UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
DOUTORADO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE

MAISSE FERNANDES DE OLIVEIRA ROTTA

CONDIÇÃO PSICOLÓGICA MATERNA E DEPRESSÃO PERIPARTO:

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL, PUERPÉRIO E PUERICULTURA

CAMPO GRANDE
2025

MAISSE FERNANDES DE OLIVEIRA ROTTA

CONDIÇÃO PSICOLÓGICA MATERNA E DEPRESSÃO PERIPARTO:

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL, PUERPÉRIO E PUERICULTURA

Tese apresentada como requisito para conclusão de Curso de Doutorado em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.
Orientadora: Dra. Elenir Rose Jardim Cury
Coorientador: Dr. Everton Ferreira Lemos

CAMPO GRANDE
2025

Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Coordenadoria de Pós-Graduação (CPG/PROPP)
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste

Ata de Defesa de Tese
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste
Doutorado

Aos catorze dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e vinte e cinco, às catorze horas, na videoconferência, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Elenir Rose Jardim Cury (UFMS), Alexandra Maria Almeida Carvalho (UFMS), Ana Paula de Assis Sales (UFMS), Débora Dupas Gonçalves do Nascimento (FIOCRUZ) e Lucylea Pompeu Muller Braga (UEMS), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho da aluna: MAISSE FERNANDES DE OLIVEIRA ROTTA, CPF ***.315.861-**, Área de concentração em Saúde e Sociedade, do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Curso de Doutorado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "CONDIÇÃO PSICOLÓGICA MATERNA E DEPRESSÃO PERIPARTO: VISÃO DA PUÉRPERA EM RELAÇÃO À ABORDAGEM MÉDICA DA CONDIÇÃO PSICOLÓGICA MATERNA DURANTE A GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO" e orientação de Elenir Rose Jardim Cury. A presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra à aluna que expôs sua Tese. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, a presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu parecer expresso conforme segue:

EXAMINADOR(A)	ASSINATURA	AVALIAÇÃO
Dra. Elenir Rose Jardim Cury (Interno) **Presidente da Banca Examinadora**	gov.br Documento assinado digitalmente ELENIR ROSE JARDIM CURY Data: 15/02/2025 16:59:57-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	☑ Aprovação ☐ Aprovação c/ revisão ☐ Reprovação
Dra. Alexandra Maria Almeida Carvalho (Interno)	gov.br Documento assinado digitalmente ALEXANDRA MARIA ALMEIDA CARVALHO Data: 14/02/2025 17:28:47-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	☑ Aprovação ☐ Aprovação c/ revisão ☐ Reprovação
Dra. Ana Paula de Assis Sales (Externo)	gov.br Documento assinado digitalmente ANA PAULA DE ASSIS SALES Data: 14/02/2025 19:43:35-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	☑ Aprovação ☐ Aprovação c/ revisão ☐ Reprovação
Dra. Débora Dupas Gonçalves do Nascimento (Externo)	gov.br Documento assinado digitalmente DEBORA DUPAS GONCALVES DO NASCIMENTO Data: 14/02/2025 17:40:12-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	☑ Aprovação ☐ Aprovação c/ revisão ☐ Reprovação
Dra. Lucylea Pompeu Muller Braga (Externo)	gov.br Documento assinado digitalmente LUCYLEA POMPEU MULLER BRAGA Data: 14/02/2025 17:49:41-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	☑ Aprovação ☐ Aprovação c/ revisão ☐ Reprovação
Dra. Sonia Maria Oliveira de Andrade (Externo) (Suplente)	gov.br Documento assinado digitalmente SONIA MARIA OLIVEIRA DE ANDRADE Data: 17/02/2025 12:21:58-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br	☑ Aprovação ☐ Aprovação c/ revisão ☐ Reprovação

RESULTADO FINAL: ☑ APROVAÇÃO ☐ APROVAÇÃO COM REVISÃO ☐ REPROVAÇÃO

À minha amada avózinha Elza (in memoriam), por tudo, “te amo e reamo” para sempre. Aos meus pais, por terem me guiado, sendo exemplos maravilhosos. Ao meu esposo, Márcio, por seu amor. Aos meus filhos por serem fonte inesgotável de motivação para a minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul –UFMS/MEC-Brasil pelo apoio na realização dessa pesquisa.

Aos meus orientadores, que me entusiasmaram a realizar este trabalho.

A todos os professores deste programa de doutorado que se dedicaram a facilitar nosso aprendizado.

Aos meus colegas de doutorado pela amizade e companheirismo.

À minha família, pela força e imensidão do seu amor.

A Deus, por toda a graça derramada em minha vida.

RESUMO

A gestação e o puerpério são momentos de grandes transformações físico-químicas e emocionais na vida da mulher, os quais propiciam a ocorrência de transtornos psiquiátricos, com destaque para a depressão periparto que, por sua vez, pode acarretar graves consequências à mãe, ao bebê e ao núcleo familiar. Este estudo objetiva caracterizar e analisar a abordagem da condição psicológica materna nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura, trazendo à luz a percepção materna, bem como a visão dos médicos de saúde da família, dos pediatras e obstetras. Trata-se de um estudo qualiquantitativo analítico, realizado entre março de 2023 e janeiro de 2024. O material empírico foi obtido através da aplicação de questionário eletrônico aos médicos e de entrevistas com puérperas. Foram convidados a participar da pesquisa 845 médicos membros da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Mato Grosso do Sul, Sociedade Brasileira de Pediatria – MS e médicos de saúde da família da Secretaria de Saúde de Campo Grande – MS. Apenas 50 médicos responderam ao questionário enviado. Foram selecionadas aleatoriamente, puérperas internadas em uma maternidade público-privada, as quais tinham tido ao menos uma experiência prévia de maternidade anterior à atual. O quantitativo, de 20 entrevistadas, foi determinado através da técnica de amostragem por saturação teórica, em consonância com os objetivos pré-definidos, considerando tratar-se de abordagem qualitativa. Os dados quantitativos foram analisados através de análise estatística descritiva simples e os qualitativos, por meio da técnica de análise de conteúdo, à luz da produção científica referente ao tema. Mediante os resultados obtidos através do questionário aplicado aos médicos, vislumbram-se lacunas importantes na formação acadêmica, bem como nos programas de residência médica, em relação à saúde mental da mulher na gestação e puerpério, com destaque para depressão periparto. As categorias analíticas que emergiram dos discursos das puérperas foram denominadas: estado emocional materno; comprometimento dos aspectos da vida diária; abordagem médica do estado emocional materno, e importância da abordagem da depressão periparto. Os resultados das entrevistas demonstraram que as alterações emocionais durante a gravidez e pós-parto são frequentes; que estas alterações ocasionam importantes transformações nas relações familiares,

profissionais e sociais da mulher; que o estado emocional materno raramente é abordado nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura e que as puérperas julgam de suma importância que esta abordagem seja feita nestes momentos. Considerando o exposto, propõe-se às instituições de ensino superior e aos programas de residência médica, maior inserção do tema na formação dos estudantes de medicina e uma formação mais humanística do profissional médico. Faz-se importante, também, a ampliação do diálogo com a sociedade sobre este tema, que ainda é cercado de tabus e preconceitos.

Descritores: depressão periparto, depressão pós-parto; cuidado pré-natal; puerpério.

ABSTRACT

Pregnancy and the postpartum period are moments of significant physical, chemical, and emotional transformations in the woman's life, which can lead to the occurrence of psychiatric disorders, with perinatal depression being particularly noteworthy. This condition can have serious consequences for the mother, the baby, and the family nucleus. This study aims to characterize and analyse the approach to maternal psychological conditions during prenatal, postpartum, and pediatric consultations, shedding light on maternal perception as well as the views of family health physicians, pediatricians, and obstetricians. It is an analytical qualiquantitative study conducted between March 2023 and January 2024. Empirical material was obtained through electronic questionnaires applied to physicians and interviews with postpartum women. A total of 845 physicians from: the Society of Gynecology and Obstetrics of Mato Grosso do Sul, the Brazilian Pediatric Society – MS, and family health physicians from Campo Grande Health Secretariat – MS were invited to participate in the research. Only 50 physicians responded to the questionnaire that was sent. Postpartum women were randomly selected from a public-private maternity hospital, whom had at least one previous experience of motherhood prior to the current one. The quantitative sample, of 20 interviewees, was determined using the theoretical saturation sampling technique, in accordance with the predefined objectives, considering the qualitative approach. Quantitative data were analyzed using simple descriptive statistical analysis, and qualitative data were analyzed using content analysis techniques, in light of the scientific literature on the subject. Based on the results obtained from the questionnaire applied to physicians, important gaps were identified in academic training and medical residency programs regarding women's mental health during pregnancy and the postpartum period, with a particular emphasis on perinatal depression. The analytical categories that emerged from the postpartum women's discourses were named: maternal emotional state; impact on daily life aspects; medical approach to maternal emotional state; and the importance of addressing perinatal depression. The interview results demonstrated that emotional changes during pregnancy and postpartum are frequent; that these changes cause significant transformations in the woman's family, relantionships, as well as in her professional

and social life; that the maternal emotional state is rarely addressed during prenatal, postpartum, and pediatric consultations; and that postpartum women consider it of utmost importance that this issue be addressed during these moments. Considering the above, it is proposed that higher education institutions and medical residency programs incorporate the topic more extensively into the training of medical students and promote a more humanistic formation of medical professionals. It is also important to expand the dialogue with society on this subject, which is still surrounded by taboos and prejudices.

Key words: perinatal depression, postpartum depression; prenatal care; postpartum period.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Categorias analíticas e os núcleos de significados a partir das narrativas dos profissionais médicos..... 32

Quadro 2 - Síntese das categorias e núcleos de sentido referente à abordagem de sua condição psicológica nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura..... 48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e profissionais dos médicos, Mato Grosso do Sul..... 27

Tabela 2 - Justificativas para a pontuação da abordagem do assunto “depressão pós-parto na graduação) 29

Tabela 3 - Frequência da abordagem da condição psicológica materna..... 36

Tabela 4 - Justificativa para baixa frequência da abordagem (raramente)..... 37

Tabela 5 - Correlações entre a caracterização dos médicos e a frequência da abordagem da condição psicológica materna, por eles, nas consultas..... 39

Tabela 6 - Caracterização sociodemográfica, contexto gestacional e histórico de depressão das puérperas entrevistadas..... 44

Tabela 7 - Caracterização sociodemográfica e contexto gestacional das gestantes com antecedente pessoal de depressão..... 47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária de Saúde
CREOG	Council for Resident Education in Obstetrics and Gynecology
DPP	Depressão Periparto
DSM-5	Quinto Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
LGPD	Lei Geral de Proteção e Segurança de Dados
MS	Mato Grosso do Sul
PMADs	Perinatal Mood and Anxiety Disorders
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
REDCap®	Research Electronic Data Capture
SOGOMAT-SUL	Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Mato Grosso do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	12
2	**REVISÃO DE LITERATURA**	13
2.1	SAÚDE DA MULHER.....	13
2.2	DEPRESSÃO PERIPARTO.....	14
2.3	AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, PUERPÉRIO E PUERICULTURA....	16
3	**OBJETIVOS**	20
3.1	OBJETIVO GERAL	20
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4	**METODOLOGIA**	21
4.1	TIPO DE ESTUDO	21
4.2	LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO	21
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	22
4.4	COLETA DOS DADOS	23
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	24
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	25
5	**RESULTADOS E DISCUSSÃO**.....	27
5.1	PROFISSIONAIS MÉDICOS.....	27
5.1.1	**Caracterização profissional**.....	27
5.1.2	**Principais julgamentos dos médicos sobra a abordagem do assunto depressão pós-parto durante a graduação**.....	30
5.1.2.1	Falta de Abordagem e/ou Abordagem Insuficiente ou Superficial na Formação Acadêmica.....	32
5.1.2.2	Mudanças e limitações no período de formação.....	33
5.1.2.3	Dificuldades relacionadas ao tempo e carga curricular.....	34
5.1.2.4	Percepções positivas e autonomia de estudo.....	35
5.1.3	**Frequência da abordagem da condição psicológica materna pelos médicos**.....	36
5.1.4	**Relação entre a caracterização dos médicos e a abordagem da condição psicológica materna pelos mesmos**.....	39
5.2	PUÉRPERAS.....	42
5.2.1.	**Caracterização das puérperas**.....	42
5.2.2	**Análise das percepções das puérperas em relação à abordagem de sua condição psicológica nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura**.....	48
5.2.2.1	O estado emocional materno	49
5.2.2.1.1	*Alterações emocionais e sentimentos maternos*.....	50
5.2.2.1.2	*Rede de apoio familiar e/ou social*.....	53
5.2.2.1.3	*Experiências gestacionais negativas interferindo no estado emocional materno*.....	55
5.2.2.1.4	*A preocupação com a amamentação*.....	56
2.2.2.1.5	*Questões financeiras e o estado emocional materno*.....	57
5.2.2.2	O comprometimento dos aspectos da vida diária com o advento da maternidade.....	57
5.2.2.2.1	*A rotina da casa*.....	58
5.2.2.2.2	*A rotina do trabalho fora de casa*.....	59

5.2.2.2.3 *A relação familiar*..... 60
5.2.2.2.4 *Vida social*..... 61
5.2.2.3 A abordagem médica do estado emocional materno..... 61
5.2.2.3.1 *A falta de abordagem médica*..... 61
5.2.2.3.2 *O foco no bebê*..... 62
5.2.2.3.3 *Abordagem holística do binômio mãe/bebê*..... 64
5.2.2.4 A importância da abordagem da depressão periparto..... 65
5.2.2.4.1 *A importância do conhecimento prévio materno para o diagnóstico precoce*..... 65
5.2.2.4.2 *A consulta médica como um espaço para externar emoções*..... 66
5.2.2.4.3 *O preconceito social em relação à depressão periparto*..... 67
6 **CONCLUSÃO**..... 69
REFERÊNCIAS 68
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – médicos 83
APÊNDICE B - Questionário 85
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - puérperas 86
APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista..... 89
APÊNDICE E - Carta aos presidentes das sociedades de especialidades 90
ANEXO A – Autorização da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul 92
ANEXO B – Autorização da Sociedade de Pediatria de Mato Grosso do Sul 93
ANEXO C – Autorização da Maternidade Cândido Mariano 94
ANEXO D – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande 95
ANEXO E - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa..... 96

1 INTRODUÇÃO

A gestação e o período que se segue ao parto são momentos de profundas transformações corporais, físico-químicas, emocionais e sociais na vida da mulher. Tais condições propiciam a ocorrência de transtornos psiquiátricos maternos, os quais podem, principalmente se não diagnosticados e tratados precocemente, trazer graves consequências não apenas para a mulher, mas para o desenvolvimento saudável de sua criança e para o relacionamento familiar, fundamentalmente para a tríade mãe-pai-bebê.

Pelos motivos explicitados acima e por sua alta incidência, apesar de subdiagnosticada, a depressão pós-parto, mais atualmente chamada de periparto, pode ser considerada um problema de saúde pública.

A percepção materna do atendimento psicológico durante as consultas pré-natais, pós-parto e de puericultura é um aspecto importante para os serviços de saúde mental perinatal. Contudo, observa-se, nos tratados de psiquiatria nacionais e internacionais, superficialidade na abordagem do tema, apesar da importância do mesmo.

A vivência desta autora como mulher e mãe, que já vivenciou uma depressão relacionada ao parto; como médica pediatra, que recebe muitas puérperas em seus atendimentos de puericultura e como preceptora de futuros médicos, mostra, também, que a condição psicológica materna não é frequentemente e nem adequadamente abordada nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura.

Apesar da frequente ocorrência e graves resultados, estudos mostram que a depressão periparto é subdiagnosticada em todo o mundo e não se conhece a situação desta condição em mulheres no período periparto em Mato Grosso do Sul.

Desta forma, este estudo buscou trazer à luz a percepção materna acerca da abordagem de sua condição psicológica nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura, bem como identificar a frequência da ocorrência desta abordagem, caracterizando-a; contemplando, também, a visão do profissional médico.

Espera-se que o produto desta tese possa subsidiar mudanças na prática médica, bem como na formação dos futuros médicos, a fim de que se dê a devida importância à prevenção e ao diagnóstico precoce da depressão periparto.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SAÚDE DA MULHER

A saúde da mulher deve ser vista de forma ampla, indo além de questões ginecológicas, devendo contemplar, além do bem-estar físico, a saúde mental e emocional. O funcionamento do corpo feminino tem particularidades, quando comparado ao organismo do homem, de forma a ocorrerem doenças e distúrbios específicos, incluindo os psicoemocionais (Ministério da Saúde, 2022).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão reduzida da mulher, baseada em aspectos meramente biológicos (Universidade Aberta do SUS, 2014).

Em 1984, dentro do Programa de Assistência Integrada da Saúde da Mulher (PAISM), foi inserida a proposta de abordar a mulher como um sujeito de cuidado que deve ser assistida em sua singularidade, não focando apenas os aspectos biológicos. Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”. Este documento incorpora a integralidade e a promoção da saúde da mulher como princípios norteadores, buscando consolidar avanços em alguns campos, dentre eles, a melhoria na atenção obstétrica (Ministério da Saúde, 2004).

Com a instituição da Rede Cegonha em 2011, estratégia que busca organizar e estruturar a rede de atenção à saúde materna e infantil no Brasil, reafirmou-se a necessidade de uma assistência humanizada e resolutiva na gravidez, parto e puerpério (Ministério da Saúde, 2011).

Por muitas vezes, ainda, os profissionais tratam o ciclo gravídico-puerperal de forma não integrada. É raro que, durante todo este ciclo, a mulher receba assistência de uma mesma instituição e, em geral, os mecanismos de referência e contrarreferência são inexistentes ou ineficientes (Andrade *et al,* 2015).

Considerando que diversos fatores relacionados à saúde da mulher na gravidez e também no puerpério repercutem na saúde da criança e na família, uma

assistência integral e de qualidade é fundamental para a defesa e garantia dos direitos humanos de mulheres e crianças (Andrade *et al,* 2015).

2.2 DEPRESSÃO PERIPARTO

O puerpério é o período que se segue ao parto, até que o organismo da mulher volte às condições normais pré-gestacionais, tendo, portanto, uma duração variável (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2019). Na gestação e no puerpério ocorrem muitas alterações não apenas biológicas, mas também, psicológicas e sociais que fazem com que tais períodos se tornem mais propícios para ocorrência de transtornos psiquiátricos na mulher (Carvalho e Benincasa, 2019).

A doença mental pós-parto deixou de ser amplamente ignorada e descartada apenas no início do século XX e passou a ser mais discutida e compreendida somente no final daquele século. Durante muito tempo, a população em geral e até mesmo profissionais de saúde culparam as mulheres por seu sofrimento emocional e mental após o parto (MORAN, 2024).

De acordo com Kaplan; Sadok; Grebb (2017), os campos da psiquiatria e da obstetrícia estão recém começando a identificar a complexidade dos diversos mecanismos pelos quais psique e corpo interagem determinando a função ginecológica e psicológica da mulher.

Pelo menos três condições são chamadas de transtornos psiquiátricos puerperais: a tristeza materna (também chamada baby blues), a psicose puerperal e a depressão pós-parto (Degner, 2017).

O *baby blues* é uma oscilação do humor considerada normal e atribuída às rápidas oscilações hormonais, ao estresse do parto e a conscientização da responsabilidade trazida pela maternidade (Kaplan; Sadok; Grebb*,* 2017). Ocorre já nos primeiros dias após o nascimento da criança, desaparecendo até duas semanas após seu surgimento. Os sintomas referidos são de cansaço, choro fácil, tensão, irritabilidade e sentimentos de inadequação. Apesar de muito comum, trata-se de uma condição psicológica que não chega a comprometer o funcionamento social da puérpera, nem a relação mãe-bebê. As mulheres com tristeza materna devem ser

acompanhadas pelos profissionais de saúde, uma vez que há indícios de que este quadro seja preditor de transtornos de ansiedade e depressão (Degner, 2017).

A psicose puerperal é um quadro de maior gravidade, sendo considerada uma emergência psiquiátrica, onde a mulher pode apresentar sintomas depressivos, com delírios ou alucinações e pensamentos de ferir o bebê ou a si mesma. O quadro é raro (incidência de um caso para cada 1000 partos) e de início agudo, geralmente entre o segundo e terceiro dia do puerpério. No quinto Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) ela é codificada como um subtipo de transtorno bipolar (Kaplan; Sadok; Greeb, 2017).

A depressão pós-parto, pode ser definida como um episódio de depressão maior que é temporalmente associado com o nascimento do bebê. No DSM-5, essa terminologia foi alterada para depressão periparto, determinando-se que o início do distúrbio do humor pode ocorrer ainda durante a gestação, até quatro semanas pós-parto e com duração mínima dos sintomas de duas semanas (American Psychiatric Association, 2013). Não ocorreram modificações relacionadas ao diagnóstico de depressão periparto, no DSM – 5 TR, publicado em 2022. Neste trabalho serão utilizadas as duas terminologias, em concordância com a referência bibliográfica utilizada.

Um episódio depressivo maior é definido pela persistência de determinados sintomas no período mínimo de duas semanas, sendo obrigatória a presença de humor depressivo ou anedonia, associado a quatro entre os demais sintomas: 1) alteração do apetite, com ganho ou perda de peso; 2) alteração do sono (insônia ou hipersonia); 3) agitação ou retardo psicomotor; 4) fadiga quase todos os dias; 5) sentimentos de desvalia ou culpa inapropriada; 6) capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias; 7) ideias de morte ou suicídio (Associação Americana de Psiquiatria, 2014). Na maioria dos casos, as manifestações clínicas desta condição surgem a partir das primeiras quatro semanas após o parto (Kaplan; Sadok; Grebb, 2017).

A depressão pós-parto é uma doença grave e prevalente, considerada um problema de saúde pública, é a complicação médica mais comumente relacionada ao parto e, ainda assim, é subdiagnosticada em todo o mundo (Balseiro, 2018; Theme

Filha *et al.,* 2016). Segundo Kaplan, Sadok e Grebb (2017), o tratamento de depressão pós-parto ainda não é estudado de maneira aprofundada.

No Brasil, 26,3% das mães apresenta sintomas de depressão no período de 6 a 18 meses após o nascimento do bebê (Theme Filha *et al*., 2016).

A depressão pós-parto, quando não adequadamente tratada, traz importantes consequências negativas sociais e familiares, afetando, não apenas a puérpera, mas, também a relação com seu companheiro e seu bebê (Balseiro, 2018). Para o bebê, a depressão pós-parto pode desencadear atraso no desenvolvimento neuropsicomotor do bebê (Theme Filha *et al*., 2016) e, para a mãe, um significativo sofrimento psíquico, com risco aumentado para o suicídio (Degner, 2017).

Estudos destacam como fatores de risco: gestante solteira, conflitos conjugais, falta de apoio do pai do bebê, histórico familiar de depressão, depressão e ansiedade gestacional, gravidez indesejada, pouco suporte social, eventos estressantes e adversos à gravidez, idealização da maternidade, histórico de violência intrafamiliar, dificuldades financeiras no pós-parto, estresse no cuidado com o bebê e complicações obstétricas maternas durante a gestação ou no puerpério (Brito *et al*., 2014; Grainert; Milani, 2015; Murta *et al*., 2015).

De acordo com McKelvey e Espelin (2018), conhecer os fatores de risco contribui para melhor compreensão da doença e, consequentemente, para a elaboração de estratégias de prevenção e para o diagnóstico precoce da mesma.

Destacam-se como fatores protetivos à depressão pós-parto: o apoio de outra mulher; a detecção precoce da depressão; o suporte social; a boa relação conjugal; a estabilidade socioeconômica; o sistema de apoio familiar; a intervenção multidisciplinar, logo que os sintomas sejam detectados, e o pré-natal com orientação psicológica (Arrais; Mourão; Fragalle*,* 2014).

Os estudos evidenciam que a depressão periparto é um problema latente, que se mostra como um campo amplo a ser explorado pelos profissionais que prestam assistência primária à puérpera e seu concepto, de forma a se detectar precocemente esta condição, promovendo intervenção adequada, evitando, assim, seu agravamento (Arrais; Araújo, 2017).

2.3 AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, PUERPÉRIO E PUERICULTURA

É, fundamentalmente, nas consultas de pré-natal que se deve promover a prevenção e diagnóstico precoce de doenças maternas e/ou fetais, de forma a se permitir o desenvolvimento saudável do concepto e a redução de eventuais riscos para a saúde da gestante (Ministério da Saúde, 2021a). E a atenção profissional durante o parto é fundamental para identificar eventuais complicações e possibilitar, quando necessário, intervenções adequadas (Ministério da Saúde, 2021b).

A saúde mental das mulheres possui particularidades em relação à dos homens, principalmente devido às peculiares oscilações hormonais, que ocorrem nas diferentes fases do ciclo menstrual, na gravidez, na amamentação e, também na menopausa (Ministério da Saúde, 2021b).

A troca de informações sobre as diferentes vivências entre as mulheres e os profissionais de saúde é, também, um objetivo das consultas de pré-natal. Essa possibilidade de permuta de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação pela mulher que gesta (Ministério da Saúde, 2021a).

O pré-natal deve, além de tudo, preparar a mulher para a maternidade, através da educação sobre o parto e sobre o cuidado do bebê, orientando psicologicamente a gestante para o enfrentamento da maternidade (Ministério da Saúde, 2021a). Nesse contexto, a inclusão, no pré-natal, do tema da paternidade e cuidado, é essencial para qualificação da atenção à gestação, ao parto e ao nascimento, estreitando a relação entre trabalhadores de saúde e pais, propiciando um aprimoramento do vínculo afetivo entre os mesmos (Ministério da Saúde, 2023).

A puericultura é a ciência responsável pela promoção da saúde, pelo bem estar e pelo bom crescimento e desenvolvimento das crianças. As consultas de puericultura, devem visar a proteção do paciente contra algum agravo que possa interferir em seu desenvolvimento físico e mental (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024).

A depressão pós-parto ocasiona várias consequências ao vínculo mãe/bebê, sobretudo no que se refere ao aspecto afetivo, acarretando efeitos negativos no desenvolvimento social, afetivo e cognitivo da criança, além de sequelas prolongadas na infância e adolescência (Ministério da Saúde, 2022).

Contudo, o bem-estar psicológico materno não é frequentemente abordado nas consultas e muitas gestantes e puérperas, que estão sob risco de depressão, não são diagnosticadas. Perde-se, desta forma, a oportunidade de se identificar, na mulher, situações de ansiedade, estresse e problemas de enfrentamento que possam ou que já estejam evoluindo para a depressão em si (O'Connor *et al.*, 2016).

É, portanto, de suma importância, que as interligações entre a saúde mental e saúde física sejam levadas em conta na gestação e após o parto, no momento da assistência à saúde materna. Por conseguinte, faz-se necessário disponibilizar importância igualitária à saúde mental e à saúde física da mulher, propiciando-lhe bem-estar durante a gravidez e após o parto (Steen; Francisco, 2019).

Em 1987, no Reino Unido, a Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh foi desenvolvida, por Cox, Holden e Sagovsky (1987) com a finalidade de auxiliar, na atenção primária, a triagem, por profissionais de saúde, na detecção da depressão pós-parto. Tal escala é um questionário de triagem, que tem sido amplamente utilizado para avaliar sintomas de depressão durante a gravidez e puerpério. O teste é de fácil e rápida aplicação, podendo ser realizado pelo paciente em cinco minutos e avaliado por qualquer profissional de saúde (Marini, 2014).

A Escala de Edinburgh consiste em uma escala com 10 itens, avaliando sintomas relacionados à depressão nos últimos sete dias, com pontuação variando de zero a três para cada item. O resultado final, portanto, varia de zero a 30. As propriedades psicométricas foram avaliadas e obtiveram uma sensibilidade de 86% e uma especificidade de 78%. Os autores avaliaram suas propriedades psicométricas no Reino Unido, obtendo uma sensibilidade de 86% e uma especificidade de 78% (Cox, Holden e Sagovsky, 1987).

Segundo estudo realizado, com gestantes e puérperas, por Oliveira *et al*. (2022), a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh permitiu identificar as pacientes com depressão e, desta forma, propiciou o estabelecimento de linhas de cuidado para melhorar o bem-estar materno e do recém-nascido. Assim como no estudo recém-mencionado, outros, como a pesquisa de Cardillo *et al.* (2016) e uma revisão sistemática de Monteiro *et al.* (2020), chegaram a conclusões semelhantes.

Meira *et al.* (2015), em estudo realizado com médicos de saúde da família e enfermeiros de uma USF (Unidade de Saúde da Família), avaliou, de forma qualitativa,

o cuidado à mulher com depressão pós-parto e chegou à conclusão de que os profissionais daquela equipe presenciavam situações assistenciais, nas quais mulheres estavam potencialmente com depressão pós-parto e que sabiam elencar possíveis fatores de risco e sintomas, mas, mesmo assim, apresentavam dificuldade na identificação da doença, na prevenção e/ou na intervenção precoce em relação à mesma. Detectou, também, que os profissionais desconheciam os métodos de rastreio da depressão pós-parto.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a abordagem da condição psicológica materna nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para o alcance do objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

a) proceder a caracterização profissional dos médicos participantes da pesquisa;
b) estimar a frequência da abordagem da condição psicológica materna nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura;
c) identificar fatores relacionados à frequência da abordagem da condição psicológica materna nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura;
d) proceder à caracterização sociodemográfica, contexto gestacional e histórico de depressão das puérperas;
e) analisar as percepções das puérperas em relação a sua condição psicológica das mesmas e a abordagem desta, nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem quantiqualitaviva, com base em dados primários.

De acordo com Minayo e Sanches (1993), a abordagem quantitativa tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Já, a abordagem qualitativa seria a mais apropriada para se compreender a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos de forma aprofundada.

Segundo Andrade (2020), a pesquisa qualitativa contribui para compreensão das diversas nuances que permeiam o objeto, sendo a abordagem qualitativa a mais apropriada à compreensão de fenômenos de natureza mais subjetiva.

Nenhuma das duas abordagens é mais científica do que a outra e sim, complementar uma à outra. O estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa (Minayo, Sanches; 1993).

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi executado em duas etapas, as quais se deram de forma independente. Ambas ocorreram no estado de Mato Grosso do Sul (MS) entre junho de 2023 e março de 2024.

A primeira etapa, denominada de “etapa profissional”, ocorreu a partir da anuência das Sociedades de Especialidade de Medicina de Pediatria e de Ginecologia e Obstetrícia do Mato Grosso do Sul em convidar os profissionais membros, e aos médicos das Unidades de Saúde da Família e Comunidade da prefeitura de Campo Grande (MS).

A segunda, denominada “etapa puérpera”, ocorreu em uma maternidade público-privada, localizada em Campo Grande – MS.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Foram convidados a participar da primeira etapa do estudo todos os 201 médicos que trabalham nas USF de Campo Grande (MS); pediatras cadastrados na Sociedade de Pediatria do Mato Grosso do Sul (296 no total) e obstetras (348 no total) cadastrados na Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Mato Grosso do Sul (SOGOMAT-SUL), no ano de 2023. Levando-se em conta, que todos os profissionais cadastrados nas entidades citadas acima, receberam o link com o convite para participarem da pesquisa, considerou-se não haver critério específico de exclusão para este grupo. Dos 845 médicos, apenas 50 responderam ao questionário *on line.*

O motivo para a escolha de profissionais médicos cadastrados em tais entidades, deveu-se à possibilidade de encaminhamento, através das mesmas, do telefone de contato e e-mail dos participantes para encaminhamento do instrumento de coleta de dados.

A Sociedade de Medicina de Saúde da Família e Comunidade do MS ainda se encontrava em processo de implantação, desta forma, o setor de Divisão Médica, da Secretaria de Saúde do Município de Campo Grande (MS), fez o envio, por e-mail (em lista oculta) e/ou *WhatsApp*, aos 201 profissionais médicos lotados nas Unidades de Saúde da Família do município, do link para acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A) e questionário (Apêndice B), para preenchimento através da ferramenta *Research Electronic Data Capture* (REDCap®).

Para a ‘etapa puérpera’, foram selecionadas aleatoriamente, por meio de sorteio simples, puérperas internadas em uma maternidade de Campo Grande - MS, as quais tenham tido, ao menos, uma experiência prévia de maternidade anteriormente à atual. Tal maternidade realiza atendimento a parturientes internadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por convênios médicos e a pacientes particulares.

Foi destinado à coleta de dados desta etapa, um período específico da semana. No dia anterior, ao final da tarde, foi identificado o número de puérperas internadas naquele dia, na instituição, e sorteio de três puérperas para realização do convite e apresentação do TCLE, que compõe o apêndice C. Deu-se, a partir do convite, o

tempo mínimo de 12 horas, para que a puérpera pudesse ler com calma o TCLE e decidir por sua participação ou não. Propôs-se entrevistar até três puérperas a cada período estipulado, semanalmente, seguindo um roteiro prévio (Apêndice D). Deu-se à participante a possibilidade de agendar a entrevista para um outro momento e local, mas todas aceitaram realizar a entrevista já na maternidade, no momento em que foram abordadas. Durante as entrevistas, uma das puérperas apresentava suspeita de transtorno psiquiátrico e a mesma foi orientada a procurar atendimento médico psiquiátrico. Foram excluídas da pesquisa: puérperas que possuíam alguma condição que inviabilizasse a compreensão do TCLE, puérperas indígenas aldeadas e puérperas menores de 18 anos.

A determinação do quantitativo da amostra deu-se através da compreensão do fenômeno de estudo, em consonância com os objetivos pré-definidos, considerando tratar-se de abordagem qualitativa. Foram 20 as entrevistadas, no total.

4.4 COLETA DE DADOS

Foram enviados aos presidentes das sociedades de especialidades citadas acima e à Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde da Secretaria de Saúde do Município, uma carta apresentando o projeto de pesquisa sendo solicitada autorização para realização da pesquisa e o envio aos médicos, através das próprias entidades, por e-mail (via lista oculta) e *whats app*, do link para acesso ao TCLE e questionário para preenchimento on-line.

A coleta de dados da ‘etapa profissional’ deu-se, por meio da aplicação de um questionário eletrônico (APÊNDICE B), utilizando-se a plataforma REDCap®, um *software* de captura de dados eletrônicos e uma metodologia de fluxo de trabalho para desenhar bases de dados de investigação de ensaios clínicos e investigação translacional. O sistema atende aos três pilares da Lei Geral de Proteção e Segurança de Dados (LGPD), que são: a integridade – a informação é integra e livre de adulterações em todos os momentos do processo; confidencialidade – somente pessoas autorizadas devem ter acesso à determinada informação, e disponibilidade – a informação deve estar disponível para uso onde e quando for necessária. Assim, de forma segura, sigilosa e por senha eletrônica do gestor do projeto, permite realizar a

gestão dos dados de pesquisa, mantendo a segurança das informações em todo processo de coletas, organização e análise de dados.

O link de acesso ao questionário foi enviado por aplicativo “whats app” e por e-mail a todos os convidados a participarem da pesquisa. O conteúdo do TCLE constava na primeira página do questionário e finalizando com a pergunta se concorda em participar da pesquisa. Em concordando, o participante teve acesso às perguntas do questionário; em caso de negativa, fechou-se o questionário. Quando da finalização do preenchimento, ofereceu-se a opção de gerar um documento em formato pdf e de imprimir ou salvar as páginas do TCLE, no equipamento do participante. A participação se deu de forma anônima.

Para aperfeiçoar o questionário, o mesmo foi aplicado, previamente, a seis médicos, sendo dois pediatras, dois médicos de saúde da família e dois obstetras, a convite da pesquisadora. Estes dados não foram incorporados aos resultados da pesquisa.

O questionário possui 13 questões, cujas principais variáveis são: idade, sexo, especialidade, tempo de formação, locais de atendimento, julgamento da abordagem do assunto depressão pós-parto durante a graduação e frequência da abordagem da condição psicológica materna nas consultas realizadas. O tempo para reposta foi estimado em dois minutos.

A coleta de dados da ‘etapa puérpera’ deu-se com realização de entrevistas gravadas, nas quais se utilizou um roteiro semiestruturado, tendo uma duração média de sete minutos. Para tal, solicitou-se autorização ao presidente/diretor da maternidade, onde foi realizada tal etapa da pesquisa.

Com a finalidade de aperfeiçoar o roteiro de entrevista, em consonância com os objetivos da pesquisa, foi realizado um pré-teste, com três puérperas, que passaram por consulta de puericultura com a autora. Os dados provenientes do pré-teste não foram incorporados aos resultados.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O material obtido através da coleta de dados da ‘etapa profissional’ foi codificado, tabulado e submetido à análise estatística descritiva simples.

Os discursos das entrevistas realizadas na ‘etapa puérpera’ foram transcritos e submetidos à técnica de análise de conteúdo preconizada por Bardin (2016), à luz da produção científica referente ao tema, utilizados na revisão de literatura. Os discursos das puérperas foram identificados com a letra “P”, seguido de números de 1 a 20, conforme a participante.

Os discursos das entrevistas realizadas na ‘etapa puérpera’ foram transcritos e submetidos à técnica de análise de conteúdo preconizada por Bardin (2016), que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações.

Nesta abordagem são utilizados procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em 3 fases, a saber: 1. A pré-análise; 2. A exploração do material; e, por fim, 3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação, descritos a seguir:

a) a pré-análise é uma fase de organização, que consiste em estabelecer contato com os documentos, através de leituras exaustivas do material coletado nas entrevistas, deixando-se invadir por impressões e orientações, formulando-se hipóteses;
b) a exploração do material consiste em operações de codificação do material, procede-se o recorte, que é a escolha das unidades de significação, ou seja, de segmentos do conteúdo. Em seguida classifica-se ou agregam-se estas unidades em categorias sob um título genérico, utilizando-se o critério semântico (categorias temáticas) ou léxico (emparelhamento das palavras sinônimas ou com sentidos próximos);
c) no tratamento dos resultados ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais (momento da intuição, da análise reflexiva e crítica tomando como suporte para compreensão do significado, a produção científica referente ao tema) tipificando a análise de discurso utilizada neste trabalho.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Previamente ao início da pesquisa, foi enviada carta às instituições (Apêndice E) e foram obtidas as autorizações para o desenvolvimento da mesma, cujos documentos constam dos anexos de A-D.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio da Plataforma Brasil, em observância aos requisitos propostos pela Resolução nº466/12, do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de pesquisa com seres humanos e foi aprovado com o parecer número 5.657.303 (ANEXO E).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados em consonância aos objetivos específicos propostos pela pesquisa, na seguinte sequência:

1) caracterização profissional dos médicos participantes da pesquisa;

2) apresentação da frequência da abordagem da condição psicológica materna nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura, obtida através do questionário aplicado aos médicos;

3) relação entre a caracterização dos médicos e a abordagem da condição psicológica materna por eles;

4) caracterização das puérperas participantes da pesquisa;

5) apresentação obtida através do questionário aplicado da frequência da abordagem da condição psicológica materna nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura, às puérperas;

6) análise das percepções das puérperas em relação à abordagem de sua condição psicológica nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura.

5.1 PROFISSIONAIS MÉDICOS

Dos 845 médicos elegíveis, para os quais foi enviado o convite para a participação da pesquisa, apenas 50 responderam ao questionário *on line*.

5.1.1 Caracterização profissional

As características sociodemográficas e profissionais dos médicos atuantes em Mato Grosso do Sul, encontram-se expressas na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e profissionais dos médicos, Mato Grosso do Sul (n=50)

Variáveis	**Nº**	**%**
Sexo		
Feminino	37	74,0

Masculino	13	26,0
Tempo de formação		
até 10 anos	12	24,0
10 a 20 anos	16	32,0
> 20 anos	22	44,0
Especialidade		
Pediatria	31	62,0
Ginecologia/obstetrícia	8	16,0
Saúde da Família	8	16,0
Outros (uropediatra, pneumopediatra, alergista infantil)	3	6,0
Tipo de consulta ofertada		
somente puericultura	19	38,0
pré-natal/puerpério	6	12,0
pré-natal/puericultura	3	6,0
pré-natal/puerpério/puericultura	10	20,0
nenhuma das anteriores	19	38,0
Tipo de atendimento		
rede pública	17	34,0
Particular	2	4,0
rede pública/particular	4	8,0
rede pública/particular/convênios médicos	12	24,0
rede particular/convênios médicos	11	22,0
rede pública/convênios médicos	4	8,0
Local de atendimento		
somente UBS	5	10,0
somente consultório	12	24,0
somente hospitais	10	20,0
UBS e Hospitais	2	4,0
UBS e UPA	3	6,0
UBS, hospital e centro público de especialidades	1	2,0
consultório e centro público de especialidades	1	2,0
hospitais e UPA	2	4,0
hospital e centro público de especialidades	2	4,0
hospital e consultório	9	18,0
consultório, hospital e centro público de especialidades	3	6,0
Já teve depressão?		
Sim	18	36,0
Não	32	64,0

A ocorrência de depressão prévia entre os participantes foi de 36%. O percentual de médicos que respondeu à pesquisa e que tiveram depressão previamente mostra uma maior ocorrência da doença entre médicos do que na população em geral, cuja taxa é de aproximadamente 10,2% (Brito *et al*, 2022).

Ao analisar as relações entre saúde, trabalho e emprego, constatam-se altas prevalências de doenças psiquiátricas em profissões específicas, destacando-se a população médica (Assunção Lima; Guimarães, 2017).

Um estudo com foco em médicos que trabalham no sistema público de saúde de Belo Horizonte, Brasil, relatou uma prevalência de depressão autorrelatada confirmada por outro médico de 12,0% (Assunção *et al.,* 2014).

Entre os residentes médicos, a prevalência de depressão foi notavelmente maior. Uma pesquisa nacional com residentes médicos brasileiros descobriu que 46,9% apresentaram resultado positivo para depressão (Silva Júnior *et al*., 2022).

A pandemia da COVID-19 exacerbou os problemas de saúde mental entre os profissionais de saúde, incluindo médicos. Um estudo realizado durante a pandemia descobriu que 58,7% dos profissionais de saúde, incluindo médicos, relataram sintomas de depressão (Moraes *et al.,* 2023).

É possível, portanto, que a taxa encontrada nesta pesquisa reflita esta realidade. É presumível, também, que médicos que já vivenciaram a depressão, tenham se sentido atraídos pela pesquisa, devido à temática apresentada.

Ao questionar o profissional médico, sobre a abordagem do assunto, “depressão pós-parto” durante seu processo de formação, na graduação, observou-se que a maioria avaliou esta abordagem como insatisfatória, conforme apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 - Justificativas para a pontuação da abordagem do assunto “depressão pós-parto na graduação (n 50)

Justificativas	**N**	**%**
Pontuação 1 e 2	**25**	**100**
O assunto não foi, ou foi pouco abordado	19	76,0
O assunto não era valorizado	1	4,0
Pouco interesse sobre o assunto	1	4,0
Ensino não voltado para a visão holística do paciente	1	4,0
Pontuação 3	**14**	**100**
Abordagem superficial	3	21,4
Pouca abordagem	10	71,4
Problemas psicológicos sempre são colocados em segundo plano	1	7,1

Pontuação 4 e 5	**11**	**100**
Abordagem ampla (pontuação 5)	3	27,3
Tive módulos específicos de saúde mental (pontuação 5)	1	9,1
Pouco estudo e discussão do tema (pontuação 4)	3	18,2
Falha na grade curricular (pontuação 4)	2	18,2
Informações foram recebidas, mas precisei aprimorar durante a prática médica (pontuação 4)	1	9,1
Sem comentários	1	9,1

Nota: Escala tipo Likert utilizada, sendo 1 para totalmente insatisfatório, 2 insatisfatório, 3 regular, 4 satisfatório e 5 para totalmente satisfatório)

A principal justificativa para a pontuação da abordagem do assunto “depressão pós-parto na graduação como insatisfatória foi a pouca abordagem ou abordagem superficial do tema. Entre aqueles que a classificaram a abordagem com pontuação 4 de 5 (ou seja, parcialmente satisfatória), apresentaram como justificativa da falta de satisfação plena, a pouca discussão do tema e falha na grade curricular.

As abordagens atuais na educação médica enfatizam a necessidade de treinamento abrangente no reconhecimento, diagnóstico e gerenciamento de transtornos de humor e ansiedade perinatais (PMAD - perinatal mood and anxiety disorders). Apesar da prevalência dessas condições, os currículos formais geralmente são insuficientes em programas de treinamento médico (Marty *et al.*, 2024).

Estratégias educacionais inovadoras estão sendo implementadas para preencher essas lacunas. Plataformas baseadas na Web como MedEdPPD oferecem módulos de educação médica continuada, estudos de caso e recursos para aprimorar o conhecimento e as habilidades do provedor no gerenciamento de DPP (Wisner, Logsdon, Shanahan; 2008). Da mesma forma, séries de palestras piloto e módulos de treinamento on-line mostraram-se promissores em melhorar o conhecimento e a confiança dos médicos que atuam na área da obstetrícia, para o tratamento da depressão perinatal (Byatt *et al*., 2021; Marty *et al.,* 2024).

5.1.2 Principais julgamentos dos médicos sobre a abordagem do assunto depressão pós-parto durante a graduação

A partir dos dados levantados, foram criadas cinco categorias de análise, a saber: Falta de Abordagem e/ou Abordagem Insuficiente ou Superficial na Formação Acadêmica; Mudanças e Limitações no Período de Formação; Dificuldades

Relacionadas ao Tempo e Carga Curricular; e Percepções Positivas e Autonomia de Estudo.

As categorias analíticas e os núcleos de significados estão apresentados no quadro 1.

Quadro 1 - Categorias analíticas e os núcleos de significados a partir das narrativas dos profissionais médicos (n=49)

Categorias analíticas	Núcleos de significados
Falta de Abordagem e/ou Abordagem Insuficiente ou Superficial na Formação Acadêmica	• Não me lembro dessa matéria na faculdade. • Não abordamos esse assunto em nenhum momento. • O tema não foi abordado na cadeira de obstetrícia, nem de psiquiatria. • Não foi abordado o tema na graduação. • Não havia aula específica sobre o tema. • Falta de inclusão deste assunto na grade curricular. • Sem abordagem da grade curricular. • Tema não abordado na formação profissional., • Fala-se pouco e em momentos muito pontuais. • Tivemos pouca abordagem deste assunto. • Abordagem muito superficial durante a graduação. • Não era valorizado no período que fiz minha graduação. • Poucas aulas sobre o assunto. • Tema pouco abordado na graduação e na residência de pediatria. • Não foi apresentado como tema específico para estudo e discussão. • Assunto abordado pouco e superficialmente. • Poucos momentos para discussão do assunto. • Pouco abordado na teoria e prática. • O assunto foi apenas citado, sem aprofundamento nas questões periféricas. • Falha na grade curricular.
Mudanças e Limitações no Período de Formação	• Penso que na época da minha formação havia pouco conhecimento sobre o assunto. • Problemas psicológicos sempre são colocados em segundo plano. • Na época, pouco se abordava saúde mental. • Época da formação médica sem ensino voltado para a visão holística da paciente. • Na época era um tema pouco estudado.

	• Pouco contato com gestantes que sofreram de algum distúrbio psicológico durante a graduação.
Dificuldades Relacionadas ao Tempo e Carga Curricular	• Falta de tempo durante a residência. • O tema foi abordado, mas o conteúdo programático muito extenso impediu maior aprofundamento. • Recebi informações, mas precisei aprimorar após durante a prática médica.
Percepções Positivas e Autonomia de Estudo	• Foi bem comentado ao longo do curso e acredito que me fez apta a ao menos diagnosticar. • Houve abordagem. • Sempre gostei de ver o paciente como um todo, por isso na graduação já perguntava os aspectos psicológicos da doença. • O tema foi abordado nos estágios de ginecologia, obstetrícia, psiquiatria e pediatria.

5.1.2.1 Falta de abordagem e/ou abordagem insuficiente ou superficial na formação acadêmica

A análise qualitativa das respostas nesta categoria evidencia uma lacuna significativa no currículo das faculdades de medicina em relação à saúde mental materna. A recorrente resposta de que "o tema não foi abordado" demonstra que, para muitos médicos, a ausência de discussões formais sobre a saúde mental das gestantes e puérperas durante a graduação teve impacto na prática clínica.

Outras afirmações mostram que, mesmo quando o tema tinha sido abordado, a abordagem ocorreu de forma insuficiente, pontual e, muitas vezes, superficial. A percepção dos entrevistados é de que o tema foi discutido de maneira “pouca” ou “não aprofundada”, seja durante a graduação ou residência médica. Isso resulta em uma preparação insuficiente para que os profissionais abordem a saúde mental materna de maneira eficaz em seus atendimentos.

A exclusão do tema da grade curricular ou a sua falta de inclusão sistemática são fatores apontados como justificativa para essa lacuna no conhecimento e, consequentemente, na prática. A percepção de que o tema não foi "valorizado" ou "incluído" durante a formação sugere que as diretrizes educacionais à época

priorizavam outras áreas do cuidado, deixando a saúde mental em segundo plano. Isso também reflete uma falha histórica no reconhecimento da importância da saúde mental materna no contexto da formação médica.

Revisões sistemáticas destacam a necessidade de mais pesquisas para identificar as estratégias educacionais mais eficazes em diferentes cenários de assistência médica (Legere *et al.,* 2017).

No geral, aprimorar a educação médica sobre DPP durante a graduação, nos programas de residência e também através da educação médica continuada para aqueles que já se formaram é fundamental para propiciar o diagnóstico oportuno aos pacientes, garantindo que os provedores de assistência médica estejam equipados para abordar e tratar essa condição comum e impactante.

5.1.2.2 Mudanças e limitações no período de formação

Nessa categoria, as respostas indicam que a formação médica, em determinadas épocas, não valorizava a visão holística da paciente, e temas como a saúde mental materna não eram amplamente discutidos. Isso parece refletir uma limitação temporal e cultural, em que o foco dos currículos médicos se concentrava mais em aspectos físicos e biológicos da saúde.

O modelo biomédico, anteriormente dominante na formação médica estimulava os médicos a aderirem a um comportamento de separação entre o observador e o observado, desconsiderando os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham, em grau maior ou menor, qualquer doença. A necessidade de formar profissionais de saúde qualificados para o trato humano, levou o Ministério da Educação a instituir as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina, incluindo orientações específicas para formação de profissionais humanizados (Silva, Muhl, Moliane, 2015).

As primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina, foram instituídas em 2001 e definiam os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos. Determinou, para o Curso de Graduação em Medicina, o perfil do egresso como sendo um profissional com “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no

processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano" (Ministério da Educação – Conselho Nacional de Educação, 2001).

Já, as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina, vigentes desde 2014 e que deveriam ter sido implementadas até 2018 (Ministério da Educação – Conselho Nacional de Educação, 2014) prevê, no capítulo 3, que os conteúdos devem contemplar, entre outros aspectos: "a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença", e também, "o diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica.

5.1.2.3 Dificuldades relacionadas ao tempo e carga curricular

As respostas nesta categoria ressaltam que a falta de tempo durante a residência e a carga curricular extensa impediram um aprofundamento adequado do tema. Apesar de a saúde mental materna ser mencionada em alguns momentos da formação, as demandas do curso impedem que o tema seja estudado com profundidade suficiente.

O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) recomenda que os obstetras estejam preparados para discutir e iniciar o tratamento para depressão perinatal, incluindo o uso de inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) como farmacoterapia de primeira linha (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2023). Isso ressalta a importância de integrar a educação em psicofarmacologia ao treinamento médico.

A depressão materna e outros distúrbios de saúde mental perinatais têm sido subreconhecidos e subtratados, em parte devido a lacunas na educação e formação clínica (Nagle-Yang *et al.*, 2024). A literatura médica indica que os profissionais de saúde de APS brasileiros, incluindo médicos e enfermeiros, muitas vezes se sentem

despreparados e inseguros para identificar e tratar situações que envolvam o aspecto psicoemocional das gestantes (Vieira *et al*., 2012).

Um estudo focado nas atitudes e práticas dos residentes médicos brasileiros, em relação a questões de saúde sexual em pacientes grávidas, descobriu que uma proporção significativa de residentes se sentia desconfortável e sem confiança para abordar essas questões (Vieira *et al*., 2012). Este desconforto e falta de conhecimento podem ser extrapolados para outros aspectos da saúde mental, sugerindo que a formação insuficiente durante os programas de graduação e residência contribui para uma falta mais ampla de preparação na gestão da saúde mental de mulheres grávidas e puérperas.

Apesar da prevalência e do impacto significativo destes distúrbios, ao que se percebe, tem havido ênfase insuficiente sobre eles nos currículos, particularmente em programas de treinamento em obstetrícia e ginecologia, fazendo-se, o que resulta no despreparo dos médicos.

Essa percepção é reforçada pela menção dos participantes, embora tenha havido abordagens pontuais do tema, elas foram consideradas insuficientes para uma aplicação prática efetiva no atendimento às gestantes e puérperas. Isso indica que há uma necessidade de reformular as estruturas curriculares não apenas da graduação, mas também dos programas residência médica em obstetrícia, pediatria e em medicina de saúde da família e comunidade; talvez com maior espaço para discussões interdisciplinares e práticas.

5.1.2.4 Percepções positivas e autonomia de estudo

Há relatos de profissionais que receberam uma formação que os capacitou a diagnosticar ou abordar adequadamente aspectos psicológicos da saúde materna. Esses entrevistados ressaltam que, mesmo com uma abordagem limitada, buscaram ampliar seu conhecimento, seja durante os estágios ou através de uma visão mais integradora do paciente.

Essas percepções indicam que, mesmo em um ambiente educacional com limitações, a autonomia e a curiosidade dos profissionais podem desempenhar um papel importante na superação dessas lacunas. Isso também reforça a importância

de uma abordagem mais personalizada e interdisciplinar no ensino médico, onde os alunos possam integrar conhecimentos de várias áreas para proporcionar um cuidado mais holístico.

A relação médico-paciente sempre esteve presente na história da medicina, porém houve afastamento devido ao avanço tecnológico e o modelo biomédico. A mudança na graduação acadêmica médica para uma formação mais humanística, já vem promovendo alterações positivas na relação médico paciente. Cordeiro *et al.* (2024), em estudo realizado com estudantes de medicina, afirmam que mesmo que as mudanças não ocorram de forma tão rápida na graduação, é notável que as sementes vêm sendo plantadas dentro de cada aluno de medicina, visto que os mesmos já parecem reconhecer, cada vez mais, a importância de se ter uma visão holística do paciente.

5.1.3 Frequência da abordagem da condição psicológica materna pelos médicos

A tabela 3 apresenta a frequência da abordagem da condição psicológica materna pelos médicos durante as consultas.

Tabela 3 - Frequência da abordagem da condição psicológica materna (n=50)

Variáveis	**Nº**	**%**
Abordagem da condição psicológica materna nas consultas	**50**	**100**
- sempre	16	32,0
- frequentemente	20	40,0
- raramente	14	28,0
- nunca	-	-

A maioria dos médicos afirmou abordar sempre ou frequentemente a depressão pós-parto nas consultas (72%). Tal achado demonstra um contraste com a literatura e com os dados levantados nas entrevistas com as puérperas, a seguir. É possível que médicos que aderiram à pesquisa sejam àqueles que tinham mais afinidade com o tema apresentado. Segundo Vieira, Castro e Schuch Júnior (2010), pesquisas realizadas em ambiente virtual podem interferir na seleção dos respondentes.

De acordo com um estudo de Santos Junior *et al*. (2013), os profissionais de saúde da Atenção Primária de Saúde (APS) no Brasil, incluindo médicos e enfermeiros, muitas vezes têm exposição limitada à depressão pós-parto durante seu processo de formação profissional. Essa condição é frequentemente vista como domínio da psiquiatria, levando à falta de confiança na identificação e no gerenciamento dela em ambientes de atenção primária.

O estudo descobriu que os profissionais de saúde muitas vezes dependem de familiares para identificar comportamentos anormais em mulheres no pós-parto, pois há uma falta de técnicas consistentes de triagem e diagnóstico em vigor. Quando há suspeita de depressão pós-parto, as mulheres são normalmente encaminhadas para atendimento psiquiátrico, o que pode atrasar o diagnóstico e o tratamento e aumentar os custos de saúde. O autor conclui, enfatizando a necessidade de treinamento de profissionais de saúde da APS na triagem, identificação e tratamento da depressão pós-parto para melhorar os resultados (Santos Junior *et al.,* 2013).

Além disso, Baldisserotto *et al.* (2020) identificaram barreiras para buscar e aceitar tratamento para depressão perinatal no Brasil, como estigma, equívocos e falta de serviços de saúde mental integrados ao atendimento de rotina. Essas barreiras destacam a importância de educação continuada que dissemine informações sobre depressão perinatal e incorporem abordagens de saúde mental em consultas regulares.

No geral, a literatura sugere que o aprimoramento da educação médica sobre depressão pós-parto no Brasil deve se concentrar na integração do treinamento em saúde mental na atenção primária de saúde e no enfrentamento das barreiras sociais e sistêmicas ao atendimento (Baldisserotto *et al.*, 2020).

Quando observadas as justificativas dos médicos para baixa frequência da abordagem da DPP durante as consultas, os resultados apontam maiores frequências para as queixas virem da paciente (35,7%), e não realizar ou realizar poucas consultas de pré-natal, parto ou puerpério. Esses achados estão descritos na tabela 4.

Tabela 4 **-** Justificativa para baixa frequência da abordagem (raramente) (n=14)

Justificativas	**N**	**%**
- A queixa vem da paciente	5	35,7

- Muitos pacientes e pouco tempo para a consulta	2	14,3
- Não atendo ou atendo poucas consultas de pré-natal e/ou puerpério e/ou puericultura	4	28,6
- A atenção é mais voltada para o recém-nascido	2	14,3
- Falta de valorização do assunto	1	7,1

Vários estudos destacam lacunas nas práticas de detecção, tratamento e encaminhamento ao redor do mundo.

1. Lacunas na detecção e encaminhamento: Goodman e Tyer-Viola (2008) descobriram que um número significativo de mulheres que apresentaram resultado positivo para depressão ou ansiedade durante a gravidez e o pós-parto não foram identificadas por seus provedores obstétricos. Apenas uma pequena porcentagem recebeu tratamento de saúde mental ou encaminhamentos, indicando uma falta de práticas adequadas de detecção e encaminhamento.

2. Desconexão entre as crenças e as práticas dos médicos: Leiferman *et al*. (2008) relataram que, embora a maioria dos médicos de atenção primária reconheça a importância de reconhecer a depressão materna, uma proporção substancial raramente a avalia ou fornece encaminhamentos. Isso sugere uma desconexão entre as crenças dos médicos e as práticas reais.

4. Falhas na comunicação: Farr *et al*. (2016) descobriram que, embora a maioria das mulheres tenha relatado discutir a depressão perinatal com seus provedores, houve variações significativas com base em fatores demográficos. Isso sugere que nem todas as mulheres recebem informações ou suporte consistentes sobre a depressão perinatal.

5. Pouca triagem durante a gravidez: Bailey *et al.* (2022) observaram que, embora a maioria dos clínicos obstétricos faça a triagem para depressão, poucos o fazem durante a gravidez. Esse foco no período pós-parto pode perder oportunidades de intervenção precoce.

No geral, esses estudos destacam que, apesar da conscientização sobre a importância de abordar a depressão periparto, há falhas significativas na prática, incluindo triagem inconsistente, encaminhamentos inadequados e disparidades no atendimento.

5.1.4 Relação entre a caracterização dos médicos e a abordagem da condição psicológica materna pelos mesmos

Os resultados apresentados na tabela 5 apontam para a relação entre o diagnóstico prévio de depressão materna e a frequência com que essa condição psicológica é abordada nas consultas médicas.

Tabela 5 - Correlações entre a caracterização dos médicos e a frequência da abordagem da condição psicológica materna, por eles, nas consultas

Variáveis	**N**	**%**
Diagnóstico prévio de depressão e frequência da abordagem da condição psicológica materna nas consultas	**18**	**100**
– Teve depressão e aborda sempre	7	38,9
– Teve depressão e aborda frequentemente	7	38,9
– Teve depressão e aborda raramente	4	22,2
Ausência de diagnóstico prévio de depressão e frequência da abordagem da condição psicológica materna nas consultas	**32**	**100**
– Não teve depressão e aborda sempre	9	28,1
– Não teve depressão e aborda frequentemente	13	40,6
– Não teve depressão e aborda raramente	10	31,2
Pontuação dada à abordagem em relação ao assunto depressão pós-parto na graduação pelos médicos que raramente abordam a condição psicológica materna nas consultas.	**14**	**100**
– Pontuou como totalmente insatisfatório ou totalmente insatisfatório	6	42,9
– Pontuou como regular	4	28,6
– Pontuou como satisfatório ou totalmente satisfatório	2	14,3
Pontuação dada à abordagem em relação ao assunto depressão pós-parto na graduação pelos médicos que frequentemente abordam a condição psicológica materna nas consultas.	**20**	**100**
– Pontuou como insatisfatório ou totalmente insatisfatório	8	40,0
– Pontuou como regular	6	30,0
– Pontuou como satisfatório ou totalmente satisfatório	6	30,0
Pontuação dada à abordagem em relação ao assunto depressão pós-parto na graduação pelos médicos que	**16**	**100**

<u>frequentemente</u> abordam a condição psicológica materna nas consultas.		
– Pontuou como insatisfatório ou totalmente insatisfatório	6	37,5
– Pontuou como regular	6	37,5
– Pontuou como satisfatório ou totalmente satisfatório	4	25,0
Sexo e frequência da abordagem da condição psicológica materna		
- Feminino	**37**	**100**
- Raramente	6	16,2
- Frequentemente	16	43,2
- Sempre	15	40,5
- Masculino	**13**	**100**
- Raramente	7	53,8
- Frequentemente	5	38,5
- Sempre	1	7,7
Tempo de formado e frequência da abordagem da condição psicológica materna		
- menos de 10 anos	**12**	**100**
- Raramente	3	25,0
- Frequentemente	8	66,7
- Sempre	1	8,3
- de 10 a 20 anos	**16**	**100**
- Raramente	4	25,0
- Frequentemente	4	25,0
- Sempre	8	50,0
- mais de 20 anos	**22**	**100**
- Raramente	7	31,8
- Frequentemente	8	36,4
- Sempre	7	31,8
Área de atuação/especialização e frequência da abordagem da condição psicológica materna		
- Área de atuação profissional – pediatra	**31**	**100**
- Raramente	5	16,1
- Frequentemente	13	41,9
- Sempre	13	41,9
- Área de atuação profissional / Médico de Saúde da Família	**8**	**100**
- Raramente	3	37,5
- Frequentemente	4	50,0
- Sempre	1	12,5

- Área de atuação profissional / Ginecologista-obstetra	**8**	**100**
- Raramente	2	22,2
- Frequente	4	55,6
- Sempre	2	22,2
- Área de atuação profissional / outros (pneumopediatra, alergista infantil, urologista infantil)	**3**	**100**
- Raramente	3	100
- Frequente	-	-
- Sempre	-	-

Médicos do sexo feminino tendem a abordar a condição psicológica materna com mais frequência (86% abordam sempre ou frequentemente) em comparação com médicos do sexo masculino (46%).

Estudo realizado por Shin *et al*. (2015) sugere que as médicas tendem a ter um estilo de comunicação mais centrado no paciente, particularmente em casos psicossociais, o que pode implicar um foco maior nas condições psicológicas. Isso se alinha com a noção de que as médicas podem se envolver mais em discussões envolvendo questões psicossociais.

Outro achado do nosso estudo, implica que profissionais com menos de 20 anos de formação apresentam maior frequência de abordagem, sendo que 75% abordam frequentemente ou sempre. Aqueles com mais de 20 anos de experiência apresentam uma abordagem distribuída entre rara, frequente e sempre.

A reformulação do currículo, ao longo dos anos, teve um impacto positivo na formação mais humanística do médico (Cordeiro *et al.,* 2024). Pode-se observar na tabela 5 uma maior taxa de abordagem da depressão, entre os médicos com menor tempo de formação.

Pediatras e ginecologistas-obstetras abordam com uma frequência maior o tema (acima de 77% sempre ou frequentemente); já, entre os médicos que atuam na estratégia saúde da família o percentual de abordagem foi de 62,5%; enquanto médicos de outras áreas, como alergistas e urologistas pediátricos, relataram abordar raramente essa condição.

De acordo com Moraes (2021), as consultas de pré-natal deveriam ser momentos de oportunidade para se dar orientações antecipatórias a respeito do impacto emocional que a gravidez e puerpério podem trazer à gestante. Porém, muitos

profissionais não abordam o tema, por desconhecimento ou por despreparo em lidar com os aspectos psicológicos de suas pacientes.

Já em relação às consultas de puericultura, Bass III e Bauer (2018) evidenciaram em sua pesquisa que menos da metade dos pediatras pergunta às mães sobre sintomas depressivos. Os mesmos afirmam que há uma enorme oportunidade para os pediatras abordarem questões emocionais, pois as mães parecem estar dispostas a discutir problemas de saúde mental em consultas pediátricas.

Esses achados sugerem que a formação acadêmica e a experiência profissional, além da especialização, influenciam a abordagem da condição psicológica materna nas consultas, especialmente no contexto de depressão pós-parto.

5.2 PUÉRPERAS

5.2.1 Caracterização das puérperas

Os principais achados do estudo revelam um perfil sociodemográfico diverso entre as puérperas entrevistadas, com uma frequência maior de jovens entre 26 e 29 anos (35%) e uma maioria com nível de escolaridade de ensino médio completo (45%). Em termos de contexto gestacional, 75% das participantes tiveram pelo menos duas gestações e 80% não relataram abortamentos prévios. A ocupação principal foi identificada como "do lar" em 35% dos casos, com a maioria das entrevistadas em uma união estável ou casadas (80%).

Em relação à renda, 45% possuem renda per capita inferior a um salário mínimo e 50% tiveram gestações planejadas, enquanto 45% indicaram gestações não planejadas, porém desejadas e 5% não planejadas e não desejadas Intercorrências gestacionais foram relatadas em 60% das entrevistadas e 55% afirmaram serem as principais provedoras de renda da família.

No que tange ao histórico de depressão, 15% das puérperas relataram um antecedente pessoal, enquanto 60% indicaram antecedentes familiares de depressão, predominantemente associados à figura materna (20%). Além disso, todas as entrevistadas mencionaram ter experimentado alterações emocionais durante a

gestação, e 90% afirmaram que essas alterações comprometeram algum aspecto de sua vida familiar, social ou emocional.

Um dado preocupante é a falta de abordagem sobre a condição psicológica materna durante as consultas, com 75% das entrevistadas não recebendo orientações adequadas.

Brito *et al.* (2022), em estudo que buscou descrever a prevalência de depressão autorreferida na população brasileira adulta a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, identificou um percentual de 10,2% ($IC_{95\%}$). Este mesmo estudo identificou taxas maiores entre mulheres (14,7%; $IC_{95\%}$ 14,1;15,4; p-valor < 0,001).

Em 60% dos casos, as entrevistadas relataram histórico familiar de depressão. Das que relataram histórico familiar, a maior ocorrência ocorreu em mulheres (mãe e/ou irmãs), ocorrência em 58,2% das afirmações. A maior prevalência de histórico de depressão entre o sexo feminino é consistente com as literaturas nacional e internacional (Kuehner, 2017; Viana; Corassa, 2020). Porém, as mesmas apontam as mulheres como duas vezes mais propensas a desenvolver depressão no curso da vida do que os homens, sendo que nesta pesquisa observou-se uma a proporção um pouco menor, evidenciando, provavelmente, um aumento de casos de depressão no sexo masculino, em relação aos casos no sexo feminino.

A totalidade das entrevistadas afirmou ter ocorrido alterações emocionais durante suas gestações e 90% afirmaram que aspectos de sua vida (familiar e/ou social e/ou emocional) foram afetados.

A literatura especializada revela que uma em cada quatro gestantes vivencia transtornos emocionais, sendo que 48% daquelas que manifestam ansiedade e 70% das que apresentam depressão pré-natal permanecem em sofrimento psíquico no período pós-parto e nos primeiros anos de vida de seus filhos, caso não recebam orientação e apoio especializados (Lucci *et al.,* 2016).

A ansiedade gestacional é identificada como um importante fator de risco para Depressão Pós-Parto. Essa caracterizando-se por um estado de insatisfação, intranquilidade, insegurança, medo, sentimento de incompetência, alterações do sono (Garfield *et al*., 2015).

A maioria, 75% das puérperas entrevistadas não receberam abordagem médica em relação à sua condição psicológica nas consultas de pré-natal, puerpério

e/ou puericultura. Tal ocorrência se contrapõe ao percentual de frequência de abordagem pontuada como sempre ou frequentemente, no questionário aplicado aos médicos, que foi de 72%. Considerando-se que o médico, ao receber o convite, teve acesso ao título da pesquisa, antes mesmo de abrir o link do questionário, pode-se inferir que profissionais mais interessados pelo tema tenham aderido mais à pesquisa.

Apesar da alta frequência de queixas depressivas na gravidez, a percepção e o manejo de sintomas psiquiátricos na gestação estão longe de receber a devida atenção dos médicos ginecologistas e obstetras. Segundo Arrais, Araújo e Schiavo (2019) menos de 20% dos cuidados pré-natais visam diagnosticar e tratar dificuldades em nível de Saúde Mental.

Tabela 6 – Caracterização sociodemográfica, contexto gestacional e histórico de depressão das puérperas entrevistadas (n=20)

Variáveis	n	Nº	%
Idade em anos	20		
- 18-21		3	15
- 22-25		5	25
- 26-29		7	35
- 30-33		1	5
- 34-37		4	20
Escolaridade	20		
- Ensino superior completo		5	25
- Ensino superior incompleto		2	10
- Ensino médio completo		9	45
- Ensino médio incompleto		1	5
- Ensino fundamental incompleto		3	15
Gestações	20		
- duas		15	75
- três		2	10
- quatro		1	5
- cinco		1	5
- sete		1	5
Abortamentos	20		
- nenhum		16	80
- um		3	15
- dois		1	5
Ocupação	20		
- do lar		7	35
- dentista		1	5
- arquiteta		1	5
- atendente de balcão		2	10

- cozinheira		1	5
- serviços gerais		1	5
- auxiliar contábil		1	5
- auxiliar administrativo		1	5
- promotora de vendas		1	5
- operadora de caixa (desempregada)		1	5
- analista de crédito		1	5
- estudante		1	5
- enfermeira		1	5
Estado civil	20		
- casada		6	30
- solteira		4	20
- em união estável		10	50
Renda *per capita* (em salários mínimos)	20		
- Menor que um		9	45
- Entre 1 e 2		9	45
- Entre 3 e 4		2	10
Panejamento e desejo das gestações	20		
- Planejadas		10	50
- Não planejadas, mas desejadas		9	45
- Não planejadas e não desejadas		1	5
Intercorrência em qualquer gestação	20		
- Sim		12	60
- Não		8	40
Provedoras da renda familiar	20		
- Sim		11	55
- Não		9	45
Apoio familiar no cuidado com os filhos	20		
- Sim		11	55
- Não		9	45
Antecedente pessoal de depressão	20		
- Não		17	85
- Sim		3	15
Antecedente familiar de depressão	20		
- Sim		12	60
- Não		8	40
Antecedente familiar de depressão	20		
- Mãe		4	20
- Pai		3	15
- irmã		1	5
- irmão		1	5
- mãe e irmã		1	5
- mãe e pai		1	5
- avô		1	5
Ocorrência de alterações emocionais durante gestações	20		
Sim		20	100

Não		-	-
Comprometimento de algum aspecto da vida (familiar e/ou social e/ou emocional)	20		
Sim		18	90
Não		2	10
Recebimento de abordagem sobre condição psicológica materna nas consultas (pré-natal/ puerpério/puericultura)	20		
- Não receberam		15	75
- Abordagem pelo obstetra		2	10
- Abordagem pelo médico da família		2	10
- Abordagem pelo pediatra		1	5
Tipo de internação hospitalar (internação atual)			
SUS		10	50
Convênios médicos		10	50

Os achados apontados na tabela 6 indicam a necessidade de maior atenção e integração de aspectos de saúde mental nos cuidados pré-natais e no puerpério, especialmente diante dos contextos de vulnerabilidade social e antecedentes de saúde mental presentes na amostra estudada.

A integração de aspectos de saúde mental nos cuidados pré-natais e pós-parto é fundamental, especialmente para indivíduos com vulnerabilidade social e com histórico de problemas psiquiátricos. As condições de saúde mental, como a depressão e a ansiedade perinatais, são prevalentes e têm um impacto significativo na saúde materna e infantil. Estas condições são frequentemente subdiagnosticadas e subtratadas, especialmente em populações vulnerabilizadas que enfrentam barreiras no acesso aos cuidados (Gopalan *et al.*, 2022; Zimmermann *et al*., 2024).

A integração dos serviços de saúde mental nos cuidados obstétricos pode enfrentar estes desafios, melhorando a identificação precoce e a intervenção em problemas de saúde mental. Essa abordagem é essencial para populações com histórico de depressão, ansiedade, trauma e uso de substâncias, bem como para aquelas que sofrem violência por parceiro íntimo (Gopalan *et al.*, 2022). Os determinantes sociais da saúde, como as desvantagens socioeconómicas e o estado de minoria racial ou étnica, agravam ainda mais estes riscos, realçando a necessidade

de intervenções personalizadas (Basile-Ibrahim *et al*., 2024; Wisner; Murphy; Thomas, 2024).

A incorporação de cuidados de saúde mental em ambientes pré-natais pode mitigar resultados negativos, fornecendo apoio abrangente que atenda às necessidades médicas e psicossociais. Isto é particularmente importante para as mulheres negras e outros grupos vulnerabilizados que enfrentam encargos desproporcionais de saúde mental e disparidades nos cuidados de saúde. Modelos de cuidados pré-natais em grupo que incluem componentes de saúde mental têm se mostrado promissores na redução dessas disparidades, promovendo ambientes de apoio e atendendo a necessidades culturais e sociais específicas (Kemet *et al*., 2022).

Além disso, em países de baixo e médio rendimento, a integração dos cuidados de saúde mental nos cuidados maternos de rotina demonstrou melhorar tanto a saúde mental materna como os resultados de saúde infantil, embora haja necessidade de planos de intervenção mais abrangentes (Prom *et al*., 2022).

Outra abordagem consiste na caracterização sociodemográfica e contexto gestacional das gestantes com antecedente pessoal de depressão, que está apresentada na Tabela 7. Entre os principais achados destaca-se que entre as puérperas entrevistadas, há uma frequência importante a ser levada em consideração, o histórico familiar de depressão, presente em todas as participantes com antecedentes pessoais de depressão.

Tabela 7 - Caracterização sociodemográfica e contexto gestacional das gestantes com antecedente pessoal de depressão (n=3)

Variáveis	Nº	**%**
Relação temporal da depressão prévia com a gestação e/ou com o puerpério	2	66,7
Histórico familiar de depressão	3	100,0
Intercorrência em qualquer gestação	2	66,7
Abortamento prévio	1	33,3
Renda per-capita menor de 1 salário mínimo entre as puérperas com antecedente pessoal de depressão	2	66,7
Estado civil “solteira” entre as puérperas com antecedente pessoal de depressão	-	-
Provedora de renda familiar	2	66,7
Falta de planejamento de alguma gestação	1	33,3

Escolaridade		
- Escolaridade superior completo	2	66,7
- Escolaridade fundamental incompleto	1	33,3
Idade		
26-29 anos	2	66,7
34-37 anos	1	33,3

No tocante à escolaridade, prevalências mais elevadas entre pessoas nos extremos das faixas de escolarização são condizentes com a literatura, que aponta maior incidência de transtornos mentais tanto entre indivíduos com baixo nível socioeconômico e educacional (Lund *et al.,* 2018) como entre aqueles com maior escolaridade e com maior acesso às informações sobre saúde e aos serviços de saúde privados e conveniados (Brito *et. al*, 2022; Haroz *et al.,* 2016; Lopes *et al.,* 2016).

Já em relação à faixa etária, puérperas jovens (18 a 25 anos) não relataram ocorrência depressão prévia, sendo compatível com estudo de prevalência de depressão autorreferida no Brasil entre 2019 e 2013, realizado por Brito *et al*. (2022).

5.2.2 Análise das percepções das puérperas em relação à abordagem de sua condição psicológica nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura

A análise do material empírico, resultante das entrevistas, possibilitou a identificação de núcleos de sentido relativos às percepções das puérperas no tocante à condição psicológica das mesmas e à abordagem desta nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura. Os núcleos foram agrupados em quatro categorias analíticas, criadas à luz do referencial teórico sobre psicologia e psicopatologia perinatal de Moraes (2021), sendo elas: o estado emocional materno; o comprometimento dos aspectos da vida diária com o advento da maternidade; a abordagem médica do estado emocional materno, e a importância da abordagem da depressão periparto.

Quadro 2 - Síntese das categorias e núcleos de sentido referente à abordagem de sua condição psicológica nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura.

Categorias analíticas	Núcleos de significado
O estado emocional materno	• Alterações emocionais e sentimentos maternos. • Rede de apoio familiar e/ou social. • Experiências gestacionais negativas interferindo no estado emocional materno. • A preocupação com a amamentação. • Questões financeiras e o estado emocional materno.
O comprometimento dos aspectos da vida diária com o advento da maternidade.	• A rotina da casa. • A rotina do trabalho fora de casa. • A relação familiar. • Vida social.
A abordagem médica do estado emocional materno.	• A falta de abordagem médica. • O foco no bebê. • Abordagem holística do binômio mãe/bebê.
A importância da abordagem da depressão periparto.	• A importância do conhecimento prévio materno para o diagnóstico precoce. • A consulta médica como um espaço para externar emoções. • O preconceito social em relação à depressão periparto.

5.2.2.1 O estado emocional materno

Nesta categoria analítica foram reunidos os núcleos de sentido relativos ao estado emocional materno.

Todas as puérperas entrevistadas relataram alguma alteração em seu estado emocional durante a gestação e/ou puerpério.

O puerpério é um momento de muitas alterações não apenas biológicas, mas também, psicológicas e sociais, sendo considerado a época de maior vulnerabilidade para ocorrência de transtornos psiquiátricos (Kaplan; Sadok; Grebb, 2017).

De acordo com Moraes (2021), as circunstâncias sociais, familiares, físicas, intrapsíquicas e relacionais, em que ocorre a gravidez, podem ser concernentes às várias reações emocionais por parte da mãe ou de ambos os pais.

Os núcleos de sentido que compuseram esta categoria foram: Alterações emocionais e sentimentos maternos; rede de apoio familiar e/ou social; experiências gestacionais negativas interferindo no estado emocional materno; preocupação com a amamentação, questões financeiras e o estado emocional materno.

5.2.2.1.1 Alterações emocionais e sentimentos maternos

Relatos de alterações emocionais, durante e após a gestação, apareceram em todos os discursos. Tais alterações emocionais foram identificadas através da descrição dos sentimentos maternos durante as entrevistas.

> “(...) eu só fiquei com medo de ele não mamar e de ter que ficar mais tempo internada; ter algum problema nele, né? Medo, medo, também, de perder né? Durante a gravidez, o medo também de perder. Era mais o medo mesmo.” P2

> “Ah, só no começo que eu tive estas alterações emocionais, quando eu descobri. Não estava esperando, e quando descobri, já estava com 5 meses.” P4

> “Sim, na gestação eu fiquei mais emocionada, porque eu já era emotiva. Fiquei mais chorona. (...) Não sabe lidar com a situação, se sente culpada, muitas vezes, por não estar conseguindo algo com o bebê (...)” P5

> “Nessa eu fiquei bastante ansiosa, bastante ansiosa e, deixa eu ver como que eu posso explicar, eu acho que nessa eu tive bastante ansiedade” P8

> “Dessa última, agora, eu fiquei bem triste, é, é, bastante.” P9

> “É, durante a gestação, em alguns momentos, eu estive mais sensível. A gente fica mais sensível, mais chorona, assim, mas acho que foi só isso assim.” P10

> “Ah mais ansiosa, né? Medo, medo, de não dar conta, de não dar conta.” P13

> “(...) assim, tive muito alto e baixo também, meses felizes, muitos tristes, assim, mas foi no geral isso.” P14

> “No começo dessa gestação, eu não sabia que eu estava grávida, foi um momento de tensão, de depressão, pra mim era uma depressão, daí a doutora fez exame e falou - aí sua depressão. Eu já estava com dois meses. Eu estava tendo crises emocionais, eu achei que estava entrando na menopausa e eu não estava com depressão não, era a bebê.” P17

> “A primeira gestação, é tudo novo, né? Alegria, também, tudo novo, um pouco de medo, insegurança, a gente acha que sabe e não sabe, tudo é experiência. Na segunda, a gente se sente mais com mais, confiança.” P17

> “Na gravidez dela eu fiquei mais emotiva. Na do meu outro, era muito cedo e na dela, eu queria o pai dela 3 metros longe de mim. Fiquei mais nervosa um pouco. No dela eu fiquei bem emotiva, eu perdi minha avó recentemente, eu chorei bastante.” P18

Os discursos acima demonstram que, já no período gestacional, a mulher passa a apresentar momentos de labilidade emocional.

Theme Filha (2021) salienta que o período gestacional é marcado por grandes transformações, não apenas no aspecto físico e hormonal, como também, nos aspectos culturais e psicológicos. Este conjunto de modificações propicia uma variedade de oscilações emocionais: ao mesmo tempo em que a gestante apresenta a alegria, euforia, podem coexistir sentimentos negativos como temores, anseios, insegurança e dúvidas (Moraes, 2021).

A dificuldade de se aceitar as modificações corporais estéticas que ocorrem durante a gravidez surgiu em um discurso:

> “Não conseguia aceitar o corpo. Foi, foi mais no final que eu aceitei, no começo eu não consegui aceitar. Eu não queria mais ficar em casa, eu não conseguia aceitar a gestação; conversar sobra a gestação, então, eu não queria, tanto é que eu tirei uma foto só agora no final da gestação, eu não consegui tirar foto.” P11

De acordo com Piccinini *et al.* (2008), as transformações que ocorrem no corpo da mulher que gesta, podem ser encaradas, pela mesma, de uma forma angustiante, ocasionando sentimentos de insatisfação e, por vezes, de ameaça à sua autoimagem.

No pós-parto, os discursos também foram marcados por modificações no estado emocional das puérperas entrevistadas:

> “No primeiro filho, no pós-parto, tudo é muito intenso. A alteração emocional, um sentimento de tristeza, de angustia. Quando meu esposo voltou a

> trabalhar, foi muito claro, assim, para mim, um sentimento de solidão. (...) Isso foi o que eu mais me lembro; parece que você tá sozinha.” P1
>
> “Eu sentia muita tristeza. Eu achei que eu ia ficar super feliz, e, na minha primeira gestação, eu fiquei triste. (...) No finalzinho da gestação senti, da segunda gestação senti tristeza no final, e da primeira filha, só após o parto. P3
>
> “Durante essa gravidez foi tudo normal, mas agora eu estou sentido tristeza, porque estou aqui há 8 dias e eu quero ir embora. Aí eu também me sinto agoniada. Porque essa gravidez não foi planejada, eu também fiquei em desespero.” P19

Os discursos acima demonstram que o estado psicológico se apresenta bastante vulnerável também no período pós-parto.

No puerpério imediato, primeiros dois meses após o parto, as mulheres têm que enfrentar os ajustes biológicos, como as mudanças hormonais, mudança do eixo de equilíbrio corporal, sangramentos vaginais, dores decorrentes do parto cesariano ou da episiotomia e problemas no início da amamentação (Moraes, 2021).

O período do puerpério é, frequentemente, considerado como a fase mais desafiadora da maternidade, pois, considerando todos os ajustes biológicos que estão acontecendo, a mãe ainda precisa se equilibrar com as necessidades do recém-nascido (Maldonado, 2013).

Os discursos evidenciam que, não apenas durante a gestação, mas também no período pós-parto, o estado psicológico apresenta-se bastante vulnerável, ressaltando a importância de uma atenção continuada dos profissionais de saúde à mulher durante toda sua gravidez e também no período que se segue ao parto.

As alterações emocionais relacionadas ao sentimento de responsabilidade de ser mãe e de insegurança em cuidar de seu bebê surgiu neste discurso:

> “Fiquei muito emocionada na primeira vez que vi o meu primeiro bebê. Aí depois, eu fiquei já mais um pouquinho preocupada pelas coisas (...) Depois do parto, também fiquei preocupada, como ele estava, se ele estava bem, se ele estava pegando certo as coisinhas e tudo.” P6

Na primeira gestação, somado a tudo o que foi mencionado anteriormente, a mulher ainda necessita construir a sua identidade materna, encarando mudanças relacionais importantes, como a passagem do papel de filha para o de mãe e a

mudança de uma relação diádica, com o companheiro, para uma relação que inclui o filho (Maldonado, 2013; Moraes, 2021).

A desordem de humor pós-parto pode ser dividida em três estágios, ordenados pela gravidade dos sintomas, sendo eles: o baby blues, a depressão pós-parto e a psicose puerperal. O baby blues é uma síndrome que inclui sinais e sintomas como: humor deprimido, ansiedade, choro fácil, irritabilidade, inapetência e insônia. O baby blues ocorre em 50 a 80% das mães, em geral, os sintomas são considerados leves e desaparecem espontaneamente em duas semanas (Sriraman; Pham; Kumar, 2017).

Os relatos mencionados anteriormente se aproximam do baby blues, já nos discursos a seguir, emergem relatos que sugerem ocorrência de sintomas mais graves dos que, habitualmente, ocorrem no *babyblues*:

> “(...) me bate o desespero, tipo assim, eu fico sozinha, aí eu já começo a ficar com pensamento estranho, aí eu já começo só a chorar, já me bate aquela tristeza, eu me sinto sozinha. (...) Eu só chorava, não comia, não dormia, eu já não queria saber mais de nada, queria ficar só lá, escondida ali dentro, sem ninguém me ver, sem ninguém ir lá perto de mim pra conversar, tipo eu não queria aquilo lá, só batia tristeza mesmo, não sei explicar, mas era uma tristeza bem profunda, que doía assim, dentro de mim. É ainda mais quando eu ouvia as vozes, aí que eu me desesperava ainda mais, parecia que, sei lá, tinha alguma coisa ali, falando.” P7

> “Só pro primeiro filho, porque ele nasceu prematuro. Assim, no primeiro momento eu achei que não ia conseguir ter ele, que ele sobrevivesse, né? Porque ele nasceu de seis meses, e agora ele já está com onze anos. Eram muitas emoções em uma. Eu só, só chorava.” P12

> “Nossa eu tinha vontade de chorar a todo momento, doutora! Durante a gravidez não. Foi no pós-parto mesmo que eu sofri muito. (...) Mente muito estressada, é isso.” P15

Aproximadamente 25% das pacientes que apresentam sinais e sintomas do baby blues, evoluem para depressão pós-parto, cujos sintomas são mais intensos, comprometendo a capacidade materna de autocuidado e de cuidado com seu bebê (Kaplan; Sadok; Grebb, 2017; Ministério da Saúde, 2022).

Neste sentido, é imprescindível que as mulheres e seu núcleo familiar sejam orientados a respeito do baby blues e sobre a possibilidade de evolução para um quadro mais grave, o da depressão. Assim, quando da ocorrência dos sintomas depressivos, as mães seriam capazes de reconhecê-los e de procurar ajuda profissional.

5.2.2.1.2 *Rede de apoio familiar e/ou social*

Todas as mães entrevistadas relataram ter apoio de algum familiar e a correlação entre as alterações emocionais e o apoio familiar e/ou social mostrou-se presente nos discursos.

Nos relatos abaixo, a figura do companheiro, do pai da criança, surge como figura fundamental de apoio a puérpera:

> “Quando meu esposo voltou a trabalhar, foi muito claro, assim, para mim, um sentimento de solidão.” P1
>
> “Não, porque, talvez, meu esposo me compreendesse, ele sabia que aquilo era de momento, então ele sentava, conversava, me acalmava e ficava tudo bem.” P5
>
> “Meu marido me entende bastante, aí quando ele vê que eu já não estou bem, ele já vem conversar comigo, pra ver o que que ele pode fazer. Mas nessa parte de ajudar, na gravidez e fora da gravidez, também, se eu estou sentindo alguma coisa, ele fala que se eu não der conta de fazer, não precisa fazer, que na hora que ele chegar, ele faz.” P7
>
> “Não, as vezes eu ficava muito nervosa, mas não a ponto de ficar sozinha. Eu sempre tive apoio do meu marido.” P18

O companheiro é uma figura fundamental para o suporte emocional na perinatalidade e a participação ativa do mesmo propicia menos angústia à mãe (Moraes, 2021); seu apoio é crítico para o tratamento e recuperação de uma depressão periparto (Ministério da Saúde, 2013).

Considerando o fato, ressalta-se a importância de se incentivar a participação do pai nas consultas de pré-natal e em toda a preparação para a vinda de seu filho, a fim de se propiciar maior vínculo com o bebê, ainda durante a gestação.

A importância do apoio de outros familiares também foi marcante nas entrevistas:

> “Assim, não tinha tanto, porque minha sogra estava do meu lado, me ajudou bastante.” P12
>
> “É, tinha hora que caia lá em baixo, mas tinha fatores externos que influenciavam, né? Tipo questões financeiras, preocupações financeiras também, questão de apoio familiar, que eu esperava de alguns parentes e eu não tive. Mas, foram mais esses fatores mesmo.’ P14

Almeida *et al*. (2022) certificam que, no pós-parto, a família tende a tornar-se a principal rede de apoio e suporte à mãe. Quando a família se posiciona como possível provedora de segurança e de afeto, essa se torna um fator de proteção contra a depressão pós-parto.

Fora do núcleo familiar, o ambiente religioso e os amigos surgem como fonte de apoio à puérpera:

> "(...) a igreja, também, fez o suporte que nos ajudou muito a ver o cuidado de Deus com a nossa família, o zelo e nos fortaleceu muito. (...) Aí onde os nossos amigos foram muito importantes, a igreja, o compromisso da gente se esforçar um pouquinho mais. É claro que a gente tem o limite da gente, muitas vezes a gente dá um salto de superação porque a gente tem apoio e isso nos ajuda muito." P16

O apoio social, dos amigos, dos vizinhos, da comunidade, pode atuar, incentivando o autocuidado e proporcionando momentos de lazer. Tal suporte dado durante o período gravídico-puerperal é considerado um fator de proteção determinante na saúde mental materna (Almeida *et al*., 2022).

Desta forma, a presença da rede de apoio familiar e/ou social, além de prover uma sensação de segurança, auxilia a mãe no processo de compreensão e de saber como lidar com as alterações emocionais que ocorrem na gestação/parto/puerpério.

5.2.2.1.3 Experiências gestacionais negativas interferindo no estado emocional materno

A correlação entre alterações no estado emocional materno e experiências gestacionais negativas surgiram nos seguintes discursos:

> "Aí eu fiquei... eu não tinha esperança nenhuma de ele chegar, de ele até... quando eu estava com uns quatro meses, eu não tinha uma esperança que ele ia nascer com vida, porque até os seis meses, ela falou pra mim que era considerado um aborto, então, até os seis meses eu ficava nervosa, chorava muito também, com medo." P2

> "Aí depois, eu fiquei já mais um pouquinho preocupada pelas coisas, de fazer exame e tudo. Também, porque eu fiquei com pressão alta e não abaixava não." P5

> “Eu sentia muita tristeza, porque eu achava que eu ia passar tudo que eu tinha passado com a outra filha. Foi da prematuridade, porque ela ficava muito doente, ela ficava muito doente, a gente não conseguia, assim, sabe, permanecer com ela estável, ela sempre ficava toda semana, gripe, alguma coisa. Ficou internada na UTI.” P11

> “Assim, no primeiro momento eu achei que não ia conseguir ter ele, que ele sobrevivesse, né? Porque o meu primeiro filho nasceu de seis meses, e agora ele já está com onze anos.” P12

> “A segunda gestação eu já passei por um momento mais delicado, onde, com a descoberta da gravidez, veio um sangramento e eu fiquei bem apreensiva, bem preocupada e onde a gente já contava com a minha filha de quatro anos, então, houve muito uma ruptura de atenção, de cuidado, de zelo, por conta desse repouso forçado e logo em seguida, também, minha mãe veio a falecer, o que me deixou um pouco mais abalada.” P16

As vivências estressantes e traumáticas durante a gestação, podem propiciar o desenvolvimento de doenças como ansiedade, depressão e até mesmo psicose. (Arrais; Araujo, 2017 e Moraes, 2021). Podendo-se incluir nestas vivências negativas: a gravidez precoce, a gestação não planejada e/ou não aceita, abortamentos prévios, prematuridade, assistência ruim em parto anterior, intercorrências clínicas durante a gestação, entre outras (Arrais; Araujo, 2017).

Faz-se importante, desta forma, identificar, previamente, a ocorrência de tais experiências a fim de se prover suporte psicológico necessário para a manutenção da saúde mental da gestante/puérpera.

5.2.2.1.4 A preocupação com a amamentação

A preocupação com a amamentação apareceu nos discursos como um fator relacionado ao estado emocional no pós-parto imediato:

> “Daí depois que eu tive ela, eu chorei, por conta de ela não pegar direito o peito, mas daqui a pouco já melhorou, ela pegou direitinho, aí eu fiquei calma e ela ficou calma também.” P5

> “Por conta de sido a primeira gestação, dúvidas na amamentação, em dar banho, deu medo, medo de não dar conta.” P15

As imagens difundidas na mídia, que mostram a amamentação como um ato fácil e natural, nem sempre são verdadeiras (Moraes, 2021). Almeida, Luz e Ued

(2014), em sua pesquisa revelaram que, em geral, os profissionais de saúde também têm considerado a prática da amamentação como exclusivamente instintiva e biológica.

Desta forma, muitas vezes, quando a mãe se depara com alguma dificuldade no processo, sente-se culpada e incompetente (Moraes, 2021). Faz-se imperioso, assim, que durante o pré-natal, o profissional de saúde desmistifique a amamentação como um processo sempre simples, indolor e prazeroso desde o início. A mãe deve estar ciente de que dificuldades podem ocorrer e que podem ser potencialmente superadas.

5.2.2.1.5 Questões financeiras e o estado emocional materno

Nos discursos abaixo, questões financeiras foram relatadas em associação às alterações emocionais negativas, durante a gestação e puerpério:

> "É, tinha hora que caia lá em baixo, mas tinha fatores externos que influenciavam, né? Tipo questões financeiras, preocupações financeiras também (...)." P14

> "No meu trabalho me demitiram porque eu estava grávida, estou processando eles, eu também chorei bastante, porque eu queria continuar trabalhando. E agora eu estou um pouco emotiva também. Tudo eu fui conquistando." P18

A maior parte das doenças estão relacionadas com os determinantes sociais da saúde, que abrangem questões sociais e econômicas (Stringhini *et al.*, 2017). A presença de dificuldades financeiras é relatada como fator de predisposição para depressão pós-parto em diversos estudos e por diversos autores, dentre eles: Lima *et al*., 2023; Santos *et al*., 2022; Terrone *et al.*, 2023).

Assim sendo, a visão holística da paciente durante a consulta, que inclui o conhecimento de suas condições socioeconômicas, faz-se, portanto, extremamente necessária.

5.2.2.2 O comprometimento dos aspectos da vida diária com o advento da maternidade

Nesta categoria analítica foram reunidos os núcleos de sentido relativos ao comprometimento dos aspectos da vida diária com o advento da maternidade.

Com o advento da maternidade, faz-se necessária a redefinição de papéis que a mulher exercia, surgindo a necessidade de adaptações em sua vida. Além das mudanças psicossociais, a puérpera iniciará o processo de conhecimento de seu bebê, do cuidado com o mesmo, tendo que reorganizar sua rotina, considerando a presença do novo membro (Behar, 2018; Moraes, 2021).

Os núcleos de sentido que compuseram esta categoria foram: a rotina da casa; a rotina do trabalho fora da casa; a relação familiar e o apoio social.

5.2.2.2.1 A rotina da casa

Os sentimentos advindos das mudanças na rotina da casa, com o nascimento dos filhos, aparecem nos discursos abaixo:

> “Eu acho que tanto no cuidado com meu primeiro filho, quanto dentro de casa, afetou, afetou muito. Eu não conseguia dormir, por conta dele, então, foi bem difícil. Dentro de casa, nas rotinas com ele mesmo, também. Eu acho que eu aproveitei muito pouco o início do meu primeiro filho por conta dessa exaustão, desses sentimentos.” P1

> “Sim, bastante, porque as vezes eu não dava conta de fazer uma comida, me dava ânsia, aí eu já me sentia, meu Deus, eu tenho que fazer, porque não tem outra pessoa pra fazer pra mim, aí as vezes eu queria fazer alguma coisa e sentia dor, as vezes você não tá pronta pra você fazer as coisas, né? Mas você tem que fazer e, às vezes, eu não dava conta de fazer, daí eu chorava, aí eu ficava triste, (...) Teve dia, que o meu de sete anos fez comida, eu lá na porta tampando o nariz e mostrando pra ele como que tinha que fazer e ele fez.” P7

Quando um bebê nasce, nasce também uma mãe, esta transição, para a mulher, requer uma redefinição de papéis que a mesma exercia, surgindo a necessidade de adaptações em sua vida. Além das mudanças psicossociais, a puérpera iniciará o processo de conhecimento de seu bebê, de aprender a cuidar dele, tendo, a mesma, que reorganizar seu cotidiano. (Sonego, 2004).

5.2.2.2.2 A rotina do trabalho fora de casa

As mudanças na rotina de trabalho fora de casa com a gestação e/ou o pós-parto, surgiram nos discursos abaixo:

> “Eu ficava mais ansiosa associada ao trabalho, como eu trabalho em farmácia, eu trabalhava em pé e é bastante correria, daí, às vezes, não estava me sentindo bem, era bem mais complicado.” P8

> “Afetou, fiquei bem desapontada profissionalmente, né? Porque eu escutei de uma pessoa do trabalho que eu poderia ficar até os seis meses, com a gestação, porque é emprego “PJ”, pessoa jurídica, sendo que a gente era cobrado como “CLT”.” P14

> “No meu trabalho me demitiram porque eu estava grávida, estou processando eles, eu também chorei bastante, porque eu queria continuar trabalhando. E agora eu estou um pouco emotiva também. Tudo eu fui conquistando.” P18

Assim como as adaptações necessárias à rotina dentro de casa, também se fazem necessárias as adaptações relacionadas ao trabalho da gestante/puérpera fora do ambiente domiciliar (Sonego, 2004).

Moraes (2021) constata que a inclusão cada vez maior da mulher no mundo de trabalho propicia um aumento das ansiedades em relação à capacidade de conciliar a maternidade e a vida profissional.

Aos poucos, algumas mulheres passam a se apropriar de sua condição de mãe e, de acordo com Merighi, Gonçalves e Rodrigues (2006), conscientizam-se de que o bebê é totalmente dependente delas e, assim sendo, passam a abrir mão de tudo que seja necessário para poder cuidar de seu bebê:

> “Eu tive que me afastar, por conta da... que é uma gravidez de alto risco, daí eu tive que me afastar do trabalho. Primeiro, como eu sempre tive sonho de ser mãe, eu achei que... eu achava que eu ia sentir muita falta do trabalho, mas aí eu vi que a minha vontade de ser mãe era maior que qualquer coisa.” P2

> “E eu tive que parar de trabalhar, mas eu estou onde eu queria.” P17

5.2.2.2.3 *A relação familiar*

As modificações nas relações familiares apareceram nos seguintes discursos:

> “Familiar sim, eu fiquei mais, é, mais chata com eles. Eu brigava até com os meus irmãos, não entendia porque eu estava na situação que eu estava.” P2

> “Sim, eu acho que afetou, porque como eu sempre estava triste... Então, principalmente no familiar, meu relacionamento com meu marido, sempre estava estressada, assim, nervosa, triste.” P3

> “(...) eu peguei muita raiva do meu esposo, a gente foi conversar depois de quatro meses de gestação.” P11

A maternidade traz, também, modificações no contexto familiar, principalmente na relação do casal. Para lidar melhor com esta situação, pode-se buscar recursos na rede de apoio social, com familiares, amigos, igreja, entres outros (Rapaport; Piccinini, 2006).

O companheiro, por ser, na maioria das vezes, a pessoa mais próxima à gestante e por ser quem a fecundou, tende a ser alvo da maior parte dessa irritação (Piccinini *et al.*, 2008).

5.2.2.2.4 *Vida social*

As influências na vida social, trazidas pela gestação/puerpério, surgiram nos seguintes discursos:

> “Sim, por um momento afeta, porque a gente acaba não tendo disposição de manter um ritmo social de amizades, a gente procura focar em estar um pouco mais reservado, mas a gente tomou este cuidado de ter este equilíbrio de não se esconder, a ponto de não conseguir resolver, a ponto de não conseguir sair de casa, de se afundar na tristeza, nesta impotência.” P16

> “Um pouco sim, porque eu me afastei do meu trabalho, das pessoas, eu queria ficar só, só no meu canto. Eu me estressava muito rápido, também. Em tudo afetou.” P19

Muitas vezes, frente às mudanças biopsicossociais a mulher percebe-se, vulnerável; vulnerabilidade esta, que aparece como sentimentos de perdas que a maternidade aparentemente traz, perda da liberdade de ir e vir, do controle sobre a própria vida (Merighi; Gonçalves; Rodrigues, 2006; Behar, 2018).

Considerando-se o exposto, é evidente que a maternidade, já desde o início gestação, traz, em graus variados, o comprometimento dos aspectos da vida diária da

mulher. Para que isso traga menos impactos negativos à mãe, sugere-se a construção de grupos ou comunidades de gestantes/puérperas para uma troca de sentimentos e de experiências de toda natureza.

5.2.2.3 A abordagem médica do estado emocional materno

Nesta categoria analítica foram reunidos os núcleos de sentido relativos à abordagem médica do estado emocional materno.

De acordo com Arrais, Mourão e Fragalle (2014), o momento do pré-natal é um momento propício para escuta, diálogo e reflexão sobre as vivências e desafios da maternidade.

Os profissionais de saúde destacam-se como provisores de apoio à mãe e ao seu bebê durante a gestação, parto e pós-parto. Nesse sentido, o estabelecimento de um bom vínculo entre a gestante/puérpera e o profissional de saúde contribui para aliviar as tensões e angústias da mulher, favorecendo, desta forma, também, um melhor vínculo mãe-bebê (Piccinini *et al*., 2008).

Os núcleos de sentido que compuseram esta categoria foram: a falta de abordagem médica; o foco no bebê e abordagem holística do binômio mãe/bebê.

.

5.2.2.3.1 A falta de abordagem médica

A falta de abordagem médica do estado emocional materno pôde ser observada nas falas das entrevistadas:

> “(...) o obstetra, nem antes, nem depois; eu não me lembro de ser abordada essa questão emocional não.” P1
>
> “Não, é, não, ninguém me perguntou nada.” P3
>
> “Aí, que meu esposo viu que estava meio sério, que foi correr comigo pro posto de saúde. (...) Aí meu esposo viu, aí ele perguntou o que ele podia fazer, falei pra ele que eu quero que passe, aí ele falou pra ir no posto, aí a gente foi no posto, aí do posto a gente foi pro CAPS, aí lá eu comecei a tomar remédio para depressão, remédio pra dormir.” P7
> “Acho que não, acho que não, nem pediatra e nem obstetra.” P12

> “Assim, em questão de depressão, não, eu era bem tratada, mas da parte emocional, não. Era tudo bem corrido.” P16
>
> “Nunca, em nenhum momento, nem a que fez o parto.” P18
>
> “Todos perguntavam como eu estava, o médico clínico geral do postinho, a enfermeira e a pediatra. Mas eles não perguntavam se eu estava triste.” P20

O modelo biomédico, surgido no século XIX, ainda é predominante nos dias de hoje, apesar de existirem esforços, principalmente na graduação médica, para se transformar tal modelo em um modelo biopsicossocial, mais humanístico. Cuidar representa uma atitude para com o paciente, não apenas de responsabilidade, mas também de preocupação e de envolvimento empático. Muitos pacientes, neste modelo biologicista ainda arraigado à nossa realidade, são atendidos de forma reducionista (Almeida; Caldeira; Gomes, 2022).

Berglund (2020) em estudo aponta que as desordens perinatais ainda são negligenciadas e isso impacta em suicídios e crianças desassistidas por mães adoecidas.

5.2.2.3.2 O foco no bebê

O foco no bebê durante as consultas médicas, sejam elas de pré-natal, puerpério ou puericultura, aparecem nos discursos a seguir:

> “Nunca teve. Pessoa pra ver, foi só pro bebê mesmo, tudo em relação a ele, a mim mesmo, não, não.” P2
>
> “(...) quando você está grávida, eles só visam o bebê e quando nasce também, então, a mãe é esquecida, eu fui bem esquecida, me senti abandonada.” P3
>
> “Não. Só perguntando se tinha alguma queixa com o neném, só.” P4
>
> “Emocional não. No caso, a consulta era para ver se ela estava criando anticorpos contra, porque a gente tem incompatibilidade sanguínea e porque eu tenho pressão alta e ela estava com baixo peso. Aí, tanto que ela nasceu com baixo peso. A gente se sente assim, um pouco mal, né?” P5
>
> “Não, nenhum. Na gestação, era mais para ver como o neném estava, se estava tudo bem.” P6
>
> “Não, não, parte emocional não. Perguntam da criança, parte emocional não.” P11

> “Não, não. Não. Não, não. Era normal, é, se estava mexendo, eram as consultas normais que faziam.” P12

> “Nenhum perguntou. Geralmente era tudo protocolo, media pressão, peso, ouvia o coração do bebê e pedia os morfológicos e só.” P15

Hoje, a medicina é subdividida em especialidades e, desta forma, pode-se pensar que essa fragmentação também possa ter contribuído para que o médico passasse a enxergar o paciente somente pelo aspecto da condição clínica que ele possui, não se atentando para todo, não considerando o paciente como um ser biopsicossocial indivisível (Marques *et al*., 2019).

Segundo Moraes (2021), muitas das mulheres com depressão periparto não são diagnosticadas porque os profissionais de saúde desconsideram sua abordagem ou não sabem avaliar adequadamente os sintomas depressivos.

Considerando os diálogos relacionados a todos os núcleos de sentido, trazidos até o momento, e considerando a baixa abordagem da condição psicológica materna evidenciadas neste estudo (apenas 25% dos casos), infere-se que, apesar da problemática da condição psicológica materna e da depressão periparto estar incluída, de forma implícita, nas diretrizes curriculares que norteiam a formação médica, é possível que as escolas não estejam dando, ainda, a devida atenção à formação da prática de uma abordagem holística, dando lugar a uma prática tradicional, fragmentada, desapegada dos aspectos preventivos e focada apenas no biológico.

A inserção de conteúdos humanísticos nas grades curriculares dos cursos de medicina certamente deve ser considerada como um grande avanço, porém, uma mudança na forma, que não seja acompanhada de um constante estímulo e prática não surte o efeito esperado. É preciso que seja incentivada e integrando o aprendizado teórico, à observação e à prática, do início ao final do curso (Silva, Muhl, Moliane, 2015). Moraes (2021) afirma que apesar da difusão de informações sobre psicologia e psiquiatria na graduação em medicina, a mesma ainda está arraigada ao biologicismo, o que pode levar a uma limitação no conhecimento dos profissionais em torno de situações emocionais que envolvem seu trabalho (Moraes, 2021).

O Caderno de Atenção Básica - Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (Ministério da Saúde, 2013), última publicação, faz referência à temática em estudo, pontuando o que é fundamental para o diagnóstico e tratamento da depressão pós-

parto; contudo, não considera a abordagem das alterações psicológicas ainda na gestação; além do mais, o Ministério da Saúde, no material produzido “Protocolos da Atenção Básica – Saúde das Mulheres” (Ministério da Saúde, 2016) não apresenta um protocolo de triagem, diagnóstico e tratamento da depressão periparto e nem a ela se refere.

Considerando o exposto, um protocolo seria necessário e talvez seja o momento de o Ministério da Saúde criá-lo.

5.2.2.3.3 Abordagem holística do binômio mãe/bebê

Os discursos abaixo demonstram a ocorrência e a importância da abordagem holística do binômio mãe/bebê:

> “Então, eu me lembro, muito bem, que a única pessoa que eu senti, que olhou pra mim de verdade, foi a pediatra. Eu não esqueço que, na primeira consulta, a primeira coisa que ela fez, a primeira pergunta que ela fez, foi como eu estava, se eu estava conseguindo dormir, se eu estava conseguindo descansar, como eu estava me sentindo.” P1
>
> “O meu médico, o obstetra que estava me acompanhando, ele sempre perguntava, perguntava das consultas pré-natal como que eu estava me sentindo, da parte emocional também.” P8
>
> “Meu médico que fez o pré-natal no posto, sim, esse aí é um bom médico hein? E eu ia no posto e pagava obstetra particular, eu preferia mil vezes ir no posto do que pagar obstetra particular.” P13
>
> “Bastante, a médica da família também perguntou, a enfermeira da saúde também perguntou, isso, a gente até mantinha um grupo dentro da unidade básica de saúde, com apoio, também, pras mãezinhas e pós o stress. É bem bacana, como eles envolvem a gente no mundo pré-natal, realmente como tem que ser feito, né? É importante, também, pra gerar aceitação. É bem bacana.” P14
>
> “Sim, a minha obstetra, que me acompanhou também durante o parto. O parto também foi muito humanizado.” P16
> “Sim, meu médico. Fiz o acompanhamento com o médico do postinho, deu uma atenção boa para mim.” P19

Ser empático significa colocar-se no lugar de outrem, sem fazer juízo de valor, acolhendo o sofrimento e o problema do outro, de forma a compreendê-lo. Realizando uma abordagem empática durante a consulta, o médico realizará seu trabalho de

forma a atingir positivamente seu paciente, facilitando o diagnóstico de suas enfermidades (Krznaric, 2014).

Nesse sentido, o estabelecimento de um bom vínculo entre a gestante/puérpera e o profissional de saúde pode contribuir para aliviar angústias da mulher, favorecendo, desta forma, também, a geração de um melhor vínculo mãe-bebê. Faz-se, desta forma, fundamental, uma abordagem singular, que considere a paciente enquanto centro do cuidado.

5.2.2.4 A importância da abordagem da depressão periparto

Nesta categoria analítica foram reunidos os núcleos de sentido relativos à importância da abordagem da depressão periparto.

O conhecimento de psicologia perinatal por todos os profissionais envolvidos com a assistência da gestante, parturientes e puérperas é extremamente importante para um adequado acolhimento das mesmas e de seus familiares, em todas as circunstâncias, propiciando o diálogo para um diagnóstico precoce da depressão periparto e, por fim, os encaminhamentos necessários ao tratamento da desta (Moraes, 2021).

Os núcleos de sentido que compuseram esta categoria foram: a importância do conhecimento prévio materno para o diagnóstico precoce; a consulta médica como um espaço para externar emoções, e o preconceito social em relação à depressão periparto.

5.2.2.4.1 A importância do conhecimento prévio materno para o diagnóstico precoce

A importância do conhecimento prévio materno para o diagnóstico precoce aparece nos discursos abaixo:

> “Sim, porque pode acontecer de chegar em um estado grave mesmo, de depressão, então acho que todo mundo tem que estar ciente, de que pode acontecer e, que precisa pedir ajuda.” P1

> “Eu acho que é. Porque, se tivesse alguma coisa, para já tratar; melhor assim.” P4

> “Então, acho que é onde poderia ter sim, nas consultas, os médicos irem explicando, desde o pré-natal. (...) Eu sabia porque eu fui pesquisando e por uma amiga minha que teve depressão pós-parto, então ela foi conversando comigo e explicando, coisa que deveria partir do médico.” P5

> “Sim, é, pra poder já ir explicando pra mãe tudo que acontece. Para mãe já ficar entendendo as coisas e para já estar sabendo de tudo, se por acaso ela tiver isso, se acontecer, ela já sabe.” P6

> “Acho que quando você faz a abordagem, você dá a possibilidade de ela externar e, quem sabe, você oferecer uma ajuda, ou fazer, quem sabe, um tratamento, até pra não deixar isso evoluir. Então, acho que seria muito interessante para todas que houvesse sim essa abordagem.” P10

> “Com certeza, porque, ainda mais a gente, pais de primeira viagem, seria um auxílio de grande valia para nós. Para a gente saber como vai ficar, se precisa de algum suporte.” P15

> “(...) é válido sim estes profissionais se atentarem a esse cuidado, para aconselhar, para mostrar, para tirar dúvida. Eu acho que isso nos ajuda a não desenvolver algo mais grave, de uma preocupação mais exagerada, né?” P16

> “É bom, hoje em dia, nesse mundo que a gente tá vivendo. Até para indicar um profissional mesmo, né, caso precisasse.”

O reconhecimento precoce dos sintomas da depressão é crucial para a busca por tratamento. Quanto mais cedo a depressão for diagnosticada e tratada, menor o risco de complicações e melhor a recuperação (Rocha; Albuquerque, 2023).

Nas falas das puérperas entrevistadas, pode-se observar a consideração das consultas médicas como um momento oportuno para que o profissional forneça orientações sobre os transtornos de humor relacionados periparto, bem como, para que se averigue o estado emocional materno; tendo-se, for fim, o diagnóstico e o tratamento precoces da depressão periparto, evitando uma pior evolução do quadro.

5.2.2.4.2 A *consulta médica como um espaço para externar emoções*

Puérperas entrevistadas mencionaram, em seus relatos, a importância desta abertura de espaço de fala:

> “Aí, eu acho assim, que se talvez o médico perguntasse, talvez as pessoas teriam mais ajuda, pra se tratar, pra explicar, porque muitas das vezes você vai, conversa com as pessoas, as pessoas já vêm falar que é frescura, que isso não é nada, aí a gente fica sem saber pra quem contar e com quem conversar.” P7

> “Ah, com certeza, porque tem muitas que, eu acho, que se você não faz essa abordagem, ela nem externa isso, né?” P10

> “A mãe se perde de uma identidade de si ali, então eu acho que é importante, também, ter esse acolhimento social e também profissional, porque daí envolve a gestante, envolve a criança, que está contigo, e trabalha muito mais a aceitação, o que tá acontecendo, porque é um processo de mudança.” P14

> “(...) Desabafa, também, né? Só de perguntar, né? Como está sua vida emocionalmente em casa.” P17

> “(...) em geral, sim, tem muita gente que precisa, como minha irmã, ela é só ela; é bom alguém dar apoio.” P18

> “Eu acho, porque as vezes, muitas só querem desabafar e não tem com quem. Perguntando, facilita.” P19

> “Sim, porque muitas mães precisam de um empurrão para desabafar o que ela está passando, às vezes por fora está uma coisa, por dentro é outra.” P20

Moraes (2021) relata em seu livro Psicologia e Psicopatologia Perinatal, com maestria, a importância de a consulta médica ser um espaço para a mãe externar suas emoções:

> “A abertura de um espaço no qual ocorra o fim do silêncio das emoções, da dimensão subjetiva e imaginária dos e sobre os pacientes (mãe/pai/bebê), não só aumenta a possibilidade do reconhecimento da vida psíquica, mas também diminui os riscos de sintomas e distúrbios perinatais nos bebês e suas mães.” (Moraes 2021, p. 25)

5.2.2.4.3 O preconceito social em relação à depressão periparto

Apesar de ter aparecido em apenas um discurso, a questão do preconceito social em relação à depressão fez-se marcante no diálogo desta participante. A mesma já havia apresentado episódios anteriores de depressão e de psicose puerperal e que, por esta e outras questões, como a falta de abordagem pelos médicos, teve seu diagnóstico feito tardiamente.

> “Eu penso assim que a pessoa vai achar que é frescura, que nem muita gente fala, “ah, isso daí é frescura”, e não é frescura!” P7

Apesar da alta ocorrência de casos de depressão, o preconceito, por parte da sociedade, ainda repercute na dificuldade de realizar o diagnóstico e na demora em buscar ajuda (Silva; Carvalho, 2017).

A falta de informação, por parte da paciente e a ausência de uma validação do sofrimento psíquico da mesma contribuem para a o atraso ou o não diagnóstico, inviabilizando o acesso ao tratamento precoce e adequado (Baptista; Zanon, 2017).

Apesar da alta ocorrência de casos de depressão, o preconceito, por parte da sociedade, ainda repercute na dificuldade de realizar o diagnóstico e na demora em buscar ajuda (Silva; Carvalho, 2017).

A falta de informação, por parte da paciente e a ausência de uma validação do sofrimento psíquico da mesma, contribui para a o atraso ou o não diagnóstico, inviabilizando o acesso ao tratamento precoce e adequado (Baptista; Zanon, 2017).

Posto que, apesar das altas taxas de ocorrência de depressão na população como um todo, os tabus e estigmas em relação à doença ainda são muito frequentes. Na depressão periparto, percebe-se que o preconceito é ainda maior, não apenas pela sociedade, mas também, pela própria mãe que se sente envergonhada por estar depressiva em um momento que, à princípio, deveria se sentir feliz e realizada. Neste contexto, destaca-se a consulta médica como um lócus privilegiado e o momento oportuno, para que o profissional forneça orientações sobre os transtornos de humor relacionados ao periparto, bem como, para que se averigue o estado emocional materno; tendo-se, por fim, o diagnóstico e o tratamento precoces da depressão periparto, evitando uma pior evolução do quadro.

6 CONCLUSÃO

A depressão periparto é uma condição frequente, grave e subdiagnosticada, e que, paralelamente, traz inúmeras consequências negativas à mãe, ao bebê e ao núcleo familiar.

Sob a ótica dos médicos participantes, vislumbram-se lacunas importantes na formação acadêmica, bem como nos programas de residência médica, em relação à saúde mental da mulher na gestação e puerpério, com destaque para depressão periparto. Os resultados também mostram que as mudanças advindas da curricularização médica, parecem estar contribuindo para uma formação mais humanística, resultando em uma visão mais holística da gestante/puérpera.

Os achados obtidos através das entrevistas com as puérperas, levam-nos a um relevante e alarmante resultado sobre a abordagem da depressão periparto nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura, pois se observa que, na grande maioria das consultas, esta abordagem não ocorre, apesar de terem sido unânimes as alterações emocionais, nos relatos trazidos pelas puérperas entrevistadas. Os resultados também demonstram que tais alterações emocionais ocasionam importantes transformações nas relações familiares, profissionais e sociais da mulher e que, apesar do estado emocional materno raramente ser abordado nas consultas, as puérperas julgam de suma importância que esta abordagem seja feita nestes momentos.

Considerando o que foi exposto e que não existe, até o presente momento, um protocolo do Ministério da Saúde que se ocupe da triagem, diagnóstico e tratamento da depressão periparto, propõe-se que tal instrumento seja estabelecido.

Ao mesmo tempo, considerando que, apesar das atuais Diretrizes Curriculares para a formação médica elencarem, implicitamente, a adoção de uma abordagem ampla, que inclua o aspecto psicológico no processo saúde-doença, não se verificou, neste estudo, a prática por parte da maioria dos médicos. Assim sendo, às instituições de ensino superior e aos programas de residência médica, sugere-se uma maior inserção do tema depressão periparto aos estudantes de medicina e residentes médicos, propiciando-lhes um melhor preparo para a abordagem e, consequentemente, para o diagnóstico e tratamento precoces desta doença.

Durante a graduação, além de se dar maior ênfase aos transtornos de humor, relacionados à gestação e puerpério, considera-se, de suma importância, uma formação mais humanística do profissional médico, a fim de que o mesmo seja capaz de apresentar uma postura mais empática na relação médico-paciente.

Considerando os médicos já formados e atuantes na profissão já há alguns anos, impõe-se a necessidade de um estimulo em relação à educação médica continuada, com a inclusão, dentre outros temas, da depressão periparto, de modo que o perfil do profissional se volte para a integralidade do cuidado à mulher neste período.

Ademais, faz-se importante a ampliação do diálogo sobre o tema com a sociedade como um todo, pois de certa forma, a depressão periparto ainda é tratada por muitos como um tabu e cercada de estigmas e preconceitos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M.; LUZ, S. A. B.; UED, F. V. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 3, p. 355-362, 2015. DOI: https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.10.002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rpp/a/Sq6HBvvD77MyBDKvXwTmNrQ/. Acesso em: 18 nov. 2024

ALMEIDA, P. J. R.; CALDEIRA, F. I. D.; GOMES, C. Do modelo biomédico ao modelo psicossocial: a formação dos profissionais de saúde no Brasil, **REBESDE**, v. 3, n. 2, 2022. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/Do_modelo_biomedico_ao_modelo_biopsicossocial_a_fo.pdf. Acesso em: 11 mar. 2024.

ALMEIDA, D.; SILVA, A.; BATISTA, M.; NOBRE, T., MAIA, E. Social support and the gestational experience: an integrative review. **Revista Psicologia, Saúde & Doenças,** v. 23, n. 1, p. 66-73, 2022. DOI: https://doi.org/10.15309/22psd23010.7. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/361655541_SOCIAL_SUPPORT_AND_THE_GESTATIONAL_EXPERIENCE_AN_INTEGRATIVE_REVIEW. Acesso em: 30 mar. 2024

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Treatment and management of mental health conditions during pregnancy and postpartum. **ACOG Clinical Practice Guideline**, n. 5. v. 141, n. 6, p. 1262 – 1288, 2023. DOI: https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005202.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** - DSM-5. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

ANDRADE, S. M. O. **A pesquisa científica em saúde: concepção, execução e apresentação**. UFMS, 2020.

ANDRADE, R. D.; SANTOS, J. S.; MAIA, M. A. C.; MELLO, D. F. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery**, n. 19, v. 1, 2015. DOI: https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/TJB8nBkghyFybLgFLK7XMpv/. Acesso em: 09 dez. 2024.

ARRAIS, A. R.; ARAUJO T. C. C. F. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 3, p. 828-845, 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.15309/17psd180316. Disponível em https://www.redalyc.org/pdf/362/36254714016.pdf. Acesso em: 26 abr. 2021.

ARRAIS, A. R.; MOURÃO, O. M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde & Sociedade**, v. 23, n. 1, p.

251-264, mar. 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100251&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2021.

ARRAIS, A. R.; ARAUJO, T. C. C. F.; SCHIAVO, R. A. Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 23-34, 2019. DOI: https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v11n2/v11n2a03.pdf. Acesso em:16 jun. 2024.

ASSUNÇÃO, A. A.; LIMA, E. P.; GUIMARÃES, M. D. C. Transtornos mentais e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional**. Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00166815. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33n3/e00166815/. Acesso em: 27 set. 2024.

ASSUNÇÃO, A. A.; MACHADO, C. J, PRAIS; H. A.; DE ARAÚJO, T. M. Depression among physicians working in public healthcare in Belo Horizonte, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,** v. 49, n. 8, p. 1219-1229, 2014. DOI: https://doi.org/10.1007/s00127-014-0850-z. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24802316/Acesso em: 21 out. 2024.

BAILEY, E. S., BYATT N, CARROLL, S.; BRENCKLE, L.; SANKARAN, P.; KROLL-DESROSIERS, A.; SMITH, N. A.; ALLISON, J., SIMAS, T. A. M. Results of a statewide survey of obstetric clinician depression practices. **Journal of Women's Health,** v. 31, n. 5, p. 675-681, 2022. DOI: https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0147. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34491103/. Acesso em: 21 out. 2024.

BALDISSEROTTO, M. L.; THEME FILHA, M. M., GOMEZ, L. Y., DOS REIS, T. B. Q. Barriers to seeking and accepting treatment for perinatal depression: a qualitative study in Rio De Janeiro, Brazil. **Community Mental Health Journal,** v. 56, n. 1, p. 99-106, 2020. DOI: https://doi.org/10.1007/s10597-019-00450-4. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/07/Baldisserotto2020_Article_BarriersToSeekingAndAcceptingT.pdf. Acesso em: 21 out. 2024.

BALSEIRO, J. C. S. **Depressão pós-parto nos cuidados de saúde primários:** realidades e percepções dos médicos de família. Dissertação (Mestrado em Medicina Geral e Familiar) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2018. Disponível em: https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/82166. Acesso em: 28 maio 2024.

BAPTISTA, M. N.; ZANON, C. Why not seek therapy? The role of stigma and psychological symptoms in college students. **Paidéia,** v. 27, n. 67, p. 76-83, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1982-43272767201709. Disponível em: https://www.scielo.br/j/paideia/a/XpTxddXRmmhkfVTwKFZBDZS/?lang=en. Acesso em: 28 maio 2024.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BASILE-IBRAHIM, B.; COMBELLICK, J.; MEAD, T. L.; SORENSEN, A.; BATTEN, J.; SCHAFER, R. The social context of pregnancy, respectful maternity care, biomarkers of weathering, and postpartum mental health inequities: a scoping review. **International Journal of Environmental Research and Public Health.** v. 21, n. 4, p. 480, 2024. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph21040480. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38673391/ Acesso em: 22 out. 2024.

BASS III, P. F.; BAUER, N. S. Parental postpartum depression: More than “baby blues”. **Contemporary Pediatrics**, v. 35, n. 9, 2018. Disponível em: https://www.contemporarypediatrics.com/view/parental-postpartum-depression-more-baby-blues. Acesso em: 27 set. 2024.

BEHAR, R. C. R. **A maternidade e seu impacto nos papéis ocupacionais de primíparas.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Terapia Ocupacional) Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018. Acesso em: 18 nov. 2024

BERGLUND, J. Treating Postpartum Depression: beyond the baby blues. **Ieee Pulse**, v. 11, n. 1, p. 17-20, 2020. Institute of Electrical and Electronics Engineers (IEEE). http://dx.doi.org/10.1109/MPULS.2020.2972723. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32175847/. Acesso em: 18 nov. 2024.

BRITO, C. N. O.; ALVES, S. V.; LUEDRMIR, A. B.; ARAUJO, T. V. B. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p.1-9, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005257. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102015000100225&script=sci_arttext&tlng=pt#:~:text=A%20frequ%C3%AAncia%20de%20gravidez%20n%C3%A3o,09%3B2%2C01). Acesso em: 26 abr. 2021.

BRITO, V. C. A.; BELLO-CORASSA, R.; STOPA, S. R.; SARDINHA, L. M. V. DAHL, C. M.; VIANA, M. C. Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, 2022. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/ss2237-9622202200006.especial. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742022000500306. Acesso em: 18 jul. 2024.

BYATT, N.; MASTERS, G. A.; TWYMAN, J., HUNT, A.; HAMAD, C.; MALIM, M.; SIMAS, T. A. M. Building obstetric provider capacity to address perinatal depression through online training. **Journal of Women's Health,** v. 30, n. 10, p.1386-1394, 2021. DOI: https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8843. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33835884/ Acesso em: ~~doi:10.1089/jwh.2020.8843.~~

CARDILLO, V. A.; OLIVEIRA, L. C. Q.; MONTEIRO, J. C. S.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 2016. DOI:

https://doi.org/10.5216/ree.v18.32728. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/Identificacao_de_sintomas_depressivos_no_periodo_p.pdf. Acesso em: 10 maio 2021.

CARVALHO, M. T.; BENINCASA, M. Depressão pós-parto e afetos predominantes na gestação, parto e pós-parto. **Interação em Psicologia**, v. 23, n. 2, p. 125-134, ago. 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/57188>. Acesso em: 20 mar. 2022.

COLLADO, C. F.; LUCIO P. B.; SAMPIERI R. H. **Metodología de la investigación**. 3. ed. México: McGraw-Hill, 2003.

CORDEIRO, L. F.; NEVES, J. L.; HERCULIAN, J. G.; RODRIGUES L. C. R. A (re) inserção da visão holística com acadêmicos de medicina. **Revista Observatorio de la Economia Latinoamericana,** v. 22, n. 6, p. 01-19, 2024. DOI: https://doi.org/10.55905/oelv22n6-190. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/A_re_insercao_da_visao_holistica_com_academicos_de.pdf. Acesso em: 22 out. 2024.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **The British Journal of Psychiatry**, v. 150, n. 6, p. 782-786, 1987. DOI: https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3651732/. Acesso em: 10 maio 2021.

DEGNER, D. Differentiating between “baby blues,” severe depression, and psychosis. **British Medical Journal**, v. 359, 2017. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.j4692. Disponível em: https://www.bmj.com/content/359/bmj.j4692/related. Acesso em: 3 jun. 2024.

DYNIEWICZ A. M. **Metodologia de pesquisa em saúde para Iniciantes.** São Caetano do Sul: Difusão, 2009.

FARR, S. L.; KO, J.Y.; BURLEY, K.; GUPTA, S. Provider Communication on Perinatal Depression: A Population-Based Study. **Archives of Women's Mental Health,** v. 19, n. 1, p. 35-40, 2016. DOI: https://doi.org/10.1007/s00737-014-0493-9. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25578631/. Acesso em: 21 out. 2024.

FEDERAÇÃO BRSILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Tratado de Ginecologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

GARFIELD, L.; HOLDITCH-DAVIS, D.; CARTER, C. S.; MCFARLIN, B. L.; SCHWERTZ, D.; SENG, J. S.; WHITE-TRAUT, R. Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low-birth-weight infants. Advances. **Neonatal Care Journal**, v. 15, n. 1, p. 3-8, 2015. DOI: https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000131. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25626986/. Acesso em: 16 jul. 2024.

GOODMAN, J. H.; TYER-VIOLA, L. Detection, Treatment, and Referral of Perinatal Depression and Anxiety by Obstetrical Providers. **Journal of Women's Health**, v. 19, n. 3, p. 477-90, 2010. DOI: https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1352. Disponível em: https://liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2008.1352Acesso em: 21 out. 2024.

GOPALAN, P.; SPADA, M. L.; SHENAI, N.; BROCKMAN, I.; KEIL, M.; LIVINGSTON, S.; MOSES-KOLKO, E.; NOCHOLS, N.; O'TOOLE, K.; QUENN, B.; GLANCE, J. B. Postpartum depression-identifying risk and access to intervention. **Current Psychiatry Reports,** v. 24, n. 12, p. 889-896, 2022. DOI: https://doi.org/10.1007/s11920-022-01392-7. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36422834/. Acesso em: 22 out. 2024.

GRAINERT, B. R. M.; MILANI, R. G. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Revista Psicologia: Teoria e Prática,** n. 17, p. 26-36, 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000100030. Acesso em: 26 abr. 2021.

HAROZ, E. E.; RITCHEY M.; BASS, J. K.; KOHRT, B. A.; AUGUSTINAVICIUS, J.; MICHALOPOULOS, L.; BURKEY, M. D.; BOLTON, P. How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. **Social Science & Medicine,** v. 183, p. 151-162, 2017. DOI: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.030. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28069271/. Acesso em: 18 set. 2024.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria:** ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2017.

KEMET, S.; YANG, Y.; NSEYO, O.; BELL, F.; GORDON, A. A; MAYS, M.; FOWLER, M.; JACKSON, A. "When I Think of Mental Healthcare, I Think of No Care." Mental Health Services as a Vital Component of Prenatal Care for Black Women. **Maternal and Child Health Journal**, v. 26, n. 4, p.778-787, 2022. DOI: https://doi.org/10.1007/s10995-021-03226-z. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34519952/. Acesso em: 22 out. 2024.

KRZNARIC, R. O. **Poder da empatia a arte de se colocar no lugar do outro para transformar o mundo.** Tradução. Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2014.

KUEHNER, C. Why is depression more common among women than among men? **Lancet Psychiatry**, v. 4, n. 2, p. 146-158, 2017. DOI: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(16)30263-2/abstract. Acesso em: 16 jun. 2024.

LEGERE, L. E.; WALLACE, K.; BOWEN, A.; MCQUEEN, K. MONTGOMEY, P.; EVANS, M. Approaches to health-care provider education and professional development in perinatal depression: a systematic review. **BMC Pregnancy and**

Childbirth, v. 17, n. 1, p. 239, 2017. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-017-1431-4. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28738855/ Acesso em: 21 out. 2024.

LEIFERMAN, J. A.; DAUBER, S. E.; HEISLER, K..; PAULSON, J. F. Primary care physicians' beliefs and practices toward maternal depression. **Journal of Women's Health**, v. 17, n. 7, p.1143-50, 2008. DOI: https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0543. Disponível em: https://liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2007.0543. Acesso em 21 out. 2024.

LIMA, R. V. A.; MELO, L. C. O.; BARBOSA, N. G.; ARCIPRETE, A. P. R.; MONTEIRO, J. C. S. Depressive disorder among postpartum women: an analysis according to self - reported race/color**. Acta Paulista de Enfermagem,** v. 36, p. eAPE03451, Feb. 2023. DOI: http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO034511. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/368956735_Depressive_disorder_among_postpartum_women_an_analysis_according_to_self-reported_racecolor. Acesso em: 30 mar. 2024.

LOPES, C. S., HELLWIG, N., SILVA G. A., MENEZES, P. R. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey - PNS. **International Journal for Equity**, v. 15, 2016. DOI: https://doi.org/10.1186/s12939-016-0446-1. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5112732/. Acesso em: 18 set. 2024.

LUCCI, T. K.; OTTA, E.; DAVID, V. F.; CHELINI, M.O.M. Depressão materna e concentração de cortisol de recém-nascidos em uma amostra brasileira. **Revista Psico**, v. 47, n. 2, p. 140-147, 2016. DOI: https://doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.23655. Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/article/view/23655/pdf_30. Acesso em: 16 jun. 2024.

LUND, C.; BROOKE-SUMNER, C.; BAINGANA, F., BARON, E. C.; BREUER, E.; CHANDRA, P.; HAUSHOFER,' J.; HERRMAN, H.; JORDANS, M.; KIELING, C; MEDINA-MORA, M. E.; MORGAN, E.; OMIGBODUM, O.; TOL, W.; PATEL, V.; SAXENA, S. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. **Lancet Psychiatry**, v. 5, n. 4, p. 357-369, 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29580610/. Acesso em: 18 set. 2024.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez***.* Rio de Janeiro, RJ: Jaguatirica Digital, 2013.

MARINI, M. F. C. **Estudo dos fatores relacionados à pontuação na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo**. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

MARQUES, S. C.; BANDEIRA, L. L. B; DOS ANJOS, I. L. P. B.; MACEDO, T. L. S; REBELLO, D. M.; RABELLO, E.; ARAGÃO, I. P. B. de. A prática da humanização da relação médico-paciente nos alunos de primeiro período de medicina da Universidade

Severino Sombra: a visão do calouro que se tornou monitor- Um relato de experiência. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 10, n. 2, p. 28-31, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/338058366_A_pratica_da_humanizacao_da_relacao_medico-paciente_nos_alunos_de_primeiro_periodo_de_medicina_da_Universidade_Severino_Sombra_A_visao_do_calouro_que_se_tornou_monitor_Um_relato_de_experiencia. Acesso em: 17 jan. 2024.

MARTY, L.; MYRICK, O.; PERELMAN, A.; KOTLYAR, A. VERNON, J. Filling a Gap in OBGYN Education: A Pilot Lecture Series on Perinatal Mental Health. **Archives of Women's Mental Health**, v. 27, n. 1, p. 137-143, 2024. DOI: https://doi.org/10.1007/s00737-023-01386-1. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37906279/. Acesso em: 21 out. 2024.

MCKELVEY, M. M.; ESPELIN, J. Pospartum depression: Beyond the “baby blues”. **Nursing Made Incredibly Easy!**, v. 16, n. 3, p: 28-35, May/June 2018. DOI: https://doi.org/10.1097/01.NME.0000531872.48283.ab. Disponível em: https://journals.lww.com/nursingmadeincrediblyeasy/fulltext/2018/05000/postpartum_depression__beyond_the__baby_blues_.7.aspx. Acesso em: 03 jun. 2024.

MEIRA, B. M. S.; SILVEIRA, P. A. S. de; SILVEIRA, M. F. A.; GUALDA, D. M. R.; SANTOS, J. R. H. P. O. de. Desafios para profissionais da atenção primária no cuidado à mulher com depressão pós-parto. **Texto &Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 716-712, jul./set. 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-0707201500049-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300706&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2021.

MERIGHI, M. A. B.; GONÇALVES, R.; RODRIGUES, I. G. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 59, n. 6, p. 775-779, dez. 2006. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000600010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/b6pcLVm867GjCtqRpnNr7Bm/#. Acesso em: 26 maio 2024.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 9, n. 3, p. 239-262,1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes.** Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 31 maio 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 09 mai. dez. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de atenção básica – atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasilia, 2013. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/19Xs0_vVcfBxFYyh8D5YH2JuwBDN3VZ2b/view. Acesso em: 18 mai. 2024.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina.** Brasília, 2001. Disponível em: https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/res_ces_cne_04_071101.pdf. Acesso em: 14 dez. 2024.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina.** Brasília, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf. Acesso em: 18 mai. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO SIRIO LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA. **Protocolos da atenção básica – saúde das mulheres.** Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 18 mai. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Importância do pré-natal**. Brasília, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/importancia-do-pre-natal/. Acesso em: 31 maio 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Saúde da mulher contempla cuidados específicos**, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/05/saude-da-mulher-contempla-cuidados-especificos. Acesso em: 31 maio 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Depressão pós-parto.** Brasília, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-pos-parto. Acesso em: 31 maio 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Pré-natal**. Brasília, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gravidez/pre-natal. Acesso em: 31 maio 2024.

MONTEIRO, F. N. S.; FREIRE, B. L. S.; MORAES, M. E. V.; BRITTO, M. C. A., LEITE, C. R. R. F.; SOUZA, A. S. R. **Escala de depressão pós-parto de Edimburgo:** revisão sistemática de estudos de validação em puérperas. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - Imip, 2020. Disponível em: http://higia.imip.org.br/bitstream/123456789/587/1/Artigo_Flavianne%20Nascimento%20de%20Souza%20Monteiro.pdf. Acesso em: 31 maio 2024.

MORAES, M. H. C. de. **A clínica da maternidade:** os significados psicológicos da depressão pós-part**o.** Tese (Doutorado em psicologia do desenvolvimento humano,

saúde e comunidade) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal de Santa Cataria, Florianópolis, 2010.

MORAES, M. H. C. de. **Psicologia e psicopatologia perinatal**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2021.

MORAES, S. H. M. de, CUNHA, I. P. D.; LEMOS, E. F.; ABASTOFLOR, L. L. L.; OSHIRO, M. L.; BOHRER, R. T. D. O. A; SARUBI JUNIOR, V.; SOUZA, F. B.; NASCIMENTO, D. D. G. do; OLIVEIRA, S. M. V. L. Prevalence and associated factors of mental health disorders among brazilian healthcare workers in times of the covid-19 pandemic: a web-based cross-sectional study. **PloS One,** v. 18, n. 6, 2023. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274927. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37279233/. Acesso em: 21 out. 2024.

MORAN, R. L. Blue: **A history of postpartum depression in America**. University of Chicago Press. 2024

MURTA, S. G; FRANÇA C. L.; SANTOS, K. B.; POLEJACK, L. **Prevenção e promoção em saúde mental:** fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.

NAGLE-YANG, S; LEBIN, L. G.; STANDEVEN, L. R.; HOWARD, M.;TOSCANO, M. Reproductive Psychiatry Training: A Critical Component of Access to Perinatal Mental Health Treatment. **Seminars in Perinatology,** v. 48, n. 6, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.semperi.2024.151949. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39089902/. Acesso em: 22 out. 2024.

O'CONNOR, E.; ROSSOM, R. C., HENNINGER, M.; GROOM, H. C.; BURDA, B. U. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US preventive services task force. **JAMA**. v. 315, n. 4, p. 388–406, 2016.

OLIVEIRA T. A.; LUZZETI, G. G. C. M.; ROSALÉM, M. M. A.; MARIANI NETO, C. Rastreamento da depressão perinatal através da escala de depressão pós-parto de Edinburgh. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia,** n. 44, v. 5, p. 452-457, 2022. DOI: https://doi.org/10.1055/s-0042-1743095. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgo/a/zJvM7YKPSB4hPJ9FyKyQk9c/abstract/?format=html&lang=pt&stop=previous#. Acesso em: 31 maio 2024.

PICCININI, C. A.; GOMES, A. G.; DE NARDI, T.; LOPES R.S. Gestação e a Constituição da Maternidade. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pe/a/dmBvk536qGWLgSf4HPTPg6f/?format=pdf. Acesso em: 27 jun. 2024.

PROM, M. C.; DENDULURI, A.; PHILPOTTS, L. L.; RONDON, M. B.; BORBA, C. P. C.; GELAYE, B.; BYATT, N. A systematic review of interventions that integrate perinatal mental health care into routine maternal care in low- and middle-income

countries. **Frontiers in Psychiatry**, v. 13, 2022. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.859341. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35360136/. Acesso em: 22 out. 2024.

RAPAPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade sem negrito. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano,** v.16, n.1, p.85-96, abr. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000100009. Acesso em: 27 abr. 2024.

ROCHA, K. F., ALBUQUERQUE, A. M. S. S. Depressão pós-parto: importância da prevenção e do diagnóstico precoce. **Faculdade Sat'Ana em Revista**, v. 6, n. 2, p. 417–429, 2022. Disponível em: https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/fsr/article/view/1925. Acesso em 17 jun. 2024.

SANTOS, M. L. C.; REIS, J. F.; SILVA, R. P., SANTOS, D. F.; LEITE, F. M.C. Sintomas de depressão pós-parto e sua associação com as características socioeconômicas e de apoio social. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210265, 2022. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0265. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/wvn5x49ZqbgzhKGs4pqPnqb/. Acesso em: 30 mar. 2024.

SANTOS JUNIOR, H. P.; ROSA GUALDA, D. M., SILVEIRA, M. F.A; HALL, W. A. Postpartum Depression: The (In) Experience of brazilian primary healthcare professionals. **Journal of Advanced Nursing**, v. 69, n. 6, p. 1248-58, 2013. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06112.x. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22882356/ Acesso em:21 out. 2024.

SHIN, D. W.; ROTER, D. L.; ROH, Y. K.; HAHM, S. K.; CHO, B.; PARK, H. K. Physician gender and patient centered communication: the moderating effect of psychosocial and biomedical case characteristics. **Patient Education and Counseling**. v. 98, n.1, p. 55-60, 2015. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.008. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25457177/. Acesso em: 21 out. 2024.

SILVA, A. S.; MUHL, C.; MOLIANI, M. M. Psicologia Argumento. n. 33, v. 80, p. 298-309, 2015. DOI: htttp://doi 10.7213/psicol.argum.33.080.AO06. Disponivel em: https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/20171/19461 Acesso em: 14 dez. 2024.

SILVA, J. J.; CARVALHO, J. C. M. Pontes para a inclusão: o combate ao estigma na doença mental. **Revista Pró-UniverSUS**, n. 8, v. 2; p:47–45, 2017. Disponível em: http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/984. Acesso em: 28 maio 2024.

SILVA JÚNIOR, M. L. M.; VALENÇA, M. M.; ROCHA-FILHO, P. A. S. Individual and Residency Program Factors Related to Depression, Anxiety and Burnout in Physician

Residents - A Brazilian Survey. **BMC Psychiatry**. v. 22, n.1, p. 272. 2022 DOI: https://doi.org/10.1186/s12888-022-03916-0. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35436910/. Acesso em: 21 out. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial. **Consulta de Puericultura**, 2024. Disponível em: https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/cuidados-com-a-saude/consulta-de-puericultura/. Acesso em: 31 maio 2024.

SONEGO, J. **Estudo sobre a busca de apoio social por mulheres primíparas na fase puerperal**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: https://repositorio.usp.br/item/001400649. Acesso em: 27 jun. 2024.

SRIRAMAN, N. K; PHAM, D. Q., KUMAR, R. Postpartum depression: what do pediatricians need to know? **Pediatrics in Review**, v. 38, n. 12, p. 541-551, 2017. DOI: https://doi.org/10.1542/pir.2015-0133 10.1542/pir.2015-0133. Disponível em: https://publications.aap.org/pediatricsinreview/article-abstract/38/12/541/31948/Postpartum-Depression-What-Do-Pediatricians-Need?redirectedFrom=fulltext. Acesso em: 16 jun. 2024.

STEEN, M.; FRANCISCO, A. A. Bem-estar e saúde mental materna. **Acta Paulista de Enfermagem,** v. 32; n. 4, p. III-IVI, 2019, DOI: https:://doi.org/10.1590/1982-0194201900049. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/vXhdpMXHcDxW6J8CdCwkRHy/?lang=pt. Acesso em: 31 maio 2024.

STRINGHINI *et al.* **Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women**. v. 389, n.10075, 2017, DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28159391/. Acesso em: 18 nov. 2024.

TERRONE, G.; BIANCIARDI, E., FONTANA, A.; PINCI, C.; CASTELLANI, G.; SFERRA, I.; FORASTIERE, A. Psychological Characteristics of Women with Perinatal Depression Who Require Psychiatric Support during Pregnancy or Postpartum: A Cross-Sectional Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n .8, 2023. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph20085508. Disponível em: https://br.search.yahoo.com/search?fr=mcafee&type=E211BR0G0&p=Int.+J.+Environ.+Res.+Public+Health. Acesso em: 16 jun. 2024

THEME FILHA, M. M. **Principais Questões sobre a Saúde Mental Perinatal**, 2021. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-saude-mental-perinatal/. Acesso em: 18 nov. 2024.

THEME FILHA, M. M.; AIERS, S.; GAMA, S. G. N.; LEAL, M. C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The birth in Brazil national

research study, 2011/2012. **Journal of Affective Disorders,** v.194, p. 159-167, 2016. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032715306789. Acesso em: 27 abr. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. **Saúde da mulher: a saúde da mulher e o Sistema Único de Saúde brasileiro.** Módulo 11, unidade 1, 2014. Disponível em: https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/4982/mod_resource/content/6/undefined/und1/media/pdf/livro.pdf. Acesso em: 18 nov. 2024.

VIANA, M. C, CORASSA, R. B. Epidemiology of psychiatric disorders in women. *In:* RENÔ JUNIOR, J.; VALADARES, G.; CANTILINO, A.; MENDES-RIBEIRO, J.; ROCHA, R.; SILVA, A. G. da. **Women's mental health:** a clinical and evidence-based guide**.** 1. ed. Switzerland: Springer Nature, 2020.

VIEIRA, T. C., SOUZA E. de; ABDO, C. H.; TORLONI, M. R.; Tania G.M. Santana, T. G. M.; LEITE, A. P. L.; NAKAMURA, M. U. Brazilian Residents' Attitude and Practice Toward Sexual Health Issues in Pregnant Patients. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 10, p. 2516-24, 2012. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02809.x. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609515337760 Acesso em: 22 out. 2024.

VIEIRA, H. C.; CASTRO, A. E. SCHUCH JÚNIOR, V. F. O uso de questionários via e-mail em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes. **Seminários em administração.** 2010. Disponível em: https://sistema.semead.com.br/13semead/resultado/trabalhosPDF/612.pdf. Acesso em: 14 dez. 2024.

WISNER, K. L; LOGSDON, M. C., SHANAHAN, B. R. Web-based education for postpartum depression: conceptual development and impact. **Archives of Women's Mental Health**, n. 11, v.5, p. 377-85, 2008. DOI:10.1007/s00737-008-0030-9. Disponível em: https://www.scholars.northwestern.edu/en/publications/web-based-education-for-postpartum-depression-conceptual-developm. Acesso em: 21 out. 2024.

WISNER, K. L.; MURPHY, C.; THOMAS, M. M. Prioritizing maternal mental health in addressing morbidity and mortality. **JAMA Psychiatry**, v. 81, n.5 p. 521-526, 2024. DOI: https://doi.org/:10.1001/jamapsychiatry.2023.5648. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2814936. Acesso em 21 out. 2024.

ZIMMERMANN, M.; MOORE SIMAS, T. A.; HOWARD, M.; BYATT, N. The Pressing Need to Integrate Mental Health Into Obstetric Care. **Clinical Obstetrics and Gynecology.** v. 67, n.1, p.117-133, 2024. DOI: https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000837. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38281172/ Acesso em: 22 out. 2024.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para médicos

Você está sendo convidado(a), via e-mail e/ou whats app, a participar da pesquisa intitulada “Condição psicológica materna e depressão pós-parto: frequência e qualidade da abordagem diagnóstica na consulta de pré-natal, puerpério e puericultura e a percepção desta abordagem pela puérpera”, desenvolvida pela pesquisadora Maisse Fernandes de Oliveira Rotta, sob orientação e supervisão da pesquisadora Sonia Maria Oliveira de Andrade. O tempo de leitura deste termo é de aproximadamente 2 minutos e o tempo para a entrevista, de aproximadamente 3 minutos. Esta pesquisa integra o Programa de Doutorado em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. O objetivo desta pesquisa é caracterizar e analisar a abordagem da condição psicológica materna nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) visa esclarecer a proposta deste estudo, assim como assegurar seus direitos e deveres enquanto participante.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não terá prejuízo algum caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. A participação será anônima e serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Quaisquer dados que possam identificá-lo serão omitidos na divulgação dos resultados da pesquisa, os dados coletados ficarão sob a guarda e a responsabilidade da pesquisadora, sob a forma digital com senha para acesso e em dispositivo eletrônico privativo, por um período de cinco anos após o término da pesquisa (Resolução CNS no 466/2012), sendo então, permanentemente excluídos do meio digital em que foram armazenados, impossibilitando uso futuro.

Sua participação consistirá em responder, de forma virtual, a um questionário, elaborado por esta pesquisadora, através da ferramenta REDCap®. Durante o preenchimento você não precisará se identificar. O risco de violação de privacidade é desprezível, já que o link de acesso fora enviado através das sociedades de

especialidade, via whats app e e-mail, através de lista oculta. O participante terá direito à indenização, se houver dano decorrente da pesquisa.

Você não terá nenhum risco físico, custo ou retribuição financeira ao participar e os benefícios são considerados indiretos, mediante contribuição para o desenvolvimento de políticas públicas na saúde e educação. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em artigos científicos, no formato de tese e em palestras dirigidas ao público participante (médicos associados às Sociedades de Pediatria, de Ginecologia e Obstetrícia e Secretaria de Saúde da Campo Grande - MS).

Esta pesquisa será iniciada após aprovação via Plataforma Brasil pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma do participante da pesquisa e outra do pesquisador. Você poderá entrar em contato com o pesquisador a qualquer momento ou posteriormente à realização da pesquisa, assim como solicitar acesso aos resultados no período de divulgação pelo e-mail: maissefor81@gmail.com e (67) 33063733. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CEP/UFMS), localizado no Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias 'Hércules Maymone' – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS; e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 67-3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

( ) Declaro que li, entendi e concordo com este Termo de Consentimento. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e aceito participar deste estudo.

Nome completo do Participante: _____

RG:_____ Data: ____ / ____ / ____

_____

Maisse Fernandes de Oliveira Rotta (Pesquisadora)

APÊNCIDE B – Questionário para coleta de dados de profissionais

1) Idade:
2) Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
3) Tem filhos ( ) sim ( ) não
4) Especialidade:
   ( ) médico de saúde da família ( ) pediatra ( ) ginecologista/obstetra
5) Realiza qual (ais) do(s) tipo(s) de atendimento abaixo?
   ( ) pré-natal ( ) consulta de puerpério
   ( ) puericultura ( ) nenhuma das anteriores
6) Tempo de formação médica: _____ anos
7) Realiza atendimentos médicos:
   ( ) na rede pública ( ) particulares ( ) por convênios médicos
8) Onde você presta atendimento?
   ( ) unidades básicas de saúde ( ) UPAS ( ) Hospitais
   ( ) consultório particular ( ) centro público de especialidades médicas
9) Como você julga ter sido a abordagem do assunto depressão pós-parto durante sua graduação? Pontue de 1 a , sendo 1 para totalmente insatisfatório, 2 insatisfatório, 3 regular, 4 satisfatório e 5 para totalmente satisfatório.
   ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5
10) Cite o principal motivo que justifique a resposta da pergunta anterior.
11) Com que frequência você conversa sobre a condição psicológica materna (gestante ou puérpera) durante as consultas?

    ( ) nunca ( ) raramente ( ) frequentemente ( ) sempre

12) Cite o principal motivo que justifique a resposta anterior.
13) Você já teve diagnóstico de depressão em algum momento de sua vida?

    ( ) sim ( ) não

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido às puérperas

Você está sendo convidada, a participar da pesquisa intitulada “Condição psicológica materna e depressão pós-parto: frequência e qualidade da abordagem diagnóstica na consulta de pré-natal, puerpério e puericultura e a percepção desta abordagem pela puérpera”, desenvolvida pela pesquisadora Maisse Fernandes de Oliveira Rotta, sob orientação e supervisão da pesquisadora Sônia Maria Oliveira de Andrade. O tempo de leitura deste termo é de aproximadamente 2 minutos e o tempo para a entrevista, de aproximadamente 8 minutos. Esta pesquisa integra o Programa de Doutorado em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. O objetivo desta pesquisa é caracterizar e analisar a abordagem da condição psicológica materna nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura.

Após a leitura deste termo, a pesquisadora estará pessoalmente disponível para esclarecimentos a respeito da pesquisa. Será dado a você um período de até 12 horas para reflexão e consulta, se necessário, a seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-la na tomada de decisão livre e esclarecida para a assinatura ou não deste termo de consentimento. Decorrido esse tempo, a pesquisadora voltará a entrar em contato pessoalmente, ainda na maternidade, para recolhimento do termo assinado e a realização da entrevista ou agendamento da mesma em outro momento e local, caso assim você preferir.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) visa esclarecer a proposta deste estudo, assim como assegurar seus direitos e deveres enquanto participante.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não terá prejuízo algum caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Quaisquer dados que possam identificá-la serão omitidos na divulgação dos resultados da pesquisa, os dados coletados ficarão sob a guarda e a responsabilidade da pesquisadora, sob a forma digital com senha para acesso e em dispositivo eletrônico privativo, por um período

de cinco anos após o término da pesquisa (Resolução CNS no 466/2012), sendo então, permanentemente excluídos do meio digital em que foram armazenados, impossibilitando uso futuro. Apenas os TCLE serão armazenados fisicamente, sob os cuidados da pesquisadora e em envelope pardo e lacrado, sendo os mesmos incinerados ao final do período de cinco anos após o término da pesquisa.

Sua participação consistirá em participar de uma entrevista, que será gravada pela pesquisadora, na qual você relatará sua experiência, como gestante e mãe, a respeito da condição psicológica materna e sua abordagem pelos médicos durante as consultas de pré-natal, puerpério (período que se segue ao parto) e puericultura (acompanhamento do bebê).

Poderá haver risco de constrangimento, em responder a determinados questionamentos durante a entrevista, estando assegurado a você o direito de recusar-se a responder ou de continuar participando da pesquisa em qualquer momento do seu desenvolvimento. Você terá direito à indenização, se houver dano decorrente da pesquisa. Você não terá nenhum risco físico, custo ou retribuição financeira ao participar e os benefícios são considerados indiretos, mediante contribuição para o desenvolvimento de políticas públicas na saúde e educação. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em artigos científicos, no formato de tese e em palestras dirigidas à médicos. As entrevistas serão acompanhadas por um profissional psicólogo e, caso ocorra a observância pelo mesmo e pela pesquisadora, de que, talvez, você esteja sendo acometida por uma depressão pós-parto, você será orientada a procurar atendimento especializado com um médico psiquiatra.

Esta pesquisa será iniciada após aprovação via Plataforma Brasil pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma do participante da pesquisa e outra do pesquisador. Você poderá entrar em contato com o pesquisador a qualquer momento ou posteriormente à realização da pesquisa, assim como solicitar acesso aos resultados no período de divulgação pelo e-mail: maissefor81@gmail.com e (67) 33063733. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CEP/UFMS), localizado no Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias ‘Hércules Maymone’ – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS; e-mail:

cepconep.propp@ufms.br; telefone: 67-3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

[ ] marque um “x” nesse espaço e assine abaixo, caso você concorde em participar da pesquisa e concorde que seja realizada a gravação em áudio de sua entrevista.

Campo Grande, ____ de _____ de_____.

_____

Maisse Fernandes de Oliveira Rotta

Pesquisadora

_____

Assinatura do participante (Nome Completo)

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista semiestruturada para puérperas

CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS E ANTECEDENTES

1) Idade:_____ 2) Escolaridade:_____ 3) Profissão:_____

4) Regime de internação ( ) plano de saúde ( ) particular ( ) SUS

5) Estado civil: casada ( ) solteira( ) união estável ( )

6) Número de Gestações ____ / partos____ / abortos_____

7) Alguma gestação não planejada? Se sim, qual delas? _____

8) Alguma gestação não desejada? Se sim, qual delas? _____

9) Intercorrências em gestações? Se sim, em qual gestação e que tipo de intercorrência? _____

10) Renda familiar per capita aproximada:_____

11) É provedora de renda da família? ( ) sim ( ) não

12) Possui apoio familiar para o cuidado com o(s) filho(s), se sim, de quem?

_____

13) Você já teve diagnóstico de depressão em algum momento de sua vida? Se sim, responda: - Quantos episódios? _____

- Quantas ocorreram durante a gestação ou até 6 meses após o parto?_____

- Quem fez diagnóstico? Generalista, pediatra, obstetra ou psiquiatra? _____

14) Possui histórico familiar de depressão? Se sim, quem? _____

AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM PSICOLÓGICA

1) Durante sua(s) gestação(ões) e após o(s) partos(s) você notou alterações em seu estado emocional? Fale-me sobre isto.
2) Seu estado emocional, nestes períodos, comprometeu algum aspecto de sua vida pessoal, familiar, profissional e/ou social? Como?
3) Em algum momento durante as consultas de pré-natal ou no pós parto, ou até mesmo nas consultas de seu bebê, houve, em algum momento a abordagem pelo médico de seu aspecto emocional? Como eram as consultas?
4) Você julga importante que os médicos tratem o assunto da depressão pós-parto durante as consultas com a mulher e seu bebê? Por que?

APÊNDICE E - Carta aos Presidentes das Sociedades de Especialidade

De: Maisse Fernandes de Oliveira Rotta

Para:

As Srᵃˢ Carmen Lúcia de Almeida Santos, Vanessa Chaves Miranda, presidentes das Sociedades de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia.

A Srª Bianca Vasconcelos, Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde da SESAU.

Assunto: Solicitação da disponibilização dos contatos dos médicos associados e permissão para realização de pesquisa.

Senhora,

A depressão pós-parto é um transtorno mental de alta prevalência e que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas na mulher. Tais alterações podem afetar, de forma aguda ou crônica, não apenas a mãe, mas também seu bebê. Não obstante, esta condição frequentemente resulta em consequências sociais e familiares, principalmente para a tríade mãe-pai-bebê.

Apesar da frequente ocorrência e graves resultados, estudos mostram que a depressão pós-parto é subdiagnosticada em todo o mundo.

Estamos realizando um estudo intitulado provisoriamente: Condição psicológica materna e depressão pós-parto: frequência e qualidade da abordagem diagnóstica na consulta de pré-natal, puerpério e puericultura e a percepção desta abordagem pela puérpera. Acreditamos que o produto deste estudo possa subsidiar reflexões para possíveis mudanças na prática médica, bem como na formação dos futuros médicos, a fim de que se dê a devida importância à prevenção e ao diagnóstico precoce da depressão pós-parto.

Os objetivos do estudo são:

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos médicos participantes da pesquisa.
2. Caracterizar o perfil sociodemográfico das puérperas participantes da pesquisa.

3. Identificar a frequência da abordagem da condição psicológica materna nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura.
4. Caracterizar e analisar a abordagem da condição psicológica materna nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura.

Para a obtenção dos dados, pretendemos aplicar questionários aos médicos associados às sociedades de especialidade em pediatria e de ginecologia e obstetrícia e aos médicos de saúde de família e comunidade das Unidades de Saúde da Família da Secretaria de Saúde de Campo Grande (MS), os quais, voluntariamente, aceitarem o convite para participar do estudo.

Por este motivo, vimos, respeitosamente, solicitar o especial favor de disponibilizar os e-mails e contato telefônico dos médicos associados às sociedades de especialidades sob direção de V. Sª, bem como permitir o envio do termo de consentimento livre e esclarecido e do link para resposta ao questionário através da ferramenta REDCap®, sem o qual nosso trabalho não poderá ser concretizado.

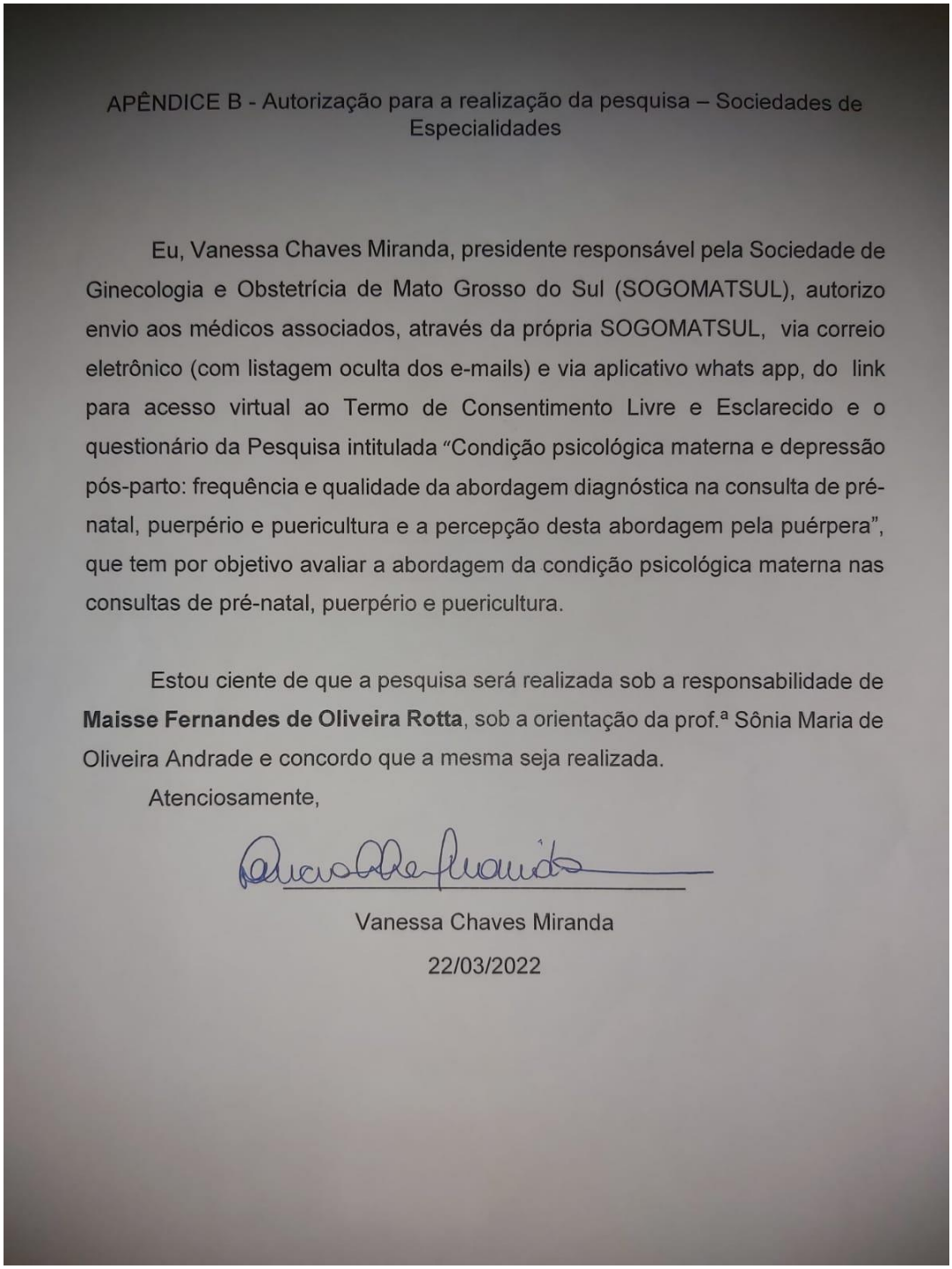
Ressaltamos que o projeto de pesquisa será submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e será iniciado após aprovação.

À inteira disposição de V. Sª, para o esclarecimento de quaisquer dúvidas, e agradecendo a atenção que, por certo, V. Sª dispensará ao assunto, firmamo-nos.

Respeitosamente,

Maisse Fernandes de Oliveira Rotta

ANEXO A – Autorização da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul



APÊNDICE B - Autorização para a realização da pesquisa – Sociedades de Especialidades

Eu, Vanessa Chaves Miranda, presidente responsável pela Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul (SOGOMATSUL), autorizo envio aos médicos associados, através da própria SOGOMATSUL, via correio eletrônico (com listagem oculta dos e-mails) e via aplicativo whats app, do link para acesso virtual ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o questionário da Pesquisa intitulada "Condição psicológica materna e depressão pós-parto: frequência e qualidade da abordagem diagnóstica na consulta de pré-natal, puerpério e puericultura e a percepção desta abordagem pela puérpera", que tem por objetivo avaliar a abordagem da condição psicológica materna nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura.

Estou ciente de que a pesquisa será realizada sob a responsabilidade de **Maisse Fernandes de Oliveira Rotta**, sob a orientação da prof.ª Sônia Maria de Oliveira Andrade e concordo que a mesma seja realizada.

Atenciosamente,

Vanessa Chaves Miranda

22/03/2022

ANEXO B – Autorização da Sociedade de Pediatria de Mato Grosso do Sul

Eu, Carmen Lucia de Almeida Santos, presidente responsável pela ociedade de Pediatria de Mato Grosso do Sul (SBP-MS), autorizo envio aos édicos associados, através da própria SBP-MS, via correio eletrônico (com stagem oculta dos e-mails) e via aplicativo whats app, do link para acesso irtual ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o questionário da esquisa intitulada "Condição psicológica materna e depressão pós-parto: equência e qualidade da abordagem diagnóstica na consulta de pré-natal, uerpério e puericultura e a percepção desta abordagem pela puérpera", que em por objetivo avaliar a abordagem da condição psicológica materna nas onsultas de pré-natal, puerpério e puericultura.

Estou ciente de que a pesquisa será realizada sob a responsabilidade de **laisse Fernandes de Oliveira Rotta**, sob a orientação da prof.ª Sônia Maria de liveira Andrade e concordo que a mesma seja realizada.

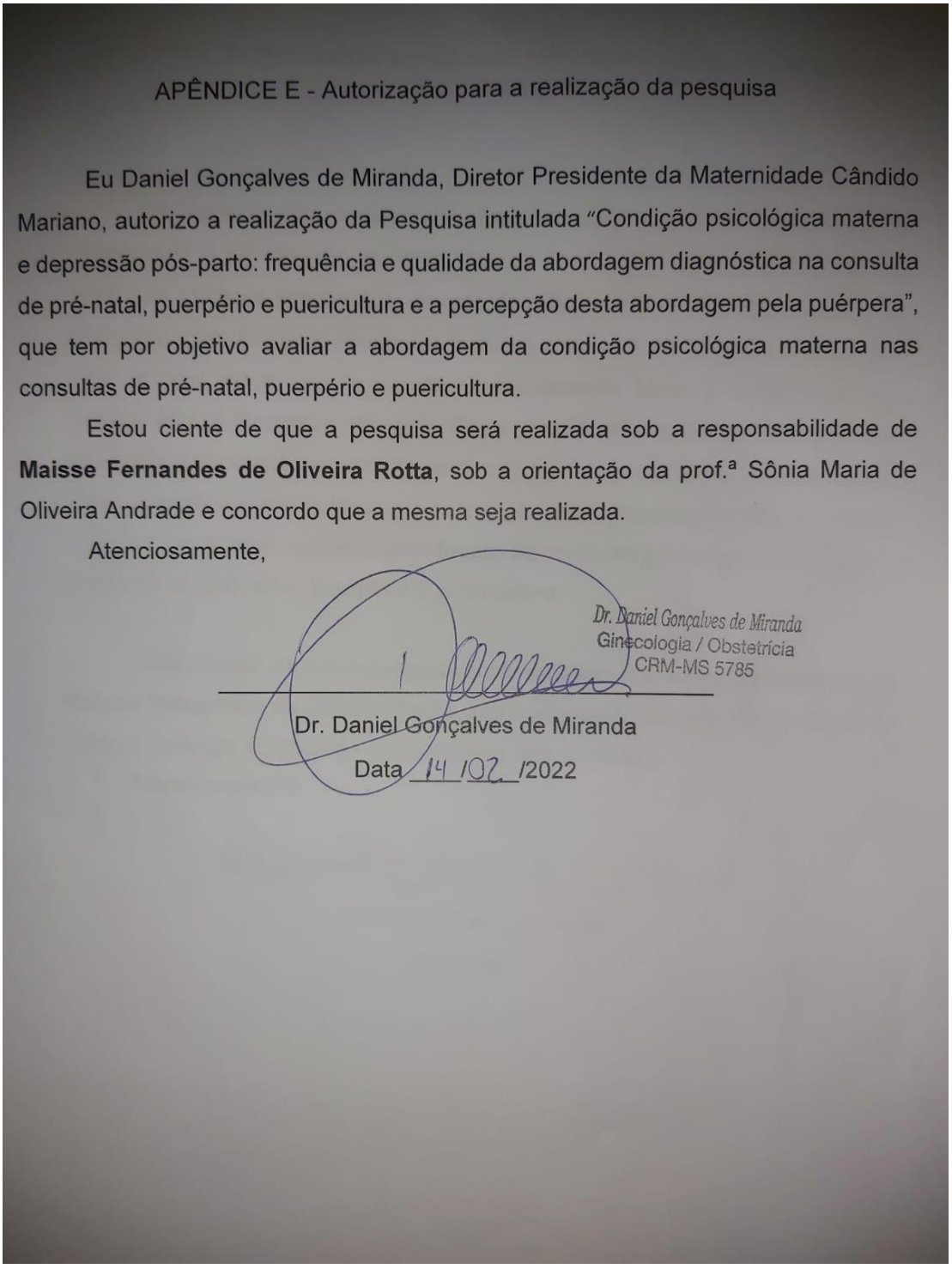
Atenciosamente,

Carmen Lucia de Almeida Santos

22/03/2022

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE MATO GROSSO DO SUL
CNPJ 03.923.978/0001-98
Rua Des. Leão Neto do Carmo, 155
Jardim Veraneio - Cep 79037-102
Campo Grande - MS

ANEXO C – Autorização da Maternidade Cândido Mariano



APÊNDICE E - Autorização para a realização da pesquisa

Eu Daniel Gonçalves de Miranda, Diretor Presidente da Maternidade Cândido Mariano, autorizo a realização da Pesquisa intitulada "Condição psicológica materna e depressão pós-parto: frequência e qualidade da abordagem diagnóstica na consulta de pré-natal, puerpério e puericultura e a percepção desta abordagem pela puérpera", que tem por objetivo avaliar a abordagem da condição psicológica materna nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura.

Estou ciente de que a pesquisa será realizada sob a responsabilidade de **Maisse Fernandes de Oliveira Rotta**, sob a orientação da prof.ª Sônia Maria de Oliveira Andrade e concordo que a mesma seja realizada.

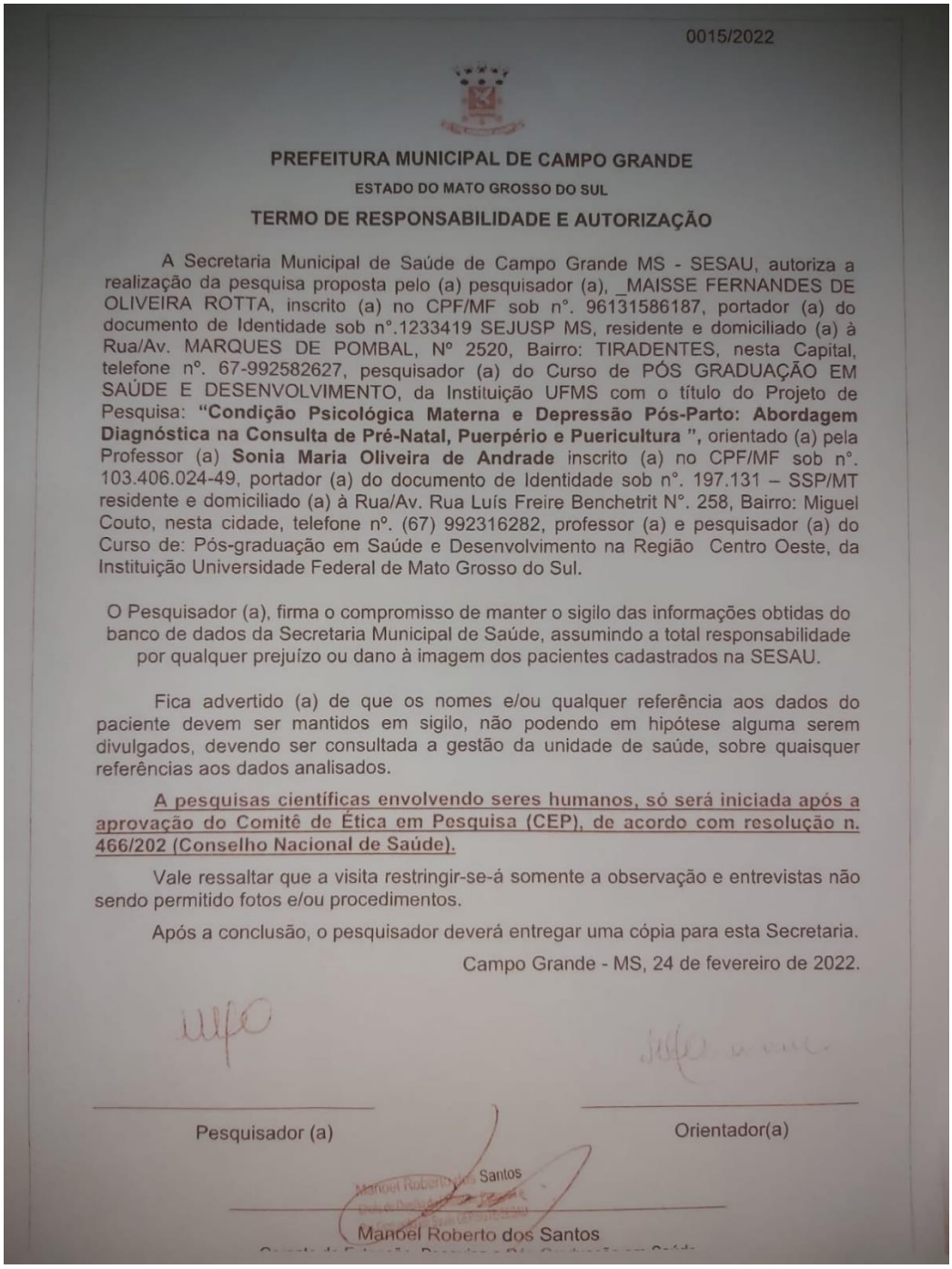
Atenciosamente,

Dr. Daniel Gonçalves de Miranda
Ginecologia / Obstetrícia
CRM-MS 5785

Dr. Daniel Gonçalves de Miranda

Data 14 / 02 /2022

ANEXO D – Termo de responsabilidade e autorização da SESAU



0015/2022

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), _MAISSE FERNANDES DE OLIVEIRA ROTTA, inscrito (a) no CPF/MF sob n°. 96131586187, portador (a) do documento de Identidade sob n°.1233419 SEJUSP MS, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. MARQUES DE POMBAL, Nº 2520, Bairro: TIRADENTES, nesta Capital, telefone nº. 67-992582627, pesquisador (a) do Curso de PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO, da Instituição UFMS com o título do Projeto de Pesquisa: **"Condição Psicológica Materna e Depressão Pós-Parto: Abordagem Diagnóstica na Consulta de Pré-Natal, Puerpério e Puericultura ",** orientado (a) pela Professor (a) **Sonia Maria Oliveira de Andrade** inscrito (a) no CPF/MF sob n°. 103.406.024-49, portador (a) do documento de Identidade sob n°. 197.131 – SSP/MT residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Rua Luís Freire Benchetrit N°. 258, Bairro: Miguel Couto, nesta cidade, telefone nº. (67) 992316282, professor (a) e pesquisador (a) do Curso de: Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste, da Instituição Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande - MS, 24 de fevereiro de 2022.

Pesquisador (a)

Orientador(a)

Manoel Roberto dos Santos

Manoel Roberto dos Santos

ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL - UFMS

Plataforma Brasil

pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO.
Informações sobre os relatórios parciais e final podem acessadas em https://cep.ufms.br/relatorios-parciais-e-final/

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1924765.pdf	12/09/2022 15:35:56		Aceito
Outros	TERMOS_DE_APRESENTACAO_OBRIGATORIOS.pdf	12/09/2022 15:35:15	MAISSE FERNANDES DE	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	12/09/2022 15:32:12	MAISSE FERNANDES DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocompletosubmissao.pdf	12/09/2022 15:31:43	MAISSE FERNANDES DE OLIVEIRA ROTTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.pdf	12/09/2022 15:29:14	MAISSE FERNANDES DE OLIVEIRA ROTTA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	12/09/2022 15:28:39	MAISSE FERNANDES DE	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACOESDECONCORDANCIA.pdf	04/07/2022 15:58:32	MAISSE FERNANDES DE	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	04/07/2022 15:36:19	MAISSE FERNANDES DE	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	04/07/2022 15:31:37	MAISSE FERNANDES DE	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ¿ Prédio das Pró-Reitorias ¿Hércules Maymone¿ ¿ 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 79.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL - UFMS

Continuação do Parecer: 5.657.369

CAMPO GRANDE, 22 de Setembro de 2022

Assinado por:
Fernando César de Carvalho Moraes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ¿ Prédio das Pró-Reitorias ¿Hércules Maymone¿ ¿ 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 79.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br