

*“Mamãe te ama, mas não te atura”:*

**Relatos sobre a Experiência de Geração de Mães com e sem Depressão Pós-Parto**

Monique Souza Schwochow

Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em  
Psicologia – Ênfase em Infância e Família – sob orientação do  
Prof. Dra. Giana Bitencourt Frizzo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Porto Alegre, março de 2015.

Aos meus pais,  
por todo amor e empenho constantemente dedicados.

.

## SUMÁRIO

Resumo .....	2
Abstract.....	3
CAPÍTULO I.....	4
Introdução.....	4
1.1 Objetivo do Estudo .....	11
CAPÍTULO II.....	12
Método.....	12
2.1 Participantes .....	12
2.2 Delineamento.....	13
2.3 Procedimentos .....	14
2.4 Instrumentos .....	14
2.4 Análise dos casos.....	16
CAPÍTULO III .....	16
Resultados e Discussão.....	16
3.1 Descrição dos Casos .....	16
3.1. Discussão dos Casos.....	25
CAPÍTULO IV .....	28
4.1 Considerações Finais .....	28
REFERÊNCIAS .....	31
ANEXOS .....	35
Anexo A.....	35

## **Resumo**

A literatura ressalta a ligação entre a depressão pós-parto e relatos negativos da experiência de maternidade. A sobrecarga emocional presente nas vivências do processo de tornar-se mãe pode, freqüentemente, levar ao desenvolvimento da depressão pós-parto. Diante disto, o presente estudo buscou compreender as peculiaridades e as diferenças quanto à percepção da experiência de gestação em mãe com e sem depressão pós-parto. Participaram dessa análise seis mães, com idades entre 28 e 38 anos, que tiveram seus bebês a termo. Entre as participantes, três não apresentaram quaisquer transtornos de humor e três tiveram o diagnóstico de depressão pós-parto confirmado. Foi realizada uma Entrevista sobre a Gestação e o Parto, que serviu de base para a análise qualitativa desse estudo. Os achados dessa pesquisa indicaram que a elaboração da experiência de maternidade tem relação estreita com a forma como as mães lidam com a necessidade de adaptação frente à maternidade, bem como com o desejo e o planejamento – ou não – da gestação. Os resultados apóiam a sugestão da literatura que indica a presença de relatos negativos sobre a experiência de maternidade por mães deprimidas.

Palavras-chave: Gestação; Maternidade; Depressão Pós-Parto.

### **Abstract**

The literature highlights the connection between postpartum depression and negative stories of maternity experience. The emotional overload present in the experiences of becoming a mother can frequently lead to the development of postpartum depression. Due to this, the present study sought to understand the peculiarities and differences in the perception of pregnancy experience in mother with and without postpartum depression. Six mothers between 28 and 38 years old, who had their babies to the full term, participated in this study. Three of them did not show any mood disorders and the other three were diagnosed with confirmed postpartum depression. An Interview on Pregnancy and Childbirth, which formed the basis for the qualitative analysis of this study was performed. The findings of this research indicated that the development of maternity experience is related to how mothers deal with the need for adaptation forward to motherhood, as well as the desire and planning - or not - of pregnancy. The results support the suggestion in the literature that indicates the presence of negative reports about motherhood experience by depressed mothers.

**Key-words:** Pregnancy; Motherhood; Postpartum Depression.

## CAPÍTULO I

### Introdução

Os fenômenos psicológicos associados à gestação e às primeiras interações pais-bebê têm sido amplamente estudados nas últimas décadas. Stern (1997) sugeriu que com o nascimento de um bebê, especialmente quando este é o primeiro, a mãe entra em uma nova e única organização psíquica, a qual o autor chama de constelação da maternidade. Como uma organizadora psíquica, essa “constelação” determinará uma série de tendências de ações, sensibilidades, fantasias, medos e desejos.

Quanto à decisão de ter um filho, entende-se que esta é o resultado de um conjunto de razões – conscientes e inconscientes -, como por exemplo, a chegada do bebê como: um marco de que uma relação significativa foi estabelecida pelo casal; ou então, a vontade de manter a relação conjugal, mesmo que ela já tenha fracassado; o desejo de continuidade/transcendência; uma forma de dar um filho a própria mãe – como maneira de preencher algum anseio/perda próprio ou da mãe; uma competição entre os irmãos; o preenchimento de uma solidão, muitas vezes pela perda do companheiro; a busca pela extensão de si própria (filho com a missão de preencher lacunas na vida dos pais) – muito comum no caso de mães solteiras; entre outros (Maldonado, 2002).

Raphael-Leef (1997) abordou a questão da concepção interior e a forma como a gestação pode surpreender a mulher, visto a história de vida desta. Muitas vezes a gestação chega em um momento da vida no qual a mulher não espera por isto, é o que chamamos de gestação não planejada. Ainda, a gestação pode ser muito próxima a uma gravidez anterior - não permitindo que a mulher tenha tempo suficiente para se recuperar dos eventos em sua vida-, não sendo, portanto, planejada. Esta última situação se une, muitas vezes, ao desejo de evitar uma nova concepção, o que torna a notícia da gravidez algo ainda mais inesperado para a mulher. Uma gestação que ocorre de forma incidente e está rodeada por dúvidas, conseqüentemente resulta em uma posição ambígua por parte da mulher, que por vezes deseja a gravidez e, outras vezes, a recusa (Romero, Figueroa & García, 1999). Por outro lado, o autor Raphael-Leef recorda que,

em vários casos, a gestação pode representar a realização de um sonho já antigo, ou a anulação da existência livre da mulher. A revelação da notícia da gestação tem grande relação com a intimidade entre os pais. O fato de ser uma gestação planejada por ambos - como o caso das relações sexuais ou intervenções profissionais, como a inseminação - ou não planejada, somado ao significado desse novo bebê, pode refletir no desejo de guardar a novidade para si, ou partilhar com o pai biológico do bebê (Raphael-Leef, 1997).

Na gestação, o desejo de se ter um bebê pode ser entendido através da vontade de espelhar-se na criança - que parte do princípio de que todo indivíduo tende a amar sua própria imagem refletida. Isto se une a idéia de imortalidade, através da continuidade na extensão que é o bebê. Brazelton e Cramer (1992) entendem o desejo de ser completa e onipotente como um dos motivos narcisistas da maternidade, no qual a conservação de uma imagem é idealizada, bem como o desejo de duplicar-se e de realizar seus próprios ideais. Há, também, o desejo de fundir-se e ser um - com outro indivíduo -, aspiração esta que discute a fantasia da simbiose mãe-bebê. Diante de tantas fantasias de simbiose e reflexo, é importante, também, lembrar o quanto o medo de um bebê imperfeito é capaz de ameaçar a autoimagem dessa mãe (Brazelton & Cramer, 1992).

A realização de idéias e as oportunidades perdidas são igualmente relevantes dentro dos desejos vislumbrados pela mãe. Comumente, os pais idealizam um futuro de sucesso em áreas nas quais eles próprios obtiveram fracasso (Brazelton & Cramer, 1992). Gianlupi (2003) descreveu a maternidade como uma oportunidade de se reencontrar com os pais idealizados, porém com a diferença de posições agora, visto que a mulher passa a identificar-se com a mãe idealizada e seu bebê como aquele capaz de suprir a mãe em todos os aspectos. A gestação é marcada, principalmente, por uma transformação biológica (com mudanças metabólicas complexas) e equilíbrio instável - relacionado a alterações dos aspectos do papel social, sendo que este último exige reajustes interpessoais e intrapsíquicos, além de uma mudança de identidade (Maldonado, 2002; Piccinini, Carvalho, Ourique & Lopes, 2012). A forma como a mulher vivencia as modificações do processo de torna-se mãe implicam na formação da sua maternidade e na relação mãe-bebê (Piccinini, Gomes, De Nardi & Lopes, 2008; Stern, 1998).

Para Maldonado (2002), as oscilações de humor, comuns na gestação, estão intimamente ligadas ao metabolismo, refletindo em uma maior sensibilidade do olfato, do paladar e da audição. Na área emocional, a instabilidade emocional parece ser um dos sentimentos de destaque: a mulher é capaz de chorar e rir com maior facilidade, devido a sua maior vulnerabilidade emocional. No que diz respeito ao aspecto social, a autora destacou o fato de a mulher ser ativa no exercício de uma profissão e, com a chegada da gestação, se faz necessário um reajuste socioeconômico que pode levar a privações afetivas e econômicas, que geram maior tensão e ambivalência em relação ao desejo da gestação. A autora apontou para a importância da matriz de apoio nesse período ao dizer que a preocupação com o futuro aumenta as necessidades da grávida e intensifica sua frustração, gerando, em consequência, raiva e ressentimento, que podem impedir/dificultar o sentimento de gratificação na gravidez (Maldonado, 2002; Piccinini, Carvalho, Ourique & Lopes, 2012).

Irreversibilidade é a característica capaz de definir a passagem da gestação para o parto, segundo Soifer (1986), visto que, de forma imediata, a situação precisa ser enfrentada. A mulher não tem como fugir do ocorrido e a insegurança e ansiedade simbolizam essa impossibilidade de controlar o processo. Soifer compara o parto a um “salto no escuro”, devido à imprevisibilidade e desconhecimento desse momento. Para um bom enfrentamento desse acontecimento e para que não haja a sensação de “perda” de uma parte de si mesma, a autora recorda a importância da elaboração de que o bebê é um indivíduo singular e não parte/membro do corpo da mulher (Maldonado, 2002; Soifer, 1986).

É preciso estar consciente que os dias seguintes ao nascimento são marcados pelo início de um longo processo de reconhecimento, uma vez que o período puerperal exige da mãe que ela aprenda a lidar com as frustrações de um bebê que não representa a perfeição idealizada, e que também causará momentos de sofrimento (Maldonado, 2002; Soifer, 1986). Para que haja essa compreensão, o contato constante com o recém-nascido é extremamente relevante, pois quanto maior a distância entre mãe e filho, maiores as dificuldades de aceitação (Soifer, 1986).

Maldonado (2002) contribuiu também para a compreensão dos fenômenos psicológicos associados ao período posterior ao parto. Conforme a autora, o puerpério caracteriza-se como um momento de grande vulnerabilidade a crises, devido às

mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo evento. Durante esse período, é comum sentir ansiedade e, até mesmo, depressão reativa. As emoções são intensas e variadas. As primeiras vinte e quatro horas após o parto são marcadas pela debilidade e confusão, sendo possível, também, a sensação de desconforto físico. O estado de euforia e depressão o qual a mulher vivencia no puerpério é intitulado “labilidade emocional” e a mudança de humor pode ocorrer de forma abrupta. É, precisamente, por causa dessas alterações que, muitas vezes, é difícil identificar a depressão pós-parto. Nesses casos, a linha divisória do que é típico e do que é patológico é bastante obscura (Camacho et al., 2006; Maldonado, 2002).

De acordo com Barlow e Durand (2008), o Episódio Depressivo Maior é o transtorno de humor mais frequentemente diagnosticado na população. Segundo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), considera-se um Episódio Depressivo Maior quando, por no mínimo duas semanas, uma pessoa apresenta sintomas como humor constantemente deprimido, sono alterado, perda de energia/prazer - nas atividades cotidianas, inclusive em interações sociais -, peso e apetite significativamente modificados e/ou sentimentos de menos-valia e indecisão. Além desses sintomas, é comum o relato de perda/diminuição da concentração, sentimentos de culpa excessiva ou inapropriada e, muitas vezes, pensamentos recorrentes sobre morte e suicídio. No Episódio Depressivo Maior, esses sentimentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes. Segundo o DSM-V, a depressão pós-parto enquadra-se como um especificador do Transtorno Depressivo Maior, compreendendo o período gestacional e as quatro semanas iniciais após o parto.

Cantilino, Zambaldi, Sougey e Rennó Jr. (2010) afirmaram que o período puerperal é a época mais vulnerável para ocorrência de transtornos psiquiátricos, devido a grandes alterações biopsicossociais. No Brasil, a prevalência de sintomas depressivos no período pós-parto encontra-se acima da média mundial, segundo Lobato, Moraes e Reichenheim (2011). Episódios depressivos ou ansiosos na gestação, eventos estressantes, conflitos conjugais, pouco suporte financeiro e social e a história pessoal de depressão são fatores de risco associados à depressão pós-parto. A depressão, no contexto da maternidade, pode repercutir na dinâmica familiar, bem como na qualidade

de vida e interação mãe-bebê, visto que os bebês são vulneráveis ao impacto da depressão de suas mães (Cantilino et al, 2010).

Estudos como o de Eastwood et al. (2012) e o de Lancaster et al. (2010) apontaram que mães com depressão durante a gravidez costumam ter percepções negativas sobre sua experiência de gestação e maternidade. É preciso recordar, também, que o não desejo de uma gestação também é fator de risco para a depressão das mães (Abassi et al., 2013). Ainda, o estudo de Moraes et al. (2006) sugeriu que os fatos de a mãe ter uma preferência pelo sexo do bebê e ter pensado em interromper a gestação estão associados a depressão pós-parto. Portanto, a rejeição à gravidez pode ser um fator que aumenta as chances para a depressão pós-parto.

No caso da depressão puerperal, existem diversos acontecimentos decorrentes da vivência pós-parto que podem explicar os sintomas de desta. A nova responsabilidade de cuidar de um bebê une-se ao fato de este representar um “enigma”: ele pode expor as deficiências e dificuldades dos novos pais, ou então significar a esperança de auto-realização destes. A natureza do comportamento dos pais age de forma relevante nas características da criança, por isso é tão intensa a interação mãe-bebê e a influência recíproca entre essa díade (Maldonado, 2002).

Nas primeiras semanas com o bebê, mãe e filho estão se descobrindo e estabelecendo um padrão de comunicação, e, freqüentemente, a mãe pode falhar na detecção de alguma exigência de cuidado de seu bebê. É aos poucos que a nova mãe consegue compreender e diferenciar as solicitações de seu bebê, como os tipos de choro e o que eles sinalizam: fome, cólica, desconforto, sono, necessidade de contato, entre outros (Frizzo, Vivian, Piccinini & Lopes, 2013; Maldonado, 2002). Maldonado (2002) recorda o quanto essa comunicação não-verbal é densamente emocional. Uma mãe, diante do choro de seu bebê, pode experimentar sensações diferentes, como o sentimento de pena - que a estimula a cuidar de seu bebê-, ou, por exemplo, o sentimento de raiva - por entender que seu bebê não percebe sua dedicação e não é grato por isso. Ela quer um reconhecimento de toda privação que está sentindo e do esgotamento que as necessidades de seu bebê lhe causam. Em outros casos, as mães podem perceber o choro do bebê como censura de suas ações, gerando sentimentos de culpa e inadequação. Há uma grande insegurança quanto ao significado de ser “boa mãe” (Maldonado, 2002; Schwengber & Piccinini, 2003).

Badinter (1980) discutiu o papel da mãe, apontando que esta é vista como a grande responsável na formação de um filho, e que deve empenhar-se para que ele se torne bom cristão, bom cidadão e homem. A “natureza” atribui essa função à mãe, e as mulheres de boa vontade devem assumir com entusiasmo essa grande responsabilidade. Aquela que não assume plenamente seu papel de mãe pode ser acusada de egoísmo, maldade e até mesmo desequilíbrio. Surgem então os sentimentos de angústia e culpa, daquelas mulheres que não conseguem desempenhar com perfeição o papel que a sociedade lhe impôs. A tênue linha entre responsabilidade e culpa é capaz de modificar o significado de amor materno (Badinter, 1980).

Ainda sobre os primeiros contatos da díade, após os dias de internação devido ao parto, a mais nova mãe retorna para casa, trazendo consigo questionamentos a respeito de sua capacidade de lidar com todas as suas antigas atividades rotineiras somadas, agora, aos cuidados do bebê que está em seus braços (Maldonado, 2002). A mulher, ao ter que se adaptar a nova realidade, precisa modificar o centro de sua identidade, de profissional para mãe de família e de filha para mãe. Junto com essas mudanças, é alterado o investimento emocional e a organização do tempo, da energia e de suas atividades (Stern, 1997).

Coates, Ayers e Visser (2014) encontraram em seus estudos que o parto e a amamentação são os momentos nos quais as mães mais sentem necessidade de receber apoio, devido às dificuldades emocionais no processo de torna-se mãe - em especial o sentimento de angústia, que pode ser referente ao desapego, à evasão, à culpa ou à comparação social. Soifer (1986) atentou para a importância, no atendimento clínico das mulheres, da percepção dos estados melancólicos pós-parto, visto os possíveis agravos da depressão puerperal. Sintomas relacionados à depressão são comuns nesse momento de vida das mulheres, no entanto é preciso ser cauteloso quanto à intensidade destes e se eles irão desaparecer gradativamente dentro de um prazo razoável ou não. A maternidade é uma fonte de saúde mental para a mulher e o fracasso ao assumir o papel de mãe pode resultar em uma dor intolerável.

As percepções da mulher sobre si mesma são muito importantes, mães deprimidas, ao longo dos primeiros meses do pós-parto, podem vivenciar as sensações de desilusão, fracasso e decepção. Com a debilidade causada pela depressão, é comum a preocupação de que estas mães possam estar interferindo, de alguma forma, no

desenvolvimento de seus bebês. De fato isso pode ocorrer, visto o estabelecimento de estilo de interação dessas mães. O menor grau de afeto positivo e de expressão emocional, além de perdas nas interações, no envolvimento afetivo e na sensibilidade de reação podem ser agravos da depressão materna. Quanto mais persistente e intensa é a depressão pós-parto, maiores podem ser os efeitos a longo prazo no desenvolvimento deste bebê (Goodman, 2007; Maldonado, 2002; Marcus, 2009; Schwengber & Piccinini, 2004). A Canadian Paediatric Society (2004) apontou que o bebê de uma mãe deprimida está sujeito a um desenvolvimento de apego inseguro, afeto negativo e atenção desregulada, além de grande excitação.

Estudos atuais como o de Sousa, Prado e Piccinini (2011) evidenciaram representações negativas a respeito da maternidade em mães deprimidas. Foram apontados aspectos como o sentimento de pouco apoio por parte do companheiro nos cuidados com o bebê, além da dificuldade de compreender as necessidades de seu bebê, bem como o sentimento de não ser capaz de cuidar deste. A dificuldade na conciliação entre os antigos papéis e o novo papel de mãe também foi encontrada neste estudo, demonstrando, assim, a grande necessidade de ajustamento da mulher frente à maternidade.

O estudo de Carlesso e Souza (2011), assim como a literatura anterior, referiu que o estabelecimento do vínculo mãe-bebê pode sofrer interferências, e por isso, o tratamento da depressão pós-parto deve ser o mais precoce o possível. No que diz respeito à criança, os autores puderam indicar que a depressão materna pode resultar em problemas no desenvolvimento, tais como: desordens afetivas, comportamentais, lingüísticas, cognitivas e sociais e, também, como alterações na atividade cerebral. Carlesso e Souza (2011) recordam, porém, que diante destes possíveis prejuízos desenvolvimentais é preciso analisar a relação entre o impacto da depressão materna e outros fatores como o temperamento infantil, a idade da criança, cronicidade do episódio depressivo e tipo de interação da mãe deprimida.

A literatura ressalta a ligação entre a depressão pós-parto e relatos negativos da experiência de maternidade. A expectativa da sociedade frente ao papel materno - que diz que a maternidade tem relação com feminilidade e não com crise, transformação – somada ao excesso de atividades relacionadas à maternidade cria uma sobrecarga emocional que se torna difícil de lidar e pode, muitas vezes, levar ao desenvolvimento

da depressão (Piccinini, Frizzo, Brys & Lopes, 2014; Schwengber & Piccinini, 2003; Sousa, Prado & Piccinini, 2011; Stanghellini, 2012;).

As exigências de adaptação ao nascimento de um bebê são um fator de risco para a depressão pós-parto (Piccinini et al., 2012). Além disso, existem muitas evidências da repercussão da depressão pós-parto para a interação familiar e as transformações do processo de construção da maternidade (Sousa, Prado & Piccinini, 2011). Ainda sobre a maternidade e sua relação com a depressão, mulheres que, durante o puerpério, sofrem perturbações graves -como a depressão- podem apresentar, nos anos subsequentes, problemas emocionais, além de prejuízos na relação com o filho (Maldonado, 2002; Schwengber & Piccinini, 2003). Diante destes fatos, é possível compreender a importância da assistência a saúde mental materna, especialmente nos casos de depressão pós-parto. O diagnóstico e tratamento precoce são fundamentais para o bem estar e desenvolvimento sadio da díade mãe-bebê.

Como forma de lidar com esse problema, que afeta saúde mental da mãe e de seu bebê, diversos estudos sugeriram o aperfeiçoamento trabalhos de atenção materna para prevenir e auxiliar no tratamento da depressão pré e pós-parto (Arrais, Mourão & Fragalle, 2014; Brum & Schermann, 2006; Eastwood et al., 2012; Howard et al., 2014; Sousa, Prado & Piccinini, 2011). Por fim, com base na relevância do tema abordado e nas evidências encontradas em diversos estudos aqui mencionados, o seguinte trabalho buscou compreender as peculiaridades e as diferenças quanto à percepção da experiência de gestação em mãe com e sem depressão pós-parto.

## **1.1 Objetivo do Estudo**

### Objetivo Geral

- Compreender as particularidades e diferenças nas percepções sobre a gestação em mãe com e sem depressão pós-parto.

### Objetivos Específicos

- Entender as percepções sobre gestação, com foco no planejamento e no desejo de ter filhos e engravidar em mães deprimidas ou não, após o parto.

- Examinar as influências da depressão pós-parto na forma como as mães percebem sua experiência de gestação.

## CAPÍTULO II

### Método

#### 2.1 Participantes

Participaram deste estudo seis mães com seus respectivos bebês. Na tabela abaixo seguem os dados sociodemográficos das participantes:

Dados Sociodemográficos						
	Cecile (Caso 01)	Christelle (Caso 02)	Doriane (Caso 03)	Pam (Caso 04)	Barbara (Caso 05)	Andrea (Caso 06)
Idade da mãe	38 anos	33 anos	37 anos	34 anos	28 anos	36 anos
Idade do bebê	11 meses	7 meses	9 meses	7 meses	11 meses	7 meses
Sexo do bebê	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Outros filhos	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Estado Civil	Casada	Casada	Casada	Casada	Casada	Casada
Resultado no EPDS	12	18	19	06	05	05
Resultado no MINI	Episódio de Depressão Maior Atual	Episódio de Depressão Maior Atual	Episódio de Depressão Maior Atual	-	-	-

As mães aqui investigadas tinham idades entre 28 e 38 anos, tiveram seus bebês a termo e foram entrevistadas quando seus bebês tinham entre sete e onze meses de vida. As mães selecionadas fazem parte do projeto intitulado “Depressão pós-parto: Prevalência, antecedentes e intervenção”, (Frizzo et al, 2012). Esse projeto tem como objetivo investigar a prevalência e os antecedentes de depressão pós-parto e o impacto

de uma psicoterapia pais-bebê para as famílias em que a mãe apresenta diagnóstico de depressão pós-parto.

O presente projeto constitui uma proposta de trabalho de investigação conjunta, elaborada por integrantes do Grupo de Trabalho Interação Pais-Bebê/Criança, vinculado à Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). Além disso, o projeto “Depressão pós-parto: Prevalência, antecedentes e intervenção” trabalha de forma multicêntrica e conta com a participação de equipes de pesquisa na UNISINOS (Universidade do Vale do Rio dos Sinos) e na UFCSPA (Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre).

O projeto acompanhou, até o presente momento, no centro UFRGS, 45 díades mãe-bebê, incluindo mães com e sem sintomas de depressão pós-parto e bebês com e sem sintomas prejudiciais ao desenvolvimento. A coleta de dados ocorreu entre o sexto e décimo segundo mês de vida do bebê. Para o presente estudo, foram selecionadas, aleatoriamente: três mães com depressão pós-parto diagnosticada através dos instrumentos Mini Mental Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) e confirmada Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS); e outras três mães sem sintomas de depressão pós-parto.

As mães participantes do projeto deveriam ter idade superior a dezoito anos e poderiam ter nível socioeconômico e configuração familiar variáveis. Os critérios de exclusão eram: mães com retardo mental - observado a partir do contato com a mãe - e outros quadros psicopatológicos severos, tais como esquizofrenia, transtorno de personalidade borderline ou anti-social, regressão psicótica, risco de suicídio e abuso de substâncias químicas, identificados a partir da aplicação do M.I.N.I.. Ainda, foram excluídos desse projeto os bebês que apresentaram malformações e outros quadros clínicos, a fim de evitar distorção entre sinais e sintomas próprios do diagnóstico e aqueles indicativos de sintomas psicofuncionais.

## **2.2 Delineamento**

Foi utilizado um delineamento de estudo de casos coletivo (Stake, 1994) para investigar através da Entrevista sobre gestação e parto (GIDEP/NUDIF 2003) as

particularidades e diferenças nas percepções sobre a gestação em mãe com e sem depressão pós-parto.

#### Considerações éticas

O Projeto de pesquisa do qual o presente estudo faz parte, foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia e atende à resolução 466/2012 sobre pesquisa com seres humanos (Anexo A).

### 2.3 Procedimentos

Após a indicação/o contato para participação no projeto, as mães dos bebês foram contatadas, para o esclarecimento dos objetivos do estudo e a realização do convite para participar do mesmo. Quando houve concordância em participar, as mães foram convidadas a vir ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após isso, elas preencheram uma Ficha de Dados Sociodemográficos e responderam a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) e ao M.I.N.I. (Mini Mental Neuropsychiatric Interview), em local reservado para tal fim. Posteriormente, foi aplicado também o Questionário Symptom Check List.

Quando confirmada a presença de pelo menos um tipo de sintoma psicofuncional do bebê, dentre todos os possíveis, ou sintoma depressivos na mãe de acordo com o EPDS e o MINI as duplas foram consideradas elegíveis para seguir no projeto. A segunda fase do projeto consistia na aplicação de outros instrumentos - Diadic Adjustment Scale (DAS); Parental Bonding Instrument (PBI); Escalas Desenvolvimentais Denver; Interaction Assessment Procedure (IAP) – e no preenchimento da Ficha de dados clínicos, da Entrevista sobre a Gestação e o Parto e da Entrevista sobre a Experiência da Maternidade.

### 2.4 Instrumentos

**Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS):** A EPDS, instrumento de triagem específico para a depressão pós-parto, foi precursora nesse tipo de avaliação. Consiste em um instrumento de auto-registro com dez questões que investigam sintomas comuns da depressão, com respostas objetivas, no formato tipo Likert – ou

seja, o sujeito busca a concordância com alguma das afirmações dadas como possíveis respostas. A mãe que responde ao EPDS deve identificar alternativas as quais acredita que descrevem, da melhor forma, como ela tem se sentido na última semana (Camacho et al, 2006). Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) indicam que os itens da Escala podem identificar sintomas como redução de desempenho e culpa, perda de prazer e apetite, distúrbio do sono, humor deprimido ou disfórico e ideação suicida. Criada em 1987, ela foi traduzida e validada para o Brasil somente no ano de 2000, e tem auxiliado no rastreamento de depressão pós-parto, em especial em pesquisas, por todo o país (Camacho et al, 2006). O escore máximo do EPDS é de 30 pontos, para esse estudo foi utilizado ponto de corte em 10 ou mais pontos, conforme indicado na validação no instrumento (Santos et al., 2007) para identificação da presença de sintomas de depressão.

**Mini Mental Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.):** Elaborado por Sheehan et al. (1998) e traduzido por Amorim (2002), trata-se de uma entrevista diagnóstica padronizada breve, que explora 17 transtornos psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (Associação Psiquiátrica Americana, 1994) além do risco de suicídio e do transtorno de personalidade anti-social. Também permite identificar participantes *borderline*, com regressão psicótica e com ansiedade de separação. É um instrumento que pode ser aplicado em um período relativamente curto de tempo (entre 15 e 30 minutos), e destina-se ao uso na prática clínica e, em pesquisa, como instrumento de seleção de participantes. Nesse estudo, esse instrumento foi utilizado para excluir a participação de mães que apresentem indicadores relacionados a risco de suicídio, transtornos de personalidade *borderline* e anti-social, e com regressão psicótica. Os demais indicadores, tais como os de ansiedade de separação, não serão utilizados como critério de exclusão, e serão utilizados para o entendimento da dinâmica relacional de cada dupla mãe-bebê.

**Entrevista sobre a Gestação e o Parto (GIDEP/NUDIF, 2003):** Trata-se de uma entrevista estruturada, realizada de modo semi-dirigido, cujo objetivo foi o de investigar as impressões maternas e paternas sobre a gestação e o parto. A entrevista foi composta

por dois blocos de questões. No primeiro deles investigaram-se diversos aspectos referentes ao período da gravidez, tais como: planejamento e sentimentos da mãe, do pai e dos familiares com a notícia da gestação; estado físico e emocional da mãe e do pai nesse período; principais preocupações consigo e com o bebê; mudanças e apoio percebidos. No segundo investiga-se o parto e os primeiros dias após o nascimento do bebê. Entre os aspectos abordados, destacam-se: tipo de parto; ocorrência de complicações; principais preocupações em relação a si mesmo(a) e ao bebê; mudanças percebidas em si mesmo(a) e nos familiares com o nascimento do bebê; sentimentos a respeito das primeiras horas e dias após o nascimento. Durante a entrevista solicita-se à mãe e ao pai que relatem os seus sentimentos e impressões desde o recebimento da notícia da gestação até os primeiros contatos com o bebê. Suas associações são respeitadas e caso seja necessário um maior aprofundamento a entrevistadora solicita explicações adicionais, com o objetivo de esclarecer suas respostas.

## **2.5 Análise dos Casos**

Foi realizada uma análise qualitativa a partir da *Entrevista sobre gestação e parto* (GIDEP/NUDIF, 2003) que buscou investigar as percepções das mães com e sem depressão pós-parto sobre as vivências ocorridas durante o período da gestação. Nos casos analisados foram comparadas peculiaridades e diferenças quanto a percepção da experiência de gestação, especialmente no que diz respeito ao planejamento e desejo de engravidar e ter filhos.

# **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

## **3.1 Descrição dos Casos**

### Caso 01

Cecile tinha 38 anos de idade quando foi entrevistada e seu bebê Gabriel tinha onze meses de vida. O resultado do EPDS realizado foi 12, representando indicadores de depressão pós-parto. No instrumento M.I.N.I., foi descrito Episódio Atual de

Depressão Maior. Gabriel é o segundo filho do casal, Cecile e André (33 anos) – há treze anos juntos - e vive com os pais, a irmã Priscila, com dois anos e cinco meses anos, e avó materna de criação. Cecile não tinha uma boa relação com a família do marido e não tinha contato com seus pais biológicos. Sua mãe de criação é sua tia biológica, irmã de seu pai biológico. Ela disse que tinha uma boa relação com sua mãe de criação e outra tia, além dos avós paternos, que foram responsáveis por sua criação também.

Cecile comentou que sempre pensou em ter três filhos. Contou, ainda, que André desejava ter um segundo filho e que eles planejavam ter outro bebê quando Priscila completasse dois anos de idade. Cecile engravidou, de forma não planejada, quando a filha estava com oito meses. Segundo ela, a preguiça levou o casal a ter relação sexual sem uso de preservativo. Ela lembrou que repetiu o teste de gravidez diversas vezes, pois não acreditava naquela gestação e disse: “[eu] não contava pra ninguém porque não era o que eu queria.”. A mãe relatou que demorou cerca de um mês para contar para André sobre a gestação e que isso aconteceu em um momento em que os dois estavam discutindo e ela revelou: “para de me encher o saco porque eu estou grávida”. A reação inicial de André foi ficar paralisado, mas logo em seguida ele “deu uma risadinha”, segundo Cecile. A mãe completou, ainda, dizendo: “ele queria outro filho, mas queria outro filho até conhecer o Gabriel, como eu digo”. Ela diz que Gabriel não foi rejeitado, e sim inesperado, mas que as coisas complicaram muito depois que ele nasceu. Ela contou, também, a decepção que sentiu ao saber que o filho era um menino, visto que ela não tem uma visão muito boa a respeito dos homens, pois não teve um pai presente – segundo seu relato. Ao longo da entrevista a mãe contou que, durante a gestação, os momentos que costumavam gerar emoção e expectativa nas grávidas, como a ultrasonografia, ela “fazia sem afeto, fazia sem emoção”.

Durante toda entrevista ficou evidente a comparação entre os filhos, Gabriel e Priscila. Cecile referiu-se à gestação de Priscila como tranqüila e, em seguida, contou que a gestação do filho foi “[um] caos”, uma gravidez muito agitada. Expôs que durante a gestação dizia para Gabriel “mamãe te ama, mas não te atura”. Quanto ao apoio de André durante a gestação, Cecile queixou-se bastante dizendo que André não agiu com o carinho e cuidado que tinha proporcionado a ela na gestação de Priscila. Pelos relatos da mãe, o casal não estava vivenciando um bom momento e tinham muitos

conflitos, especialmente porque André atribuía muitas tarefas a esposa. Ela comparou o bebê ao marido dizendo que *“o Gabriel chorando no meu ouvido é como se fosse o André reclamando (...) a chatice é igual”*. Ela relatou que seu principal suporte vem da mãe de criação e da tia, que costumam “mimar” Gabriel, segundo ela. Sobre os cuidados com o filho, ela revelou que a avó de criação de Gabriel tem assumido algumas tarefas, como embalar o menino no colo – algo que ela disse não suportar fazer. Ela complementou ainda dizendo *“eu não gosto de trocar a roupa dele... todas as coisas que eu gostava de fazer com a Priscila, que me davam prazer e que eu achava que ninguém ia fazer perfeitamente, como eu fazia, hoje em dia [com] o Gabriel pode fazer qualquer coisa com ele”*. Ainda sobre a gestação, ela conta com pouca afetividade o momento do parto, Cecile se lembra de pedir ao filho: *“Fica mais tempo, fica, fica, fica [na barriga] até quando der, pra eu poder descansar um pouco”*. Gabriel nasceu com trinta e oito semanas de gestação. A respeito dos primeiros dias com o filho ela relatou que *“Eu tenho certeza que eu estava rejeitando aquela criança”*, e ainda *“Eu tentava me esforçar pra ser a mãe que eu gostaria de ser porque eu fui... pelo menos eu fui com a Priscila, mas eu não sentia vontade, e aí me dava mais raiva ainda (...), eu pensava no dia que eu não usei a camisinha”*. Por fim, a mãe disse: *“Eu me culpava, mas não sei (...). Ao mesmo tempo é uma raiva e uma tristeza”* e encerrou contanto que suspeita que o filho tenha algo, pois ela não sente “normalidade” nele, o que nos faz concluir que ela suspeitava de algum problema em seu desenvolvimento (apesar de os instrumentos aplicados não terem identificado nenhum atraso ou dificuldade no desenvolvimento do bebê). No momento da entrevista, Cecile não desejava mais ter três filhos, como havia mencionado, pois disse que depois da experiência com Gabriel, necessitou refletir sobre esse planejamento.

## Caso 02

Christelle tinha 32 anos e seu bebê, Isabel, tinha sete meses de idade na ocasião da entrevista. O resultado do EPDS realizado na época foi 18, representando indicadores de depressão pós-parto. No instrumento M.I.N.I., foi descrito Episódio Atual de Depressão Maior. Isabel é a primeira filha do casal. Isabel mora com a mãe, Christelle, e com o pai, Eduardo (40 anos) – que estão juntos há nove anos.

Christelle disse que Eduardo sonhava mais com parentalidade do que ela e que, logo que ele soube que seria pai, chorou de felicidade. A mãe contou que se sentiu feliz ao saber da notícia da gestação, apesar de referir que por muito tempo não pensava em ser mãe – devido ao medo que sentia do processo gestacional. Ela falou que pensava que a gestação seria *“um transtorno horrível”*, mas que o fato de não ter muitos enjôos e grandes mudanças físicas mudou o seu conceito sobre gravidez. Eduardo foi a todas as consultas com Christelle e estava presente no parto, ela descreve o marido como *“bem companheiro”* e diz que se sentiu super protegida e tranqüila em relação ao apoio que recebeu durante a gestação. Eles mantiveram segredo da notícia até completar três meses de gestação e então, no Natal, contaram a todos a novidade. A mãe de Christelle *“fez uma festa”* e seus irmãos ficaram muito animados também. Ela descreve a reação deles como receptiva e incentivadora. Christelle relata ter recebido apoio total de sua mãe durante a gravidez.

A gestação foi planejada pelo casal, e a mãe relatou que a gravidez aconteceu em um momento bastante tranqüilo para ela e Eduardo. No entanto, adiante na entrevista, Christelle contou que, ao mesmo tempo em que estava grávida, eles estavam reformando o apartamento e que foi um momento em que ela se sentiu bastante estressada e limitada pela gestação, visto que o marido dizia para ela não ir no local para não se incomodar com os problemas da obra, ou então com o mal cheiro. Christelle disse: *“eu sou uma pessoa muito de [ação], era antigamente, hoje eu sou um pouco menos por causa da Isabel”* e completa: *“alguém me bloqueou, eu ‘poxa, perdi a minha liberdade’”*. Quanto ao estresse, Christelle contou que, naquele momento de obra no apartamento, se questionava o porquê de a gestação acontecer justamente naquele período da vida dela.

O cansaço apareceu para Christelle a partir do oitavo mês de gestação e foi quando ela sentiu maiores dificuldades para realizar atividades, respirar e encontrar alguma posição confortável - ela descreveu uma situação: *“E um dia fui fazer a cortina dela [Isabel], aqui nessa sala, eu chorava porque não conseguia cortar, não conseguia, não tinha posição”*. Além disso, Christelle foi hospitalizada duas vezes por causa de infecções urinárias, experiências que ela considerou que enfrentou tranquilamente. Emocionalmente, como relatado anteriormente, Christelle sentiu uma perda de autonomia que a incomodou significativamente.

Por fim, Christelle descreveu como humilhante o momento de ter que fazer força para expulsar o bebê em seu parto, pois as pessoas se referiam a fazer força como se fosse para defecar e ela ficava com nojo da possibilidade de isso acontecer enquanto ela tentava parir sua filha. Os pensamentos que ela tinha no momento eram relacionados à urgência que sentia de que a filha nascesse e que tivesse saúde. Ela referiu que queria essa situação acabasse logo, pois era um “horror”. Isabel nasceu quando Christelle completou trinta e nove semanas de gestação.

### Caso 03

Doriane (37 anos) é mãe de Lucas, que tinha, no período da entrevista, nove meses de vida. O resultado do EPDS realizado foi 19, representando indicadores de depressão pós-parto. No instrumento M.I.N.I., foi descrito Episódio Atual de Depressão Maior. Lucas vive com a mãe, o pai (Elias), 31 anos, e o irmão (Daniel) de nove anos de idade. O casal tem um relacionamento de treze anos e mora próximo a família de Doriane. Doriane tem muitos irmãos, e eles têm algumas divergências por ela não ser praticante na religião escolhida pela família. Ainda, Doriane descreveu sua mãe como reservada, e completou dizendo ter uma relação tranqüila, de forma geral, com a sua família e com a família de Elias.

A gestação de Lucas não foi planejada e também não era desejada por Doriane, que pensava em ter apenas um filho, pois acreditava que não teria condições psicológicas para ter outro filho - dar atenção e cuidar de outra criança. Quando ela soube o resultado do exame de gravidez ficou “*sem reação, sem ação*”, enquanto o marido festejava a notícia. Ela contou que descobriu que estava grávida na véspera do ano novo (2012-2013) e que naquele momento estava fazendo muito planos para o ano que viria, mas que a notícia da gestação a deixou bem confusa, ela disse: “*eu estava planejando sair, viajar, daí quando eu descobri que estava grávida, já foi, eu parei no mundo, né*” e completou: “*Eu, dentro de mim, eu... pra eu aceitar assim, foi bem difícil (...)*”. O esposo lhe deu o suporte necessário durante a gestação, segundo Doriane, e o filho mais velho desejava um irmão. Ela contou que, em seu entendimento, a aceitação só veio depois do nascimento e que ela, em momento algum da gestação, pode dizer que

ficou contente pelo que estava vivendo. Ela relatou, ainda, o alerta de uma médica que a acompanhou em seu pré-natal e dizia que ela estava demonstrando sinais de depressão por não aceitar a gestação e que deveria ter cuidado para não vivenciar uma situação de depressão pós-parto. Na entrevista não é descrita nenhuma ação de fato em relação aos sintomas, apenas o alerta realizado pela médica. Doriane expôs que se sentia muito nervosa durante a gestação, tinha preocupações em relação a “*mais um filho no mundo*” e a dificuldade de educar uma criança. Ela sentia que não podia contar com o apoio da família. Disse, ainda, que não organizou o enxoval e afins com o mesmo cuidado que teve na gestação de Daniel, e que deixava tudo sempre para última hora.

A gestação de Doriane foi de risco e exigiu muito repouso, visto que ela tinha freqüentes contrações. Já no fim da gestação, ela teve diabetes gestacional e hipertensão e precisou ser internada. Seu parto foi induzido e aconteceu de uma forma bastante traumática, visto que Doriane estava sem acompanhamento médico no momento em que pariu Lucas, contando apenas com o apoio do esposo. Em seguida a equipe chegou ao quarto do hospital para auxiliá-la, mas ela vê a situação como um descaso por parte da equipe do hospital.

#### Caso 04

Pam tinha 34 anos de idade quando foi entrevistada, e sua filha, Carla, tinha sete meses de vida. Quanto ao resultado do EPDS, Pam obteve pontuação 06, a qual excluiu a existência de depressão pós-parto. No instrumento M.I.N.I., não houve descrição de Episódio Atual de Depressão Maior. Carla vivia na época da entrevista com os pais, Pam e Diego (33 anos), que estavam juntos há treze anos. As famílias de Pam e Diego moravam em outra cidade, apenas uma das irmãs de Pam vivia na mesma cidade que o casal. Pam diz ter um bom relacionamento com sua família, percebe algumas dificuldades em determinadas relações, como uma das irmãs que se afastou da família, mas Pam busca manter contato com todos e fazê-los presentes na vida da filha. Quanto à família de Diego, Pam disse que não tinha uma boa relação com a sogra (falecida) e que evitava o contato da filha com os irmãos de Diego e o avó parterno, pois eram

pessoas que ela percebia como inadequadas, por não trabalharem e terem envolvimento com abuso de substâncias.

A gestação de Carla foi planejada e, ainda, a mãe afirmou: *“sim, foi desejada, muito!”*. Pam buscou orientação médica para engravidar e durante um ano teve muitos momentos de ansiedade por não entender porque não conseguia ficar grávida. Com o passar de um ano, ela e Diego fizeram exames e descobriram que precisariam de uma inseminação para conseguir a desejada gestação. Mesmo com o resultado positivo para gestação, Pam teve dificuldades para acreditar na notícia. Foram dois anos de espera e, somente depois dos três meses de gestação, Pam permitiu que a família comunicasse publicamente sua gravidez – tinha receios. Ela pediu: *“espera pra ver se vai ficar tudo bem, já foi tão difícil conseguir engravidar!”*. Ela referiu que a notícia da gravidez foi um pouco diferente, pois não foi uma “gestação natural”, mas que também sentia bastante expectativa. Diego ficou *“super feliz”* e Pam diz que ele acreditava mais do que ela na notícia.

Pam descreveu Diego como “paizão”, pois diz que ele a deu todo suporte necessário na gestação e nos primeiros meses de vida da filha. Segundo ela, ele realmente se envolveu com a gestação. O casal tinha algumas expectativas em relação ao sexo do bebê, Pam acreditava que por ter cuidado das irmãs mais novas, seria mais fácil cuidar de uma filha mulher e Diego queria uma menina também. No dia em iriam descobrir o sexo do bebê, Diego vestiu uma camiseta rosa *“para dar sorte”*, segundo Pam. A família também apoiou Pam na gestação e as preocupações de Pam eram relacionadas a não repetir as falhas da própria mãe, a qual ela crítica em alguns momentos da entrevista. Finalizando, Pam comentou: *“ok, vou errar, não vou ser perfeita, mas, pelo menos, eu vou estar presente [na vida da filha], acompanhar ela”*. Pam realizou parto cesariano e relatou que foi uma experiência tranquila, assim como sua recuperação foi boa.

#### Caso 05

Barbara tinha 28 anos de idade quando foi entrevistada e seu bebê, Samuel, tinha nove meses de vida. Quanto ao resultado do EPDS, Barbara obteve pontuação 05, a qual excluiu a existência de depressão pós-parto. No instrumento M.I.N.I., não houve

descrição de Episódio Atual de Depressão Maior. Samuel vivia na época da entrevista com os pais, Barbara e Luis (30 anos), e o irmão mais velho, Luan (três anos). O casal vivia junto há oito anos. Barbara não é muito próxima de sua família, mas diz ter um bom relacionamento com a família do marido, Luis, e conta com os sogros sempre que precisa de suporte.

Samuel foi um bebê planejado e desejado. Barbara tinha o desejo de dar um irmão a Luan, pois acreditava que ele era muito sozinho e que isso fazia mal para ele, ela disse: “(...) *um irmão era o melhor presente que a gente podia dar. Até hoje ele chama de meu presentinho*”. Ela disse que quando engravidou de Samuel já fazia cerca de um ano que ela estava tentando ter um bebê. A notícia da gestação deixou todos muito contentes e, apesar das dificuldades da gestação, que exigiram cuidados e repouso, a experiência foi vista como tranquila. Barbara atribui às complicações que teve à ansiedade que sentia. Quanto ao apoio do esposo, Barbara referiu que Luis sempre esteve com ela e disse: “(...) *ele é imprescindível, eu devo muito a ele, a maneira dele de encarar a vida, ele é muito calmo, ele é deficiente físico, ele vê tudo pela ótica boa, não é um deficiente físico que acha tudo ruim, bem pelo contrario, nunca reclama da condição dele, e ele vê tudo pelo lado bom, então isso me faz muito ver que eu to reclamando de barriga cheia, que eu não tenho que reclamar*”. Ela contou, também, que não esperava muito suporte da mãe, e que seus pais não são presentes na vida de Samuel.

Barbara referiu que, durante a gestação, tornou-se ativista em favor do parto normal e que essa era uma de suas preocupações, mas felizmente tudo correu como ela planejou. Assim como ela esperava, a chegada de Samuel foi percebida como positiva para o irmão Luan. Por fim, ela relatou alguns desafios de cuidar de duas crianças, visto que “*Samuel demandava mais atenção física, mas o Luan mais atenção psicológica*”. Ela expôs que, a partir do momento em que decidiu assumir as tarefas dos dois filhos para si, conseguiu manter o controle da situação.

## Caso 06

Andrea é mãe de Patrícia, que tinha sete meses de idade na época da entrevista. Andrea tinha 36 anos e o pai de Patrícia, Lorenzo, tinha 40 anos. O casal estava junto há oito anos. Quanto ao resultado do EPDS, Andrea obteve pontuação 05, a qual excluiu a existência de depressão pós-parto. No instrumento M.I.N.I., não houve descrição de Episódio Atual de Depressão Maior. Andrea relatou que sempre teve uma ótima relação com sua mãe e uma relação “tranqüila” com o pai e a irmã. Além disso, ela diz que tinha uma relação de respeito com a família de Lorenzo, apesar de achar que os parentes dele são pouco afetivos com o casal.

Andrea teve um aborto espontâneo cerca de dois anos antes da gestação de Patrícia. Ela descreveu essa vivência como bastante traumática e conta que só conseguiu elaborar a perda de seu bebê e começar a pensar em uma nova gestação depois que iniciou sua psicoterapia. Apesar de se sentir mais segura sobre a decisão de ser mãe, a nova gestação trouxe muita insegurança e receios em relação à perda do bebê. O casal ficou um pouco apreensivo pela situação que tinha passado, mas receberam a notícia da gestação com muita alegria. Eles descobriram a gravidez no mesmo momento e buscaram ter cuidado com a divulgação da notícia, pois tinham muito medo de perder o bebê. Andrea contou que somente depois das 24 semanas de gestação, quando viu a informação “*24 semanas já é o bebê viável*” que ela se sentiu mais confiante sobre a gestação. A notícia foi divulgada para a família no aniversário da mãe de Andrea e todos ficaram muito felizes.

Andrea relatou que acreditava que ela e Lorenzo têm um bom relacionamento, e que a relação melhorou depois da gravidez. Ela disse que ele sempre a apoiou e deu o suporte necessário e destacou: “*Foi super parceiro, fez curso de gestantes comigo (...)*”. Ele lia informações sobre amamentação e maternidade e partilhava com Andrea suas reflexões. Quanto ao parto, ela contou que existem algumas coisas que ela questiona na forma como a equipe médica conduziu, mas que busca não pensar muito nisso, para não ficar incomodada, tenta pensar que tudo ficou bem. Durante a entrevista Andrea conversa de forma carinhosa com a filha diversas vezes e elogia a bebê, além de mostra-se bastante satisfeita com a experiência de maternidade.

### 3.2 Discussão dos Casos

Entre os seis casos descritos nesse trabalho, as três primeiras mães (caso 01, 02, 03) representaram a vivência da maternidade com presença de depressão pós-parto. Já os casos 04, 05 e 06 descreveram a maternidade de mães sem depressão pós-parto. A partir da análise, é possível identificar representações negativas a respeito da maternidade que possivelmente são influências pela existência do transtorno (Sousa, Prado e Piccinini, 2011).

Nos casos de mães com depressão pós-parto, apenas uma mãe relatou ter planejado sua gestação (caso 02), mas ao mesmo tempo deixou dúvida o seu desejo por esta, pois quando foi perguntada na entrevista, descreveu a vontade de ter um filho que o esposo sentia na época e não o seu próprio desejo. Mais adiante na entrevista, ela questionou o momento em que a gestação aconteceu em sua vida, deixando pouco claro seu desejo pela gestação. Ainda na situação de depressão pós-parto, dois casos destacaram-se por seus relatos de gestações não desejadas e não planejadas (caso 01 e 03). No caso 01, a mãe evidenciou isso ao dizer: “[eu] não contava pra ninguém porque não era o que eu queria”. Seus relatos de uma percepção negativa de gestação e emocionalmente conflituosa foram constantes e intensos: “mamãe te ama, mas não te atura”, assim como para a mãe do caso 03: “Eu, dentro de mim, eu... pra eu aceitar assim, foi bem difícil (...)”.

Dentre as mães sem depressão pós-parto, todas desejaram e planejaram suas gestações. Esses achados corroboram a literatura que diz que o não desejo de uma gestação é fator de risco para a depressão das mães (Abassi et al., 2013). Confirmou, ainda, que mães com depressão durante a gravidez costumam ter percepções negativas sobre sua experiência de gestação e maternidade como Eastwood et al. (2012) e Lancaster et al. (2010) apontaram. Lancaster (2010) descreveu que uma mulher deprimida durante a gestação tende a lembrar da concepção como involuntária, ou tem maior propensão a ver sua rede social como escassa.

O desejo e o planejamento podem ser investigados, ainda, pela perspectiva do pai e seu apoio durante a gestação, que diz muito da relação entre mãe-pai-bebê. Imaginar as características psicológicas e físicas do bebê, bem como a demonstração de

uma preferência clara por um dos sexos, são formas de os pais se incluírem na vivência da gestação, além de estreitar a relação entre pai e bebê (Piccinini et al., 2009). Entre os casos estudados de depressão pós-parto, somente um pai (caso 02) desejava a gestação. No entanto, o envolvimento do pai no processo gestacional foi pouco descrito, situação que se repetiu nos outros dois casos de mães com depressão pós-parto (caso 01 e 03). Já nos casos de mães sem depressão (caso 04, 05 e 06), as mães fizeram elogios aos companheiros e a participação deles durante a gestação, como no caso 04, no qual o pai vestiu uma camiseta cor de rosa, no dia em que descobririam o sexo do bebê, como forma de expressar seu desejo de que o bebê seja uma menina. Ou então, o relato do caso 06 que descreveu o envolvimento na preparação para chegada do bebê: *“Foi super parceiro, fez curso de gestantes comigo (...)”*.

É preciso compreender que a depressão é capaz de afetar não só a mãe, mas também o bebê e o esposo. A extensão do impacto da depressão materna para o bebê depende de muitos fatores como a cronicidade do episódio depressivo materno e do próprio estilo interativo da mãe deprimida, apático ou intrusivo, bem como do temperamento infantil, e da idade da criança. Todavia, o pai pode agir como facilitador no processo de desenvolvimento de seu bebê também, no caso de mães deprimidas que não conseguem ser tão responsivas a seus bebês o quanto seria adequado. Esse pai pode prover um modelo positivo (sensível e responsivo), tanto apoiando a mãe deprimida quanto aumentando os cuidados com seus filhos, amenizando assim os efeitos da depressão pós-parto da mãe nas necessidades do bebê (Frizzo & Piccinini, 2005).

As expectativas – ou a ausência delas – também dizem respeito ao processo gestacional. As mães não deprimidas (caso 04, 05 e 06) mostraram expectativas positivas frente à chegada do bebê. Entre as mães deprimidas (caso 01, 02 e 03), novamente os casos 01 e 03 se destacaram por relatos negativos em relação à experiência de gestação: *“mais um filho no mundo”* (caso 03); *“Eu tentava me esforçar pra ser a mãe que eu gostaria de ser porque eu fui... pelo menos eu fui com a Priscila, mas eu não sentia vontade, e aí me dava mais raiva ainda (...), eu pensava no dia que eu não usei a camisinha”* (caso 01). A mãe deprimida do caso 01 ainda contou que os momentos que costumavam gerar emoção e expectativa nas grávidas, como a ultrasonografia, ela *“fazia sem afeto, fazia sem emoção”*. Piccinini, Gomes, Moreira e

Lopes (2004) destacaram a importância da verbalizações de sentimentos e expectativas e do quanto estas são fundamentais para a construção de uma representação mental sobre o bebê durante a gestação. Os autores afirmaram, ainda, que a elaboração do bebê imaginário – para futura transição para bebê real – é parte do processo gestacional, e ajuda a mãe a conectar-se, criar laços afetivos com o seu bebê.

Por fim, sobre a relação entre depressão e maternidade, foi possível encontrar diversos relatos na análise dos dados que referem sentimentos das mães a respeito de suas experiências de maternidade, tais como: *“Eu tenho certeza que eu estava rejeitando aquela criança”* (caso 01); *“Eu me culpava, mas não sei (...). Ao mesmo tempo é uma raiva e uma tristeza.”* (caso 01); *“alguém me bloqueou [o bebê], eu ‘poxa, perdi a minha liberdade’”* (caso 02); *“eu estava planejando sair, viajar, daí quando eu descobri que estava grávida, já foi, eu parei no mundo, né”* (caso 03). Os relatos de choro fácil, irritabilidade, perda de interesse pelas atividades habituais e sentimentos de culpa também estiveram presentes nas entrevistas. As mães não deprimidas expuseram preocupações e ansiedade frente à maternidade, mas demonstraram maior capacidade de enfrentamento a situação: *“ok, vou errar, não vou ser perfeita, mas, pelo menos, eu vou estar presente [na vida da filha], acompanhar ela”* (caso 04). Através dessas falas ficou evidente que as mães deprimidas possuíam representações negativas acerca da maternidade, cada qual com sua particularidade, devido à situação de vida na qual a gestação ocorreu. A necessidade de transformação que acompanha o processo de gestação parece ter sido fator ansiogênico para as mães deprimidas que foram investigadas nesse estudo. Como foi visto anteriormente, a ansiedade materna e o estresse da vida são sintomas da depressão pré-natal, assim como o sentimento de falta de apoio e gestação indesejada – fatores também descritos aqui (Lancaster et al., 2010). Enfim, destaca-se que uma das mães analisadas (Caso 03), que não desejava a gestação, foi alertada sobre a presença de sintomas depressivos em seu humor durante o processo gestacional, apontando, assim, para a importância do diagnóstico e tratamento precoce da depressão em mães.

Mesmo não sendo foco do presente estudo, a experiência das mães quanto ao parto evidenciou a importância do cuidado pela equipe obstétrica. Sendo a gestação planejada ou não, a imprevisibilidade marca o processo de parto – que contempla sentimentos como os de expectativa, dificuldade e alegria que giraram em torno da

chegada do bebê. A mulher no momento do parto busca um ambiente no qual se sinta cuidada, e que receba segurança de forma afetiva para aliviar as sensações dolorosas do trabalho de parto. A negligência da equipe de saúde nesse momento, pode se mostrar como decisiva para a classificação da experiência como negativa (Oliveira, Rodrigues, Guedes & Felipe, 2010). Experiências ruins de parto também estão associadas à depressão pós-parto. Por tanto, tratando-se da experiência de maternidade como um todo, é preciso estar atento aos diversos aspectos que podem exercer influência na saúde mental da mãe, visto que é manifesto que a depressão pós-parto pode ter causa multifatorial (Murray, 1999).

## **CAPÍTULO IV**

### **Considerações Finais**

Como apontado por Schwengber e Piccinini (2003), a depressão materna, mesmo em sua forma mais branda, pode afetar o desenvolvimento do bebê, especialmente no que diz respeito à interação mãe-bebê. Comumente, as mães podem apresentar, em diferentes graus, sintomas de depressão diante da responsabilidade de cuidar de seu bebê e lidar com as demandas de adaptação frente a nova etapa de vida (Rapoport & Piccinini, 2011).

Diante das evidências do estudo realizado, acredita-se que os sintomas de depressão materna podem estar anteriores ao puerpério, possivelmente já na gestação. A dificuldade em aceitar o processo gestacional e suas implicações, especialmente no caso de gestações não planejadas e indesejadas, sugere que a mãe pode estar vivenciando uma experiência de maternidade conflituosa, que pode estar associada a sintomas depressivos. A necessidade de reorganização psíquica que a gestação exige da mulher pode, muitas vezes, ser um processo de grande sofrimento.

Esse estudo corroborou, ainda, os achados da literatura que indicam que mães com depressão pós-parto tendem a ter uma percepção negativa da sua experiência de

gestação e maternidade (Eastwood et al., 2012; Lancaster et al., 2010). A percepção que a mulher tem sobre si mesma - como mãe - é muito importante e diz respeito a sua autoestima. Vivenciar sensações de desilusão, fracasso e decepção frente à maternidade, além da preocupação de estar interferindo, de alguma forma, no desenvolvimento de seu filho, são situações muito difíceis enfrentadas por todas as mães em algum momento, e especialmente pelas mães deprimidas (Maldonado, 2002). O estudo de Rapoport e Piccinini (2011) atentou para a presença de intensos sentimentos e dificuldades das mães em relação à experiência de maternidade, e o grande desafio que é reconhecer e admitir o lado considerado negativo dessa vivência. Os autores apontaram, ainda, a relação entre sentimentos depressivos e as características de personalidade das mães, bem como as situações revividas a partir do nascimento de seu bebê. A vivência da maternidade permite a experimentação de uma ampla gama de sentimentos ambivalentes. É preciso abrir espaço para que a mulher possa discorrer sobre seu cansaço, seu medo, sua falta de paciência e, até mesmo, sobre seu desespero diante das novas responsabilidades.

Diante da literatura estudada e dos dados encontrados nessa análise, sugere-se que o trabalho de prevenção e tratamento à depressão materna deve ser prioridade não somente na situação pós-parto, mas também na etapa pré-natal. As equipes de saúde que fornecem apoio a grávidas precisam estar atentas às evidências de que as mães possam estar enfrentando de forma atípica os desafios da experiência de maternidade. Abrir espaço para dialogar sobre os sofrimentos do processo gestacional e puerperal é fundamental. O estudo de Nonacs e Coehn (1995) citado por Frizzo (2008) apontou que mães deprimidas costumam buscar auxílio somente quando o bebê já tem cerca de nove meses de vida, apesar de referirem a presença de sintomas de depressão anteriores a esse período. Esse estudo evidencia que o diagnóstico de depressão em mães geralmente ocorrer de forma tardia, visto que os sintomas muitas vezes são negligenciados pela própria mulher, que relaciona seu humor deprimido ao excesso de atividades do período puerperal. O atendimento precoce à mãe deprimida representa a prevenção do estabelecimento de interação negativa com o bebê – responsável por repercussões em seu desenvolvimento – (Schwengber e Piccinini, 2003) e, portanto, a atenção a saúde mental tanto da mãe, quanto de seu bebê.

As limitações desse estudo incluem a análise de um pequeno número de casos, bem como o fato de não ser longitudinal e de possuir uma abordagem retrospectiva da experiência de gestação com mães deprimidas, ou seja, sujeita a viés de memória (Abassi et al., 2013). Por fim, sugere-se a realização de novos estudos sobre a temática, que possam confirmar os dados encontrados, bem como contribuir para maiores achados a respeito da percepção sobre a experiência de gestação em mães com e sem depressão pós-parto. Espera-se que o presente trabalho possa estimular novas pesquisas e, especialmente, o desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento precoce da depressão pós-parto.

## REFERÊNCIAS

- Abassi, S., Chuang, C.H., Dagher, R., Zhu, J. & Kjerulff., K. (2013). Unintended Pregnancy and Postpartum Depression Among First-Time Mothers. *Journal of Women's Health*, 22(5), 412-416. Doi 10.1089/jwh.2012.3926
- Amorin,P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115. Doi 10.1590/S1516-44462000000300003
- Arrais, A. R., Mourão M.A. & Fragalle, B. (2014). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 251-264. Doi 10.1590/S0104-12902014000100020
- Badinter, E. (1980). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Barlow, D.H. & Durand, V.M. (2008). *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. São Paulo: Cengage Learning.
- Brum, E.H.M. & Schermann, L. (2006). O impacto da depressão materna nas interações iniciais. *Psico*, 37(2), 151-158. Doi 10.1590/S0102-79722007000300002
- Brazelton, B. & Cramer, B.G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Camacho, R.S., Cantinelli, F.S., Ribeiro, C.S., Cantilino, A., Gonsales, B.K., Braguittoni, & Rennó Jr., J. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 92-102. Doi 10.1590/S0101-60832006000200009
- Canadian Paediatric Society. (2004). Maternal depression and child development. *Paediatrics Child Health* 9(8), 575-583.
- Cantilino, A., Zambaldi, C.F., Sougey, E.B., & Rennó Jr., J. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 37(6), 278-284. Doi 10.1590/S0101-60832010000600006
- Carlesso, J.P.P. & Souza S.P.R. (2011). Diálogo mãe e filho: em contextos de depressão materna: revisão da literatura. *Revista CEFAC*, 13(6), 1119-1126. Doi 10.1590/S1516-18462011005000085
- Coates, R., Ayers, S. & Visser, R. (2014) Woman's experiences of postnatal distress: a qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth* 14(359). Doi 10.1186/1471-2393-14-359

Cruz, E.B.S., Simões, G.L. & Faisal-Cury, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 7(4), 181-188. Doi 10.1590/S0100-72032005000400004

DSM-V- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed, Porto Alegre, 2013.

Eastwood, J.G., Jalaludin, B.B., Kemp, L.A., Phung, H.N. & Barnett, B. E.W. (2012). Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 12(148), 1-11. Doi 10.1186/1471-2393-12-148

Frizzo, G.B. (2008) *Contribuições da psicoterapia brevê pais-bebê para a conjugalidade e para a parentalidade em contexto de depressão pós-parto*. Tese de doutorado apresentada no Programa Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

Frizzo, G.B., Piccinini, C.A., Silva, M.R., Levandowski, D.C., Donelli, T.S. (2012). *Depressão pós-parto: prevalência, antecedentes e intervenção*. Projeto de pesquisa do Programa Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

Gianlupi, A.G.F. (2003). *Torna-se mãe: a maternidade da gestação ao primeiro ano de vida do bebê*. Tese de Doutorado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

Goodman, S.H. (2007) Depression in Mother. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 107-135. Doi 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091401

Howard, L.M., Molyneaux, E., Dennis, C.L., Rochat, T., Stein, A. & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 384, 1775-1788. Doi 10.1016/S0140-6736(14)61276-9

Frizzo, G., Vivian, A.G., Piccinini, C.A., Lopes, R.C.S. (2013). Crying as a form of parent-infant communication in the context of maternal depression. *Journal of Child and Family Studies*, 22(4), 569-501. Doi 10.1007/s10826-012-9612-2

Lancaster, C.A., Gold, K.J., Flynn, H.A., Yoo, H., Marcus, S.M. & Davis, M.M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 202(1), 5-14. Doi 10.1016/j.ajog.2009.09.007

Lobato, G., Moraes, C.L. & Reichenheim, M.E. (2011) Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(4), 369-379. Doi 10.1590/S1519-38292011000400003

Maldonado, M.T. (2002). *Psicologia da Gravidez: Parto e Puerpério*. São Paulo: Saraiva.

Marcus, S.M. (2009). Depression during Pregnancy: Rates, Risks and Consequences. *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 16(1), e-15-e-22. Doi 10.1542/peds.2008-1629

Moraes, I.G.M, Pinheiro, R.T., Silva, R.A., Horta, B.L., Souza, P.L.S. & Faria, A.D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 65-70. Doi 10.1590/S0034-89102006000100011

Murray, L. (1999). The role of infant factors in maternal depression. *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 3(1), 63-71. Doi 10.1080/13698039908400855

NUDIF (2003). Entrevista sobre Gestação e Parto. Instituto de Psicologia, UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.

Oliveira, A.S.S., Rodrigues D.P., Guedes, M.V.C. & Felipe, G.F. (2011). Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Revista Rene*, 11(nº especial), 32-41.

Piccinini, C.A., Carvalho, F.T., Ourique, L.R. & Lopes, R.C.S. (2012). Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1), 27-33. Doi 10.1590/S0102-37722012000100004

Piccinini, C.A., Frizzo, G.B., Brys, I. & Lopes, R.C.S. (2014). Parenthood in the context of maternal depression at the end of the infant's first year of life. *Estudos de Psicologia*, 31(2), 203-214. Doi 10.1590/0103-166X2014000200006

Piccinini, C.A., Gomes, A.G. De Nardi, T. & Lopes, R.S. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72. Doi 10.1590/S1413-73722008000100008

Piccinini, C.A., Gomes, A. G., Alfaya, C.A.S., Sousa, D.D., Brum, E.H.M., Frizzo, G.B., Silva, M.R. & Lopes, R.C.S. (2012). Parentalidade no contexto da depressão pós-parto. In: Piccinini, C.A. & Alvarenga, P. (org.). *Maternidade e paternidade: A parentalidade em diferentes contextos*. (59-82). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Piccinini, C.A., Levandowski, D.C., Gomes, A.G., Lindermeier, D. & Lopes, R.C.S. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 373-382. Doi 10.1590/S0103-166X2009000300010

Piccinini, C.A., Gomes, A.G., Moreira, L.E. & Lopes, R.C.S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação a seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-232. Doi 10.1590/S0102-37722004000300003

Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Ares Médicas.

Romero, R.M.D., Figueroa, V.D.A. & García, R. S. (1999). Estrés y embarazo. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 44(1), 27-31. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-1999/od991f.pdf>

Rapoport, & Piccinini, C.A. (2011) Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Revista Psico-USF*, 16(2), 215-225. Doi 10.1590/S1413-82712011000200010

Santos, I.S., Matijasevich, A., Tavares, B.F., Barros, A.J.D., Botelho, I.P., Lapolli, C., Magalhães, P.V.S., Barbosa, A.P.P.N. & Barros, F.C. (2007). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Caderno de Saúde Pública*, 23(11), 2577-2788. Doi 10.1590/S0102-311X2007001100005

Saraiva, E.R.A. & Coutinho, M.P.L. (2008). O sofrimento no puerpério: um estudo psicossociológico. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 8(2), 505-527. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27180211>

Schwengber, D.D., Piccinini, C.A. (2004). Depressão maternal e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 233-240. Doi 10.1590/S0102-37722004000300004

Schwengber e Piccinini (2003). O impacto da depressão pós-parto para a relação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 403-411. Doi 10.1590/S1413-294X2003000300007

Soifer, R. (1986). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Sousa, D.D., Prado, L.C. & Piccinini, C.A. (2011). Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 24(2), 335-343. Doi 10.1590/S0102-79722011000200015

Stanghellini, A.A.G. (2012). Myths of motherhood. The role of culture in the development of postpartum depression. *Ann Ist Super Sanità*, 48(3), 277-286. Doi 10.4415/Ann\_12\_03\_08

Stake, R.E. (1994). Case Studies. In: N.K. Denzin and Y.S. Lincoln (editors). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage, pp. 236-247

Stern, D.N. (1997). *A constelação da maternidade*. Porto Alegre: Artmed.

Stern, D.N. & Bruschiweiler-Stern, N. (1998). *The birth of a mother*. New York: BasicBooks.

## ANEXOS

## ANEXO A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -  
UFRGS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Depressão pós-parto:  
Prevalência, antecedentes e intervenção

**Pesquisador:** Giana Bitencourt Frizzo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 14094213.5.1001.5334

**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia - UFRGS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 366.062

**Data da Relatoria:** 09/05/2013

**Apresentação do Projeto:**

O projeto consta de dois Estudos. O Estudo I buscará investigar a prevalência e os antecedentes da depressão pós-parto em mães com bebês até um ano de idade. Quando houver diagnóstico de depressão pós-parto materna, as famílias serão convidadas a participar do Estudo II que consiste em um tratamento psicoterápico pais-bebê em grupo. Será utilizado um delineamento com pré-teste e pós-teste (Robson, 1995) para investigar o impacto da psicoterapia nos fatores de risco interpessoais associados ao desenvolvimento da depressão pós-parto. Participarão do primeiro estudo 100 famílias que tenham o primeiro filho com idade até doze meses e que sejam residentes em Porto Alegre ou região metropolitana, de diferentes níveis socioeconômicos. As mães deverão ser primíparas e o casal deve estar coabitando pelo menos desde a gestação da esposa. Os bebês deverão ser saudáveis, nascidos a termo e com até um ano de idade. As famílias serão recrutadas em hospitais, postos de saúde ou por indicação de outros profissionais da área da saúde. No estudo I serão realizadas entrevistas individuais e a aplicação de diversos instrumentos psicológicos para identificar a depressão e outros aspectos da relação mãe-bebê. No estudo II, serão realizados de 6 a 10 encontros grupais com mães e bebês. As observações, a psicoterapia em grupo e o acompanhamento do desenvolvimento do bebê serão gravados em áudio e vídeo.

Endereço: Rua Ramiro Barcelo, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 91.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)308-5688

Fax: (51)308-5688

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -  
UFRGS



Continuação do Parecer: 266.062

**Objetivo da Pesquisa:**

1. Investigar a prevalência e os antecedentes da depressão pós-parto em famílias que tenham o primeiro filho com até um ano de idade; 2. Investigar o impacto de uma psicoterapia mãe-bebê para as famílias em que a mãe apresenta diagnóstico de depressão pós-parto.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Quanto aos riscos da pesquisa, os instrumentos utilizados não possuem potencial analógico significativo para causar algum tipo de prejuízo. Caso seja identificada qualquer situação de sofrimento psíquico intenso ou indícios de psicopatologia grave na mãe, ou a identificação da existência de risco para o bebê, serão feitos os encaminhamentos necessários para a rede de assistência à saúde e assistência social dos municípios de residência dos participantes, ou para os serviços-escola das universidades envolvidas. Com relação aos benefícios da pesquisa, no Estudo I, consiste em poder conversar com profissionais da Psicologia sobre a experiência da parentalidade. Nas famílias em que a mãe apresentar suspeita de depressão, será oferecida uma intervenção em grupo mãe-bebê que visa ao alívio dos sintomas e uma melhora na relação mãe-bebê (Estudo II).

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de projeto que propõe o diagnóstico e o tratamento da depressão pós-parto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os TCLE dos Estudos I e II estão redigidos de forma clara, com linguagem acessível e apresentando as informações necessárias sobre o desenvolvimento da pesquisa.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considera-se o projeto bem qualificado do ponto de vista teórico e metodológico, atendendo aos aspectos éticos em pesquisa.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Trata-se de projeto que propõe o diagnóstico e o tratamento da depressão pós-parto. Considera-se o projeto bem qualificado do ponto de vista teórico e metodológico, atendendo aos aspectos

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600  
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-900  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)308-5098 Fax: (51)308-5098 E-mail: cep-psico@ufrgs.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -  
UFRGS



Continuação do Formos 288/02

eficaz em pesquisas.

PORTO ALEGRE, 08 de Maio de 2013

---

Assinado por:  
**JUSSARA MARIA ROSA MENDES**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600  
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)308-5088 Fax: (51)308-5088 E-mail: cog-psico@ufrgs.br