

**A Atuação do Psicólogo da Saúde com Mulheres na Condição de Depressão Pós Parto:  
Desafios e Possibilidades**

**Camilla Maria Campos Mota**

Brasília  
Dezembro de 2016

**A Atuação do Psicólogo da Saúde com Mulheres na Condição de Depressão Pós Parto:  
Desafios e Possibilidades**

**Camilla Maria Campos Mota**

Monografia apresentada ao Centro  
Universitário de Brasília como requisito  
parcial à conclusão do curso de Psicologia.  
Professora-Orientadora: Morgana de Almeida  
e Queiroz

Brasília  
Dezembro de 2016

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus, pela saúde e força para chegar até aqui.

Aos meus pais, Pacelli e Rejane, pela educação proporcionada a mim e aos meus irmãos e pelo amor dedicado à nossa família. Ser filha dessas pessoas maravilhosas me enche de orgulho!

Aos meus irmãos e melhores amigos, Natália e Pacelli Filho, vocês são o grande presente da minha vida e a razão pela qual encontro forças para encarar os desafios da vida.

Ao meu namorado, Rodrigo, pelo companheirismo nesses anos de caminhada juntos. Obrigada por se fazer presente mesmo distante.

Entre tantas amizades feitas nesses cinco anos e meio, destaco o encontro com as já psicólogas: Alessandra Tosta, Laís Faber, Luíza Monteiro e Marina Manzollilo, desde o 1º semestre estivemos juntas, apoiando umas as outras. Agradeço também às amizades tardias do curso: Ana Carolina Souza, Marina Cintra e Danieleen Pedroza, que na reta final dividiram momentos de angústias e decisões. Desejo que, com a formação, os nossos laços se fortaleçam.

Aos professores do curso de psicologia do UniCEUB, por se dedicarem à arte de ensinar e dividirem suas experiências com nós, alunos, ávidos por descobrir o universo da psicologia. Em especial agradeço a gentileza e compreensão dos professores Amália Perez-Nebra, Leonardo Mello e Luciana Campolina. Vocês me inspiram.

À professora Morgana Queiroz, que com sua paciência e confiança, me orientou e acompanhou meus conflitos internos no último ano.

À participante da pesquisa que, apesar das diversas atribuições, sempre prestativa, contribuiu para a conclusão desse trabalho. Obrigada!

*O saber a gente aprende com os  
mestres e os livros. A sabedoria se  
aprende é com a vida e com os  
humildes.*

*Cora Coralina*

## Sumário

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
Objetivos.....	2
Objetivo Geral.....	2
Objetivos Específicos.....	2
<b>Fundamentação Teórica.....</b>	<b>3</b>
História da Psicologia da Saúde.....	3
Atenção à Puerpera.....	7
<b>Metodologia.....</b>	<b>12</b>
A condução da pesquisa.....	12
Participante.....	12
Local.....	12
Instrumentos.....	13
Materiais.....	13
Procedimentos.....	14
Proposta de análise de dados.....	14
<b>Resultado e Discussão.....</b>	<b>16</b>
Caracterização da Atuação Profissional.....	16
Desafios.....	18
Possibilidades.....	24
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>28</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>31</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>34</b>
Anexo A: Roteiro de Entrevista Semiestruturada.....	34
Anexo B: Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	35

## Resumo

O presente estudo buscou conhecer a atuação do psicólogo da saúde com mulheres em depressão pós parto (DPP). Em geral, após o processo do parto, as puérperas permanecem em média 2 dias internadas na maternidade, o que dificulta a identificação da DPP por parte da equipe médica, tendo em vista que essa mulher possui grandes chances de estar vivenciando outro transtorno, o “*baby blues*”. Foi utilizada a técnica de entrevista com uma psicóloga da área da maternidade, posteriormente analisada por meio de categorias temáticas. Os dados obtidos foram separados em duas categorias: desafios e possibilidades. A partir do relato de experiência da participante foi possível compreender o árduo caminho que a psicologia ainda enfrenta em sua inserção no contexto hospitalar, como também os limites encontrados na atuação no serviço público de saúde do Distrito Federal. Contudo, foi de grande valia a contribuição da participante acerca das estratégias adotadas para driblar as dificuldades e a motivação viva em implementar novos projetos, sempre com a finalidade de oferecer melhor atendimento com as usuárias do serviço e suas famílias.

Palavras-Chave: Depressão pós-parto, psicologia da saúde, puerpério.

## Introdução

A área da psicologia da saúde foi definida pela *American Psychiatric Association*-APA em 1979. No Brasil, a atuação do psicólogo da saúde ganhou notoriedade em 1980 por meio da contratação de psicólogos através de concursos de secretarias de saúde (Sebastiani, 2000). Desde 1990, essa área é responsável pelo maior número de empregos de psicólogos no País. Visto a grande expansão da categoria em pouco tempo, a atuação do psicólogo no contexto hospitalar gerou interesse de pesquisa.

Considerando o cenário da rede pública de saúde no Distrito Federal, no qual, sabe-se que apesar do Sistema Único de Saúde (SUS) ser um modelo de serviço à saúde mundo afora, há limites políticos e econômicos em sua implementação, o foco do presente trabalho concentrou-se na atuação do psicólogo no serviço público.

Uma questão que ganhou repercussão no início do ano de 2016 nas redes sociais do Brasil foi o relato de uma mãe que se opôs à uma corrente que desafiava mães a publicarem fotos que representassem o orgulho por exercer a maternidade (revista Marie Claire, 2016). Essa mãe que contrariou a brincadeira, postou uma mensagem intitulada “amo meu filho, mas odeio ser mãe”, na qual descrevia os desafios vividos nessa época. A mãe recebeu diversos comentários inconformados com seu relato negativo da experiência. Por outro lado, também ganhou apoio de outras mães descontentes com a maternidade.

Essa polêmica trouxe o questionamento: A experiência da maternidade pode ser desastrosa? Se sim, por que essa mãe foi tão atacada pelas outras, ao passo que também tinha apoio de mulheres que compartilhavam esse sentimento?

Por meio de algumas leituras, foi possível compreender que o “o mito do amor

materno” que intitula a obra de Elizabeth Badinter (1980) é uma construção social arraigada em nossa cultura, que nos faz acreditar em um amor inato pelos filhos. Essa crença é tão forte, que quando contrariada gera revolta, assim como ocorreu com a mãe citada.

Essas questões se desdobraram e oportunamente, o pensamento gerado suscitou indagações acerca da atuação do psicólogo da saúde com as mulheres puérperas que apresentam questões referentes a maternidade.

Considerando o cenário hospitalar, onde as ações do psicólogo possuem caráter pontual, limitando o acompanhamento e as alternativas de intervenção, e as peculiaridades do serviço público de saúde no Distrito Federal, o presente trabalho buscou apresentar a realidade dessa atuação.

## **Objetivos**

**Objetivo Geral:** Conhecer a atuação do psicólogo da saúde com mulheres em depressão pós parto, no que diz respeito à prevenção, avaliação, acolhimento e intervenção.

### **Objetivo Específicos:**

- 1) Caracterizar o puerpério; descrever a depressão pós parto como um transtorno do puerpério;
- 2) Caracterizar o trabalho do psicólogo no campo da saúde, em específico nos cuidados à puérpera;
- 3) Identificar a limitação do trabalho do psicólogo em casos de transtorno puerperal na rede pública de saúde; Identificar as possibilidades de encaminhamento dessas



mulheres à rede de serviços e a construção de uma rede de cuidado efetiva nesse cenário.

## Fundamentação Teórica

### História da Psicologia da Saúde

Atualmente, segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (OMS, 1946), saúde é definida como: “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade”. Apesar de ser criticado por sua utopia (Remor, 1999), pois segundo o autor, alcançar o completo bem estar nos diversos âmbitos da vida do indivíduo para assim declarar que este é saudável seria uma meta inatingível, o conceito norteia a atuação de profissionais da saúde e introduz a atuação do psicólogo no cuidado integral com o paciente no contexto hospitalar, tendo em vista o enfoque agora oferecido aos aspectos que vão além do fisiológico.

Para compreender a inserção da psicologia no campo da saúde e como chegamos ao modelo de saúde vigente nos dias de hoje, é essencial apresentar brevemente a concepção histórica do processo saúde e doença.

No Modelo Mitológico, em vigor na Grécia Antiga, os fenômenos eram atribuído a divindades e forças sobrenaturais. Se o indivíduo estivesse em harmonia com os Deuses, então, ele estava saudável. Por outro lado, a doença era entendida como a ação de um espírito maligno ou um castigo por não seguir as vontades divinas. O tratamento era conduzido por um líder religioso (seja pajés, xamãs ou sacerdotes) que mediava a relação do paciente com os Deuses, sugerindo que fossem realizados rituais, oferendas ou o uso de ervas medicinais. Àqueles que obedecessem os procedimentos, era lhes alcançado o perdão com o divino e recuperada a saúde (Barros, 2002).

No Modelo Hipocrático, proposto por Hipócrates, o indivíduo é percebido enquanto ser integral, com corpo e mente, no qual o funcionamento do corpo é influenciado pelo aspecto emocional. Segundo Queiroz (1986), o filósofo assume o papel de “médico”, porém

o paciente é personagem ativo no tratamento, que consiste em ações no corpo e na mente baseadas na observação dos sintomas, como: mudanças na alimentação, interpretação de sonhos e manipulação de remédios.

Assim como no modelo anterior, o Modelo Oriental Chinês considera o ser em sua totalidade, sendo a saúde a representação do fluxo de energia do organismo e a doença o processo de desequilíbrio de aspectos físicos e emocionais (Sevalho, 1993). Nesse contexto, um sábio assume a figura do cuidador, que direciona o indivíduo ao tratamento, através de técnicas terapêuticas que canalizam a energia corporal na busca pelo equilíbrio, como a acupuntura.

Ainda tratando de Modelo Oriental, destaca-se também o Hindu, no qual a saúde é considerada um bem estar maior, fruto da harmonia entre mente e espírito, a despeito da existência de doenças (Sevalho, 1993). Para se alcançar a saúde, um terapeuta yurvético atua em uma perspectiva preventiva, considerando o indivíduo de modo holístico, a fim de promover o reequilíbrio dos *doshas* (forças de energias), por meio de técnicas de massagens, yoga, manuseio de óleos, laxantes. O tratamento é personalizado e o indivíduo, ativo em sua condução.

Na Idade Média a representação de saúde e doença era entendida como um fenômeno processual com forte influência religiosa. No qual, a igreja detinha o poder sobre as práticas médicas e o controle para a autorização de tratamentos. Hospitais eram construídos como “depósitos de doentes”, com a finalidade de segregar os doentes da sociedade (Sevalho, 1993).

Atualmente, no contexto hospitalar, o modelo de saúde vigente é o biomédico, no qual o protagonismo do médico e a preocupação primordial com o bom funcionamento fisiológico do indivíduo vigoram (Traverso-Yépez, 2001). A referência deste modelo e a atribuição de autoridade de “detentor do saber” que a figura do médico sustenta, dificultam

a consolidação de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar nos hospitais, centros e postos de saúde no Brasil.

Tendo em vista que, por interdisciplinaridade em uma equipe multiprofissional entende-se a atuação de diversas áreas de trabalho com um objetivo em comum, no caso, a promoção de saúde (Bortoletti & cols., 2007). O conceito vai além de ações individuais somadas, mas representa a construção de uma atuação que legitima o trabalho do outro, com o foco no usuário do sistema de saúde.

Contudo, em alguns cenários e de modo gradual, o modelo biomédico vem perdendo espaço em contraposição ao biopsicossocial. Este contempla dimensões biológicas, sociais e psicológicas do indivíduo, voltado não somente ao tratamento de doenças, como também à prevenção dessas, tendo como principal objetivo a promoção de saúde e, conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida do sujeito.

Traveso-Yépez (2001), aponta para a força que o modelo biomédico possui. Pois, apesar de ser de conhecimento da comunidade científica a influência de fatores sociais, emocionais ou psicológicos em quadros de saúde, parece não haver espaço para a discussão e o cuidado desses aspectos no hospital. A manutenção do modelo biomédico responde a um interesse mercadológico, seja à indústria farmacêutica ou à de equipamentos médicos. Afinal, o trabalho preventivo no nível primário de atenção à saúde não gera lucro às empresas como nos cuidados terciários.

Além de corresponder a definição da OMS (1946), já referenciada nesse trabalho, o modelo biopsicossocial atende à demanda atual de saúde pública mundial. Após o declínio da era medieval, o surgimento da idade moderna e posteriormente, a era da revolução industrial, propiciou um enorme avanço tecnológico e nas ciências. Na medicina, pode-se destacar a classificação de doenças, desenvolvimentos de antibióticos e o controle de epidemias que décadas atrás assombravam a sociedade. Contudo, a ciência médica se

deparou com um cenário de doenças degenerativas e de difícil detecção etiológica, como o câncer, cardiopatias, diabetes e transtornos psiquiátricos, o que configurou na incapacidade da figura médica sozinha conseguir corresponder às expectativas de tratamento, como vinha sendo feito até então. Passa-se a ser fundamental um olhar ampliado sobre a doença, sobre os indivíduos, seus hábitos, sua rede de apoio, recorrendo às diversas áreas do saber, para que conjuntamente investiguem fatores psicossociais e proporcionem melhor qualidade de vida ao indivíduo (Scliar, 2007).

A regularização do Sistema Único de Saúde- SUS em 1990, com a proposta de uma atenção integral à saúde, também validou a inserção da psicologia no contexto hospitalar (Brasil, 1990).

Para defender a inserção da psicologia enquanto área pertencente à equipe multiprofissional e interdisciplinar hospitalar, é fundamental que os profissionais tenham claro o que é este campo de atuação e quais são as possíveis contribuições junto aos demais saberes. A psicologia da saúde é :

O conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da psicologia, utilizadas para a promoção e manutenção da saúde, a prevenção e o tratamento de enfermidades, bem como a identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde, das enfermidades e disfunções associadas, além da melhoria dos sistemas sanitários e a formulação de políticas de saúde (Matarazzo, 1980, p.815).

Apesar das dificuldades, a psicologia, enquanto área constituinte de uma equipe multiprofissional da saúde, vem defendendo a importância do seu papel nas mais diversas formas de atuação em diferentes contextos (Spink, 1992), desvinculando a ideia predominante no senso comum do psicólogo como profissional atuante exclusivamente da clínica tradicional.

Uma forma de inserção do profissional de psicologia no contexto hospitalar pode ocorrer através da adoção de uma ideia de clínica ampliada. Este cenário é fundamentado pela implementação de uma visão biopsicossocial do paciente: o modelo de clínica ampliada propõe que o paciente seja percebido como sujeito que sofre e precisa de ajuda, pensando no melhor para o paciente e contribuindo para a humanização do seu tratamento, levando em consideração aspectos biológicos, sociais, psicológicos, afetivos e cognitivos. Assim, o indivíduo não é visto de modo isolado, porém a partir de toda complexidade que envolve o processo saúde-doença (Ferreira Neto, 2011).

A desvinculação de um modelo puramente biomédico também vem ganhando notoriedade no cenário político brasileiro desde a virada do milênio. De acordo com Deslandes (2004), o objetivo do Ministério da Saúde ao estabelecer programas de humanização na área (como o Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar- PNHA, atual Política Nacional de Humanização- PNH), consiste em legitimar o paciente enquanto sujeito, visando a melhoria das relações, pautando-se primordialmente na qualidade do diálogo entre médico-paciente, como também entre equipe multiprofissional.

A implementação de um atendimento humanizado é responsabilidade de todos os agentes de saúde. O psicólogo, enquanto profissional com olhar ampliado sobre o indivíduo, que valoriza a subjetividade e legitima suas formas de perceber e interagir no mundo, pautando sua atuação no acolhimento e olhar empático, tomando como base sua formação acadêmica e habilidades desenvolvidas, intrinsecamente carrega a responsabilidade de ser o principal promotor de cuidado integral ao paciente no ambiente hospitalar.

### **Atenção à Puérpera**

Uma área de atuação que é mais conhecida na sociedade pela tentativa de oferecer um trabalho humanizado, na qual o psicólogo é componente de uma equipe multiprofissional e

interdisciplinar, que se pode destacar é a da maternidade. Quando se trata da maternidade de um hospital, se imaginam setores como a Emergência, Centro Obstétrico, Enfermarias, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal e Banco de Leite, contudo o foco do presente trabalho é na assistência a saúde psíquica da mulher que está vivenciando a “nova função” de ser mãe.

A chegada de um novo bebê na família é carregada de expectativas, mudanças e desafios, tanto pela nova adaptação da rotina da casa, bem como por questões financeiras, emocionais e sociais. Por outro lado, temos uma mulher puérpera que tenta equilibrar as tarefas atribuídas à ela enquanto mãe, com a transformação hormonal, física e emocional pela qual está passando. Nessa época, a mulher está sujeita a uma enorme pressão social, pois não é aceito que ela manifeste os seus medos, dores e tristeza, uma vez que em nossa cultura a maternidade deve estar relacionada à um momento de realização da mulher, no qual ela deve se sentir grata e estar preparada para o “dom de gerar um vida” (Azevedo & Arrais, 2006). A repressão dos sentimentos ruins que as mulheres têm nessa fase, contorcem a realidade e podem provocar um sentimento de culpa nas mães que se deparam fortemente com essas aflições.

Ao mesmo tempo que, historicamente, as mulheres vêm conquistando direitos na árdua busca pela igualdade de gêneros, como por exemplo sua consolidação no mercado de trabalho, estigmas sociais ainda permanecem fortemente arraigados em nossa cultura, com a mulher como protagonista nas atividades domésticas e no cuidado com os filhos. Azevedo & Arrais (2006) afirmam que o descompasso entre as mudanças culturais da feminilidade e as pressões sociais ainda sofridas pelas mulheres pode ser um desencadeador de transtornos psiquiátricos no puerpério.

O puerpério se caracteriza por ser a fase pós-gestacional da mulher, começando no momento em que ocorre o descolamento da placenta (logo após o parto) e se estendendo até

que o organismo da mulher retome seu funcionamento reprodutivo pré-gestacional. O puerpério é dividido em fases: Puerpério imediato (com duração de até 2 horas após a saída da placenta); Puerpério mediato (do fim do puerpério imediato até o 10º dia após o parto). Puerpério tardio (entre o 10º e o 45º dia após o parto). Se a mulher ainda não tiver retomado às funções reprodutivas regulares, o puerpério se estende por mais uma fase: o Puerpério remoto (do 45º dia até a estabilidade do ciclo reprodutivo feminino). A mulher que está vivenciando o puerpério é chamada de puérpera (Andrade e cols., 2015).

Após o parto, o período que a mulher fica internada em uma enfermaria aguardando para ter alta com seu filho normalmente dura 2 dias, provavelmente, nesta época ela estará vivenciando o *baby blues*, também conhecido como tristeza materna ou blues materno. Este se caracteriza por ser um transtorno de humor passageiro, que se manifesta logo após o parto e pode durar até a 6ª semana de vida do bebê; com alta incidência, tendo como referência estudos científicos que apontam a identificação do baby blues em aproximadamente 2/3 das puérperas (Cantilino, 2003); nesse período a mulher fica mais vulnerável a ter instabilidade emocional, apresentando sintomas depressivos leves (OíHara, 1997; Souza e cols., 1997, citado por Schmidt e cols., 2005).

O período do *baby blues* é esperado nas pacientes puérperas, e é nesse contexto que o psicólogo da saúde da área da enfermaria da maternidade terá contato com ela. Devido esse quadro, o diagnóstico de um transtorno depressivo feito por um psiquiatra seria precoce neste momento, contudo, o psicólogo pode realizar uma avaliação psicológica a fim de observar possíveis indícios que alertem a uma tendência de desenvolver um sofrimento psíquico maior futuramente, passado o baby blues.

Segundo Camacho & cols. (2006), apesar de serem comuns e regredirem espontaneamente, sintomas depressivos leves nos primeiros dias após o parto, também podem ser sinais de suscetibilidade aos transtornos de humor no puerpério. Além disso,



pesquisas apontam para influência positiva de fatores biopsicossociais diante o agravamento desses transtornos (Falcone & cols., 2005), que variam desde a personalidade da puérpera, passando pela rede de apoio, condição socioeconômica, até a qualidade do relacionamento conjugal. Esses transtornos por sua vez, afetam não apenas a mãe, como também ao feto, e posteriormente a relação mãe-bebê e a tríade mãe-pai-bebê, com nascimento da criança.

Outro transtorno psicológico que acomete as mulheres nesse período é a depressão pós-parto (DPP). Este se caracteriza por ser um transtorno de humor mais grave que o baby blues, a definição mais próxima encontrada na quinta edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM V, se refere ao transtorno depressivo com início no peri-parto, pontuando que essa definição contempla os sintomas de depressão maior com surgimento durante a gravidez ou meses após o parto (DSM-V, 2013). Apesar de não haver um consenso quanto de sua etiologia, pesquisas apontam para alguns fatores importantes para o desenvolvimento da DPP, como: episódios depressivos prévios à gestação ou durante a gestação, rede de apoio disfuncional, passagem de eventos estressores recentes (Camacho et al, 2006; Schwenger & Piccinini, 2003; Stewart, 2003).

De acordo com Arrais (2005), inicialmente a DPP pode ser confundida com o blues puerperal. Porém, de acordo com o passar do tempo e a permanência e agravo dos sintomas, é possível diferenciar os transtornos. Os sintomas da DPP podem se manifestar desde os primeiros dias após o parto, até o 1º ano de vida da criança.

Um quadro mais severo de transtornos pós parto se refere a psicose puerperal. Esse se diferencia principalmente da DPP pela existência de delírios e alucinações. Apesar de ser menos comum que a DPP, o quadro de psicose desenvolvida no puerpério é dezesseis vezes maior do que em qualquer outra época da vida da mulher (Rocha, 1999, citado por Arrais, 2005).

Apesar da inegável importância do desenvolvimento de estudos acerca dos 3 níveis de comprometido da saúde mental a mulher “recém mãe”. No presente estudo, nos detemos a atuação do psicólogo na atenção a mulher puérpera que está passando pelo baby blues, com indícios de desenvolver uma DPP.

Levando em consideração o contexto apresentado, surge o questionamento: Quais as possibilidades de intervenção do psicólogo da área? Ressaltando que a presença desse profissional só é exigida no nível terciário de atenção à saúde, reduzindo a atuação de caráter preventivo; qual a realidade da rede de saúde pública no Distrito Federal para um possível encaminhamento a essa mulher?

## **Método**

### **A condução da pesquisa**

O presente estudo buscou investigar a prática do profissional de psicologia da saúde junto às puérperas dentro de um hospital público do DF. Para tanto, tornou-se imprescindível um delineamento qualitativo na condução do trabalho, o qual, corresponde a uma análise capaz de compreender os significados e atitudes frente ao fenômeno trazidos pelos participantes (Minayo 2012). Segundo Neves (1996), o pesquisador é instrumento fundamental na coleta de dados de uma pesquisa de caráter qualitativo, tendo em vista que esta ocorre por meio da relação estabelecida com o participante.

Visando uma melhor adequação ao fenômeno estudado, a presente pesquisa foi conduzida por meio do método hermenêutico-dialético, no qual através do relato, busca-se uma compreensão da percepção da participante acerca de sua experiência, construída por meio da interação entre participante e pesquisador. Posteriormente, estudada mediante análise de conteúdo temática, proposto pela própria Minayo (2010).

A técnica utilizada na coleta de dados foi a entrevista. Minayo (2010, p.57), conceitua essa técnica como uma “conversa a dois com propósitos bem definidos”, na qual, busca-se identificar no discurso do participante os elementos e representações da realidade em questão.

### **Participantes**

Participou dessa pesquisa uma psicóloga, que há 6 anos atua na área da maternidade de um hospital público do Distrito Federal.

## **Local**

A entrevista ocorreu em um local escolhido pela participante, tendo em vista a maior comodidade para ela, em Brasília-DF.

Cumpre-nos informar que, o encontro não ocorreu em ambiente de trabalho da participante, uma vez que o estudo não possui vinculação com qualquer instituição.

## **Instrumentos**

O instrumento utilizado na coleta de dados com a psicóloga participante foi uma entrevista semi-estruturada com perguntas norteadoras (anexo A).

## **Materiais**

Os materiais necessários para a realização da pesquisa foram: gravador, para posterior transcrição do relato da participante, caneta esferográfica e roteiro da entrevista semi-estruturada. Como também, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B), a fim de formalizar e expor as condições da participação da psicóloga.

## **Procedimentos**

Inicialmente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do

Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Sendo aprovado com o parecer CAAE: 60466716.9.0000.0023.

No segundo momento, foi realizado contato com a especialista na área, a fim de explicar o teor do estudo e convidá-la a participar da pesquisa.

No dia acordado com a participante para a realização da entrevista foi entregue a ela o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicando a estrutura do estudo, os riscos e os benefícios aos participantes do estudo, bem como formalizando sua participação. Após a devida assinatura do termo, deu-se início a entrevista.

A coleta de dados ocorreu em um único encontro, com duração aproximada de 50 minutos, em local escolhido pela participante. A entrevista foi semi-estruturada, e inicialmente abordava a formação profissional da participante, a fim de contextualizar sua atuação no campo atualmente. A conversa fluiu sem interrupções, não se fazendo necessário o uso do roteiro ao longo do encontro.

### **Proposta de análise de dados**

De acordo com Minayo (2010, p.69), a análise de dados tem por objetivo: “compreender os dados coletados, responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado”.

A análise dos dados do presente estudo foi realizada a partir do conteúdo obtido através do relato de experiência da participante. O material coletado, que havia sido gravado durante a entrevista, passou por uma transcrição literal, com a finalidade de auxiliar na construção de categorias temáticas, para posterior análise por meio de articulação teórica.

Para dar prosseguimento à técnica de análise de conteúdo temática, fez-se necessário que o material coletado fosse estudado, para então serem selecionadas as partes de acordo com interesse da pesquisa. Como também, especificado o contexto maior sobre o qual determinado conteúdo deve ser inserido.

## **Resultado e Discussão**

A partir da análise do material coletado na entrevista com a participante foi possível estruturar os resultados em duas áreas: os desafios e as possibilidades, cada uma com suas especificidades. Contudo, inicialmente, optou-se por contextualizar a rotina de trabalho da psicóloga participante.

### **Caracterização da atuação profissional**

A participante do estudo é um psicóloga que concluiu sua graduação em 1999, com especialização em psicodrama e mestrado na área social-comunitária. Possui experiência de trabalho com família em situação de vulnerabilidade. O seu contato profissional com o contexto hospitalar começou a partir da aprovação no concurso da Secretaria de Saúde do Distrito Federal SES-DF no ano de 2010. Na ocasião, a servidora divide a jornada de trabalho de 20 horas semanais entre a maternidade e o banco de leite de um hospital público do Distrito Federal.

No início da entrevista, a psicóloga (o nome não será divulgado a fim de preservar a identidade da participante), descreveu sua rotina de trabalho como intensa: “minha rotina no hospital é louca (risos)” (sic.).

Segundo ela, desde o mês de agosto de 2016, o período de 10 horas semanais que costumava destinar à maternidade está sendo dividido entre: Maternidade, UTI Neonatal, UCIN Externa (Unidade de Cuidados Intermediários) e Centro Obstétrico. Essa sobrecarga ocorre devido ao afastamento de outras duas psicólogas por razão de licença maternidade. O cenário deve permanecer assim até março de 2017.

O trabalho da participante na maternidade consiste em realizar a ronda psicológica nos leitos, que variam entre 36 a 42 pacientes internadas, dependendo da lotação, verificando

as condições emocionais, socioeconômicas e familiares da mulher puérpera. Ao ser identificada alguma demanda, como situação de vulnerabilidade ou problemas na formação de vínculo com a criança, a psicóloga realiza o atendimento psicológico com a paciente em um ambiente reservado e faz os devidos encaminhamentos.

Ela destaca que esse é o cenário utópico, pois, por mais que ela conseguisse se dedicar as 10 horas semanais somente à maternidade e contasse com o apoio de estagiários, seria inviável conseguir atender essa demanda. Segundo a mesma, que já realizou a contagem, apenas 10-15% das mulheres que passam pela maternidade são assistidas por ela.

As outras 10 horas semanais, a psicóloga permanece no Banco de Leite. No Banco de Leite, o trabalho é acompanhar mães que já receberam alta ou não, no manejo do aleitamento e atender sistematicamente mulheres e famílias que apresentaram demanda durante a internação na maternidade.

A participante relatou que no momento em que tem o primeiro contato com as puérperas na maternidade, elas estão, em sua maioria, vivenciando o blues puerperal (ou *baby blues*, como vem sendo tratado nesse estudo), casos em que não há necessidade de uma intervenção e cessam espontaneamente a partir do 10º dia ao 1º mês após o parto. Esse momento de transformações emocionais e hormonais afeta o humor da mulher, sendo precoce avaliar um transtorno de humor mais grave. A participante afirma ser difícil identificar uma DPP nesse período, a não ser que a puérpera tenha vindo de um processo depressivo durante a gestação. Como apontam estudos, o histórico de transtornos de humor prévios ao nascimento da criança são um forte preditor de DPP, (Stewart, 2003).

Devido sua experiência, a psicóloga diz que ao realizar a ronda fica mais atenta aos casos cuja paciente apresenta muitos fatores de alto risco ao desenvolvimento da DPP. De acordo com a literatura são eles: transtornos depressivos prévios a gestação, depressão pós-



parto anterior, psicoses puerperais anteriores, situação de vivência de violência, condições sócio familiares (Schmidt, 2005).

## **Desafios**

### **Relação equipe-puérpera**

Sabe-se que a ambivalência materna, citada por Parker (1997), como a contradição de sentimentos vividos em relação à maternidade, gera culpa nas mulheres. Além de conviverem com esse dilema, muitas vezes a não aceitação e julgamento por parte de terceiros agrava ainda mais a saúde psicológica dessa mãe.

Tomando como referência o espaço de acolhimento que a puérpera deveria encontrar, foi questionado à participante se ela percebia a equipe, seja na Maternidade ou no Banco de Leite, mais humanizada no contato com a paciente.

Devido ao uso indiscriminado que o conceito de humanização vem sofrendo, cabe ressaltar que a escolha da palavra humanizada no referido questionamento denota o sentido de relação horizontal, legitimação do sofrimento e espaço propício de troca com as usuárias do serviço de saúde e suas famílias (Deslandes, 2004).

A participante afirma que não, apesar de haver profissionais mais sensibilizados, ela diz que em geral não se encontra essa postura, que o entendimento do puerpério como um momento de fragilidade não existe. Ela destaca que algumas vezes, quando a paciente possui transtornos psiquiátricos antecedentes, a equipe demonstra sentimento de piedade, não de compreensão. Quando a mulher não possui nenhuma condição psiquiátrica, mas está com dificuldades de relacionamento com o filho, a equipe “acha um absurdo” (sic.).

A postura da equipe frente à dificuldade de vínculo dessa mãe com o bebê é respaldada por um construto social de que a maternidade é um “dom” e a mulher tem

obrigação de amar seu filho (Forna, 1999). Nesse raciocínio, qualquer comportamento que fuja disso é digno de repúdio.

A psicóloga citou o caso de uma mulher (nome fictício: Ana) que havia recebido alta da Maternidade, contudo, o bebê, que era prematuro, continuava internado na UTI Neonatal. Ao receber alta, Ana, que poderia continuar acompanhando o filho no hospital, preferiu ir para casa.

A psicóloga aponta que essa mãe não sofria de DPP, apenas não entendia que a maternidade era para ela, não queria amamentar, nem cuidar do filho, mas não tinha interesse em entregá-lo para a adoção. Queria que a família cuidasse da criança. Ana possuía outros dois filhos, e quem fez a maternagem dessas crianças havia sido a avó paterna. O caso era mais delicado agora, pois o pai do bebê em questão não podia ficar no hospital para começar a vinculação. Quando a psicóloga conseguiu atender Ana e o esposo, a paciente se encontrava muito reativa, pois já vinha sofrendo discriminação por parte da equipe. Que por sua vez falava com raiva sobre essa mulher e se questionava “que mãe é essa?”.

Ao invés de recriminar a paciente, a postura da equipe deveria ser de dedicação ao relacionamento com Ana, priorizando a construção do vínculo, tendo em vista a função terapêutica desse. Abrindo mão apenas do conhecimento técnico, como aponta o Grupo Técnico de Comissão Intragestores Tripartite (2010).

Durante o único atendimento que realizou com Ana, a psicóloga legitimou a escolha dela e tentou acordar então que o pai do bebê viesse depois de seu horário de trabalho para ficar com ele no hospital, a fim de que pudesse dar a madeira e começar a construção de um vínculo, para aos poucos ir melhorando seu quadro até receber alta. A psicóloga se ausentou da sala de atendimento para discutir a viabilidade dessa alternativa com o pediatra responsável. Nesse momento, contou a participante, os dois profissionais foram interrompidos por uma integrante da equipe que surgiu com um julgamento negativo diante a

postura da puérpera: “De quem que vocês estão falando? Da fulana? Ah! Ela não cuida desse bebê não”. Então, a psicóloga ponderou, tentando mostrar que a mãe realmente não emitia o comportamento esperado pela equipe, contudo, de nada adiantava julgar, mas deviam sim, trabalhar com as possibilidades existentes. A participante informou que levou o pediatra à sala de atendimento para que ele pudesse orientar melhor o casal, uma vez que o acordo acerca do pai ficar responsável pela maternagem havia sido aceito pelo médico. Porém, ao entrar na sala, o primeiro contato do médico com a puérpera foi o questionamento: “Então, você não vai amamentar não?”.

Percebe-se na postura da equipe um trabalho de afastamento dessa família, que já passa por uma situação delicada. A tentativa de negociação trabalhada pela psicóloga com o casal foi desconstruída pela fala de sensibilidade do médico.

O desfecho do caso de Ana foi: no dia combinado, o esposo não foi ficar com o filho, ninguém apareceu no hospital. Passado uma semana, a equipe encaminhou o caso para a Vara de Infância e Juventude e a criança foi encaminhada para um abrigo. Quando voltou ao hospital, Ana estava com raiva da equipe.

Apesar de Ana não sofrer de depressão pós parto, seu caso exemplifica o comportamento da equipe diante de questões que fogem ao usual. Lidar com uma mulher que não demonstra afeto pelo filho requer um árduo trabalho da equipe para se despir de construtos sociais e conduzir o caso com compreensão, visando manejar recursos cabíveis, para que os prejuízos à mãe, à criança e à relação mãe-bebê, quando inevitáveis, sejam minimizados.

Segundo Szejer & Stewart (1997), a relação da equipe com a paciente deve ser a melhor possível. As palavras proferidas a ela e ao bebê nessa época tomam dimensões desproporcionais, devido à fragilidade psíquica da mulher. Sendo assim, é fundamental

encontrar um ambiente de respeito à mulher, à suas escolhas, aos seus desejos e sentimentos, livre de julgamentos baseados em estigmas sociais.

### **A Psicologia no hospital**

Para a entrevistada, o maior desafio é a insuficiência no número de psicólogos no quadro de funcionários. Pois, segundo ela, por mais que toda a equipe da psicologia estivesse presente (sem cumprir atestados ou licenças), não seria possível atender à demanda existente. Uma sugestão que a participante fez foi a inserção de um profissional da área com jornada de 40 horas semanais nos setores da Maternidade, AlCon (Alojamento Conjunto) e UTI Neonatal.

O déficit de psicólogos na área do hospital pode ser compreendido primeiramente através da recente história da psicologia enquanto área da saúde, pois a psicologia possui um longo processo de construção teórica voltada à prática clínica e da saúde mental, se comparada com a prática no contexto hospitalar, tendo em vista o desenvolvimento da psicologia como área da saúde na década de 70 (Almeida & Malagris, 2011).

Em segundo lugar, a falta de profissionais da equipe médica, não só psicólogos, pode ser atribuída à configuração atual da gestão da saúde pública no Brasil. A prioridade de um sistema que atua em condições precárias não é a contratação de pessoal, pelo menos no cenário atual. Diariamente o sofrimento dos usuários da rede pública é exposto nos meios de comunicação, seja pela longa espera por consultas; pela impossibilidade da realização de procedimentos e exames essenciais, pois os equipamentos estão quebrados; pela falta de profissionais para atender a demanda em crescimento; adequação do espaço físico; condições sanitárias inapropriadas; ou pelos poucos recursos disponíveis para as melhorias necessárias.

Com diversos problemas a serem solucionados ou amenizados, aparentemente a questão da falta de funcionários parece ser suprida através da sobrecarga daqueles que já

fazem parte do quadro. Temos então, profissionais que lidam com o frustrante dilema de tentar atender ao máximo de pacientes possíveis, resultando na piora na qualidade do serviço prestado, ou não atender à todos que buscam o serviço.

Outra questão explorada durante a entrevista foi a percepção da equipe sobre a atuação do psicólogo. Sabe-se que no senso comum, esse profissional carrega a imagem de “apagador de incêndio”, aquele capaz de resolver os problemas que afligem a todos, mas que ninguém encontra solução. Partindo dessa concepção e da visão da equipe sobre a puérpera, como já foi discutido anteriormente, foi questionado à participante se ela acredita que a equipe nos setores em que ela trabalha, em algum momento, atribuiu a ela a responsabilidade de convencer essa mãe a se dedicar ao processo de vinculação com a criança.

A psicóloga informou que inicialmente essa ideia poderia fazer parte das crenças da equipe, uma vez que não sabiam o que esperar dela. Contudo, acredita que, como já atua há seis anos no hospital, a partir do seu trabalho vem mostrando que “O buraco é mais embaixo. E as coisas não são tão simples” (sic.), e acredita que atualmente a equipe reconhece o trabalho da psicologia.

A postura da participante está em consonância com o que defende Almeida e Malagris (2011), que o psicólogo ao se inserir no hospital deve estar atento às especificidades desse ambiente e à forma de se colocar diante a equipe, pois essas atitudes influenciarão nas possibilidades de atuação. Se o profissional respeita o trabalho em equipe, a pluralidade de olhares e está seguro do seu papel naquele ambiente, os demais profissionais o respeitarão e facilitarão sua atuação.

### **Encaminhar para onde?**

Romano (1999) e Ismael (2005) (citado por Almeida & Malagris, 2011) descrevem que a atuação do psicólogo no contexto hospitalar se caracteriza por ser um atendimento pontual, o contato do profissional com o usuário pode ocorrer uma única vez, a depender do quadro do paciente. Sendo exigido que ele tenha a capacidade de em um único atendimento, identificar a demanda, intervir e analisar a situação para que possa encaminhar adequadamente. Para isso, pontuam os autores, é essencial que o psicólogo tenha o apoio de serviços complementares disponíveis para receber esse paciente após a alta do hospital.

No que se refere à prática, infelizmente o cenário não é favorável para o psicólogo, principalmente para as mulheres puérperas. A participante aponta que a assistência psiquiátrica à mulher nessas condições na rede de saúde pública do Distrito Federal é falha.

A psicóloga explica que quando ela atende uma mulher com questões pertinentes quanto ao vínculo com bebê ou suscetível ao desenvolvimento de DPP, ela não possui um psiquiatra de referência para encaminhar. A psicóloga declara que já recorreu aos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS distribuídos no DF algumas vezes, porém eles respondem que não atendem casos de DPP.

Nos casos em que a mulher ou a família possuem condições de arcar com os custos de um atendimento particular, ela os orienta a buscar uma psicoterapia ou/e um psiquiatra. Porém, sabendo das condições financeiras da maioria dos usuários da rede pública no Brasil, geralmente essas famílias não possuem dinheiro para arcar com um acompanhamento particular. Nesses casos, a participante afirma que “tenho que sair ligando, pedindo favor... funciona sobre socorro” (sic.). Por não ter um procedimento padrão, a psicóloga relata que há casos em que ela faz diversas ligações para conseguir uma consulta de encaixe em serviços de psiquiatria de outros hospitais públicos da região, ou por mais que acredite ser inadequado para as puérperas, as encaminha a um Hospital psiquiátrico de referência no DF,

que atende pessoas em sofrimento psíquico grave, ela revela que essa opção assusta as puérperas, que alegam: “Eu não sou desse jeito, eu não sou louca.”.

A participante informa que não costuma encaminhar as puérperas para a psiquiatria do próprio hospital em que já estão internadas. Aparentemente essa seria uma alternativa mais viável, porém, não é assim que funciona. Tendo em vista que esse atendimento ocorre por meio do Centro de Saúde, essa mulher teria que aguardar para conseguir uma vaga na regulação da psiquiatria. E nesse momento a puérpera precisa ser medicada, não pode esperar muito tempo.

Além dos riscos para a saúde da mulher e a frustração da profissional diante da ausência de uma rede para encaminhar a puérpera, a participante aponta ainda para questões legais que essa limitação gera. Os desdobramentos do desamparo das puérperas podem colocar elas e os bebês em maior situação de vulnerabilidade. Caso venha ocorrer alguma fatalidade, a psicóloga relata que costuma documentar em prontuário as tentativas de encaminhamento e a falta de recursos, como forma de se resguardar. Mostrando que essa mulher foi acompanhada enquanto pode, mas, infelizmente, devido a falta de rede de serviços, o acompanhamento não foi adequado.

### **Possibilidades**

Diante dos desafios apresentados, as estratégias possíveis para a atuação do psicólogo nesse contexto parecem não existir. Contudo, a experiência da participante mostra que é possível fazer a diferença.

### **Estratégia adotada**

Como apresentado no presente estudo, por mais que a puérpera seja avaliada por um psiquiatra durante sua internação na maternidade, não é possível que ele diagnostique a DPP nesse momento.

Uma estratégia desenvolvida pela participante para proporcionar um acompanhamento à saúde da mulher é o encaminhamento ao Banco de Leite. Como descrito, a psicóloga ao realizar a ronda na maternidade e identificar demanda para um acompanhamento sistemático, agenda o atendimento dessa mulher no Banco de Leite, por mais que ela não apresente questões referentes ao aleitamento.

Segundo Arrais (2005), é possível identificar uma DPP a partir do momento em que se percebe que os sintomas do baby blues não estão cessando com o passar do tempo, pelo contrário, se agravam. É por essa razão que a participante agenda um atendimento com a paciente que apresenta fatores de risco. Assim, é possível manter contato com a puérpera e com o tempo, identificar se os sintomas depressivos apresentados correspondem ao baby blues ou a DPP.

Como a participante é também a psicóloga responsável pelo setor do Banco de Leite, facilita o agendamento da puérpera.

Contudo, a participante não pode encaminhar todas as mulheres que apresentam fatores de risco de desenvolver a DPP pra o Banco de Leite, tendo em vista que esse setor já possui suas próprias demandas. Sendo assim, a psicóloga optou por fazer uma triagem, selecionando as mulheres que apresentam predisposição à DPP e não possuem rede de apoio para o acompanhamento sistemático. Os atendimentos ocorrem quinzenalmente por até 3 meses, resultando em seis encontros.

Aquelas pacientes que apresentam demanda, porém possuem rede de apoio satisfatória ou não possuem condições socioeconômicas de comparecer aos atendimentos



(principalmente arcar com os custos de transporte), a psicóloga orienta a família acerca dos cuidados com a mulher e do momento em que ela está vivendo. E quando há condições, orienta que a família busque uma psicoterapia. Se a puérpera não possui condições, a psicóloga começa a busca pela rede de serviços.

Após realizado os encaminhamentos, a participante relata que continua o acompanhamento de casos mais graves. Por meio de telefone, a psicóloga procura notícias, querendo saber como a mulher está, como está o bebê, se ela compareceu às consultas previstas, se não, o motivo do não comparecimento.

### **Clínica Escola**

A psicóloga pontua que uma alternativa de encaminhamento são as Clínicas Escola de psicologia, que realizam atendimento psicológico por um baixo custo. Esses serviços têm a finalidade de oferecer acompanhamento à população carente economicamente e proporcionar experiência prática de futuros profissionais (Amaral & col., 2012). Um fator negativo dessa opção é que os atendimentos ocorrem na própria instituição de ensino, e por mais que se trate de universidades situadas nas cidades satélites, mais próximas às residências dos usuários da rede pública do DF, muitas vezes essa população não tem condições financeiras nem para arcar com o transporte.

Segundo a participante, uma universidade privada do DF atualmente desenvolve um projeto para gestantes com dificuldade de vínculo com o bebê. Essa proposta é de grande valia, pois por mais que não seja uma opção de encaminhamento para as puérperas atendidas pela participante do estudo, é uma iniciativa preventiva de atenção à saúde das mulheres. Considerando que estudos concluíram que 50% dos casos de DPP acomete mulheres que apresentaram sintomas ainda na gravidez (APA, 2013).

## **Grupo de grávidas**

Schwengber e Piccinini (2003) relatam a importância da rede de apoio para a saúde da gestante, tendo em vista o resultado de estudos que apontam para esse fator como um dos possíveis desencadeadores de transtornos no período pós parto.

A participante compartilha esse pensamento, para ela, ter rede de apoio é garantia de ter o mínimo de segurança e saúde mental. Em sua atuação com puérperas, ela mobiliza a família, cônjuge ou amigos para oferecer suporte à essa mulher.

Tendo em vista a importância que a rede de apoio representa, a psicóloga planeja futuramente desenvolver um projeto focalizando principalmente mães que são sozinhas. Através da formação do grupo de gestantes, a participante objetiva fortalecer essas mães, para que no período pós parto elas já tenham construído vínculo umas com as outras e se visitem, se apoiem, tenham como referência essas mulheres, visando a promoção de saúde mental delas.

Contudo, a psicóloga reforça que esse seria um trabalho dos agentes de saúde nos Centros de Saúde, não sendo possível sua implementação no hospital.

Ações como essa vão de encontro a finalidade da Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Promoção a Saúde, como aponta o documento de Diretrizes para a Organização de Redes de Atenção à Saúde do SUS (2010), defendendo a implementação de redes de atenção à saúde na sistematização e integralidade do cuidado ao usuário. Além disso, Camacho e col. (2006), apresentam a importância de um diagnóstico precoce para a intervenção mais rápida, diminuindo os riscos à mulher, à criança e à relação mãe-feto.

## Considerações finais

O presente estudo buscou explorar a atuação de uma psicóloga da saúde com puérperas na condição de depressão pós parto. Tendo em vista que a atuação da profissional ocorre no nível terciário de atenção à saúde e as características inerentes ao serviço público de saúde no Brasil.

Ao longo da produção da pesquisa foi possível perceber os complicadores existentes na identificação do referido transtorno. Levando em consideração a rápida passagem dessa puérpera pela maternidade, a intervenção psicológica nesses casos parece ainda mais difícil.

O contato com a profissional participante na coleta de dados permitiu um maior aprofundamento no tema, até então conhecido somente a partir do levantamento bibliográfico. A colaboração da participante foi fundamental para provocar novas reflexões.

A análise temática feita a partir do relato de experiência propiciou a discussão do material em dois níveis: os desafios enfrentados na prática do contexto hospitalar e as possibilidades de atuação nessa realidade.

Os desafios começam com a relação da equipe com a puérpera em sofrimento psíquico, a falta de legitimidade de seus conflitos por parte dos profissionais, em um local onde se espera acolhimento, agrava a situação dessa mulher. Em seguida, se apresenta o desafio inicial da inserção da psicologia na equipe médica em busca do reconhecimento da atuação na área. Além disso, há sobrecarga de trabalho enfrentada pelos psicólogos no contexto hospitalar e a necessidade de novas contratações. Por fim, pôde-se pontuar a deficiência da rede de serviços públicos de saúde, dificultando o encaminhamento da puérpera em sofrimento, colocando em risco a saúde da mãe e do bebê.

Apresentado os desafios, a próxima categoria objetivou discutir alternativas de atuação frente ao complexo cenário descrito. A participante realiza um trabalho de

acompanhamento sistemático com as puérperas em maior risco de desenvolver DPP, permanecendo os sintomas, as encaminha para o serviço adequado.

Sabendo das limitações logísticas em contemplar a demanda, a participante reconhece que o ideal seria a atuação preventiva com as gestantes. Deste modo, planeja futuramente formar grupos com mulheres ainda durante a gestação, para que questões referentes à rede de apoio e a desconstrução do mito sobre a maternidade sejam abordadas, propiciando o empoderamento dessas mulheres.

Ao final do estudo, a reflexão feita se refere à ratificação da necessidade de investimento no nível primário de atenção. Uma vez que, como discutido, alguns dos fatores que influenciam o desenvolvimento da DPP podem ser contornáveis ou amenizados. Se tomarmos como referência os altos custos farmacológicos despendidos na medicação dessas mulheres, o aumento da demanda para exames e consultas psicológicas e psiquiátricas. Além do benefício à saúde da mulher e sua família, a economia de gastos financeiros a médio e longo prazo também são favoráveis para o Estado. Essas constatações refletem na urgência de um trabalho preventivo.

Acredita-se que por meio do exemplo trazido no presente trabalho, é possível conhecer a realidade da atuação na rede pública através da visão de uma profissional. Apesar de estabelecer em um cenário cheio de limitações, a participante não paralisa. Ela afirma que realiza um trabalho constante de auto fortalecimento para conseguir enfrentar as situações desgastantes, na busca em oferecer o melhor atendimento no cuidado aos usuários.

Tendo como referência o interesse em explorar a atuação do psicólogo da saúde que trabalha no contexto hospitalar e seu exercício com mulheres com transtornos pós parto, sugere-se que estudos futuros ampliem a abordagem adotada na presente pesquisa e busquem investigar a percepção de mais profissionais da rede pública do Distrito Federal sobre as

condições de trabalho nesse cenário e principalmente, novas estratégias de intervenção com as mulheres e suas famílias visando a promoção de saúde.

### Referências Bibliográficas

- Almeida, R. A., & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista SBPH*, 14(2).
- Amaral, A. E. V.; Luca, L.; Rodrigues, T. C.; Leite, C.A., Lopes, F. L. & Silva, M. A. (2012). Serviços de psicologia em clínicas escola: revisão de literatura. *Boletim de Psicologia*, 62(136), 37-52.
- Andrade, R. D.; Santos, J. S.; Maia, M. A. C., & Mello, D. F. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(1).
- Arrais, A. R. (2005): As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Azevedo, K. R. & Arrais, A. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 19 (2), 269-276.
- Badinter, E. (1980). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. São Paulo: Círculo do Livro.
- Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. *Saúde e sociedade* 11(1), 67-84.
- Brasil (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acessado em setembro de 2016.
- Bortoletti, F.F.; Moron, A. F. & Bortoletti Filho, J. (2007). *Psicologia na Prática Obstétrica: Abordagem Interdisciplinar*. Barueri: Manole.

Camacho, R.S.; Cantinelli, F.S.; Ribeiro, C.S.; Cantilino, A.; Gonsales, B.K.; Braguittoni, E. & Rennó Jr. R. (2006). *Rev. Psiq. Clín.* 33 (2), 92-102.

Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 7-14.

American Psychiatric Association, (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas. 5ª edição.

Falcone V. M.; Mäder, C.V.N.; Nascimento, C.F.L.; Santos, J.M.M. & Nóbrega, F.J. (2005). Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. Centro de Promoção e Atenção à Saúde. Instituto de Ensino e Pesquisa. Hospital Albert Einstein. *Revista Saúde Pública*, 39(4), 612-8.

Ferreira Neto, J. L. (2011). Subjetividade e território: para além da interioridade. *Em: Psicologia, políticas públicas e o SUS* (pp. 51-76). São Paulo: Escuta.

Forna, A. (1999). *Mãe de todos os mitos: Como a sociedade modela e reprime as mães*. Rio de Janeiro, RJ: Ediouro.

Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. (2010). Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.

Minayo, M. C. S. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO.

**Minayo, M. C. S. (2010): Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 29.ed. Petrópolis-RJ:Vozes.**

Neves, J. L. (1996). Pesquisa Qualitativa: Características, Usos e Possibilidades. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 1 (3), 1-5.

Organização Mundial da Saúde. (1946). Constituição da Organização Mundial da Saúde.

Nova York. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organizacao-Mundial-da-Saude/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

Parker, R. (1997). *A mãe dividida: A experiência da ambivalência na maternidade*. Rio de Janeiro, RJ: Rosa dos Tempos.

Queiroz, M. de S. (1986). O paradigma mecanicista da medicina, ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Rev.Saúde públ.*, São Paulo, 20:309-17.

Remor, E. A. (1999). Psicologia da saúde: apresentação, origens e perspectivas. *PSICO*. V. 30, n. 1, p. 205-217.

Revista Marie Claire:

<http://revistamarieclaire.globo.com/Comportamento/noticia/2016/02/eu-amou-meu-filho-mas-odeio-ser-mae-declaracoes-sobre-maternidade-geram-polemicas-redes.html>. Acessado em junho de 2016

Schwenger, D. D. S. & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*. 8(3), 403-411.

Sciliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41.

Sebastiani, R. W. (2000). Histórico e evolução da psicologia numa perspectiva Latino Americana. Em: V. A. Angerami-Camon, (Ed.), *Psicologia da saúde* (pp. 201-222). São Paulo: Pioneira.

Schmidt, E. B.; Piccoloto, N. M. & Müller, M. C. (2005). Depressão Pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, 10(1), 61-68.

Sevalho, G. (1993). Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e



Doença . *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 349-363.

Spink, M. J. P. (1992). Psicologia da saúde: estruturação de um novo campo de saber. Em: Campos, F.C.B. *Psicologia e Saúde. Repensando práticas*. São Paulo: Hucitec. P.11-23.

Stewart, D. E.; Robertson, E.; Dennis, C. L.; Grace, S. L. & Wallington, T. (2003). Postpartum Depression: Literature Review of Risk Factors and Interventions. Toronto Public Health Program.

Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Traverso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56.

## **Anexos**

### **Anexo A**

#### **Roteiro de entrevista semiestruturada com a psicóloga participante**

- 1) Qual é a sua experiência na área da psicologia da saúde?
- 2) No cenário que você conhece, o que você caracterizaria o atendimento às mulheres puérperas?
- 3) O que você entende como sendo o maior desafio na promoção de saúde à essas mulheres?
- 4) Tendo em vista a impossibilidade de atendimento integral à paciente puérpera pela equipe multiprofissional de um hospital, como funciona a rede de saúde à qual ela pode ser encaminhada?

**Anexo B****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

“A Atuação do Psicólogo da Saúde com Mulheres na Condição de Depressão Pós-Parto:  
Desafios e Possibilidades”

**Instituição das pesquisadoras: Centro Universitário de Brasília- UniCEUB**

**Pesquisadora responsável: Morgana de Almeida e Queiroz**

**Pesquisadora assistente: Camilla Maria Campos Mota**

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

**Natureza e objetivos do estudo**

- O objetivo específico deste estudo é: Analisar a atuação do psicólogo da saúde com mulheres em depressão pós parto, no que diz respeito à prevenção, avaliação, acolhimento e intervenção.
- Você está sendo convidado a participar exatamente por ser especialista na área e possuir experiência no cuidado às puérperas.

**Procedimentos do estudo**

- Sua participação consiste em relatar sua experiência com puérperas em condição de depressão pós parto e as possibilidades de intervenção e acompanhamento.
- O procedimento será realizado em um encontro, caso haja necessidade, poderá ser acordado novos encontros.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- Se você permitir, será utilizado gravador durante sua fala, a fim de facilitar o uso das informações fornecidas e o fluxo da entrevista.
- A pesquisa será realizada em local a combinar.

**Riscos e benefícios**

- Este estudo possui riscos mínimos, inerentes ao procedimento de entrevista.
- Medidas preventivas durante a entrevista serão tomadas para minimizar qualquer risco ou incômodo.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.
- Sua participação poderá ajudar no maior conhecimento sobre a atuação do psicólogo da saúde.

**Participação, recusa e direito de se retirar do estudo**

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com uma das pesquisadoras responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

**Confidencialidade**

- Seus dados serão manuseados somente pelas pesquisadoras e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- O material com as suas informações (gravações, entrevistas, etc.) ficará guardado sob a responsabilidade da pesquisadora Morgana de Almeida e Queiroz, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade. Os dados e instrumentos utilizados ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail [cep.uniceub@uniceub.br](mailto:cep.uniceub@uniceub.br). Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Morgana de Almeida e Queiroz, celular 99202-8351

\_\_\_\_\_  
Camilla Maria Campos Mota, celular 98360-9634/ e-mail: [camillacampos\\_m@hotmail.com](mailto:camillacampos_m@hotmail.com)