



CENTRO UNIVERSITÁRIO FAEMA – UNIFAEMA

VERIDIANA MORAES FERREIRA FELIZARDO

**CUIDADOS COM A SAÚDE MENTAL MATERNA: PERSPECTIVAS PARA A
ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO PERINATAL**

ARIQUEMES-RO

2022

VERIDIANA MORAES FERREIRA FELIZARDO

**CUIDADOS COM A SAÚDE MENTAL MATERNA: PERSPECTIVAS PARA A
ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO PERINATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Psicologia do
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA
como pré-requisito para obtenção do título
de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof. Ms. Yesica Nunez
Pumariega.

ARIQUEMES-RO

2022

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F316c Felizardo, Veridiana Moraes Ferreira.

Cuidados com a saúde mental materna: perspectivas para a atuação do psicólogo perinatal. / Veridiana Moraes Ferreira Felizardo. Ariquemes, RO: Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA, 2022.

48 f.

Orientador: Prof. Ms. Yesica Nunez Pumariega.

Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Psicologia – Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA, Ariquemes/RO, 2022.

1. Saúde mental materna. 2. Psicologia Perinatal. 3. Maternidade. 4. Cuidados Psicológicos. 5. Psicopatologias maternas. I. Título. II. Pumariega, Yesica Nunez.

CDD 150

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

VERIDIANA MORAES FERREIRA FELIZARDO

**CUIDADOS COM A SAÚDE MENTAL MATERNA: PERSPECTIVAS PARA A
ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO PERINATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário
FAEMA – UNIFAEMA, como requisito à
obtenção do diploma de bacharel em
Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Orientadora Ms. Yesica Nunez Pumariega
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA

Prof. Ms. Jessica de Sousa Vale
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA

Prof. Esp. Katiúscia Carvalho de Santana
Centro Universitário FAEMA – UNIFAEMA

ARIQUEMES-RO

2022

Dedico este trabalho à minha mãe Lenilda (in memoriam), uma mulher extraordinária que me deu a vida, afeto e sem dúvida é o melhor exemplo que posso levar comigo sobre o maternar. Seus ensinamentos, orações e exemplos perduram e estarão para sempre comigo.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão sempre será acima de tudo a Deus, pois não tenho dúvidas que até aqui seu amor, graça e misericórdia me sustentaram. A Ele devo TUDO.

Agradeço ao meu melhor amigo e esposo, o homem que o Senhor preparou para andar ao meu lado nessa terra e juntos formarmos uma família. Obrigada, meu amor. Sua força, incentivo, companheirismo e amor foram imprescindíveis.

Clara, a pessoa que ressignificou tantas coisas desde que chegou, sua existência me transformou e mudou todas as minhas prioridades. Obrigada por todos os dias me revelar o que realmente importa nessa vida e por ser a maior fonte da minha inspiração.

Não posso deixar de agradecer àquela que foi a minha melhor amiga e hoje é a minha maior saudade. As vezes ainda me questiono porque não pude te ter um pouco mais em minha vida, mãe. Sei que enquanto pôde, você foi presença, afeto, força, coragem, amparo e tantas outras coisas que não tenho como expressar em palavras.

Ao meu pai, um homem forte, corajoso e de muita fibra. Tenho muito orgulho de você, pai. Obrigada por me mostrar através de sua vida que há tanto conhecimento além do ambiente de uma academia.

Agradeço ao meu irmão, você me leva sempre de volta para casa, não no sentido físico, como é bom saber que tenho você e que ter você significa ter uma parte de mim e da minha história.

Aos meus colegas, que compartilharam dessa jornada rica e desafiadora que é a graduação, mas principalmente as minhas amigas Vanessa Souza e Renata Cristina Turíbio. A todos os professores do curso de Psicologia da instituição, entre os anos de 2014 a 2018, pela grande contribuição em minha formação. Principalmente Ana Cláudia Yamashiro, minha supervisora de estágio, Carla Patrícia Rambo, até então minha coordenadora de curso e Eliane Alves Azevedo por sua entrega ao nos ensinar.

Agradeço a minha orientadora Yesica Nunez Pumariiega que aceitou fazer parte desse momento, que tem muitos significados para mim. Ainda que talvez ela não soubesse disso, mas estou encerrando um ciclo de minha vida, depois de muitos desafios pessoais. Por fim, agradeço a banca examinadora, muito obrigada.

“A maternidade transforma. Só que se esquecem de mencionar que existe uma linha muito tênue entre se transformar e se perder”.

Rafaela Carvalho (2019)

RESUMO

A concepção idealizada da maternidade, adjacente ao estigma da doença mental materna, inviabilizou por muito tempo a discussão sobre a relevância da assistência psicológica adequada durante o ciclo gravídico e puerperal. Diante desse pressuposto o presente trabalho apresenta as principais alterações evidenciadas durante a gravidez e após, bem como enfatiza a relevância da atenção aos diferentes aspectos que podem influenciar a saúde mental materna, além de validar a atuação da psicologia perinatal no contexto. Para isso apresentar-se-á os principais quadros psicopatológicos associados a maternidade, bem como a importância dos cuidados com a saúde mental materna e uma contextualização sobre a psicologia perinatal. A pesquisa aqui apresentada justifica-se pelos fundamentos teóricos, levando assim em conta referências científicas mais amplas sobre o tema, enriquecendo dessa forma a produção de pesquisas contemporâneas. Uma lista de bibliografias utilizadas foi elaborada com base em critérios de análise de títulos e uma breve leitura dos resumos de cada trabalho. Foram considerados materiais em português, inglês e espanhol. Uma vez que é importante ampliar o conceito de saúde materna para levar em consideração não apenas parâmetros médicos, mas também a vida subjetiva e o sofrimento psíquico da mulher. Espera-se que haja uma compreensão sobre como a atenção à saúde mental materna, permite melhores resultados, quando os profissionais atuam com foco na prevenção, levando em conta e atuando frente aos aspectos psicossociais que envolvem a construção da identidade materna.

Palavras-chave: Saúde mental materna. Psicologia perinatal. Maternidade.

ABSTRACT

The idealized conception of motherhood, adjacent to the stigma of maternal mental illness, has long made it impossible to discuss the relevance of adequate psychological care during the pregnancy and puerperal cycle. Given this assumption, the present study presents the main changes evidenced during pregnancy and after, as well as emphasizes the relevance of attention to the different aspects that can influence maternal mental health, in addition to validating the performance of perinatal psychology in the context. For this, the main psychopathological conditions associated with motherhood will be presented, as well as the importance of maternal mental health care and a contextualization on perinatal psychology. The research presented here is justified by the theoretical foundations, thus taking into account broader scientific references on the subject, thus enriching the production of contemporary research. A list of bibliographies used was elaborated based on criteria for analyzing titles and a brief reading of the abstracts of each study. Materials were considered in Portuguese, English and Spanish. Since it is important to expand the concept of maternal health to take into account not only medical parameters, but also the subjective life and psychic suffering of women. It is expected that there will be an understanding about how maternal mental health care allows better results when professionals work with a focus on prevention, taking into account and acting in the face of psychosocial aspects that involve the construction of maternal identity.

Keywords: *Maternal mental health. Perinatal psychology. Motherhood.*

LISTA DE SIGLAS

DPP Depressão pós-parto

DSM-5 Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5.^a edição

EPDS Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

OMS Organização Mundial da Saúde

PHPN Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PHQ-9 Patient Health Questionnaire

PNAISM Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNP Pré-Natal Psicológico

QV Qualidade de Vida

SUAS Sistema Único de Assistência Social

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 O CUIDADO DA SAÚDE MENTAL DA MULHER DURANTE O PRÉ-NATAL E APÓS	14
4.2 PRINCIPAIS QUADROS PSICOPATOLÓGICOS ASSOCIADOS À MATERNIDADE	20
4.3 PSICOLOGIA PERINATAL E PARENTAL	27
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tornou-se prioridade nos planos e políticas de saúde cuidar da vida de forma que reduza a vulnerabilidade à doença e a consequência da deficiência, do sofrimento crônico e da morte prematura de indivíduos e populações (DE MELO et al., 2015). Isso porque, a promoção da saúde como uma das estratégias de produção da saúde, ou seja, como forma de pensar e operar em conjunto com outras políticas e tecnologias desenvolvidas pelo sistema de saúde brasileiro, contribui para a formulação de ações que respondam às necessidades da sociedade para a saúde humana (CASTOLDI, GONCALVES e LOPES, 2014).

No âmbito dos cuidados primários, as grávidas entram na rede de saúde através de um programa de pré-natal, e são realizadas várias intervenções que visam a promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças (FRIZZO et al, 2019). O Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres considera desde tópicos como pré-natal, puerpério e aleitamento materno, até planejamento reprodutivo e climatério (BRASIL, 2016).

O pré-natal é uma combinação de práticas seguras aplicadas a gestante, que objetiva certificar em todo ciclo gravídico e parto, assistência de qualidade e humanizada, promovendo assim saúde e bem-estar, prevenindo complicações para mãe e feto, por meio de educação em saúde. Além disso, a gravidez é um momento especial para formar e fortalecer vínculos entre equipes e diferentes famílias da comunidade, principalmente entre pais e futuros bebês, sendo necessária para um desenvolvimento saudável (POLI et al., 2018).

O cuidado da mulher no puerpério é essencial para a saúde materna e neonatal e precisa abarcar o pai, a família em seus múltiplos arranjos e toda a rede social envolvida nesta fase do ciclo vital e familiar. O puerpério começa logo após o parto e perdura, em média (visto que o término é imprevisto), seis semanas após este, apresentando variabilidade entre as mulheres (BRASIL, 2016).

No que tange aos aspectos psicológicos que envolvem o plano de cuidado materno a indicação é conduzir a puérpera aos serviços especializados de saúde mental exclusivamente se detectado sofrimento mental grave e amparar a família e articular outras redes de apoio social, quando necessário. (BRASIL, 2016).

Contudo, o processo da gravidez inclui grandes mudanças no corpo e na vida diária da mulher. Essa é a fase em que todas as suas funções orgânicas estão se

adaptando ao crescimento e desenvolvimento do seu bebê, sua família está se preparando para receber um novo membro e sua rotina diária será modificada para se adequar à nova realidade (POLI et al., 2018). Nesse sentido percebe-se a necessidade de incluir um espaço psicoterapêutico o mais cedo possível sobre eventuais crises psíquicas, afim de propor uma gestação saudável, bem como proporcionar à mulher a possibilidade de acessar mais profundamente sua essência e se tornar consciente das dificuldades que possa enfrentar com a chegada do filho (CERÁVOLO, 2019).

Historicamente, a saúde mental das gestantes tem sido negligenciada e pode ser afetada principalmente por dois fatores: um deles é que a gravidez é geralmente considerada um período feliz para as mulheres; outro é a maior ênfase e atenção, dos profissionais de saúde, nos transtornos mentais que ocorrem no puerpério imediato (ALMEIDA et al., 2012).

Deste modo, o interesse em discutir essa temática é de fundamental importância, e se justifica pela necessidade de uma psicologia cada vez mais alinhada e em constante atualização com as demandas que visam a promoção da saúde. Para atingir esse objetivo, foram ramificados os objetivos específicos com o intuito de ampliar as informações sobre a temática apresentada.

A partir do tema delineado, a questão de pesquisa pode ser identificada como: qual a importância dos cuidados com a saúde mental materna? Dadas as lacunas levantadas e a ordem dessas, tem benefícios tanto a nível acadêmico como profissional e social. Porque, para além da resposta à questão indicada, especifica também uma base de referência para o levantamento de novas questões e proposições. Além disso, contribui para o campo acadêmico, pois enriquece ainda mais o acervo científico, possibilitando subsidiar pesquisas futuras.

A partir daí, o desenvolvimento deste trabalho é dividido em três tópicos, contidos na Revisão de literatura, onde serão elencadas as seguintes temáticas: cuidados com a saúde mental da mulher durante o pré-natal e após e sua relevância; principais quadros psicopatológicos associados à maternidade e a uma contextualização acerca da psicologia perinatal. Na sequência dos debates teóricos que fundamentam o tema central desta obra foram feitas algumas considerações e por fim uma lista bibliográfica fornecida.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Discutir sobre a importância dos cuidados com a saúde mental materna.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Refletir sobre a necessidade dos cuidados com a saúde mental da mulher durante o pré-natal e após;
- Citar os principais quadros psicopatológicos associados à maternidade;
- Contextualizar sobre a Psicologia Perinatal.

3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a elaboração do presente trabalho, consiste na pesquisa, análise e interpretação de literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas (RIBEIRO, 2014). Para selecionar as fontes citadas, foram efetivadas buscas em bases de dados como Scielo, Capes e Scholar; por artigos, monografias, dissertações, bem como por livros, revistas etc., utilizando o Kindle.

A lista de bibliografias utilizada foi elaborada com apoio em critérios de análise de títulos pertinentes com a temática e a leitura dos resumos de cada estudo. Foram considerados materiais em português, inglês e espanhol. A análise bibliográfica levou em consideração somente literaturas dos últimos 10 anos e a fim de não isentar o presente trabalho de contribuições potencialmente enriquecedoras, as publicações analisadas não foram extraídas durante um intervalo de tempo específico, mas durante toda a escrita desta revisão de literatura.

De acordo com o exposto, optou-se por realizar uma revisão de literatura do tipo narrativa. As revisões narrativas buscam descrever ou discutir o estado atual do tema pesquisado (MATTOS, 2015). Deste modo, o presente estudo buscou coletar, avaliar e apresentar evidências de pesquisas e publicações disponíveis sobre gravidez e suas implicações fisiológicas e psíquicas; saúde mental materna; e a atuação do psicólogo e sua relevância nesse âmbito. Diante da abrangência e dos níveis de aplicação da Psicologia percebeu-se a relevância de citar especialmente a Psicologia Perinatal, por se tratar de um campo de atuação relativamente novo, ainda não há muitas produções científicas específicas a respeito das práxis de especialistas nesta vertente, tornando pertinente deste modo a menção.

Além da leitura das publicações inicialmente selecionadas, o tema exigiu a pesquisa de novas sentenças – incluindo os descritores: maternidade; pré-natal psicológico; Psicologia Perinatal; parentalidade, transtorno perinatal, entre outros.

Portanto, o método de investigação científica adotado neste estudo constitui um instrumento educativo e útil, por inserir muita informação num formato legível, e apresentar uma perspectiva ampla do tópico em revisão. Admitindo estudos correspondentes para descrever e discutir o assunto ou de forma geral, realizar mapeamentos da produção acadêmica sobre o conteúdo específico, tanto do ponto de vista teórico como do ponto de vista contextual (RIBEIRO, 2014).

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 O CUIDADO DA SAÚDE MENTAL DA MULHER DURANTE O PRÉ-NATAL E APÓS

A importância da saúde mental materna está sendo gradualmente reconhecida clinicamente, e o impacto dos transtornos mentais durante a gravidez e o pós-parto não se limitam à saúde e bem-estar materno, mas também afeta a saúde e o desenvolvimento do bebê. Em uma revisão sistemática dos principais estudos epidemiológicos sobre a associação de transtornos psiquiátricos maternos e malformações congênitas, ele confirmou essa relação - crianças apresentaram um risco 63% maior de nascer com deformidades do que aqueles que nasceram de mulheres sem transtorno mental. Esses achados sustentam, assim, a hipótese de associação entre a saúde mental materna durante a gestação e seu impacto na saúde infantil, tornando este tema fundamental para o campo da saúde materno-infantil (ARRAIS, MOURÃO e FRAGALE, 2014).

A gravidez é conceituada como um período composto basicamente por 40 semanas, além do estilo de vida da gestante, as alterações fisiológicas, metabólicas e nutricionais da gestante dependem de fatores ambientais e emocionais, que contribuirão para o crescimento e desenvolvimento adequados do feto (SONCINI et al., 2019).

A vigilância da gestante deve contemplar algumas ações psicoeducativas essenciais para a resolução satisfatória dos problemas durante o pré-natal. Além do trabalho interdisciplinar voltado para a preparação da mulher para o parto, puerpério e puericultura para reduzir a mortalidade infantil e materna, é imprescindível que os profissionais de saúde identifiquem o que a gravidez significa para os casais e preparem para exercer a parentalidade (SANTOS e TRINDADE, 2014).

A representação da dinâmica social com conceitos pré-determinados sobre a maternidade sugere que, diferentemente da gravidez, que é conhecida como um evento biológico, a maternidade está associada ao desenvolvimento sociocultural. Além disso, a literatura sugere que a gravidez e o parto é o período de maior incidência de transtornos mentais em mulheres e requer atenção especial para manter ou restabelecer a saúde e prevenir dificuldades futuras para a criança. A intensidade das

alterações psicológicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante (HOLLITS et al., 2016).

Ressalta-se que as atividades propostas por profissionais de saúde de diferentes áreas, como grupos de gestantes, preparação para o parto, atendimento psicológico à gestante e puérpera etc., auxiliam no atendimento das necessidades trazidas por essa mulher que vivencia a maternidade, bem como sua rede de apoio (LEVANDOWSKI, 2018).

Embora os achados sejam às vezes conflitantes e ainda insuficientes do ponto de vista epidemiológico, há literatura sugerindo que fatores psicológicos contribuem para complicações na gravidez, parto e puerpério, bem como no feto. Em particular, esses fatores podem ser vivenciados como estresse e ansiedade, principalmente no trabalho durante a gravidez (SOUZA, SOUZA e RODRIGUES, 2013).

Algumas pesquisas ressaltaram fatores de risco para depressão durante a gravidez, como dificuldades financeiras e falta de parceiro ou apoio familiar e social; outras apontaram a depressão como fator de risco para determinados desfechos obstétricos, como parto prematuro, baixo peso ao nascer, irritabilidade infantil e até mortalidade neonatal (SANTOS et al., 2016).

Estudos recentes relatam que o estresse materno estimula a produção de certos hormônios que atravessam a barreira placentária e atingem o feto em desenvolvimento. Dessa forma, alteram a composição placentária e o ambiente fetal; afetando a bioquímica do cérebro do bebê e o crescimento do hipocampo – área cerebral que compreende a formação de novas memórias e que também está relacionada ao aprendizado e as emoções (WU et al., 2020).

O trabalho multiprofissional com gestantes deve envolver a interação de muitos fatores. Entre eles, histórico médico pessoal, histórico médico obstétrico e ginecológico, momento histórico da gravidez, características sociais, culturais, econômicas atuais e qualidade da assistência. A atenção integral deve proporcionar um período satisfatório de bem-estar tanto para a mulher quanto para o feto, visando fortalecer o vínculo mãe-fetal (MANENTE, RODRIGUES e O.M.P.R, 2016).

Os profissionais que trabalham com gestantes devem vê-las como indivíduos, buscando construir mecanismos de interação que revelem as verdadeiras necessidades e seus significados. Não devem assumir uma posição privilegiada e ver as grávidas como desamparadas, fracas e submissas. Se serviços e profissionais assumirem essa postura de igualdade, respeito e confiança na experiência e

aprendizado adquiridos, a relação será de desenvolvimento emocional e crescimento mútuo. Portanto, aspectos essenciais de um pré-natal eficaz devem incluir o atendimento à gestante, levando em consideração suas necessidades biopsicossociais e culturais (SANTOS et al, 2016).

Os fatores que tipicamente afetam negativamente o binômio materno-fetal têm origem no período pré-concepcional ou pré-natal. Nesse período, os serviços de saúde têm a oportunidade de trabalhar adequadamente com esses fatores na promoção de gestações mais saudáveis (SANTOS e TRINDADE, 2014).

A literatura mostra que há um alto índice de distúrbios do humor em problemas relacionados à gravidez, psiquiátricos ou não. Pesquisas mostram que os transtornos psiquiátricos que ocorrem durante a gravidez, parto e puerpério não constituem uma entidade homogênea. Esses distúrbios variam de condições benignas transitórias a condições graves que podem causar danos irreparáveis à mulher grávida, ao feto e às vezes até ao parceiro. Atualmente, como a maioria dos problemas de saúde, eles devem ser compreendidos por meio de uma abordagem multifatorial (SILVA SOUZA; SOUZA; SANTOS RODRIGUES, 2013).

A promoção da saúde é fundamental na atuação profissional de saúde e a assistência pré-natal e pós-natal de qualidade e humanizada é essencial para a saúde materna e do recém-nascido. A atenção à mulher na gestação e no puerpério inclui ações preventivas e de promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam surgir durante a gestação (CUNHA, SANTOS e GONCALVES, 2012).

O Ministério da Saúde elaborou no ano 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que se refere a um conjunto de direitos relacionados a assistência à gestante, qualidade do acompanhamento pré-natal, parto, puerpério e neonatal. O PHPN defende a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal para o adequado acompanhamento de gestantes. (SAMPAIO e HOLANDA, 2012).

Não há dúvidas de que o PHPN traz diversas melhorias na realidade da gestação na saúde pública. A atenção ao puerpério de qualidade e humanizada está inserida como pilar do programa para melhorar a qualidade da atenção materno-infantil e reduzir os indicadores de mortalidade no sistema único de saúde. Os objetivos que traz são: promover a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 24 meses; organizar redes de saúde materno-

infantil para garantir o acesso, acolhimento e resolução de problemas; redução da mortalidade materna e infantil, com foco nos recém-nascidos (MENDES et al., 2020)

Nesse processo, diversas estratégias têm sido propostas em relação à qualificação para o pré-natal, implementação da triagem de risco e acolhimento obstétrico e melhoria da assistência durante e durante o trabalho de parto. Desde a inclusão de gestantes e puérperas em grupos de risco, o Ministério da Saúde e outros órgãos brasileiros emitiram protocolos de atendimento para estabelecer processos de prevenção e tratamento (SAMPAIO e HOLANDA, 2012).

O corpo da mulher sofre algumas alterações que visam restabelecer o sistema e devolvê-lo ao seu estado pré-gestacional, como alterações anatômicas e fisiológicas, pode-se citar aquelas involuções uterinas que se caracterizam por seu início e progressão logo após o parto. O útero materno voltou ao normal. Por volta do 10º dia pós-parto da pelve; a ligadura é o fenômeno de implantação placentária sangramento local e formação de produtos uterinos de lóquios, vagina, vulva e períneo também mudam como aspecto observacional importante, pequenas lacerações, petéquias, edemas podem aparecer; outros órgãos, como o trato urinário, sistema cardiovascular, ovários, pele e aparelho digestivo, também sofrem alterações e requerem atenção durante o puerpério (MENDONÇA, BUSSAB e SIQUEIRA, 2013).

O período pós-parto pode ter muitos sentimentos, sendo os sintomas mais comuns o desânimo persistente, sentimento de culpa, distúrbios do sono, pensamentos suicidas, medo de prejudicar o filho, diminuição do apetite e da libido e diminuição dos níveis de funcionamento mental e físico. (ALMEIDA et al., 2012).

Além de se ajustar a uma nova rotina, o puerpério também pode trazer inseguranças e momentos difíceis que afetam o dia a dia do casal. Às vezes, está associado a um declínio no bem-estar psicológico, físico, conjugal e familiar. É necessário que o companheiro evite o desgaste emocional e físico da mulher, permitindo que ela cuide do bebê e faça as tarefas domésticas, para que ele possa desenvolver hábitos de cuidado e vínculo com o bebê (ALMEIDA et al., 2012).

Cuidados pré-natais e pós-natais de qualidade são fundamentais para a saúde materna e do recém-nascido. O pré-natal é realizado dentro dos padrões recomendados pelo Ministério da Saúde e trabalha-se muito para garantir melhores resultados durante a gestação. De acordo com o manual técnico do Ministério da Saúde, os principais objetivos do pré-natal são acolher a mulher desde o início da

gravidez, garantir uma criança saudável no final da gravidez e garantir a saúde da mãe e do filho (ALVES et al., 2017).

O atendimento pré-natal e pós-natal competente e humanizado é alcançado pela incorporação de comportamentos acolhedores ao invés de intervenções desnecessárias; fácil acesso a cuidados de qualidade e ações que integrem todos os níveis de atenção: desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco, para gestantes e recém-nascidos promover, prevenção e serviços de saúde (JORONEN, KAUNONEN e AHO, 2015).

As atividades educativas durante a gestação são importantes, pois, principalmente no pré-natal, as mulheres devem ser orientadas a vivenciar o momento do parto de forma positiva, diminuindo o risco de complicações no puerpério e alcançando maior sucesso posteriormente com a chegada do bebê. Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que reafirmou a necessidade de ações de saúde que auxiliem na redução da morbimortalidade da mulher em todas as fases da vida. A política estimula a participação dos profissionais nas ações de saúde da mulher, principalmente no pré-natal, e defende ações educativas que incluam as mulheres como agentes ativos em sua atenção à saúde (MENDONÇA, BUSSAB e SIQUEIRA, 2013).

A gravidez e o puerpério são momentos da vida da mulher que requerem atenção especial na avaliação, pois envolvem muitas alterações físicas, hormonais, psicológicas e sociais intervenientes que podem refletir diretamente na saúde mental dessas pacientes (SOUZA, SOUZA e RODRIGUES, 2013).

Esse tópico está recebendo cada vez mais atenção, e as pesquisas atuais visam fornecer uma visão geral dos fatores de risco para transtornos psiquiátricos nessas fases da vida para diagnóstico e tratamento precoces. Pesquisas recentes mostram que doenças mentais subdiagnosticadas e não tratadas em mulheres grávidas podem levar a graves desfechos maternos e infantis, mesmo durante o parto. Sabe-se que a presença de ansiedade ou depressão durante a gravidez está associada a sintomas depressivos no puerpério (BARBOSA et al, 2020).

Esses temas têm sido mais estudados nas últimas décadas, e ainda não há especificação dessas patologias na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), exceto como diagnóstico de exclusão, no caso de doenças associadas ao puerpério. Não distingue transtornos de humor pós-parto de transtornos de humor que ocorrem

em outros períodos, exceto o especificador “início pós-parto”, que é usado quando os sintomas aparecem dentro de 4 semanas após o parto (BARBOSA et al, 2020).

A depressão pode ser mais provável de ocorrer durante a gravidez e pós-parto, dependendo da qualidade de vida da mulher. Portanto, os profissionais de saúde devem estar aptos para atuar nesse contexto, principais aqueles que fazem parte da atenção primária, porta de entrada para a maternidade, e devem orientar adequadamente as puérperas no tratamento e prevenção dos transtornos de humor (ADAMS et al, 2012).

Muitas vezes a gravidez é considerada um período emocionalmente saudável, e a chegada do bebê idealizado como um momento alegre na vida da mulher, no entanto, deve-se considerar o período perinatal determinante para o aparecimento de distúrbios emocionais. Entre as adolescentes, a prevalência é quase o dobro das gestantes adultas, o que pode estar relacionado à falta de maturidade emocional e interpessoal dessas pacientes e ao fato de a maioria delas terem abandonado os estudos para desempenharem o papel de mãe (BAPTISTA; DIAS; BAPTISTA, 2018).

Incluso nos serviços assistenciais prestados pelo SUAS - Sistema Único de Assistência Social, podemos citar o programa “Criança Feliz”, que tem a finalidade de apoiar e acompanhar o desenvolvimento integral de crianças na primeira infância e a amparar a gestante e a família na preparação para o nascimento e nos cuidados perinatais. Além disso, visa colaborar no exercício da parentalidade, fortalecendo os vínculos e o papel das famílias para o desempenho da função de cuidado, proteção e educação das crianças atendidas (MESQUITA, 2022).

Vale citar ainda, o programa “Mamãe Cheguei”, realizado no estado de Rondônia, cujo o público alvo são gestantes e recém-nascidos em situação de vulnerabilidade social e econômica, a iniciativa tem o intuito de motivar a realização das consultas do pré-natal, minimizar os índices de mortalidade infantil, além de fortalecer o vínculo parental entre o recém-nascido e o seu cuidador. Dentre as ações realizadas está o fornecimento de um 1 (um) Kit Enxoval, com os principais itens de cuidados para o bebê (DE RONDÔNIA, 2020).

Com isso, a assistência emocional e social às mulheres que vivenciam a maternidade é essencial para que as mudanças físicas e psicológicas ocorram de forma saudável ao longo da evolução do ciclo gravídico-puerperal (LEVANDOWSKI, 2018). Atualmente, nota-se que os serviços de saúde prestados às mulheres são fragmentados, afetando a qualidade da assistência prestada. Ao longo dos anos,

políticas públicas de saúde foram desenvolvidas para garantir o acesso das mulheres a cuidados de saúde de qualidade e enfatizar a integridade das mulheres. No entanto, embora essas políticas de saúde estejam evoluindo, elas ainda precisam ser fortalecidas (ANGELO, 2012).

4.2 PRINCIPAIS QUADROS PSICOPATOLÓGICOS ASSOCIADOS À MATERNIDADE

Embora o nascimento de um bebê seja culturalmente relacionado à alegria e/ou um momento de celebração, ter um bebê exige muita responsabilidade e adaptabilidade, especialmente das mães, que, em última análise, atendem às necessidades de seus recém-nascidos exclusivamente. Essas mudanças são mais dramáticas para as mães primíparas (SYLVÉN et al., 2013)

Estudos comprovam que o estresse durante a gravidez pode causar danos significativos à saúde materna e, conseqüentemente, ao desenvolvimento fetal; o mesmo estudo mostrou que o evento de maior impacto e visto como o maior estressor foi a gravidez indesejada (TIAN et al., 2012).

Existem muitos outros motivos pelos quais as mulheres não conseguem vivenciar plenamente a sua gravidez para se conectarem emocionalmente com o filho ainda no útero, porém, aprofundar esse tema ampliaria consideravelmente o trabalho, sendo até compreensível que isso seja abordado em outro tema de estudo por se tratar de uma questão ampla e importante, inclusive ao nível da saúde pública.

Geralmente ansiedade e depressão seriam sintomas pouco frequentes durante a gravidez, apesar disso a literatura especializada aponta que uma em cada quatro gestantes experimenta tais transtornos, sendo que 48% daquelas que manifestam ansiedade e 70% das que apresentam depressão pré-natal continuam em sofrimento psíquico no período pós-parto e nos primeiros anos de vida de seus filhos, caso não recebam orientação e apoio especializados (ARRAIS, ARAUJO, SCHIAVO, 2019).

O baby blues, também conhecido por disforia puerperal ou tristeza materna, foi descrito pela primeira vez em 1960. Essa condição foi observada após o parto de uma parcela significativa de mulheres, os pesquisadores observaram que a maioria das mulheres chorava facilmente alguns dias após o parto e que esse choro não estava associado à tristeza. Eles notaram que essas mulheres apresentavam altos níveis de empatia e eram excessivamente sensíveis à rejeição (ALVES et al., 2017).

Suas condições incluem além do choro fácil, instabilidade emocional, irritabilidade e comportamento hostil em relação à família e aos colegas. Algumas mulheres podem se sentir envergonhadas e despersonalizadas, enquanto outras podem se sentir eufóricas. Mulheres com disforia pós-parto não necessitam de intervenção farmacológica. Considerada a condição puerperal mais branda pode ser encontrada em 50% a 85% das puérperas, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados. Os sintomas geralmente começam nos primeiros dias de vida do bebê, atingem o pico no quarto ou quinto dia pós-parto e desaparecem espontaneamente em no máximo duas semanas (OLIVIERA e DESSEN, 2012). Por isso, a abordagem adotada é manter o suporte emocional adequado, compreensão e assistência a mulher no cuidado com o bebê.

Embora a psicose pós-parto fosse familiar para a maioria dos médicos já no final do século 19, a pesquisa começou a surgir na década de 1950, incluindo casos de transtornos de humor leves. Um dos primeiros estudos foi em 1968. Descreve a apresentação clínica de mulheres com depressão pós-parto e recomenda sua classificação como 'depressão atípica', constatando que um subconjunto dessas mulheres teve alta pontuação em neuroticismo (CASTIGLIONI et al. 2020).

A psicose do puerpério geralmente tem um início mais súbito. O estudo descobriu que dois terços das mulheres com psicose pós-parto começaram a apresentar sintomas nas primeiras duas semanas de vida de seus filhos. Descreve um estado de delírios, alucinações e confusão que parece ser característico da psicose puerperal. Pode haver depressão associada, mania ou sintomas mistos. Não foi construída uma apresentação típica (SOUZA, SOUZA e RODRIGUES, 2013).

No entanto, essas mulheres muitas vezes apresentavam comportamento desorganizado e delírios em relação à criança, e pensavam em causar algum tipo de dano à criança. Embora o suicídio seja raro no puerpério geral, as taxas de suicídio são altas em pessoas com transtornos mentais durante esse período, muitas vezes exigindo intervenção hospitalar e com risco de infanticídio. Os sintomas depressivos, mas não os sintomas maníacos, estão frequentemente associados à ocorrência de infanticídio ou suicídio (BRACCIALLI e FREITAS, 2012).

Pesquisas neurocientíficas recentes sustentam a hipótese de que as mulheres mentalmente doentes pós-parto que cometem infanticídio precisam de tratamento e reabilitação em vez de punição legal para evitar outras mortes por doenças graves;

essa hipótese tem sido defendida em vários países. A educação domiciliar também estará presente nesse tipo de intervenção (SYLVÉN et al., 2013).

Podemos citar ainda a Depressão pós-parto, o CID-10 afirma que ela ocorre em até 6 semanas após o parto; o DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), por sua vez, afirma que pode transcorrer da gestação até 4 semanas após o parto (BRUM, 2017). A maioria dos pesquisadores que estudam o tema utiliza o termo DPP, para denominar qualquer episódio depressivo que ocorra alguns meses após o nascimento do bebê, com estudos considerando dois, três, seis meses ou até um ano depois do nascimento do bebê. A depressão pós-parto (DPP) é um problema que afeta cerca de 10% a 15% das mulheres em muitos países, e a quantidade de pesquisas nessa área é muito alta. Pesquisas atuais sugerem que a depressão pré-natal pode ser negligenciada, e poucos estudos científicos tentaram identificar alterações psicológicas durante a gravidez (MANENTE, RODRIGUES e O.M.P.R, 2016).

Geralmente a condição começa com alterações de humor, desânimo constante e perda interesse em atividades do cotidiano, alterações de peso e/ou apetite, distúrbios do sono, agitação ou atrasos psicomotores, sensação de fadiga, falta de sentimento de valor ou culpa, dificuldade de concentração ou tomada de decisões, ou mesmo pensamentos de morte ou suicídio (AVANZI et al, 2019).

A maioria dos estudos nacionais utiliza a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), uma escala de triagem amplamente utilizada em pesquisas. Em equivalência, estudos internacionais apontam o questionário *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), como um importante instrumento no rastreamento de sintomas depressivos. Os fatores de risco fortemente associados à DPP incluem história pessoal de depressão, episódios depressivos ou de ansiedade durante a gravidez, eventos estressantes da vida, falta de apoio social e financeiro e relacionamentos conjugais conflitantes. Outros possíveis fatores de risco são históricos familiares de doença mental e depressão materna, traços de personalidade, padrões cognitivos negativos e baixa autoestima (FERREIRA-SANTOS, 2013).

Complicações obstétricas, parto prematuro, fatores culturais, história de abuso sexual ou conflito com a mãe e gravidez indesejada também foram associados. Otimismo, autoestima elevada, bom relacionamento conjugal, suporte social adequado e preparo físico e psicológico para as mudanças trazidas pela mãe foram citados como fatores de proteção (ALBUQUERQUE, PEREIRA e NARCISO, 2015).

A depressão pós-parto pode ter um grande impacto na qualidade de vida, na dinâmica familiar e nas interações mãe-bebê. Comparadas com mães sem depressão, mães com DPP passaram menos tempo olhando, tocando e conversando com seus bebês e expressaram mais expressões negativas do que positivas. Mães deprimidas podem parar de amamentar mais cedo e tratar seus bebês com insegurança, apatia e confusão porque não possuem as habilidades de resolução de problemas ou persistência necessárias para desenvolver interações físicas e emocionais com seus filhos (LEMOS e CUNHA, 2015).

Outro aspecto dessa relação envolve a amamentação, momento de intensa interação e intimidade entre mãe e bebê. Um estudo brasileiro avaliou a relação entre depressão pós-parto e amamentação. Num grupo de 429 lactentes (bebês que são amamentados) acompanhados desde o 20º dia de vida observou que para aqueles cujas mães estavam deprimidas, houve maior risco de interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro e segundo meses após o parto. As chances de interromper a amamentação parecem ser maiores quando os sintomas depressivos já são fortes no início do puerpério (TORRES et al, 2014). Há evidências de que a depressão pós-parto pode ser parte ou continuação da depressão que se inicia durante a gravidez (MATOS, RODRIGUES e RODRIGUES, 2013).

Os sinais e sintomas da depressão perinatal são quase indistinguíveis daqueles do transtorno depressivo maior não psicótico em mulheres durante outros períodos da vida. Os pacientes apresentam humor deprimido, choro fácil, instabilidade emocional, irritabilidade, perda de interesse nas atividades diárias, culpa e concentração prejudicada. Sintomas neurovegetativos são frequentemente descritos, incluindo insônia e perda de apetite (AQUINO, 2016).

No entanto, alguns sintomas somáticos podem ser confundidos com o que é normal para este período. Assim, sintomas como letargia, aumento do apetite, fadiga fácil, diminuição da libido e queixas de dor e desconforto em diferentes sistemas são de pouca utilidade no diagnóstico da depressão nesta fase (AQUINO, 2016).

Notavelmente, muitas mulheres com depressão perinatal não revelam seus sintomas depressivos por medo de um possível estigma. As mulheres acreditam que as expectativas sociais são de que estão satisfeitas e acabam se sentindo culpadas por vivenciar sintomas depressivos quando deveriam estar felizes (BRACCIALLI e FREITAS, 2012).

Várias características clínicas têm sido descritas na depressão pós-parto. Há sinais de que, além dos pensamentos recorrentes de prejudicar o bebê, há um componente de ansiedade mais proeminente. Independentemente da gravidade da condição, mulheres com depressão pós-parto apresentavam mais pensamentos agressivos contra seus filhos do que aquelas fora do período pós-parto. Além disso, as mulheres com depressão pós-parto tiveram aumento significativo da duração do sono profundo e menor duração do sono leve (LEMOS e CUNHA, 2015).

Também em uma comparação de mulheres deprimidas pós-parto e não pós-parto, observaram que a depressão pós-parto levou mais tempo para responder à medicação e tendia a exigir mais antidepressivos para aliviar os sintomas. Além disso, a ambivalência em relação aos bebês e a opressão causada pelas responsabilidades de cuidar dos filhos são frequentemente relatadas. Esses dados favorecem a especificidade do conceito de depressão pós-parto (AQUINO, 2016). Pode haver confusão no diagnóstico, pois nos primeiros dias, sintomas semelhantes aos da depressão pós-parto costumam estar presentes, mas diferem na variabilidade, intensidade e persistência desses sintomas (KERSTING e WAGNER, 2012). Por fim, as mulheres devem ser acompanhadas por um profissional de saúde durante a gestação para promover a saúde e o conhecimento sobre a DPP e auxiliar no desenvolvimento de soluções para prevenção da doença (NASCIMENTO e ANDRADE, 2013).

Outro diagnóstico é a morbidade materna grave, também conhecida como quase morte, que é um evento de quase morte causado por complicações graves que as mulheres vivenciam durante a gravidez, parto ou puerpério. Qualquer que seja a condição em que uma mulher se encontre, seja um baby blues ou um quase acidente, tem o potencial de piorar a condição e evoluir para depressão pós-parto. Portanto, as mães devem ser acompanhadas por uma equipe de profissionais de saúde que poderão acompanhar as mulheres que ora desconhecem a origem de seus sintomas e ora tentam ignorá-los, possivelmente temporariamente (SARMET, 2016).

Como se pode ver, o nascimento de um bebê geralmente exige que a mulher se reorganize em quase todas as áreas de sua vida para que possa desempenhar não apenas as funções associadas a ela, mas também sua própria personalidade. Um bom ajuste nesse período vai além da ausência de doença física ou mental. É necessário alcançar um equilíbrio biopsicossocial em que as diferentes áreas da vida da mulher sejam consideradas por ela em um nível satisfatório (PEREIRA et al, 2012).

Além dos estados psíquicos relacionados acima, podemos mencionar a ansiedade, como uma alteração emocional importante no âmbito da saúde materna. Principalmente, porque esse quadro envolve pensamentos recorrentes e medos específicos relacionados à gravidez, incluindo inquietações exacerbadas com a saúde do bebê, com o tipo de parto, com suas experiências de saúde e, com o posterior papel materno, sendo, muitas vezes, associada à etiologia do parto prematuro (ARRAIS, ARAUJO, SCHIAVO, 2019).

A ênfase na ansiedade pré-natal ainda é relativamente limitada quando comparada à depressão pré-natal ou pós-parto. Ainda que os identificadores de ansiedade materna durante a gravidez sejam divergentes, sintomas de ansiedade e distúrbios são comuns no período perinatal, e os sintomas podem variar de leve a grave. Estudos demonstraram que mulheres com identificadores elevados de ansiedade tiveram maior incidência de complicações obstétricas e fetais (SILVA; SILVA; ARAÚJO, 2018).

Observa-se que há uma diversidade de estudos relacionados a ansiedade materna, no entanto, destaca-se a escassez de estudos relacionados a intervenções voltadas para o seu manejo, sobretudo de cunho preventivo. Deste modo, ainda que se busque a avaliação da ansiedade materna, pouco ainda tem sido feito (ou pelo menos publicado) acerca da assistência oferecida às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Nesse sentido, percebe-se a carência de pesquisas que realizem um acompanhamento sistemático da mãe desde o pré-natal até o pós-parto, afim de evitar quadros mais graves da doença (DONELLI; CHEMELLO; LEVANDOWSKI, 2017).

O conceito de qualidade de vida (QV) é útil para compreender o pós-parto saudável, o interesse pelo é relativamente recente. Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o conceito de saúde como um estado de saúde física, mental e social, e não apenas a ausência de doença, simbolizando uma mudança de paradigma na enfermagem. Nesse momento, existem outros determinantes de legitimidade além dos biológicos, que foram estabelecidos pelos modelos médicos (PEREIRA et al., 2016). Segundo a OMS, os principais determinantes da saúde incluem o ambiente social e econômico, o ambiente físico e as características e comportamentos individuais de uma pessoa. Com base nesses critérios, pesquisas mais extensas são necessárias. Ser saudável também significa ter acesso a boa moradia, alimentação, transporte, serviços médicos e outros determinantes

considerados importantes para alcançar uma vida que atenda às necessidades humanas básicas (HENRIQUES et al., 2015).

Embora tenha sido questionado até que ponto um estado de bem-estar pode ser alcançado, a importância desse conceito é o que permite o desenvolvimento de novas políticas públicas de assistência voltadas para a prestação de serviços mais abrangentes e eficazes aos cidadãos. Outros fatores também despertam o interesse por questões relacionadas à qualidade de vida (LANGARO e SANTOS, 2014).

É importante destacar, por fim, que o conceito de saúde vai além da ausência de doenças e enfermidades, por isso a necessidade da existência de suporte diante da menor sintomatologia de ansiedade, depressão e stress, visto que quanto menores forem estes sintomas, menores serão também as consequências adversas para a mãe e o bebê (GUGGENHEIM, GUIMAREES e PINHEIRO, 2019).

4.3 PSICOLOGIA PERINATAL E PARENTAL

*Ser psicóloga perinatal
É aprender, chorar, cansar,
Ver a vida, ver a morte
Ver a ordem natural
Ver a ordem estranha e
dolorosa... em desordem,
É amor. Todos os dias
Muito amor
Pela mãe. Pelo pai. Pelo filho.
Por nós mesmas, Filhas, Mães,
Mulheres.*

(CERÁVOLO, 2019)

O termo período perinatal, também conhecido como ciclo gestacional puerperal, tem um significado mais amplo para as fases que antecedem e seguem os eventos imediatos do parto, como a gravidez e o puerpério. A gravidez pode ser entendida como o período necessário para produzir uma nova vida. Pode ocorrer cerca de nove meses (de 37 a 42 semanas) ou menos, como é o caso do parto prematuro, quando a criança nasce antes do tempo previsto, e mesmo assim há condições de sobrevivência (CASTOLDI, GONCALVES e LOPES, 2014).

Esses meses são necessários para o desenvolvimento de uma nova vida. Independente da duração de cada gestação, é justamente do momento da fecundação até o momento do parto, ou seja, o momento do nascimento (LOPES et al, 2018). Diante do exposto, quando a mulher entra no processo gravídico, iniciam-se as alterações hormonais e a readequação ao seu papel social, os medos, anseios, cobranças e angústias das responsabilidades de uma nova vida, por meio do reajuste ocasionado pela gravidez. A longa espera de nove meses e as expectativas para os bebês e suas novas vidas (SILVA SOUZA; SOUZA; SANTOS RODRIGUES, 2013).

O parto é um processo com inúmeros fatores sociais e culturais que serão influenciados pela singularidade da mãe e do ambiente de cuidado promovido pelos serviços de saúde. Além disso, devem ser consideradas as necessárias adaptações físicas, sociais e emocionais decorrentes da gravidez, bem como os novos papéis sociais que a mulher e sua família devem assumir (FRIZZO et al., 2019).

Nesse sentido, é importante destacar que o cuidado que uma rede de apoio presta à mulher durante a gestação, parto e puerpério pode ajudar a diminuir as inseguranças que podem surgir devido às expectativas e emoções suscitadas durante

a gestação (DE MELO et al., 2015). Além disso, o puerpério e a gravidez podem ser uma fase frágil em que as mulheres passam por muitas transições caracterizadas por sentimentos conflitantes devido a alterações orgânicas e psicológicas. Com isso, a assistência emocional e social às mulheres que vivenciaram a maternidade é essencial para que as mudanças físicas e psicológicas ocorram de forma saudável ao longo da evolução do ciclo gravídico-puerperal. Logo, é importante que os profissionais de saúde a compreendam plenamente diante de todas as suas necessidades (LEVANDOWSKI, 2018).

Além disso, as expectativas desde a concepção até a exposição ao bebê, no pós-parto, definem um processo de transição e uma nova definição de papéis: antes vistas como filhas e mulheres, as puérperas também são idealizadas como mães. Por isso, ressalta-se que o fortalecimento das relações entre os envolvidos no processo é fundamental para a adaptação à nova estrutura familiar. Pode-se perceber que a maternidade é entendida como um fenômeno cultural que não se reduz à natureza e à biologia, mas tem implicações para a composição subjetiva das mulheres imersas em conjunturas históricas e sociais (LOPES et al., 2018).

A principal característica da psicologia hospitalar é minimizar o sofrimento dos pacientes enquanto estão internados, e os profissionais de psicologia são uma das pontes para os indivíduos atravessarem o momento e vivenciarem “crises” subjetivas da forma menos negativa possível (VIEIRA; WAISCHUNNG, 2018). No entanto dentro do âmbito hospitalar o objetivo não deve ser apenas reduzir o sofrimento das pessoas por meio do alívio dos sintomas, mas também prevenir doenças e proporcionar condições dignas para uma vida saudável por meio de ações de promoção da saúde (SIMONETTI, 2016).

Em ambientes hospitalares, surgiu uma nova prática da psicologia, anteriormente conhecida como psicologia “obstétrica”, valendo-se da literatura médica e, ao longo do tempo, de uma tentativa de aliar a obstetrícia pura realizada nas maternidades às intervenções humanizadoras (BRASIL, 2012). Algumas novidades têm provocado repensar a atenção pública no puerpério, com uma pesquisa realizada a cada ano que avalia estatisticamente as taxas de natalidade e correlaciona com variáveis normalmente não informadas. Na pesquisa, o índice de depressão pós-parto atingiu o percentual de 25% das mães no país (FERREIRA et al., 2020).

Há uma iniciativa de Projeto de Lei (PL 702/2015) em tramitação no senado e já aprovada no congresso que prevê a avaliação e acompanhamento psicológico de

gestantes e mulheres em situação de pós-parto. Tais medidas seriam uma tentativa de combater a depressão gestacional, a depressão pós-parto e a psicose puerperal (BENINCASA; LAZARINI; ANDRADE, 2021).

Quando a mulher faz o acompanhamento psicológico na gestação, mesmo que por curto período, têm-se mais recursos para atuar no momento do parto. Reconhecer os gatilhos emocionais que ela possa disparar em seu trabalho de parto e até mesmo na cesárea torna possível oferecer maior suporte emocional tanto a ela como a toda a família. E ainda fornecer subsídios aos demais profissionais de saúde envolvidos no processo (CERÁVOLO, 2019).

A gravidez, como etapa do desenvolvimento humano, envolve a necessidade de resolução de conflitos psicológicos, como a construção da maternidade e a construção da relação mãe-bebê. O contexto de vida de uma mulher, bem como suas características psicossociais, determinará como ela lida com a redefinição imposta por esses momentos de transição. O parto é considerado um momento de ansiedade, pois pode vir acompanhado de circunstâncias imprevisíveis, incontroláveis e desconhecidas (SIMAS; SOUZA; SCORSOLINI-COMIN, 2013).

As mudanças tornam-se claras já durante a gravidez, juntamente com as alterações metabólicas, hormonais e fisiológicas da mulher, ocorrem também mudanças psíquicas. Uma mulher é muitas vezes vulnerável e sua família e grupos sociais não podem entender completamente as mudanças em suas emoções, comportamentos e sentimentos. No entanto, a instabilidade emocional pode ser considerada um fator adaptativo (TOLENTINO, MAXIMINO, e SOUTO, 2016).

O puerpério é igualmente importante na vida da mulher, decorrente tanto de mudanças fisiológicas quanto subjetivas. Assim, diante da preocupação, ansiedade e planejamento das mulheres no puerpério, aumenta o risco de crises. Todas as questões que geram uma grande mudança emocional precisam ser abordadas em um espaço específico projetado para interagir, prevenir, mitigar e articular adequadamente psicologicamente questões e experiências emergentes (WU, 2014).

Episódios recorrentes durante a gravidez podem enfraquecer as mulheres e suas famílias, muitas vezes resultando em picos de sofrimento mental. O atendimento psicológico nessas situações permite que as mulheres elaborem e reflitam sobre estratégias de enfrentamento diante de sua situação clínica (ZACONETA et al., 2013).

Dadas as importantes mudanças que ocorrem na mulher e na família durante a gestação e o parto, o trabalho do psicólogo envolve tanto medidas terapêuticas

quanto preventivas, com foco principalmente nos aspectos emocionais e relacionais. Redefinir experiências difíceis representa a possibilidade de melhorar a qualidade de vida dos envolvidos (VASCONCELOS, 2013).

Perinatal se refere ao "período antes e depois do parto". A partir dessa concepção, percebe-se que o significado do termo período perinatal não se apresenta de forma ampliada diante da progressão do cuidado da mulher da gestação ao puerpério, sendo importante destacar todos os aspectos que estão interligados nesse período (biológico, psicológico, social e cultural) porque a psicologia vê a interseção de todos esses aspectos como um todo, e não de forma fragmentada (ALMEIDA et al., 2012).

A Psicologia Perinatal é uma especialidade recente da Psicologia, decorrente da investigação e do exercício clínico, que acompanham mães e pais e que se dispõe a minimizar as angústias acarretadas pela parentalidade, dentre elas, a dissociação das vivências biológicas e psíquicas nesse período tão expressivo para as famílias (DE MORAES, 2021).

A psicologia perinatal é concebida, também a partir de uma perspectiva pediátrica e abrange o período desde o final da gravidez até os primeiros dias após o nascimento. No entanto, do ponto de vista psicológico, o período perinatal envolve o período desde o nascimento do bebê até os dois anos de idade, levando em consideração o período desde o desejo de conceber, a própria gravidez, nascimento e primeira infância (0 -2/3 anos) (DE MORAES, 2021).

O termo psicologia perinatal é usado para se referir ao papel dos psicólogos que se concentram no período perinatal e na transição parental. Embora mais utilizada atualmente, também pode aparecer de outras formas, como obstetrícia, trabalho de parto e puerpério, ou psicologia da gravidez. A psicologia perinatal é considerada um campo novo e em expansão no Brasil, por isso não há muitos trabalhos científicos sobre o assunto (VASCONCELOS, 2013).

Atualmente, encontramos um número crescente de profissionais interessados em atuar nessa área. O trabalho, antes desenvolvido por psicólogos hospitalares começa a despertar o interesse de psicólogos clínicos e da saúde e vem crescendo do termo parentalidade, visto que o perinatal, remete apenas ao período que inclui as fases de gestação, parto e puerpério. E os serviços desse profissional, vão além – envolvem planejamento familiar, luto por perda fetal, abortamento entre outras demandas que surgem dentro desse contexto (SCHIAVO, 2020).

As pesquisas sobre esse tema começaram na década de 1970, e os psicólogos perinatais podem atuar em hospitais, unidades de saúde, unidades obstétricas e clínicas, individualmente ou em grupo (DE MORAES, 2021). Esse profissional focará nos fenômenos psicológicos que envolvem o planejamento familiar, gravidez, parto, puerpério, luto perinatal, bem como as alterações psíquicas causadas nesses períodos, como ansiedade e depressão, empregando técnicas com foco na prevenção (ZACONETA et al., 2013). Logo, o escopo da Psicologia Perinatal, também consiste em dar visibilidade e voz ao psiquismo dos pais, no que tange às vivências psicológicas transformadoras desse período, oferecendo empatia e acolhimento, bem como ajuda adequada às necessidades da criança (DE MORAES, 2021). A integração interdisciplinar da assistência perinatal é outra meta dessa especialidade, a mulher passa a ser vista como um ser holístico, em que os sintomas corporais expressam conflitos psicológicos e vice-versa (DE MORAES, 2021).

Deste modo, os psicólogos podem utilizar diversas intervenções para minimizar ou prevenir os efeitos psicológicos da gravidez, como o pré-natal psicológico. O pré-natal psicológico (PNP) inclui serviços de assistência prestados ao lado do pré-natal tradicional, concebidos para humanizar a gravidez e seu processo, além de oferecer recursos preventivos contra o desconforto induzido pela gravidez (SOUZA, BERNARDO e SANTANA, 2013).

Vale ressaltar as diferenças de aceitação e expressão emocional familiar das intervenções psicológicas do programa, pois o pré-natal psicológico difere da perspectiva médica por não focar apenas em termos técnicos ao invés de dar espaço para a dimensão emocional. Portanto, entende-se que o pré-natal psicológico é fundamental, pois, além de fortalecer os vínculos familiares, também pode prevenir possíveis distúrbios psicológicos no futuro puerpério (SILVA, 2019).

Normalmente a procura por psicólogos perinatais acontece para enfrentar o baby blues ou a DPP, até mesmo porque pouco se fala sobre a atuação desse profissional durante a gravidez. Por isso, a importância que os profissionais da área divulguem mais material sobre a sua atuação em todo o ciclo gravídico-puerperal. Além disso, essa atividade é rara nos serviços obstétricos e, portanto, é considerada um novo conceito de atendimento, que também tem como foco a humanização do parto e os conceitos de parentalidade, visando incluir a gestante e sua família durante a gestação e puerpério (CERÁVOLO, 2019).

A período pré-natal é dividido em três fases, a saber: germinal, embrionária e fetal (SILVA, 2019). Em cada um deles, haverá um desenvolvimento específico do organismo. Aqui, destaca-se o período fetal, esse é caracterizado pelo aumento da diferenciação das partes do corpo e grande aumento do volume (ANDRADE e AGGIO, 2014). Ainda nesse período, os aspectos emocionais relacionados à memória da vida intrauterina também amadurecem. Em um experimento com bebês de 3 dias, observou-se que quando a chupeta conseguia ativar gravações de certas histórias que a mãe contava em voz alta durante a gravidez, eles chupavam mais do que a chupeta que não ativava a história, o grupo controle, cuja mãe não havia contado nenhuma história, respondeu da mesma forma em todas as gravações, ou seja, não sugou mais fortemente em uma determinada gravação (ANDRADE e AGGIO, 2014).

Ainda sobre suas emoções: os fetos expressam estados emocionais de gostar e não gostar por meio de seu comportamento enquanto se movem. Os chutes e a hiperatividade são uma resposta à expressão de desagrado por meio de músicas mais violentas quando uma mãe está tocando bateria ou vivenciando uma situação traumática que causa seu distúrbio emocional. Pode-se dizer, então, que esse momento inclui mudanças em diversos aspectos do desenvolvimento do indivíduo no futuro - a formação física e emocional do feto ocorrerá com maior intensidade (SONCINI et al., 2019).

Durante a gravidez, há uma interação contínua entre mãe e filho, pois ambas as partes compartilham sentimentos e sensações por meio da liberação neuro-hormonal de substâncias fisiológicas que essa emoção desencadeia na mãe. As gestantes se envolvem nessa interação quando realizam ações como acariciar a barriga, conversar com o filho e, no processo, demonstrar prazer e entusiasmo, o que fortalece o vínculo materno-fetal (ZAMMAR, 2016).

Ao contar ao bebê sobre as experiências de seu dia e cantar canções de ninar, a mãe criará um vínculo emocional durante o período pré-natal. O comportamento do feto revela a presença de uma psique por meio da qual responde a estímulos emocionais, gostos, sons externos e internos no útero, especialmente os sons modulados de sua mãe familiar. Todas essas situações são formas de interação e, portanto, formas de compartilhar sentimentos e sensações (ZAMMAR, 2016).

Ainda no ventre da mãe, o bebê pode reter experiências para acumular memória corporal e organizar defesas contra possíveis traumas; para o autor, é a

união entre esses dois seres que um mantém, sustenta e nutre o outro determina a percepção e experiência do que a mãe lhe transmite.

Fatos que ocorrem durante o período pré-natal devido a distúrbios ambientais são registrados no inconsciente do feto e podem influenciar a personalidade, o comportamento e o comportamento pós-parto no futuro. Para as consequências individuais, no entanto, agora estão mais relacionadas a questões de personalidade: o feto já ouve a voz da mãe no quarto mês de gravidez, e a qualidade dessa comunicação afeta seu desejo de se comunicar no futuro: se a voz da mãe é cronicamente agressividade e raiva, que podem estar associadas a experiências desagradáveis e afetar sua futura disposição para ouvir e se comunicar (ZAMMAR, 2019).

Portanto, existe uma ligação entre esta fase do desenvolvimento fetal e indivíduos que tendem a ser mais introspectivos ou têm traços tímidos. Saindo do âmbito da personalidade e agora falando de transtornos psicológicos, indivíduos com problemas durante o estágio de desenvolvimento intrauterino podem ser encontrados em hospitais psiquiátricos e clínicas psiquiátricas (ZANARDO et al., 2017).

Do ponto de vista fenomenológico, o corpo humano tem uma intencionalidade básica, e a simbiose do feto com a mãe ocorre não apenas fisicamente, mas também fisicamente. Desde a vida intrauterina, o corpo absorve sistemas e códigos como uma esponja, de modo que o feto não fica imune ao sentido, mas o corpo busca sentido e autonomia com os outros (ANDRADE, AGGIO, 2014).

Outra abordagem psicológica para discutir e acreditar em como a vida mental de um indivíduo começa no ventre da mãe é a psicanálise. O processo de maturação ou emocional inicia-se no ventre materno, a partir da relação que se estabelece inicialmente entre a gestante e o feto. Isso porque as principais relações afetivas formam a base fundamental da estrutura da mente humana (ZANARDO et al., 2017).

Estes são cruciais para a psicanálise. Para essa abordagem, as memórias das experiências vividas nessa fase são impressas em registros sensoriais, que se caracterizam pela memória e não pela linguagem; acredita-se também que, durante a gravidez, tanto as experiências físicas quanto as mudanças físicas da mãe e do feto estão intimamente relacionadas ao seu psicológico (TURKCAPAR et al., 2015).

O problema de transferir emoções para um bebê ainda no útero é o que as próprias mães pensam que está acontecendo. Em um estudo com quatro gestantes, esse grupo de mulheres disse que, em sua opinião, suas reações emocionais durante

a gravidez afetaram significativamente o feto e afetaram o desenvolvimento de sua personalidade (TURKCAPAR et al., 2015).

Até o momento, percebe-se que se a ligação emocional entre mãe e filho for bem desenvolvida, trará uma boa experiência ao bebê, e o desenvolvimento psicológico será afetado pelos registros da memória de vida nesta fase. Vale ressaltar, no entanto, que as mulheres nem sempre têm o que é preciso para que isso aconteça. Isso foi confirmado após análise dos artigos estudados e constata-se que os autores de quatro deles concordaram sobre a importância e o impacto do apoio social na vida das gestantes e seus filhos (TURKCAPAR et al., 2015).

Algumas mulheres relatam situações que não lhes permitem ter uma interação verdadeiramente prazerosa com seus bebês, pois essas mulheres enfrentam situações em que têm pouco ou nenhum apoio familiar. Os relatos incluem: já ter outros filhos morando longe da família e sustentando apenas o marido; ou ainda temer a aceitação e apoio do pai da criança; ainda ter preocupações com a vida financeira, pois os filhos aumentam as despesas (SOUZA, BERNARDO e SANTANA, 2013).

Essa condição está associada principalmente à gravidez, mas com o passar do tempo sentimentos de tristeza, ansiedade, alegria, depressão, culpa, insegurança e decepção não estão relacionados apenas ao bebê, mas a fatores externos na vida. Situações restritivas, falta de apoio e amor do parceiro e da família e medo do futuro (CAMPBELL-JACKSON e HORSCH, 2014).

Alguns autores chamam a atenção para a escuta médica e, ao ouvirem as gestantes, constataram que muitas mulheres apresentam dores e contradições e relutam em compartilhar com os médicos por entenderem que não estão interessados em detalhes psicológicos, mas apenas físicos, ou ainda, temem ser responsabilizadas por conflitos e maus pensamentos sobre sua própria saúde e a de seu bebê, por tentarem abortar ou tentar prejudicar sua saúde ou mesmo sua própria vida; também concluíram que é importante ouvir algumas gestantes que se sentem sós, pois também acabam não conseguindo falar com calma sobre seus pensamentos ou suas vidas justamente por não terem apoio social, seja de um profissional de enfermagem, familiar ou companheiro (BAPTISTA; DIAS; BAPTISTA, 2018).

Dificuldades nas redes de apoio e na família podem fazer com que as mulheres desenvolvam depressão ou outros distúrbios psicológicos que dificultam a interação com os filhos; fatores como alterações hormonais, expectativas sobre uma nova etapa da vida e crenças sociais sobre a mãe são todos os fatores possíveis durante os

problemas gestacionais, podem fragilizar a gestante, e sem essa rede de apoio, a gestante pode ter dificuldade em desempenhar o papel de mãe, o que pode levá-la a sofrer de sofrimento mental (TIAN et al., 2012).

Uma vez que é importante ampliar o conceito de saúde materna para levar em consideração não apenas parâmetros médicos, mas também a vida subjetiva e o sofrimento psíquico da mulher, para que não haja tempo e deterioração que definam uma relação doentia. E no processo de subjetivação e desenvolvimento instrumental das crianças. Eventos estressantes também têm sido associados a condições que dificultam a gravidez (CAMPBELL-JACKSON e HORSCH, 2014).

Claramente, assim como as mulheres mudam fisicamente durante a gravidez, sua psique também muda, porque a gravidez é um momento de reajuste ou reestruturação física, bioquímica, hormonal, familiar e social. Dessa forma, a gravidez pode representar uma fase mais propensa a desencadear e desenvolver distúrbios emocionais na mãe devido à ambivalência em relação ao filho (TORRES et al. 2014).

Embora a maternidade seja considerada uma condição inerente ao ser mulher, a verdade é que ser mãe exige a aprendizagem de um conjunto de competências e habilidades. Diante dessa transformação que as mulheres vivenciam durante a gravidez, atenção tem sido dada à importância de uma ferramenta que possa ser utilizada para prevenir e promover a saúde mental da mãe e do feto (SERVILHA e BUSSAB, 2015).

É neste momento que surge o pré-natal psicológico, que disponibiliza grupos psicoeducativos sobre gravidez, parto e puerpério, prestando apoio socioemocional, e informativo. Por fim, mostram a importância do papel da psicologia na gravidez. O atendimento psicológico oferece às gestantes uma forma de ressignificar as experiências difíceis pelas quais as gestantes podem passar e, além disso, os psicólogos podem refletir sobre estratégias de enfrentamento nessas situações (MATOS, RODRIGUES e RODRIGUES, 2013).

Quão importante é avaliar e monitorar o estado psicológico das gestantes que irão desenvolver sintomas psiquiátricos. Ter um espaço onde a gestante possa reconhecer seus anseios e acolher suas formas singularmente trabalhadas pode impactar significativamente na boa saúde mental da mãe e do bebê, proporcionando bem-estar geral para ambas as partes. Ainda no sentido de prestar apoio psicológico às gestantes, uma forma multidisciplinar de equipe pode ser uma boa oportunidade para prevenir, detectar e tratar distúrbios afetivos em gestantes e seus filhos. Dessa

forma, pode-se dizer que todo apoio prestado à mulher durante a gestação tem impacto em sua saúde mental, bem como no desenvolvimento físico e mental de seus filhos (OLIVIERA e DESSEN, 2012).

Durante a gravidez, há uma constante interação entre mãe e bebê, e essa interação pode ocorrer de diversas formas, e por meio dessa comunicação, a mãe transmite emoções ao filho. As emoções positivas podem levar a experiências agradáveis para o bebê, enquanto as emoções negativas podem levar a experiências desagradáveis para o bebê; esses fatos comprovam que a criança já possui um psiquismo na vida intrauterina e o que é vivenciado no útero pode ser registrado no inconsciente do futuro indivíduos e refletir sobre sua vida pós-natal (ADAMS et al., 2012).

Vale destacar também que é fundamental que a mulher tenha uma rede de apoio nessa fase, pois é um momento de muita transformação e dor, ela tem mais chances de desenvolver doenças mentais e, uma vez que a mulher adoecer, não será capaz de interagir ou desenvolver um vínculo afetivo com seu filho, e, como visto, essa relação entre mãe e filho pode repercutir na saúde mental de ambas as partes (JORONEN, KAUNONEN e AHO, 2015).

A psicologia se faz necessária nesse contexto para prestar assistência psicológica às gestantes, para proporcionar-lhes um espaço de acolhimento seguro, livre de julgamentos, onde possam aliviar suas dores, elaborar suas novas vidas e reexpressar seus momentos difíceis durante sua gravidez. Um exemplo disso é o planejamento pré-natal mental, que pode ser uma ferramenta de prevenção e promoção da saúde mental em gestantes. Os resultados sugerem que a condição mental da gestante afeta de alguma forma o desenvolvimento e a formação psicológica de seu filho, embora não esteja claro até que ponto esses indivíduos podem sofrer (ALBUQUERQUE, PEREIRA e NARCISO, 2015).

Quanto a isso, acredita-se que uma pesquisa mais aprofundada seja ideal para descobrir esse fato. O que fica muito claro, porém, é que as mulheres precisam de condições adequadas para vivenciar a gravidez da melhor forma possível, não apenas fisicamente, mas também psicologicamente. Alcançar essa façanha é cuidar de uma mãe e de seu filho. Nesse sentido, a intervenção é uma grande possibilidade de prevenção de danos, que muitas vezes são mais difíceis de corrigir posteriormente (CASTIGLIONI et al., 2020).

Deste modo percebe-se que o acompanhamento psicológico no decorrer da gestação se torna imperativo. Vários estudos indicaram o risco de adoecimento mental materno e suas consequências. Esses dados são um alerta e mostram que o cuidado materno-fetal precisa ir muito além do acompanhamento médico. Logo, a atuação de um psicólogo especializado na área perinatal se justifica – a compreensão das especificidades deste momento e da importância que a qualidade da vinculação tem para a díade mãe-bebê, além de seu conhecimento teórico-prático para lidar com as questões envolvidas ao entorno do nascimento e parentalidade; fazem desse profissional um indispensável aliado nos contextos de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reiterando os objetivos almejados inicialmente, verificou-se que a maioria dos estudos relataram que muitas mulheres experimentam estados de sofrimento no período da gestação, do parto e do puerpério sem que possam ser ouvidas e legitimadas, quanto menos receber tratamento adequado. Esse cenário compromete a experiência do período perinatal, a vinculação afetiva da família e o desenvolvimento humano. Sendo assim, é imprescindível discutir sobre a saúde mental materna, pois esta é frequentemente reduzida às necessidades do bebê ou apenas a variações hormonais e mudanças consideradas esperadas, sem que haja nenhuma investigação mais abrangente e aprofundada.

Os cuidados de saúde mental para as mães requerem um planejamento cuidadoso para abordar todas as questões que podem afetar negativamente seu bem-estar psicológico. No entanto, apesar do reconhecimento de muitos teóricos sobre a relevância dos cuidados com a saúde mental materna para desenvolvimento de uma relação saudável entre mãe-bebê e como subsídio para a exercício da maternidade de maneira profícua, notadamente ainda estamos aquém do desejado.

Percebe-se que o acesso ao profissional de psicologia ocorre apenas quando já há um problema instalado. No entanto, a ênfase na prevenção busca romper com o modelo tradicional de práticas de saúde apenas focadas em diagnóstico e tratamento da doença, a maioria por intervenção medicamentosa. Alguns teóricos que fomentam o trabalho do psicólogo que se propõe atuar neste campo, bem como das possibilidades (e necessidade) de intercâmbio entre os profissionais das diferentes áreas da saúde para fins de implantação de serviços e de intervenções que tenham como fim a prevenção e a promoção da saúde.

A inserção da Psicologia pode contribuir para a superação do modelo de atenção centrado na doença/sintoma, pois reconhece que a saúde é perpassada pela articulação de fenômenos psicológicos, relacionais, sociais, culturais, econômicos e biológicos, possibilitando a compreensão ampliada do processo saúde-doença, numa perspectiva de integralidade do cuidado.

Dada as importantes mudanças que ocorrem na mulher e na família durante a gestação e o parto, o trabalho do psicólogo envolve tanto medidas terapêuticas quanto preventivas, com foco principalmente nos aspectos emocionais e relacionais.

Redefinir experiências difíceis representa a possibilidade de melhorar a qualidade de vida dos envolvidos.

Nesse sentido, a partir da discussão realizada, verificamos a importância de estender a atuação do profissional de psicologia, propondo o suporte psicológico às mulheres que iniciam a fase gestacional e posteriormente, caso necessário. Neste viés, o profissional da Psicologia acolhe a mulher em suas angústias, dúvidas, temores e inseguranças, fornecendo subsídios que assegurem maior autonomia e segurança para um parto, pós-parto, puerpério e maternagem mais saudáveis e adequados.

De qualquer forma, no entanto, ainda há necessidade de continuar as pesquisas sobre esse tema para enriquecer o que toda a produção científica já trouxe e propiciar maiores debates e reflexões sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, S. et al, Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55 814 women. **Journal of Obstetrics & Gynaecology**, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22082191/>. Acesso em: 10 ago. 2022.
- ALBUQUERQUE, S., PEREIRA, M., & NARCISO, I. Couple's relationship after the death of a child: A systematic review. **Journal of Child and Family Studies**, 2015. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2015-24144-001>. Acesso em 12 ago. 2022.
- ALMEIDA, M. S. DE et al. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. **Cadernos de saúde publica**, v. 28, n. 2, p. 385–394, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200017>. Acesso em 20 ago. 2022.
- ALVES, R. et al. Current affairs of health psychology and the Brazilian context. **Psicologia Saúde & Doença**, v. 18, n. 2, p. 545–555, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15309/17psd180221>. Acesso em 14 ago. 2022.
- ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. M. Violência obstétrica: a dor que cala. Londrina: **Universidade Estadual de Londrina**, 2014. Disponível em: http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf. Acesso em 15 de set. 2022.
- ANGELO, B. H. B. Consulta puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência? Recife: **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4129>. Acesso em 12 de ago. 2022.
- AQUINO, L. S. O movimento de humanização do parto como movimento social e suas semelhanças com os recentes protestos que tomaram o mundo. **Direitos sociais e políticas públicas** (UNIFAFIBE), [s. l.], 2016.
- ARRAIS, A. D. R.; DE ARAUJO, T. C. C. F.; SCHIAVO, R. de A. Depressão e Ansiedade Gestacionais Relacionadas à Depressão Pós-Parto e o Papel Preventivo do Pré-Natal Psicológico. **Revista Psicologia e Saúde**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 23–34, 2019. Disponível em: <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/706>. Acesso em 8 out. 2022.
- ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. São Paulo. **Saúde e Sociedade**, 2014. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1982-3703001382014>>. Acesso em 25 de set. 2022.
- AVANZI, S. A. et al. Importância do apoio familiar no período gravídico-gestacional sob a perspectiva de Gestantes inseridas no PHP. **Feira de Santana, Revista de Saúde Coletiva da UFES**, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.13102/RSCDAUEFS.V9I0.3739>. Acesso em 15 de set. 2022.

BAPTISTA, Makilim Nunes; DIAS, Rosana Righetto; BAPTISTA, Adriana Said Daher. **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

BARBOSA, E. M. G. et al. Development and validation of an educational booklet for postpartum health and well-being. **Rev. Rene**, [S.L.], 2020. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/43824>. Acesso em 18 ago. 2022.

BENINCASA, M.; LAZARINI, N.; ANDRADE, C. D. J. Intervenção Psicológica Durante a Gestação: Revisão Sistemática da Literatura/ Psychological Intervention During Pregnancy: A Systematic Review. **Revista de Psicologia**, v. 15, n. 56, p. 644–663, 2021. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3163>. Acesso em 12 ago. 2022.

BRACCIALLI, L. A. D.; FREITAS, C. H. S. M. A concepção dos profissionais de saúde sobre grupos educativos. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/int-3352>. Acesso em 10 de ago. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1º Ed. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2012. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIwOQ==>. Acesso 17 de ago. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/ Ministério da Saúde, **Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa** – Brasília, 2016. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-836873>. Acesso 17 de ago. 2022.

BRUM, Evanisa Helena Maio de. Depressão pós-parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico. **Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvolv.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 92-100, dez. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpdd/v17n2/v17n2a09.pdf>. Acesso em 13 ago. 2022.

CAMPBELL-JACKSON, L.; HORSCH, A. The psychological impact of stillbirth on women: A systematic review. **Illness, crises, and loss**, v. 22, n. 3, p. 237–256, 2014. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/IL.22.3.d>. Acesso em 15 de ago. 2022.

CARVALHO, R. Dias de neblina. 2. ed. **Matrescência**: Curitiba, 2019.

CASTIGLIONI, C. M.; CREMONESE, L.; PRATES, L. A.; SCHIMITH, M. D.; SEHNEM, G. D.; WILHELM, L. A. Práticas de cuidado no puerpério desenvolvidas por enfermeiras em Estratégias de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 10, p. e50, 2020. DOI: 10.5902/2179769237087. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/37087>. Acesso em: 3 de out. 2022.

CASTOLDI, L.; GONCALVES, T. R.; LOPES, R. C. S. Envolvimento paterno da gestação ao primeiro ano de vida do bebê. **Psicologia e Estudos**, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-737222105008>. Acesso em: 17 de ago. 2022.

CERÁVOLO, K. Começo Da Vida, O: A Atuação Do Psicólogo Perinatal No Parto. **Medbook**, 2019.

CUNHA, Ana Cristina Barros da; SANTOS, Carmelita; GONCALVES, Raquel Menezes. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 139-155, abr. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672012000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 ago. 2022.

DE MELO, W. S. et al. Relacionamento familiar, necessidades e convívio social da mulher com depressão pós-parto. **Revista de enfermagem UFPE.**, v. 9, n. 3, p.7065–7070, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista>. Acesso em 19 de ago. 2022.

DE MORAES, M. H. C. Psicologia e Psicopatologia Perinatal: Sobre o (Re)Nascimento Psíquico. 1. ed. **Apris**: Curitiba, 2021.

DE RONDÔNIA, G. DO E. **Programa Mamãe Cheguei**. Disponível em: <<https://rondonia.ro.gov.br/seas/programas-e-projetos/programa-mamae-cheguei/>>. Acesso em: 11 nov. 2022.

DONELLI, Tagma Marina Schneider; CHEMELLO, Mariana Reichelt; LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro. Ansiedade materna e maternidade: Revisão crítica da literatura. **Interação em Psicologia, Curitiba**, v. 21, n. 1, jul. 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/46153/32917>>. Acesso em: 14 set. 2022.

FERREIRA-SANTOS, E. Psicoterapia Breve: abordagem sistematizada de situações de crise. 5 ed. **revista e ampliada**. São Paulo: Ágora, 2013.

FRIZZO, G. B. et al. Coparentalidade no Contexto de Depressão Pós-Parto: Um Estudo Qualitativo. **Psico-USF**, v. 24, n. 1, p. 85–96, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/pXXnjpWMTCLqdhBxwzdf3RN/>. Acesso em 25 de ago. 2022.

GREINERT, Bruna Rafaela Milhorini; MILANI, Rute Grossi. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 26-36, abr. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-747863>. Acessos em 23 set. 2022.

GUGGENHEIM, Ester Susan; GUIMARAES, Laudy Gabriele Pereira; PINHEIRO, Aline Monteiro. A escuta psicanalítica no núcleo perinatal: o processo de ser mãe como uma construção. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n. spe, p. 174-185, jun. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000200013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 ago. 2022.

HENRIQUES, T., et al. Transtorno do Estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ens-34838>. Acesso em 15 set. 2022.

HOLLIST, C. S.; FALCETO, O. G.; SEIBEL, B. L.; SPRINGER, P. R.; NUNES, N. A.; FERNANDES, C. L. C.; MILLER, R. B. Depressão pós-parto e satisfação conjugal: impacto longitudinal em uma amostra brasileira. **Revista Brasileira de Medicina de**

Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1–13, 2016. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1044>. Acesso em 13 set. 2022.

JORONEN, K., KAUNONEN, M., & AHO, A. L. Parental relationship satisfaction after the death of a child. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/scs.12270>. Acesso em 15 de ago. 2022.

KERSTING, A.; WAGNER, B. Complicated grief after perinatal loss. **Dialogues in clinical neuroscience**, v. 14, n. 2, p. 187–194, 2012.

LANGARO, F.; SANTOS, H. A. Adesão ao Tratamento em Gestação de Alto Risco. Santa Catarina. Psicologia: Ciência e Profissão. 2014.

LEMOS, L. F. S.; CUNHA, A. C. B. DA. Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 35, n. 4, p. 1120–1138, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/hdydgBr4rBQJthMgXSf3q5n/>. Acesso em 7 de out. 2022.

LEVANDOWSKI, D. C. Luto materno decorrente de perda gestacional: Investigação de variáveis associadas e repercussões emocionais. **Projeto de pesquisa. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre**, 2018. Disponível: <https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/handle/123456789/846>. Acesso em 04 de set. 2022.

LOPES, E.R.S., et al. Depressão Pós-Parto em puérperas: uma revisão integrativa. **Acadêmicos de Enfermagem da Faculdade Maurício de Nassau-UNINASSAU-PI**, 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.25248/REAS179_2018. Acesso em 14 de ago. 2022.

MANENTE, Milena Valelongo; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. Maternidade e Trabalho: Associação entre Depressão Pós-parto, Apoio Social e Satisfação Conjugal. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 99-111, jul. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-494X2016000100008. Acesso em 18 ago. 2022.

MATOS, D. S.; RODRIGUES, M. S.; RODRIGUES, T. S. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. **Enfermagem Revista**, v.16, n.1, p.18–33, 2013. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article>. Acesso em 20 de ago. 2022.

MENDES, R. B. et al. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, n. 3, p. 793–804, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>. Acesso em 20 ago. 2022.

MENDONÇA, J.C., BUSSAB, V.S.R., SIQUEIRA, J.O. Depressão Pós-Parto e Conflito Conjugal: Estudo Longitudinal das Associações Bidirecionais em Famílias de Baixa Renda. **Universidade de São Paulo, SP**. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-740815>. Acesso em 10 de out. de 2022.

MESQUITA, L. F. Estudo de políticas públicas voltadas para primeira infância: o Programa Criança Feliz no Rio Grande do Sul, a partir das perspectivas de seus agentes. 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/25640>. Acesso em: 11 nov. 2022.

NASCIMENTO, S.; DE ANDRADE, B. A atuação da psicologia na atenção básica frente à gravidez na adolescência. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 5, n. 12, p. 118–142, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68553>. Acesso em 02 set. 2022.

OLIVIERA, M. R.; DESSEN, M. A. Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. **Campinas. Estudos de Psicologia**, 2012.

PEREIRA, P. K. et al. Transtornos Mentais Maternos Graves e Risco de Malformação Congênita do Bebê: Uma Metanálise. Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, 2012

POLI, L. M. et al. Análise de alguns dos principais princípios constitucionais norteadores dos direitos da criança e do adolescente. **Revista da Faculdade Mineira de Direito**, 2018.

RIBEIRO, J. L. P. Revisão De Investigação e Evidência Científica. **Psicologia, Saúde & Doenças**. São Paulo, v. 15, n. 3, p. 671-682, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v15n3/v15n3a09.pdf>. Acesso em 26 ago. 2022.

RIBEIRO, S. G. Qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres no puerpério imediato: uma análise a partir de diferentes tipos de parto. 2016. 113 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, **Universidade Federal do Ceará**, Fortaleza, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/15380>. Acesso: 12 de set. 2022.

SAMPAIO, P. P.; HOLANDA, T. C. M. Temas em Psicologia II: Psicoterapia Breve-focal – Teoria, técnica e casos clínicos. Fortaleza: **Universidade de Fortaleza**, 2012.

SANTOS, M. M. DOS; TRINDADE, I. C. S. Vergonha de ser, vergonha de ter: relatos de puérperas soropositivas para o HIV. **Revista da SBPH**, v. 17, n. 2, p. 62–82, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-08582014000200005. Acesso em 18 de set. 2022.

SCHIAVO, R. DE A. Produção Científica em Psicologia Obstétrica/Perinatal / Scientific Production in Obstetric / Perinatal Psychology. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 16204–16212, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-046>. Acesso em 10 de set. 2022.

SERVILHA, B.; BUSSAB, V. S. R. Interação Mãe-Criança e Desenvolvimento da Linguagem: A Influência da Depressão Pós-Parto. **Psico**, v. 46, n. 1, p. 101, 2015. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2016-22573-010>. Acesso em 8 de set. 2022.

SILVA SOUZA, B. M. DA; SOUZA, S. F. DE; SANTOS RODRIGUES, D. R. T. DOS. O puerpério e a mulher contemporânea: uma investigação sobre a vivência e os impactos da perda da autonomia. **Revista da SBPH**, v. 16, n. 1, p. 166–184, 2013.

Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 10 ago. 2022.

SILVA, F. M.; SILVA, M. D. L.; ARAÚJO, F. N. F. DE. Sentimentos causados pela violência obstétrica em mulheres de Município do nordeste brasileiro. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 3, n. 4, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6924>. Acesso em 28 de set. 2022.

SILVA, S. E. Violência obstétrica como violência de gênero: uma análise sob o prisma dos direitos humanos. **Colóquio mulher e sociedade**, 2019. Disponível em: <https://sites.uepg.br/jornalismo/ocs/index.php/6mulheresociedade/6mulheresociedadepaper/viewFile/142/37>. Acesso em 17 de ago. 2022.

SIMAS, Flavia Baroni; SOUZA, Laura Vilela e; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 19-34, abr. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872013000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 13 out. 2022.

SIMONETTI, A. Manual de Psicologia Hospitalar: O mapa da doença. 8 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

SONCINI, N. et al. Psychosocial aspects in Brazilian women with high and low-risk pregnancies. **Psicologia Saúde & Doença**, v. 20, n. 1, p. 122–136, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15309/19PSD200110>. Acesso em 15 ago. 2022.

SOUZA, B. C.; BERNARDO, A. R. C.; SANTANA, L. S. O papel do enfermeiro no pré-natal realizado no Programa de Saúde da Família – PSF. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 83–94, 2013. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/saude/article/view/796>. Acesso em 11 set. 2022.

SYLVÉN, S. M. et al. Premenstrual syndrome and dysphoric disorder as risk factors for postpartum depression. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, v. 92, n. 2, p. 178–184, 2013.

TIAN, T. et al. Clinical features and risk factors for post-partum depression in a large cohort of Chinese women with recurrent major depressive disorder. **Journal of affective disorders**, v. 136, n. 3, p. 983–987, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21824665/>. Acesso em 12 de ago. 2022.

TOLENTINO, E. da C.; MAXIMIN, D. A. F. M.; SOUTO, C. G. V. de. Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 59–66, 2016. Disponível em: <http://revistanovaesperanca.com.br/index.php/revistane/article/view/77>. Acesso em 12 ago. 2022.

TORRES, Jacqueline Alves, et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1-12, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27745>. Acesso em 10 de ago. de 2022.

TURKCAPAR, A. F., et al Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: A prospective study. **BioMed Central Pregnancy & Childbirth**, 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-015-0532-1>. Acesso em 12 de ago. 2022.

VASCONCELOS, T. S. F. **A influência das relações de apego entre pais e filhos na compreensão das emoções pelos filhos**. Recife, 2013. Disponível: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/10444>. Acesso em 12 de ago. de 2022.

VIEIRA, A. G.; WAISCHUNNG, C. D. A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. **Revista da SBPH**, v. 21, n. 1, p. 132–153, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100008&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 12 ago. 2022.

WU, Meifen et al. Poor sleep quality of third-trimester pregnancy is a risk factor for postpartum depression. **Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research**, v. 20, p. 2740, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4280053/>. Acesso em 20 de ago. 2022.

WU, Y. et al. Association of prenatal maternal psychological distress with fetal brain growth, metabolism, and cortical maturation. **JAMA network open**, v. 3, n. 1, p. e1919940, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/> on 11/13/2022. Acesso em 14 out. 2022.

ZACONETA AM, et al. Depression with postpartum onset: a prospective cohort study in women undergoing elective cesarean section in Brasília, Brazil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, 2013; 35(3): 130-135. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000300007>. Acesso em 18 de set. 2022.

ZAMMAR, Melissa de Paula. **Intervenção psicológica durante a estação e empoderamento da gestante, Ponta Grossa-RS**, 2016. Disponível em: <https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/tcc/article/view/90>. Acesso em: 14 set. 2022.

ZANARDO, G. L. P., et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 29, jul. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?lang=pt>. Acesso em 19 ago. 2022.