de inclusão e exclusão, adequação representativos das amostras e medidas de avaliação a serem utilizados são muito variados e dependem das condições culturais, geográficas, do meio acadêmico e profissional de como irão classificar cada dos critérios.

Por outro lado, voltamos ao quesito de falta de treinamento e pessoas capacitadas para atender todo o processo gestacional, e falha no item 'trabalhos em equipe'. Estes fatores, como sugeridos, quando ocorrem em harmonia podem

contribuir para uma melhoria de todos os procedimentos que envolvem a gestação, mas também para serem uma ancoragem e estimularem novas pesquisas. Sendo que as mesmas são essenciais para a evolução do homem e seus processos biomédicos e biopsicossociais para melhoria dos processos específicos que envolvem a mulher/mãe e o período gestacional.

Em cada um dos estudos, mesmo que de maneira distinta, há sugestões para novos estudos, para trabalhos preventivos com a mulher/mãe e núcleo familiar, para treinamento das equipes de saúde das unidades básicas e também dos centros hospitalares. Mas também se faz necessário educar a sociedade, mostrar os fatos e lutar para que os números de violência contra a mulher diminuam.

Entende-se que um dos pontos de base do processo de saúde plena da mulher é a capacitação dos profissionais de saúde e do outro lado, o acompanhamento do psicólogo, e quando necessário, do psiquiatra em todo o processo da gestação. Como foi dito, aqui também entra a sugestão do planejamento familiar e a importância dos programas dos governos em todas as suas esferas para que amenizem/diminuam os altos índices de violência contra a mulher, números de transtornos mentais no processo de gestação, número de adolescentes grávidas e diminuição de mortes da mulher/mãe/bebê, dentre outros fatores. Sendo que, os números com maiores falhas na manutenção da saúde plena ocorrem em países subdesenvolvidos como o Brasil.

Não se sabe exatamente por que algumas mulheres desenvolvem depressão no processo gestacional, seja pré ou pós-parto. É provável e alguns estudos mostram que, pode ser uma variedade de fatores, como: combinação de fatores genéticos, alterações hormonais, influências ambientais, culturais, geográficas, econômicas, violência contra a mulher, entre outros.

Quando ocorre um transtorno mental em uma mulher e a mesma entrar em processo gestacional, a gravidez torna-se de risco, devido não só ao próprio transtorno, mas também para a condição de risco social e emocional dessas mulheres. Além de risco para o bebê.

É importante para a implementação de serviços especializados para orientar a população. Cuidados primários, como a entrada para o sistema de saúde deve ser capaz de detectar precocemente casos em que as mulheres grávidas devem ser



seguidas por um profissional de saúde mental, através de cuidados pré-natal abrangente e qualificado, com uso ou sem de medicamentos.

Em casos graves o sofrimento das mulheres/mães pode ser tão intenso e dolorido, que as mesmas podem cometer suicídio. Em casos graves, mas sem morte, muitas vezes, elas podem ficar debilitadas e/impossibilitadas de cumprirem com alguns requisitos essenciais de autonomia e autocuidado. Quando o bebê já nasceu e acontece um evento, sucessão deles ou não há intervalo em os mesmos, tanto a mulher/mãe, quanto o bebê necessitam dos cuidados de terceiros, seja familiar, como equipe de saúde multidisciplinar. É essencial o apoio para que os bebês cresçam e se desenvolvam para serem o mínimo possível afetados pelos acontecimentos.

Ao elencar os fatores biopsicossociais, o intuito é de compreender de que maneira este momento pode trazer complicações à saúde psíquica da mãe e como o psicólogo pode trabalhar em conjunto com a equipe médica para prevenir, reduzir e/ou amenizar possíveis danos emocionais, com ou sem o uso de medicamentos. Promovendo assim, o trabalho da equipe multidisciplinar, sugestionando o planejamento familiar, a responsabilidade dos diversos órgãos governamentais, da sociedade e do núcleo familiar, onde o objetivo maior é a saúde plena da mulher/mãe e do bebê.

Globalmente problemas de saúde mental materna são considerados como um grande desafio para a saúde pública. A mortalidade materna ainda está na base de indicadores de saúde materna, isto implica que, deva ocorrer um enfoque maior sobre as condições de saúde mental na prestação integrada de serviços de saúde materna e infantil. A necessidade é sentida nos países de alta renda e em desenvolvimento.

Os programas de saúde devem visar a saúde ótima da mulher/mãe e bebê, isso inclui a saúde física e mental. Os direitos humanos devem ser direcionados para serviços de saúde e assistência social mentais em configurações baseadas na comunidade para a identificação precoce e gerenciamento de transtornos mentais maternos. Também devem fornecer estratégias para a promoção do bem-estar psicossocial, prevenção e promoção de transtornos mentais de mães durante a gravidez e após o parto.

Além de apoiar a integração dos programas com iniciativas saúde materna e infantil, programas de saúde reprodutiva e integrá-los com a dimensão de gênero e equidade, direitos humanos, estratégias e orientações da Organização Mundial de Saúde. Deve ocorrer o fortalecimento dos sistemas de informação, evidências e pesquisas relevantes para a saúde mental das mães.

Considera-se que, o psicólogo pode contribuir para incentivar e mostrar a importância de apontar, criar, avaliar, suggestionar, manter e administrar na realidade brasileira, programas que visem diminuir, minimizar e/ou erradicar a violência praticada em mulheres. Em especial, programas que possam monitorar a mulher no processo da maternagem. Além de envolver e estimular a paternagem e o núcleo familiar. Além de contribuir para melhorias na própria equipe de saúde.

Programas que envolvem a psicologia da saúde, em especial programas com pré e pós-natal psicológico podem proporcionar diminuir ou erradicar o uso de medicamentos em mulheres no processo da maternagem. Ou ainda, minimizar os efeitos por meio do entendimento biopsicossocial, mostrando novas maneiras de ver os sujeitos envolvidos e sempre objetivando a saúde plena dos mesmos.

Nesse trabalho, considera-se que, inúmeros transtornos mentais são tratáveis. A saúde mental materna pode ser integrada em cuidados gerais de saúde, incluindo a saúde da mulher, cuidados de saúde materna e infantil, saúde reprodutiva e outros serviços relevantes. Além de ocorrer a identificação e gestão de transtornos mentais maternos por provedores de saúde não especializados. Intervenções eficazes, mesmo iniciais, podem ser realizadas por alguém da equipe multidisciplinar, capacitado para tal momento – o período gestacional da mulher.

Ressalta-se que, mulheres em período gestacional necessitam de cuidados redobrados e de uma equipe multidisciplinar de saúde para auxiliar de maneira educativa, preventiva, medicamentosa ou não, promovendo sempre a saúde plena da mãe e do bebê, e também, dos demais núcleos envolvidos no processo da maternagem.

Sugestiona-se um guia de intervenção para a identificação precoce e preventiva de possíveis transtornos mentais da mulher/mãe no processo gestacional, o qual pode ser elaborado, por meio de políticas públicas e pelos integrantes de equipes de saúde. Onde deve-se promover e educar, e não apenas reagir aos diversos transtornos que podem ocorrer. O objetivo maior deve ser

contribuir para evitar, diminuir e/ou evitar qualquer tipo de violência contra a mulher. Quem acolhe também deve estar preparado e qualificado para saber lidar com situações que envolvem um momento tão delicado da mulher/mãe e bebê.

Um dos itens, o qual cada profissional deve receber treinamento para aplicação do mesmo, é um questionário de fácil e de rápida aplicação, que pode ser incorporado na atenção básica e centros.

## REFERÊNCIAS

ACOG Committee on Practice Bulletins--Obstetrics. ACOG Practice Bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 92, April 2008 (replaces practice bulletin number 87, November 2007). Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol.* 2008; 111(4):1001-20.

AGRILLO, Christian; NELINI, Cristian. Childfree by choice: a review. *Journal of Cultural Geography*, v. 25, n. 3, p. 347-363, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/08873630802476292>>.

AMERICAN Psychiatric Association. DSM IV. Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais. 4ª ed. Lisboa: Cliempsi; 1994.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 103-116, jun. 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582016000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BORTOLETTI, F. F. Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In: F. F. Bortoletti (Org.), **Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Manole, 2007. pp. 21-31

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os humanos mais humanos**. P. Alegre: Artmed, 2011.

CALDAS, Denise Baldança et al. **Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço**. *Psicologia Hospitalar*, v. 11, n. 1, p. 66-87, 2013.

CAMPOS, Rui C. Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. **Análise psicológica**, v. 18, n. 1, p. 15-35, 2012.

DA CUNHA, Aline Borba et al. A Importância do Acompanhamento Psicológico Durante a Gestação em Relação aos Aspectos que Podem Prevenir a Depressão Pós-Parto. **Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 3, 2012.

DA CUNHA, Ana Cristina Barros; BENEVIDES, Julita. Prática do psicólogo em intervenção precoce na saúde materno-infantil. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 1, p. 111-119, 2012.

FERREIRA, Isabel Maria. Empowerment: preferência e valorização das grávidas face aos cuidados de enfermagem pré-natais. 2012. Tese de Doutorado.

BRUM EHM, Oliveira DS. Depressão pós-parto: divergências conceituais. **Rev Saúde Mental**, Foco CESUCA 2011, v.1 Disponível em: <http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/saudementalemfoco/article/view/17/13>.

CAMACHO RS, Continelli FS, Ribeiro CS, Contilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó-Jr J. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério. **Rev Psiquiatr Clin**. 2006; 33:92-102.

CANTILINO A, Zambaldi CA, Sougey EB, Renno-Jr J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev Psiquiatr Clin**. 2010; 37:278-84.

COHEN L, WANG B. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. **Psychiatr Clin N Am**. 2010; 33:273-93.

CRUZ EBS, SIMÕES GL, FAISAL-CURY A. Rastreamento de depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2005; 27:181-8.

CURY AF, VOLICH RM. **Segredos de Mulher: diálogos entre um ginecologista e um psicanalista**. São Paulo: Atheneu; 2010.

DUARTE SJH, ANDRADE SMO. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde Soc**. 2009; 17:132-9.

EBERHARD-GRAN M, ESKILD A, SAMUELSEN SO, TAMBS K. A short-matrix version of the Edinburgh Depression Scale. *Acta Psiquiatr Scand*. 2007; 116:195-200.

FALCETO OG, FERNANDES CL, KERBER SR. Alerta sobre a depressão pós-parto paterna. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34:293-5.

FRIZZO GB, PICCININI CA. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicol Estud Maringá* [Internet]. 2005 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a06.pdf>.

GIDEP (1999). Entrevista sobre a experiência da maternidade. Instituto de Psicologia- UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não-publicado.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002. KLEIN, Michele Moreira de Souza;

Grupo de Pesquisa em Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia. GIDEP Entrevista de contato inicial. Instituto de Psicologia - UFRGS, Porto Alegre, 1998a. Instrumento não-publicado.

Grupo de Pesquisa em Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia GIDEP. Entrevista de dados demográficos. Instituto de Psicologia - UFRGS, Porto Alegre 1998b. Instrumento não-publicado.

Grupo de Pesquisa em Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia GIDEP. Entrevista sobre a gestação e as expectativas da gestante. Instituto de Psicologia - UFRGS, Porto Alegre, 1998c. Instrumento não-publicado.

Grupo de Pesquisa em Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia GIDEP. Entrevista sobre a experiência da maternidade. Instituto de Psicologia - UFRGS, Porto Alegre, 1999. Instrumento não-publicado.

GUEDES, Carla Ribeiro. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 28, n. 4, p. 862-871, 2008.

GOMES LA, Torquato VS, Feitoza AR, Souza AR, Silva MAM, Pontes RJS. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Rev Rene*. 2010; 11 (n.esp.):117-23.

KERBER SR, Falceto OG, Fernandes CLC. Problemas conjugais e outros fatores associados a transtornos psiquiátricos do pós-parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011; 33:281-7.

LACAN J. O Seminário: Os quatro conceitos Fundamentais da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1988. Livro 11.

MALDONADO, Maria Tereza. *Psicologia da gravidez*. Editora Jaguatirica Digital, 2013.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. São Paulo: Atlas, 1990.

ROSO, Adriane; ROMANINI, Moises. Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico. *Psicologia e Saber Social*, v. 3, n. 1, p. 83-95, 2014.

MATÃO MEL, Miranda DB, Campos PHF, Oliveira LN, Martins VR. **Experiência de familiares na depressão pós-parto**. *R Enferm Cent O Min*. 2011; 1:283-93.

MORAIS MHC, Crepaldi MA. **A clínica da depressão pós-parto**. *Mudanças*. 2011; 19:61-7.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID 10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde**. São Paulo: EDUSP; 2008. v. 1.

RAPHAEL-LEFF, J. (1997). **Gravidez: A história interior**. Porto Alegre: Artes Médicas.

RUSCHI GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô-Filho A, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos Epidemiológicos da Depressão Pós-parto em Amostra Brasileira. **Rev Psiquiatr RS**. 2007; 29:274-80.

SAMPAIO NETO, Luiz Ferraz; ALVARES, Lucas Bondezan. O papel do obstetra e do psicólogo na depressão pós-parto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. ISSN eletrônico 1984-4840, v. 15, n. 1, p. 180-183, 2013.

SANTOS, Ilda Maria Barroca. **Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez**. 2012. Tese de Doutorado. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.

SARMENTO, Regina; SETÚBAL, Maria Sílvia Vellutini. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Revista de Ciências Médicas**, v. 12, n. 3, 2012.

SILVA, Edna Lúcia da. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Eстера Muszkat Menezes. – 4. ed. rev. at. – Florianópolis: UFSC, 2005. 138p.

SANTOS-JÚNIOR HPO, Silveira MFA, Gualda DMR. Depressão pós-parto: um problema latente. **Rev Gaúcha Enferm**. 2009; 30:516-24.

SCHARDOSIM JM, Heldt E. Escalas de rastreamento de depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Rev Gaúcha Enferm**. 2011; 32(1):159-66.

SCHWENGBER, DDS, Piccinini, CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Est Psicol**. 2003; 8:403-11.

SILVA GA. **Estudo longitudinal sobre prevalência e fatores de risco para depressão pós-parto em mães de baixa renda São Paulo**: Universidade de São Paulo; 2008.

SIMKIN, P. (1992). Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long term memories of their first birth experiences. *Birth*, 19, 64. [dissertação].

SIMONETTI A. Manual de psicologia hospitalar. **O mapa da doença**. 6. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.

TOSTES JG, Silva FC, Barbosa DK, Freitas DL, Paula EC. Depressão pós-parto: correlações com suporte sócio familiar e assistência no SUS. **Rev Cienc Saúde** 2011; 1:19-24.

WINNICOTT D. Preocupação materna primária. In: Russo J, tradutor. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1978. p. 491-8.

World Health Organization. Depression: mental health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2006 Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)

Zinga D, Phillips SD, Born L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? **Rev Bras Psiquiatr.** 2005; 27:S56-64.



# ANEXOS



## Luiza Batista Morgan

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7925254177750582>  
Última atualização do currículo em 05/09/2019

Possui ensino-medio-segundo-graupelo Colégio Dinâmico Educação Básica(2013). Atualmente é Assistente da Agência de Defesa Sanitária Agrosilvopastoril do Estado de Rondônia. Tem experiência na área de Psicologia.  
(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)

### Identificação

Nome Luiza Batista Morgan   
Nome em citações bibliográficas MORGAN, L. B.

### Endereço

### Formação acadêmica/titulação

2014 Graduação em andamento em Psicologia.  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.  
2002 - 2013 Ensino Médio (2º grau).  
Colégio Dinâmico Educação Básica, DINÂMICO, Brasil.

### Formação Complementar

2018 - 2018 Extensão universitária em Ação Setembro Amarelo - O cuidado começa por você. (Carga horária: 50h).  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.  
2018 - 2018 Extensão universitária em Ação Setembro Amarelo - O cuidado começa por você. (Carga horária: 10h).  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.  
2018 - 2018 Extensão universitária em Saúde Interativa. (Carga horária: 30h).  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.

### Atuação Profissional

Agência de Defesa Sanitária Agrosilvopastoril do Estado de Rondônia, IDARON, Brasil.

Vínculo institucional  
2019 - Atual

Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Assistente

### Áreas de atuação

1. Grande área: Ciências Humanas / Área: Psicologia.

### Idiomas

Inglês Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.

### Produções



## RELATÓRIO DE REVISÃO NO ANTIPLÁGIO

**ALUNA:** Luiza Batista Morgan

**CURSO:** Psicologia

**DATA DE ANÁLISE:** 13.09.2019

### RESULTADO DA ANÁLISE

#### Estatísticas

Suspeitas na Internet: 6,18%

Percentual do texto com expressões localizadas na internet  $\triangle$

Suspeitas confirmadas: 11,54%

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados  $\triangle$

Texto analisado: 93,59%

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: 100%

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.4.11  
sexta-feira, 13 de setembro de 2019 18:07

### PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da acadêmica **LUIZA BATISTA MORGAN**, n. de matrícula **14925** do curso de Psicologia, foi **APROVADO** com porcentagem conferida em 6,18%. Devendo a aluna fazer as correções que se fizerem necessárias.

Obs.: Informamos que cada aluno tem direito a passar pelo *software* de antiplágio 3 (três) vezes, sendo que, para cada vez, deverá ter feito as correções solicitadas. Para aprovação, o trabalho deve atingir menos de 10% no resultado da análise, e em caso de mais de 10%, o trabalho estará sujeito a uma última análise em conjunto com o professor orientador e a bibliotecária para emissão do parecer final, visto que o *software* pode apresentar um resultado subjetivo.

(assinado eletronicamente)

**HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO**

*Biblioteca Júlio Bordignon*

Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Assinado digitalmente por: Herta Maria de Acucena  
do Nascimento Soeiro  
Razão: Faculdade de Educação e Meio Ambiente  
Localização: Ariquemes RO  
O tempo: 13-09-2019 18:24:07