



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U. nº 198, de 14/10/2016
AELBRA EDUCAÇÃO SUPERIOR - GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO S.A.

Isabela Bernardes Bosque

A DOR DA MATERNIDADE: da romantização à experiência real

Palmas –

TO 2019

Isabela Bernardes Bosque

A DOR DA MATERNIDADE: da romantização à experiência real

Monografia da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof. M.e. Iran Johnathan da Silva Oliveira

Palmas –
TO 2019

Isabela Bernardes Bosque

A DOR DA MATERNIDADE: da romantização à experiência real

Monografia da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof. M.e. Iran Johnathan da Silva Oliveira

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. M.e. Iran Johnathan da Silva

Oliveira Orientador

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof.a M.e. Lauriane dos Santos Moreira

Centro Universitário Luterano de Palmas –

CEULP

Prof. a M.e. Rosângela Veloso de Freitas Morbeck

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas –

TO 2019

Dedico este trabalho às mães que participaram da pesquisa e que, gentilmente, contribuíram de forma significativa para a realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus que me permitiu chegar até aqui, mesmo com as adversidades da vida pessoal e acadêmica.

Agradeço a toda minha família, pela confiança, apoio, incentivo e amor dado a mim durante toda a minha vida. Em especial a minha mãe, Cida, que mesmo a dois mil quilômetros de distância não me deixou desaminar. Sou grata a ela pelas mensagens de apoio, pelas ligações dizendo que daria tudo certo.

Ao meu orientador, professor Iran Johnathan, por me instruir nesse projeto desde o início, me reforçando positivamente e tirando o melhor de mim na elaboração deste trabalho.

Agradeço as minhas colegas de curso por todo apoio dado a mim com o meu filho nos estágios, na sala de aula. Pela rede de apoio que existe entre os colegas da turma XXXI.

Agradeço a minha banca examinadora, professoras M.e. Lauriane Santos e Rosângela Morbeck pela contribuição singular a que atribuíram nesse projeto.

Agradeço ao meu filho Bernardo que, mesmo tão pequeno, foi uma criança colaborativa a todo o momento, que me deu força e me deu a idéia deste projeto com a surpreendente experiência da maternidade. Agradeço ao pai do meu filho, Rafael, por partilhar comigo os cuidados com o bebê e por ser compreensivo nas longas horas que dediquei neste trabalho.

Agradeço a minha avó Eliana pelo apoio emocional e financeiro desde a matrícula à colação de grau, não há laço sanguíneo, há muito mais que isso!

Agradeço também as mães participantes desse estudo, pela disposição em ajudar na compreensão dessa temática.

Sou grata a mim, por não ter desistido, por ter caído e levantado inúmeras vezes, por enfrentar os desafios até o fim e ter chegado até aqui.

“Os principais problemas enfrentados hoje pelo mundo só poderão ser resolvidos se melhorarmos nossa compreensão do comportamento humano” (SKINNER, 1974, p. 11).

RESUMO

BOSQUE, Isabela Bernardes. **A DOR DA MATERNIDADE:** da romantização à experiência real. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Bacharel em Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2018.

O presente estudo apresenta uma análise sobre as expectativas construídas a cerca da maternidade e da maternagem antes da experiência propriamente dita e a possível relação entre tais expectativas com o sofrimento que algumas mães experimentam no pós-parto. A pesquisa é aplicada em campo, com objetivo exploratório e de natureza qualitativa. Foi realizada com quatro voluntárias, estudantes do CEULP/ULBRA, mães recentes e de única experiência materna. A coleta de dados se deu por meio de entrevista semi-estruturada para fins de análise funcional dos comportamentos, na perspectiva de sujeito único, e a aplicação de dois questionários autoaplicáveis, sendo um deles uma Escala de Depressão Pós-parto e um questionário que avalia o sofrimento emocional. Os dados coletados foram analisados na perspectiva da Análise do Comportamento além de um comparativo do comportamento verbal das voluntárias com a teoria que enriquece este trabalho, sendo apresentados através de quadros e tabelas com resultados e escores de cada participante. Com os resultados obtidos com a pesquisa foi possível observar que estímulos antecedentes podem e tem discriminado comportamentos de gerar expectativas sobre a maternidade numa análise dos comportamentos verbais nas respostas das participantes. Foi possível encontrar em todas as participantes o sentimento de culpa ou inadequação advindas do “ideal materno” socialmente estabelecido e que se não esclarecido leva ao sofrimento emocional.

Palavras-chave: Depressão Pós-parto, Sofrimento, Maternidade, Análise do Comportamento.

ABSTRACT

BOSQUE, Isabela Bernardes. **THE PAIN OF MATERNITY**: from romanticization to real experience. 2019. Course Conclusion Paper (Undergraduate) - Bachelor Degree in Psychology, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas / TO, 2018.

The present study presents an analysis of the expectations built and approximately motherhood and motherhood before the experience itself and with a possible relationship between such expectations and the suffering of some mothers experienced postpartum. An applied research in the field, with exploratory objective and qualitative nature. It was conducted with four volunteers, CEULP / ULBRA students, recent mothers and single maternal experience. A data collection provided semi-structured interviews for the purpose of functional performance analysis, from the perspective of a single individual, and the application of two self-administered questionnaires, one of them a Postpartum Depression Scale and a questionnaire that is available suffering. emotional. The collected data were analyzed from the perspective of Behavior Analysis, as well as a comparison of the verbal behavior of the volunteers with a theory that enriches this work, being shown through tables and tables with results and scores of each participant. With the results obtained with a research, it was possible to observe which previous stimuli can and has discrimination to generate expectations about motherhood, in an analysis of verbal tests in the participants' responses. It was possible to find in all participants a feeling of guilt or inadequacy arising from the socially established "ideal mother" that is not clarified leads to emotional distress.

Keywords: Postpartum Depression, Suffering, Motherhood, Behavior Analysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Dados das participantes da Pesquisa	34
Quadro 2 - Análise Funcional dos dados coletados na fase de observação, considerando fatores Operantes	34
Quadro 3 – Quadro de comportamentos verbais comparados ao referencial teórico	36

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Resultado de cada participante na EPDS	38
Grafico 2 – Resultado de cada participante no SQR-20.	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –Análise dos resultados de cada participante na aplicação da EPDS	39
Tabela 2 –Manifestações do Self-Reporting Questionnaire.	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SQR	Questionário Self-Reporting
EPDS	Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo
CEULP	Centro Universitário Luterano de Palmas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
DPP	Depressão Pós-Parto
SUS	Sistema Unico de Saúde
PNP	Pré-Natal Psicológico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 A MATERNIDADE NUMA PERSPECTIVA HISTÓRICA.....	17
3 O SOFRIMENTO EMOCIONAL VINCULADO À MATERNIDADE.....	21
4 O PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO À DPP.....	24
5 INTRODUÇÃO À ANÁLISE FUNCIONAL DO COMPORTAMENTO.....	27
6 .PERCURSO METODOLÓGICO.....	30
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	34
7.1 Quadros de análise na fase de observação e entrevista.....	34
7.2 Análises da fase de aplicação dos questionários.....	37
7.2.1 Sobre a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)	38
7.2.2 Sobre o Self-Reporting Questionnaire (SQR-20).....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES	47
ANEXOS	54

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o dicionário, romantizar é um verbo cujo os sinônimos são: idear romances, fantasiar. Nessa perspectiva da idealização temos um construto social e cultural acerca da maternidade e da maternagem que iniciou na Europa. Entende-se maternidade pela capacidade de gerar um filho, já a maternagem trata-se do sentimento e o vínculo estabelecido. Ambas podem existir paralelamente assim como podem não ter relação nenhuma (GRADVOHL *et al*, 2014).

Na idade média, os comportamentos maternos em relação aos filhos eram de enorme discrepância se comparados aos últimos séculos. Não cabia somente às mães o cuidado de seus filhos ou mesmo a nutrição deles. As crianças cresciam no meio de adultos, contexto em que sua fragilidade não era considerada relevante frente ao labor a que eram submetidas. (MOURA; ARAÚJO, 2004).

Tal comportamento resultou no agravamento da crise econômica em que se passava a Europa, visto que a recusa do aleitamento materno acarretou em grandes estatísticas na mortalidade infantil, afetando o número de trabalhadores das próximas décadas. O Estado, em contrapartida, elaborou estratégias para que a sobrevivência dos nascidos vivos superasse os números da mortalidade. Assim surgiram publicações com conteúdos que enalteciam e orientavam as mães a assumirem os cuidados de nutrição e educação, dando, então, outro olhar ao comportamento de ser mãe e até mesmo da mulher enquanto ser social (RESENDE, 2017).

A maternidade passa então a ser vista socialmente, e dada pela medicina como algo inerente à natureza feminina, tal qual o amor materno. Houveram mudanças na normatização cultural: a maternagem passa a ser o que a sociedade espera de uma mãe. Comportamentos como a vigilância, o cuidado, o aleitamento materno e a educação do filho tornam-se a obrigação de uma “boa mãe” (RAMOS, *et. al*, 2006).

Surge aqui o “mito do amor materno”, no qual a romantização, anteriormente citada, é aprendida. Esse mito estabelece que: uma vez mãe, o amor é consequência natural. Dá-se a maternidade e a maternagem como experiência fluida, pressupondo que todas as habilidades e sentimentos que as envolvem, nascem juntamente com o bebê. Não demorou para que tal regra causasse estranheza e consequências à saúde das mães (OP. CIT., 2017).

A dor a que se referiu o título desse trabalho aborda as consequências sociais, psicológicas e fisiológicas suscitadas pela culpa e frustração de não encaixar-se no “ideal de mãe” estabelecido nos últimos séculos (AZEVEDO; ARRAIS, 2006). Neste trabalho foram abordados possíveis produtos desses mitos na sociedade atual e que variáveis conduzem até os dias de hoje sobre tais comportamentos romantizados no que tange a maternidade e a maternagem, tendo como problema de pesquisa a seguinte pergunta: Romantizar a maternidade pode favorecer uma frustração com a experiência real, gerando sofrimento para a mãe?

Esta pesquisa objetivou delinear as ideias que antecedem o puerpério a partir da coleta de dados com as participantes, comparar a expectativa com a realidade da maternidade por meio de aplicação de questionário e entrevista com mães, identificar possíveis impactos psicológicos vivenciados pela mãe no primeiro ano do pós-parto e pontuar as estratégias de prevenção do materno sofrimento como a atuação do psicólogo frente a estes fenômenos emocionais.

Entrevistas e questionários foram ferramentas essenciais na coleta de dados dessa pesquisa, a mesma teve como amostra quatro mães recentes e de única experiência materna. O objetivo se deu na identificação de possíveis relações entre o sofrimento que algumas mães experimentam nos primeiros meses pós-parto e as expectativas construídas sobre a maternidade ao longo da vida, com a análise funcional dos comportamentos observados nas participantes, na perspectiva de sujeito único (SAMPAIO *et. al* 2008).

Este trabalho abordou questões de saúde pública, visto que a literatura a qual enriquece tal pesquisa aponta que a Depressão Pós-Parto (DPP) atinge de 12 a 29% das puérperas. (KIM, 2014). Sendo a DPP uma das “dores da maternidade”, como previsto no título desse trabalho, identificar possíveis impactos emocionais vivenciados pela mãe no primeiro ano do pós-parto, onde há maior vulnerabilidade (RAMOS *et. al.* 2006), trouxe à sociedade, nos resultados e discussões da pesquisa, mais informação da relação entre os eventos de idealização e experimentação da maternidade real.

Pouco se fala da construção social que está por trás dos mitos da maternidade. O comportamento de idealizar, fantasiar e romantizar a maternidade nada mais é que um repertório socialmente aprendido e culturalmente estabelecido nos últimos séculos. Tal comportamento pode levar a mãe a experimentar

sentimentos de frustração e conseqüentemente ao sofrimento emocional (AZEVEDO; ARRAIS, 2006).

Vale ressaltar que a mulher, como ser biopsicossocial, no puerpério é tomada por variações hormonais e fisiológicas em geral que, sem dúvida, colaboram com as oscilações de humor dadas no pós-parto (CAMACHO, *et. al.* 2006). Contudo, conhecer as nuances relacionadas a essas construções e normatizações da maternidade e da maternagem, pode mudar o quadro e as estatísticas da tristeza materna e suas variáveis.

Moraes *et. al.* (2005) trazem em seu estudo de prevalência da DPP que os resultados encontrados revelam a urgente necessidade de estratégias de prevenção dessa doença. Esperou-se, então, com a presente pesquisa, possibilitar mais discussões científicas acerca do assunto, levando a informação a quem ainda não conhece e ampliando as possibilidades de preparação ou até mesmo intervenção sobre a saúde mental na maternidade.

A pesquisa justificou-se ainda pelo crescimento acadêmico que proporcionou enquanto pesquisadora, pelo conhecimento mais profundo da temática e pela experiência pessoal. Trata-se de uma demanda que carece cuidado clínico especializado (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014) e enquanto profissional pode proporcionar uma escuta de qualidade, embasada teoricamente nas possibilidades de intervenção, unindo a maternidade à Análise do Comportamento.

2. A MATERNIDADE NUMA PERSPECTIVA HISTÓRICA.

É de senso comum, atualmente, o amor materno como algo natural, pronto e incondicional, contudo, não é recorrente a discussão acerca do costume materno atual, dos papéis que a maternidade traz na contemporaneidade e por que foram estabelecidos e permanecem. "A maioria das mães toma como farol e guia o mito da boa mãe devota e incondicional, e a maternidade não é ensinada nem mesmo discutida até a sua gravidez" (TOURINHO, 2006).

Pensar em maternidade nos últimos séculos, subentende-se nascer junto a ela inevitavelmente o vínculo maternal, o instinto do cuidado (OP. CIT., 2006). A realidade é que, diferente da maternidade, a maternagem é construída, não é biológica, independe da condição física de gerar, é um ato histórico, porém aprendido.

A maternagem nem sempre foi habitual (GRADVOHL *et al*, 2014), a maneira em que se naturalizou os conceitos e práticas relativos à maternidade pertencem a uma construção social que teve como impulsor transformações econômicas e políticas a partir do século XVII. Nesse período, a constituição de família se tratava de agrupamento de várias pessoas, de vínculo sanguíneo ou não. Nesse agrupamento, as crianças eram tratadas como adultos, misturava-se a eles nos afazeres produtivos e eram mal vistas por sua fragilidade física.

Resende (2017) ressalta que as mães cuidavam dos seus filhos só nos primeiros anos de vida, pois as esposas dos aristocratas viviam uma configuração social, entre os séculos XVI e XVII, em que ter filhos era importante, porém o cuidado e o vínculo não se faziam prioridade tanto quanto organização da vida social e cuidado do lar. A aprendizagem não se fazia de maneira formal como na atualidade, no contexto escolar, o convívio com os adultos era o que construía-a. Esses adultos na maioria das vezes não eram seu pai e sua mãe.

Até o século XVII a mortalidade infantil chegava a 25% dos nascidos vivos, Moura e Araújo (2004) com esse dado relacionam o desapego materno à possibilidade considerável de morte de seus filhos e em seguida questionam a recíproca, em que a causalidade da mortalidade se dava justamente pelo desinteresse materno pelas crianças.

Outro ponto importante no estudo de causa e efeito no que tange a mortalidade infantil da época, é o fator amamentação. Era do feitio cultural, entregar

o bebê recém nascido a uma ama de leite e começou a ser percebido que a sobrevivência de um bebê alimentado pela ama de leite era muito menor do que a de um bebê alimentado pelo leite materno, diz Resende (2017).

Com o passar dos anos, mudam as maneiras do ser humano se relacionar com o meio e de igual forma o meio se modifica (HALL, 1997). O comportamento materno tomou novos rumos à medida em que a humanidade percebia que algo precisava ser feito para que se prolongasse a vida. O conceito de família e, respectivamente, seus hábitos sofrem de maneira lenta uma reconfiguração (MOURA; ARAÚJO, 2004).

Resende (2017) coloca que, pela perspectiva da crise econômica em que passava a Europa, era impossível não se preocupar com a baixa sobrevivência dos nascidos vivos. Quanto menor o número de jovens e adultos, menor seria a mão de obra nos anos seguintes, levando-os cada vez mais adiante na crise. Então, dentro dos argumentos sobre o cuidado materno estavam os estudos demográficos que alertavam as pessoas sobre um possível declínio populacional. Em meados do século XVIII, várias publicações de filósofos, médicos e autoridades tinham um cunho de exaltação do cuidado e do amor materno.

Infere-se que no fim do século XVIII, o amor materno surgiu como um conceito novo. E, igualmente nova, foi a associação das duas palavras: amor e materno. Isso significa, não só a promoção do sentimento, como também o sentido da mulher enquanto mãe (RESENDE, 2017, p. 4).

Segundo Moura e Araújo (2004), essa reconstrução cultural se deu, principalmente, por discurso médico e colaborou com uma nova forma de relação mãe-filhos. Tal discurso conduzia a uma mudança no repertório comportamental das mães, onde as mesmas deviam pessoalmente cuidar de seus filhos, alimentá-los e educá-los. “Os novos padrões normativos de comportamento promoveram uma modificação radical das imagens dos papéis materno e paterno” (TOURINHO, 2016, p. 11).

Daí em diante as famílias passam a viver de maneira privada, buscando a felicidade, as crianças passam a ser o centro no cuidado. Surge aqui a mãe como ser gerador de vida e única responsável pela sobrevivência da prole. Moura e Araújo (2004) trazem ainda que relação conjugal também se modifica nesse contexto, deixando de ser contratual, o casamento passa a acontecer por amor.

Pode-se dizer que nos séculos XVIII e XIX, essas mudanças na organização familiar frente à maternidade, e até mesmo a forma como a mulher era vista, trouxeram até os dias atuais traços pertinentes à família atual. Muito se transformou, mas a relação mãe-filho concebida na Europa em tempos de crise, trouxe aos dias de hoje o que chamamos de mito do amor materno (BADINTER, 1985).

Como citado no início deste capítulo, ressalta-se que a maternagem é construída, o vínculo materno não nasce no ato de parir, não há um gene responsável pelo amor que a mãe sente pelo filho. Salienta-se a discrepante forma de ser mãe da Idade Média comparada a realidade atual. Aduz-se o amor materno como um mito, visto a culpabilidade que o assunto traz junto à maternidade (GRADVOHL *et.al.*, 2014).

Os discursos socioeconômicos no contexto europeu do século XVII realmente tiveram êxito em seu principal objetivo: o controle da mortalidade infantil, todavia, fizeram emergir uma pressão ideológica que, segundo Resende (2017), fez com que muitas mulheres sentissem a obrigação de se tornarem mães sem de fato querê-lo. A maternidade até então é vista como parte integral da natureza feminina.

No Brasil, de acordo com Venâncio (2002), a maternidade era rejeitada por grande parcela das mulheres, as mesmas quando engravidavam faziam abortos, jogavam os nascidos em lixeiras, abandonava-os de todas as maneiras possíveis, inclusive a prática de infanticídio era recorrente. Venâncio (OP. CIT.) ressalta ainda que tais práticas eram repudiadas pelos colonizadores portugueses, pois possuíam crenças religiosas que condenavam tais comportamentos.

A mortalidade infantil, assim como na Europa, poderia interferir no desenvolvimento do país. Contra isso, levantaram-se o Estado e a Igreja com estratégias para estimular o cuidado materno e fizeram críticas rigorosas quanto ao abandono dos filhos e à prática do aborto. Venâncio (OP. CIT.) coloca que a Igreja passou a ressaltar a importância do matrimônio e da reprodução, tendo como exemplo de mãe a Virgem Maria.

Criaram-se regras sobre o cuidado materno. Surgiram, de instituições públicas e privadas, meios de proteção à criança visto sua vulnerabilidade. É de nítida visualização a contribuição médica nas modificações de hábitos e conceitos no que tange à família e a maternidade, tanto no Brasil quanto na Europa, evidenciando que o amor materno é parte de uma cultura construída historicamente (RESENDE, 2017).

Pensar diferente do exposto, desde a época em que se deu a transformação no comportamento materno, trazia um sentimento de anormalidade, de impureza ou desajuste. Para Moura e Araújo (2004) mesmo em total vigilância e cuidado integral do lar e dos filhos, sentir-se cansada ou inapropriada à condição de mãe não era visto como parte da sanidade humana.

Já no final do século XIX, a Revolução industrial trouxe com ela a oportunidade de a mulher trabalhar fora do lar, a mulher passa então, nos séculos seguintes a ocupar outros espaços. Assim surgiram movimentos e questionamentos que implicaram diretamente no modelo tradicional da maternidade. A discussão seguiu da transição em que se passava a história da mulher, enquanto mãe exclusiva, à mãe trabalhadora em busca de igualdade de direitos (AZEVEDO; ARRAIS, 2006).

Os papéis que são estabelecidos pela sociedade e que caem como lei para a população feminina, estão diretamente ligados à condição biológica da mulher de procriar. A resistência à mudança de tais papéis existe até os dias atuais, porém, é discutidas e está em fase de transição graças a coragem de muitas mulheres que foram na contramão da ditada forma de ser mulher e de ser mãe (SCAVONE, 2001).

O movimento feminista do século XX, segundo Resende (2017), trouxe a tona pautas de luta à igualdade de gênero, retirando a obrigatoriedade da maternidade socialmente imposta a todas as mulheres, dando início a uma discussão da maternidade como escolha. Tecnicamente falando, um marco na história da mulher como possuidora de escolhas e ambições pessoais foi o desenvolvimento de técnicas contraceptivas, reflexo disso é a redução do número de filhos.

Tais tecnologias transformaram cenário da mulher e da mãe contemporânea, entretanto, de acordo com Resende (OP. CIT.), ainda é observado, na mulher do século XXI que escolhe ser mãe, a culpa advinda do mito do amor materno, pois, haja vista as conquistas femininas acerca da autonomia e dos direitos, ainda faz-se enraizado o mito de que amar a maternidade e exercer a maternagem é inerente à mulher de forma natural.

3. O SOFRIMENTO EMOCIONAL VINCULADO À MATERNIDADE

Ciente de que há um histórico por trás da construção dos costumes maternos, pode-se dizer que, da cultura em que se está submergida hoje, no que tange a maternagem, surgiu um modelo de “boa mãe”, desse modelo muito se enaltece (TOURINHO, 2006). Como citado no capítulo anterior, esse modelo baseia-se num ideal de mãe que por referência tem-se o costume judaico-cristão tão presente em nossa sociedade (VENÂNCIO, 2002).

Para Ramos *et al.* (2006) com sua experiência clínica, até que se conheça de fato a maternidade, os sentimentos e anseios experimentados por quem gesta são de devoção, amor, pureza, calma, prazer, felicidade entre outros. Parte-se da premissa de que há escassez de argumentos considerados socialmente negativos acerca da maternidade, o que de certa forma estabelece uma expectativa agradável sobre o que há de vir.

De fato o observável da inexperiência materna é que há repertórios considerados favoráveis socialmente, na maior parte das vezes. Isso reflete que, no processo de desenvolvimento dessa mulher, antes que a maternidade chegasse, houveram ambientes, onde atua a cultura atual, que de alguma maneira reforçam positivamente o ideal de mãe e de maternagem (TOURINHO, 2016).

A maternidade quando experienciada, traz a tona um turbilhão de sensações a nova mãe. Como de praxe a tudo que é novo, as reações no que diz respeito à nova realidade podem ser as mais variadas possíveis (RAMOS, *et.al.* 2006). Há as que se adaptam com facilidade, assim como há as que se deparam com a frustração. Kim (2014) aduz que, numa grande parcela de mães, o pós-parto traz argumentos sobremaneira discrepantes do que era esperado, trazendo angústias, medos, sentimentos de incapacidade e até mesmo desistência da vida.

Azevedo e Arrais (2006) pontuam três fases críticas na vida da mulher: a adolescência, a gravidez e o climatério por serem marcadas por mudanças drásticas no que tange o metabolismo e os hormônios envolvidos em tais eventos. Olhando pela perspectiva psicológica da mulher, Laconelli (2005), pontua outro tripé que sustenta a grande transformação que a experiência materna ocasiona: a passagem do posto de filha à responsabilidade de ser mãe; a mudança da auto-imagem do corpo e a sexualidade relacionada a maternidade.

Existe uma barreira cultural quanto a discussão dessas condições

desgostosas que a maternidade pode emergir. Não é socialmente aceitável que sentimentos como raiva, cansaço, desgosto e irritação sejam experimentados na “doçura” que é gerar, parir e, incondicionalmente, amar o filho. Ramos *et al.* (2006) traz que esses sentimentos são tidos como “impuros” e quando “confessados” são acompanhados de vergonha e culpa.

Quando o suposto instinto não se revela no idealizado pós parto, elas são consideradas, por si mesmas e pelos outros, estranhas, e até subversivas, na medida em que alteram a dita ordem natural e esperada, transgredindo o rígido código moral da “boa mãe” (RAMOS *et al.*, 2006, p. 14).

Observa-se que nos séculos anteriores, onde a cultura da maternidade era de, normalmente, ser alheia ao recém-nascido tanto no cuidado quanto na nutrição e educação, não haviam registros de argumentação de mães quanto a sentimento de culpa ou mesmo de obrigação no papel de responsável pela sobrevivência do nascido. Não é possível afirmar a inexistência da culpa no contexto materno da Idade Média, contudo, a existência dela era engolida pela realidade cultural do dado momento histórico (MOURA; ARAÚJO, 2004).

Cabe, observar que junto dos novos papéis culturalmente dados no século XVIII (MARTINS *et al.*, 2014), além de mudarem expressivamente o modo de ser, pensar, desejar e sentir a maternidade, nasceram sensações desconfortáveis quando o “ideal” não é idealizado, quando a realidade não condiz com o que a sociedade espera dessa mãe e conseqüentemente com o que ela espera de sua própria performance o que denomina, neste capítulo, o sofrimento emocional ligado à maternidade.

Ramos *et al.* (2006) trazem em seus discursos como facilitadora de grupos de gestantes e puérperas, que no ranking dos principais sentimentos considerados socialmente desagradáveis, que eram verbalizados na descoberta da lida materna, estavam presentes a culpa e frustração. A culpa não só acontece no puerpério, mas tende a perdurar toda a experiência da maternidade.

Até meados do século passado, quando uma mulher dava à luz, existiam rituais que a cercavam de cuidados, no chamado “resguardo”. Com o passar dos anos esses costumes se tornaram cada vez menos frequentes (OP. CIT., 2006). A mãe de hoje em dia, isenta de tais rituais e cuidados, vê-se afundada num mar de grandes exigências que a maternidade trás e com escasso suporte familiar e social.

Isso ocorre por que, embora os pais tenham sido socialmente convocados à

participação mais assídua na gestação, parto, pós-parto e cuidados com o recém nascido, ainda cai sobre a mãe, devido a cultura construída a que tanto falamos, a responsabilidade quase que exclusiva dos cuidados com o filho, e quando essa demanda não é atendida como condizente às caricatas qualidades do ideal materno, essa mãe entra em sofrimento pelo profundo sentimento de culpa (TOURINHO, 2016).

Culpada de mil formas, por não ser a mãe perfeita dos mitos. Por não fazer tudo pelos filhos, por não saber evitar doenças, ou as notas baixas, por resmungar quando eles acordam a noite ou por reclamar de suas roupas estragadas... Culpada também hoje por que, com toda literatura que explica e aconselha, não temos mais direito de não nos sairmos bem. Essa culpa é inimiga número um da maternidade feliz. Ela provoca tristeza infinita (e indefinida!) que encontramos com tanta frequência nas mães jovens” (SERRURIER, 1993; p 129 *apud* TOURINHO,2016; p. 29).

A frustração é um sentimento que pode vir por inúmeras vertentes: a idealização do que é ser mãe, e a idealização sobre o bebê, as cobranças sociais pautadas no “ideal” de mãe (TOURINHO, 2016). É considerável e inevitável a aquisição de novos repertórios comportamentais, essa conversão de papéis é dolorosa, gera sofrimento mas o mito da boa mãe a impede de aceitar que merece ajuda. (AZEVEDO; ARRAIS, 2006)

Em todas as situações supracitadas, a culpa se faz presente e com ela a probabilidade de desenvolvimento do que o autor Kim (2014) chama de DPP ou Depressão Pós-Parto. Ele traz estatisticamente a literatura apontando que a DPP atinge de 12 a 29% das puérperas. Ainda no contexto de adoecimento psíquico temos o *baby blues*, conhecida também como tristeza materna (IACONELLI, 2005).

Ainda na visão histórica da literatura, trazida por Ramos *et. al.* (2006) os estudos referentes aos distúrbios do pós-parto, partiram de Hipócrates em 400 anos a.C. O termo “depressão pós-parto” foi colocado por Pitt em 1968. A psiquiatria, em sua literatura moderna, coloca o período puerperal como grande vulnerabilidade de adoecimento psíquico (OP. CIT., 2006).

O baby blues acomete mulheres no ápice do pós-parto: as primeiras duas semanas. A mãe é tomada por sentimentos de tristeza, hipersensibilidade aos estímulos ambientais, preocupação exagerada com o bebê ou estranheza em r

elação a ele. A depressão pós-parto, no entanto, dá-se por um quadro mais agravado de profundo declínio do humor, é de caráter agudo e sua duração ultrapassa o tempo de duas semanas. Além da tristeza e do desânimo triviais de quadros depressivos, a depressão pós-parto vem acompanhada de fobias e falta de interesse em relacionar-se com o bebê (RAMOS, *et. al.* 2006).

Existem questões relevantes sobre as condições ambientais, em que as puérperas estão inseridas, que interferem diretamente no desenvolvimento do sofrimento materno. Além dos mitos a que tanto discutiu-se até então (OP. CIT.), questões como a variável socioeconômica, a relação da mãe com o pai do bebê, a rede de apoio dessa mãe, histórico próprio ou familiar de quadros depressivos segundo Morais *et al.* (2006) em seu estudo de fatores associados à DPP.

Percebe-se de que além da dor e sofrimento experienciados pela mãe em um momento delicado, novo e exigente, a ocasião do adoecimento afeta, também, a interação mãe-bebê (SCHWENGBER; PICCININI, 2003). O estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente nas primeiras interações com o bebê e, conseqüentemente, no desenvolvimento da criança. Segundo os autores supracitados (2003), as mães deprimidas tendem a agir de forma menos afetuosa e com um menor cuidado se comparado ao comportamento de mães não deprimidas. Dá-se aqui a importância do diagnóstico precoce e também do cuidado preventivo do pré natal psicológico (ARRAIS E MOURÃO, 2014) no qual abordaremos nos capítulos seguintes.

4. PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO À DPP:

Tornar-se mãe é um processo. Essa premissa reforça tudo que foi dito e revisado nos capítulos que antecedem a este. Esse processo complexo de mudanças hormonais, físicas e, conseqüentemente, emocionais em conjunto com a falta de informação e tomada de consciência das alterações que acometem as mães, pode e tem levado mulheres ao sofrimento e adoecimento. (DE JESUS, 2017)

Existem discussões acerca dos riscos (ZINGA; PHILLIPS; BORN, 2005) e da prevalência da DPP (MORAIS, 2006), contudo, a discussão mais atual e sobremaneira necessária tem sido a prevenção da DPP, visto que prevenir adoecimento tem benefícios, não só quanto a qualidade de vida do indivíduo, uma

vez que também resulta em economia para o estado que deixa de gastar com a assistência médica desmedida, se possui uma população mais saudável. (CZERESNIA, 2009)

A depressão é um problema significativo de saúde pública que custa cerca de U\$ 43 bilhões anualmente à economia dos Estados Unidos, em tratamentos médicos e perda de produtividade. (CORREIA E BORLOTI, 2011 p.359)

De Jesus (2017) aduz que embora a maternidade seja um processo de construção social que se inicia na infância de maneira lúdica e que ao longo da existência os discursos familiares acerca da maternidade tentem representar sua provável vida futura na adultez, nada traz o significado de que todas estarão preparadas para lidar com o processo gravídico puerperal.

O contato com os novos estímulos que a maternidade proporciona, quando não há habilidades e assertividade pode proporcionar ambientes aversivos e comportamentos de fuga e esquiva. Segundo Correia e Borloti (2011) a contingência que a pessoa que sofre de depressão descreve é de uma pressão se exerce sobre ela originada de um contexto aversivo.

As mulheres em geral são mais acometidas por comportamentos deprimidos que os homens. Isso se dá pelo controle aversivo do contexto sociocultural feminino onde recai sobre as mulheres contingências que geram como produto sentimento de culpa e responsabilidade pelos problemas e pela educação dos filhos, por eventuais desacertos nos cuidados da casa e por infelicidades nos relacionamentos conjugais.(CORREIA; BORLOTI. 2011)

Na gravidez, quando há comportamentos deprimidos, há, concomitantemente, pouco ou nenhum suporte dos parceiros ou familiares, pouco contato com estímulos reforçadores, presença de contingências aversivas como mudanças de rotina, ganho de peso e responsabilidades novas como os cuidados com o bebê. O déficit de repertório comportamental para resistir à mudança e exigências da fase que se inicia faz com que a própria gestação seja aversiva. Vale ressaltar que frente ao construto social de gravidez e maternidade vinculadas à felicidade da mulher, o comportamento deprimido dessa mãe se faz um estímulo aversivo banhado de sentimentos de culpa por não corresponder aos sentimentos de alegria que se espera socialmente pela chegada de um filho (OP. CIT.. 2011)

Uma das estratégias de prevenção ao sofrimento materno e pré-natal psicológico, tendo a finalidade de promover informação e tomada de consciência no que tange às transformações emocionais, hormonais, físicas e sociais de todo o processo gestacional e puerperal, de forma a promover um ambiente que passe segurança para que essa mãe possa falar de seus anseios, sentimentos e adquirir repertório comportamental que favoreça as habilidades que a maternidade demanda. (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

A depressão pós-parto geralmente inicia-se entre a quarta e a oitava semana do puerpério, contudo pode perdurar por mais de um ano, como traz de Jesus (2017). Uma das orientações no preparo psicológico do pré-natal é quanto a importância de se estabelecer juntamente aos familiares, uma rede de apoio a essa mãe, seja em apoio emocional, divisão de tarefas de casa, suporte quanto aos cuidados com o bebê entre outras. A autora supracitada salienta que “quanto maior a rede de apoio, menor a prevalência de depressão pós parto”. (DE JESUS, 2017, p.8)

Os cuidados no pré-natal até décadas atrás se limitavam às condições biológicas do período gravídico. A pouco a psicologia iniciou uma aproximação dessa pauta, vindo a somar com uma ampliação do conhecimento acerca do assunto. Atualmente já é possível perceber a psicologia abordando, intervindo e conscientizando a respeito do período gravídico puerperal e todo o sistema que envolve a pessoa que vivencia-o. (OP.CIT, 2017).

O pré-natal psicológico é um programa que se iniciou em Brasília com proposta de humanização do processo gestacional e do parto, preparando-os psicologicamente para maternidade e paternidade, possibilitando a integração da família. Promovendo encontros temáticos, em grupo. De certa forma facilita com que as mães possam relatar suas vivências experienciadas no processo: com ênfase psicoterápica, preparação psicológica na prevenção à depressão puerperal. (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014, p.254)

Arrais e Araújo (2016) descrevem o pré-natal psicológico (PNP) como uma modalidade de intervenção psicoeducativa que em complemento ao pré-natal tradicional biomedico, envolvendo vários profissionais da saúde. Os autores salientam que se trata de uma preparação para a maternidade que tem como função a prevenção da DPP, sendo caracterizado com o baixo custo.

O Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1980 implementou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher que já possuía enfoque de atenção ao pré-natal, parto e puerpério. Desde então muito foi feito de forma que assistisse de biologicamente essa mulher usuária do serviço, contudo, no que se refere a cuidados da esfera psicosocial, não foram igualmente assistidas ou tratadas categoricamente. (ARRAIS; ARAÚJO, 2016)

Quando iniciou-se em 2006 na cidade de Brasília o PNP se configurava de forma grupal oferecendo acompanhamento psicoeducativo sobre a gestação, o parto e o pós-parto propiciando às participantes apoio socioemocional promovendo informação e instrução a cerca das novidades que emergiam no processo de tornar-se mãe. (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014)

Na perspectiva do PNP a família é sempre convidada a participar em algum momento, dada relevância existente nos vínculos sociais e o afeto que se estabelece nessas relações. A psicoeducação não é focada apenas na gestante visto que há necessidade de quebrar paradigmas construídos socialmente, referentes a todo o processo e que transformá-los em informação promover saúde pois muda-se as contingências (MARTINS *et. al.*, 2014; CORREIA; BORLOTI. 2011).

Tavares e Botelho (2009) trazem, em uma análise ao conhecimento existente a respeito da DPP, que dentre as intervenções com estratégia de prevenção a DPP pode-se discutir as mais eficazes. Os autores trazem que intervenções psicoterapêuticas, sejam elas grupais ou individuais em seu estudo, demonstrou serem eficazes na prevenção da DPP com resultados significativos, enquanto outras intervenções utilizadas por enfermeiros e obstetras no pré-natal, não trazem evidências suficientes de que suas ações previnem a DPP.

Os autores citados a cima (2009) discutem ainda o impacto na saúde pública dada pela falta de preparo e amparo psicológico no pré-natal, visto que as consequências do sofrimento materno afetam diretamente o bebê, para isso a prevenção ao sofrimento e adoecimento materno tem maior função na altura do período gravídico, levando em conta as dimensões bio-psico-social das grávidas.

5. INTRODUÇÃO À ANÁLISE FUNCIONAL DO COMPORTAMENTO

O Comportamentalismo é uma abordagem da psicologia que surge de teorias e experimentos de estudiosos no início do século XX, dando início à linhagem o psicólogo estadunidense John Watson com o Behaviorismo Metodológico. A

posteriori a psicologia experimental ganha espaço e ergue-se o Behaviorismo Radical de Skinner. Skinner parte da constatação de que há ordem e regularidade no comportamento. O homem habita no ambiente e modifica-o sendo, também, modificado pelo mesmo. Deste modo, a psicologia comportamental em um conceito mais amplo, estuda as interações entre o organismo e o ambiente. (TODOROV; HANNA, 2010)

O comportamento operante está presente no cotidiano das pessoas, qualquer ação gera uma mudança no ambiente, logo, essa alteração terá reflexos na continuidade ou extinção do comportamento. O condicionamento operante é condicionado pela introdução de um reforço positivo após uma resposta esperada, isto é, um aumento na frequência da resposta onde foi, recentemente, associada a um reforçador em condições explícitas (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). A estrutura teórica desses comportamentos se dá pela sequência de letras que variam de autor para autor. A estrutura mais comum é:

S: R > S

(Estímulo discriminativo: o responder do organismo > consequência)

A Análise do Comportamento revela o caminho para a identificação e compreensão, dos agentes causadores e mantenedores dos comportamentos, no processo de interação do ambiente, inclusive dos comportamentos inadequados (SKINNER, 1953/2007).

Desta forma, temos a Análise Funcional do Comportamento que se trata da busca dos determinantes na ocorrência do comportamento. A literatura aponta níveis de causalidade de comportamentos, uma delas na análise funcional é a ontogênese sócio cultural, na qual o nosso comportamento se dá por determinantes grupais. (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Nosso contato com a cultura estabelecerá a função reforçadora ou aversiva da maioria dos eventos. Além disso, podemos aprender pela observação de modelos ou por instruções, o que compreende a aprendizagem social responsável pela emissão de grande parte dos comportamentos humanos. (OP. CIT, 2007)

Uma análise funcional está relacionada à busca da função do comportamento. Assim como a seleção natural Darwinista, os comportamentos são emitidos de forma seleta de acordo com a resposta obtida ao se comportar. Numa análise funcional,

encontrar os determinantes é poder prever a ocorrência do comportamento e controlá-lo. (MATOS, 1999)

Matos (1999) ressalta ainda que os comportamentos evoluem, ou seja, se modificam. Nos casos de comportamentos inadequados, a Análise do Comportamento não estigmatiza como patológico, contudo, analisa a função desse comportamento sobre a sobrevivência do indivíduo, sobre o que lhe é aversivo e sobre o que lhe é reforçador. De maneira sucinta uma análise funcional nada mais é do que uma 'explicação' de um evento pela descrição de suas relações com outros eventos.

As vantagens de uma análise funcional são que, além de identificar as variáveis importantes para a ocorrência de um fenômeno e, exatamente por isso, permitir intervenções futuras; ela possibilita o planejamento de condições para a generalização e a manutenção desse fenômeno (OP.CIT, 1999).

Segundo o que exposto pela autora supracitada, a Análise Funcional do Comportamento, além da identificação dos eventos correlacionados, essa ferramenta possibilita ao analista planejar futuras intervenções no que tange comportamentos inadequados e que causam sofrimento ao indivíduo (MATOS, 1999).

5. PERCURSO METODOLÓGICO

DESENHOS DO ESTUDO (TIPO DO ESTUDO)

Consiste em uma pesquisa básica de campo, exploratória, de natureza qualitativa, pois visou compreender fenômenos específicos, no intuito de interpretar fenômenos e suas variáveis, sendo, também, de caráter descritivo (NEVES, 1996).

A forma de avaliação dos dados coletados foi o delineamento de sujeito único, percebendo as particularidades dos indivíduos, sua maneira de interagir com o ambiente e a maneira em que é afetado pelo mesmo, sendo o(a) participante seu próprio controle (SAMPAIO *et. al* 2008).

O delineamento do Sujeito Único equivale, segundo Sampaio *et. al.* (2008), ao estabelecimento de relações causais entre eventos que envolvem o sujeito a fim de delinear os comportamentos vindos do objeto de estudo para esclarecê-los de maneira funcional.

LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada no Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), dentro do Núcleo de Atendimento Educacional Especializado aos Discentes. Um dos eixos de atendimento disponíveis no núcleo é a saúde mental dos discentes, estando dentro da proposta desta pesquisa. O período da coleta de dados iniciou-se no dia 03 de outubro após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do CEULP pelo CAEE nº 20331719.0.000.5516 e findou-se dia 16 de outubro,

OBJETO DE ESTUDO OU POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra desta pesquisa consistiu em quatro mães estudantes do CEULP, de cursos diversos, que estivessem vivenciando a primeira experiência da maternidade entre o primeiro e segundo ano de vida do seu filho. A seleção da amostragem foi por conveniência (GIL, 2002). O convite foi realizado pessoalmente nas dependências do CEULP/ULBRA num encontro oportuno.

Que tal incluir perfil de cada mãe? Idade dela e do filho e com quem mora, por ex.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critérios de Inclusão

As participantes desta pesquisa são mulheres e mães; Estudantes do

CEULP/ULBRA; Seus filhos têm idades entre três meses até dois anos; Estão em sua primeira experiência materna; Assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Critérios de Exclusão

Estar com a matrícula da graduação trancada; Ser mãe por adoção; A mãe apresentar deficiência intelectual; Ter idade inferior a 18 anos.

VARIÁVEIS

As variáveis dependentes dizem respeito aos comportamentos do indivíduo, que foram analisados e estudados no decorrer da pesquisa, comportamentos esses relacionados à maternidade e às reações que a mesma emergiu ou emergem.

As variáveis independentes foram os instrumentos de coleta de dados, tais como, questionários, escalas e entrevistas.

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, REGISTRO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS.

A coleta de dados realizou-se em três etapas: entrevista semi estruturada (APÊNDICE B) acerca das expectativas relacionadas à maternidade que essas mães construíram ao longo de sua história de vida; aplicação da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (ANEXO A), que teve por objetivo mensurar as possibilidades sintomáticas de uma mulher que sofre ou sofreu com a depressão pós-parto; e o questionário (ANEXO B) Self Report Questionnaire (SRQ) – Questionário de Auto Relato, o qual é composto por 20 questões elaboradas para detecção de excessos e déficits comportamentais. O mesmo foi desenvolvido por Harding et al. (1980) e validado no Brasil por Mari e Willians (1986), que teve o intuito de mensurar sofrimento psicológico.

Seguiu-se um roteiro de entrevista que favoreceu a coleta de informações sobre os comportamentos vinculados a maternidade, descrevendo duração, frequência e possíveis eventos que puderam afetar as respostas, interferindo nas habilidades ou inabilidades acerca da experiência materna que resultam ou não na frustração. Os dados da entrevista serviram para a análise funcional dos comportamentos, prevista na metodologia científica do presente trabalho.

As entrevistas tiveram duração de no máximo 60 minutos, em dois encontros

de 30 minutos cada, sendo realizada em dias que coincidiram com dias de aula das participantes, privando-a de um deslocamento exclusivo para a pesquisa. No primeiro encontro ocorreu a entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B) com observação dos comportamentos, as perguntas foram lidas e registradas pela pesquisadora. No segundo encontro foram aplicadas as duas escalas supracitadas (ANEXO A; ANEXO B).

Quanto à análise, a base foi na abordagem comportamentalista, mais especificamente, realizou-se uma análise funcional dos comportamentos observados na amostra sobre a experiência materna. A apresentação dos dados foi feita por meio de anexos de questionários respondidos, tabelas que comparam os resultados e um texto corrido pautado na análise funcional embasada teoricamente.

ASPECTOS ÉTICOS

Levou-se de forma relevante e indispensável cuidados éticos por se tratar de uma pesquisa de campo e que envolve seres humano. Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa e a coleta de dados só teve início após sua devida aprovação pelo CAEE nº 20331719.0.000.5516.

As participantes foram informadas de todos os procedimentos da pesquisa e foram convidadas a contribuir voluntariamente. Aceitando-se o pedido a pesquisadora fez leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) que conseguinte e de acordo foi assinado pela participante voluntária.

Teve-se o zelo de deixar claro e garantido às participantes, assim como preconizado na Resolução 466/12 do Ministério da Saúde, o direito de recusa e a de desistência da participação da pesquisa em qualquer fase da mesma, sem qualquer prejuízo e a garantia de sigilo das informações prestadas ao pesquisador. Esta pesquisa não trouxe custo financeiro a participante. Caso a participante se sentisse prejudicada comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial, em conformidade com a resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS nº 466/12 no item IV, subitem IV.3 alínea “h”, a mesma seria encaminhada pelo pesquisador responsável para um outro profissional Psicólogo e terá seu direito de indenização garantido. Não houve nenhum tipo de gratificação remunerada pela sua participação nesta pesquisa pois se tratou de uma ação voluntária.

Riscos

Ficou previsto a possibilidade das participantes experimentarem sentimentos de desconforto e emoções desagradáveis, visto que uma das pautas na coleta de dados é sobre depressão pós-parto, dentre outros assuntos que foram abordados para fim da coleta de dados. Diante destas possíveis situações, o pesquisador ficou responsável por encaminhar a participante ao atendimento clínico com um psicólogo, que a atenderia de forma gratuita.

Não houveram riscos à integridade física das participantes, uma vez que a coleta de dados ocorreu nas dependências do CEULP em períodos em que elas estiveram presentes por motivos de aula, excluindo a possibilidade de deslocamento exclusivo à pesquisa. Não houveram riscos à integridade moral das participantes, pois tratou-se de uma participação voluntária de entrevistas sigilosas, onde as mesmas puderam a qualquer etapa da pesquisa não querer continuar, sem prejuízos ou obrigatoriedades. A pesquisa não levou cunho religioso em sua elaboração, portanto, ficou a participante isenta de quaisquer riscos a sua integridade religiosa.

Benefícios

A presente pesquisa teve em sua conclusão uma discussão colaborativa acerca de um assunto muito presente e atual e ainda pouco discutido cientificamente. Portanto, para a participante, este procedimento trouxe em seu desfecho autoconhecimento e psicoeducação sobre os fenômenos a que foram acometidas pela maternidade. De modo geral, é benéfica a análise funcional dos comportamentos e o esclarecimento dos mesmos, no peso em que podem influenciar na experiência materna, seja ela de frustração ou satisfação.

Desfechos

Primários

A partir dos resultados obtidos com a pesquisa, esperou-se identificar estímulos que colaboram, positiva ou negativamente, na vivência da primeira experiência materna e a fonte dos mesmos.

Secundários

Esperou-se ainda possibilitar mais discussões científicas acerca do assunto, levando a informação a quem ainda não conhece e ampliando as possibilidades de

preparação ou até mesmo intervenção sobre a saúde mental na maternidade.

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Quadro 1. Dados das participantes da pesquisa

Nome Fictício	Estado Civil	Situação familiar	Idade
Ana	Casada	Mora com esposo e filho de 1 ano	24
Lia	União Estável	Mora na casa de parentes com esposo e filho de 1 ano	22
Clara	Casada	Mora com esposo e filha de 8 meses	26
Dani	Solteira	Mora com a mãe e o filho de 10 meses	23

Fonte: elaboração própria com base nos dados coletados.

Conforme acordado com as participantes e com o que rege a Resolução CNS nº 466/12, nos resultados aqui apresentados serão utilizados nomes fictícios ilustrando as quatro voluntárias que compuseram a amostra, são elas: Ana, Lia, Clara e Dani.

6.1. QUADROS DE ANÁLISE NA FASE DE OBSERVAÇÃO E ENTREVISTA.

Os quadros 1 e 2 exibidos abaixo apresentam uma análise dos dados coletados com cada participante.

Quadro 2. Análise Funcional dos dados coletados na fase de observação, considerando fatores Operantes.

	Contexto/Situação S –	Resposta R →	Consequência S
Ana	Diante da vivência da maternidade da cunhada que parecia feliz e leve.	Idealizar uma maternidade leve, com parto natural rápido sem sofrimento, amamentação sem dificuldades. E se deparar com a realidade de um parto prematuro, cesáreo, amamentação dolorida.	Cobrança familiar, incompatibilidade com os padrões sociais da maternidade e maternagem.
Lia	Diante do “ideal de mãe” que se trata de um construto social.	Cobrar-se para se encaixar dentro desse “ideal” e não conseguir	Incompatibilidade com os padrões sociais de maternagem, cobrança familiar.
Clara	Diante de ideais construídos ao longo de sua história a respeito do aleitamento materno.	Romantizar a amamentação e se deparar com a dor e outras dificuldades que o aleitamento pode proporcionar.	Tristeza materna (<i>baby blues</i>), crítica social.
Dani	Diante de argumentos que ressaltavam à mesma que amaria muito seu filho	Esperar sentir amor pelo filho no ato do nascimento e não realizar.	Incompatibilidade com os padrões sociais de maternagem.

Fonte: elaboração própria com base nos dados coletados.

Com relação ao quadro 2, são apresentadas análises funcionais das quatro participantes através de situações que abrangem o fator operante. Este é definido por Moreira e Medeiros (2007) como um comportamento que modifica o ambiente, gera consequências e é influenciado por elas, no seguinte formato: S: R >S (Estímulo discriminativo: o responder do organismo > consequência).

Para Ana, o estímulo antecedente é a perspectiva da maternidade que sua cunhada vivenciou, sendo essa experiência o ambiente para seu comportamento de idealizar uma maternidade leve, com parto natural rápido e sem sofrimento, amamentação sem dificuldades e se deparar com a realidade de um parto prematuro, cesáreo e experienciar uma amamentação dolorida. A consequência de tal comportamento se deu como cobrança familiar, incompatibilidade com os padrões sociais da maternidade e maternagem, como explica Tourinho (2016)

Para Lia, o estímulo antecedente de estar diante de um construto social de “ideal de mãe” trazidos em diferentes estudos (RAMOS, *et.al*, 2006; TOURINHO, 2016; RESENDE, 2017.), fez com que a participante se comportasse de forma a cobrar-se para se encaixar dentro desse “ideal” e não conseguir. A consequência obtida para esse comportamento foi a incompatibilidade com os padrões sociais de maternagem e cobrança familiar.

Para Clara, o estímulo antecedente de estar diante de ideais construídos ao longo de sua história a respeito do aleitamento materno, como traz Resende (2017), discriminou o comportamento de romantizar a amamentação e se deparar com a dor e outras dificuldades que o aleitamento pode proporcionar. A consequência para esse comportamento se deu pela crítica social e cobranças sobre sua maternidade, resultando no diagnóstico de baby blues, explicado por Ramos *et.al* (2006)

Para Dani, o estímulo antecedente de estar diante de argumentos que ressaltavam que ela amaria muito seu filho, seu comportamento foi o de esperar sentir amor pelo filho no ato do nascimento e não realizar. Como consequência à esse comportamento apresentou incompatibilidade com os padrões sociais de maternagem, como aduz Ramos *et.al*. (2006).

Salienta-se a partir do exposto que as consequências para os comportamentos de idealizar de alguma forma a maternidade ou a maternagem vêm de estímulos ambientais que a própria configuração social dispõe. O senso comum da maternidade é repleto de mitos (RAMOS, *et.al*. 2006), a ausência de diálogos

científicos e psicoeducativos com objetivo de informar, ressignificar conceitos, adquirir novos repertórios e incluir a família nesse processo, que citou-se acerca do pré-natal psicológico, faz com que esses comportamentos levem as mães ao sofrimento emocional pela inadequação social de não encaixar-se no “ideal de mãe”. O contrário disso é prevenção e promoção de saúde no contexto tão delicado e de demandas que ocorrem na gestação e no puerpério (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

No quadro 2 a seguir é possível visualizar os comportamentos além dos analisados acima, num formato de conversação com o referencial teórico, onde referencia as raízes socio-culturais ambientais de tais ações.

Quadro 3 Quadro de comportamentos verbais comparados ao referencial teórico

Comportamento Verbal	Referencial Teórico
LIA: “Me vejo no ideal de mãe, porém eu falho. Me sinto péssima, deixei de cumprir com minha obrigação.”	Não é socialmente aceitável que sentimentos como raiva, cansaço, desgosto e irritação sejam experimentados na “doçura” que é gerar, parir e, incondicionalmente, amar o filho. Ramos <i>et al.</i> (2006) trazem que esses sentimentos são tidos como “impuros” e quando “confessados” são acompanhados de vergonha e culpa.
LIA: “Existe uma cobrança em relação à mãe, uma imagem de mãe perfeita é o que esperam. Até a legislação é assim, dá licença maternidade de meses e para o pai a licença só dura alguns dias”	Isso ocorre por que, embora os pais tenham sido socialmente convocados à participação mais assídua na gestação, parto, pós-parto e cuidados com o recém nascido, ainda cai sobre a mãe, devido a cultura construída a que tanto falamos, a responsabilidade quase que exclusiva dos cuidados com o filho (TOURINHO, 2016).
CLARA: “Me falavam que quando nascesse eu sentiria o maior amor do mundo. Não senti o amor que disseram, ele foi construído.”	A maternagem é construída, o vínculo materno não nasce no ato de parir, não há um gene responsável pelo amor que a mãe sente pelo filho. Salienta-se a discrepante forma de ser mãe da Idade Média comparada à realidade atual. Aduz-se o amor materno como um mito, visto a culpabilidade que o assunto traz junto à maternidade (GRADVOHL <i>et.al.</i> , 2014).
CLARA: “Eu romantizei a amamentação, mas foi um processo difícil, seguido de <i>baby blues</i> , eu não dormia, só chorava. Eu me cobrava sobre o aleitamento, o ambiente me cobrava também.”	Criaram-se regras sobre o cuidado materno. Surgiram, de instituições públicas e privadas, meios de proteção à criança visto sua vulnerabilidade. Em vez de delegar às amas de leite a amamentação, as próprias mães foram convencidas por meio de publicações e instruções a alimentarem pessoalmente os recém-nascidos e quando essa demanda não é atendida como condizente às caricatas qualidades do “ideal materno”, essa mãe entra em sofrimento pelo profundo sentimento de culpa (RESENDE, 2017).

	O <i>baby blues</i> acomete mulheres no ápice do pós-parto: as primeiras duas semanas. A mãe é tomada por sentimentos de tristeza, hipersensibilidade aos estímulos ambientais, preocupação exagerada com o bebê ou estranheza em relação a ele (RAMOS, <i>et.al.</i> ,2006)
DANI: “Às vezes eu me achava diferente e estranha por não amar de cara. Eu descobri o amor pelo meu filho aos poucos.”	“Quando o suposto instinto não se revela no idealizado pós parto, elas são consideradas, por si mesmas e pelos outros, estranhas, e até subversivas, na medida em que alteram a dita ordem natural e esperada, transgredindo o rígido código moral da ‘boa mãe” (RAMOS <i>et al.</i> , 2006, p. 14).
ANA: “Minha cunhada teve uma gravidez e um parto muito tranquilos, quando eu via ela estava sempre sorridente, achei que comigo seria lindo daquele jeito, mas não foi.”	A frustração é um sentimento que pode vir por inúmeras vertentes: a idealização do que é ser mãe, e a idealização sobre o bebê, as cobranças sociais pautadas no “ideal” de mãe (TOURINHO, 2016).
ANA: “Uma mãe ideal é uma mãe calma (...) Eu me culpo quando perco a paciência. Sinto uma cobrança da minha família para eu ter mais paciência com o bebê.”	Cabe, observar que junto dos novos papéis culturalmente dados no século XVIII (MARTINS <i>et al.</i> , 2014), além de mudarem expressivamente o modo de ser, pensar, desejar e sentir a maternidade, nasceram sensações desconfortáveis quando o “ideal” não é realizado, quando a realidade não condiz com o que a sociedade espera dessa mãe e conseqüentemente com o que ela espera de sua própria performance o que denomina o sofrimento emocional ligado à maternidade.

Fonte: elaboração própria com base nos dados coletados.

No Quadro 2 são apresentados sete comportamentos verbais coletados na fase de observação e entrevista com a amostra. Apresenta-se pelo menos um comportamento verbal de cada participante. Fez-se na segunda coluna da tabela citações diretas e indiretas dos autores pesquisados no embasamento teórico do presente trabalho.

Pôde-se perceber a semelhança das falas das participantes com o que os autores trazem em relação aos costumes da maternidade estabelecidos após a crise econômica na Europa, onde enautece-se os cuidados da mãe com seus filhos a fim de diminuir os índices de mortalidade infantil. (REZENDE, 2017). Toda a literatura que embasa este trabalho, aduz os comportamentos acima transcritos, além de referenciar os contextos para tais aprendizagens. Ressalta-se que os sentimentos descritos pelas participantes como a culpa e a frustração podem surgir de fatores

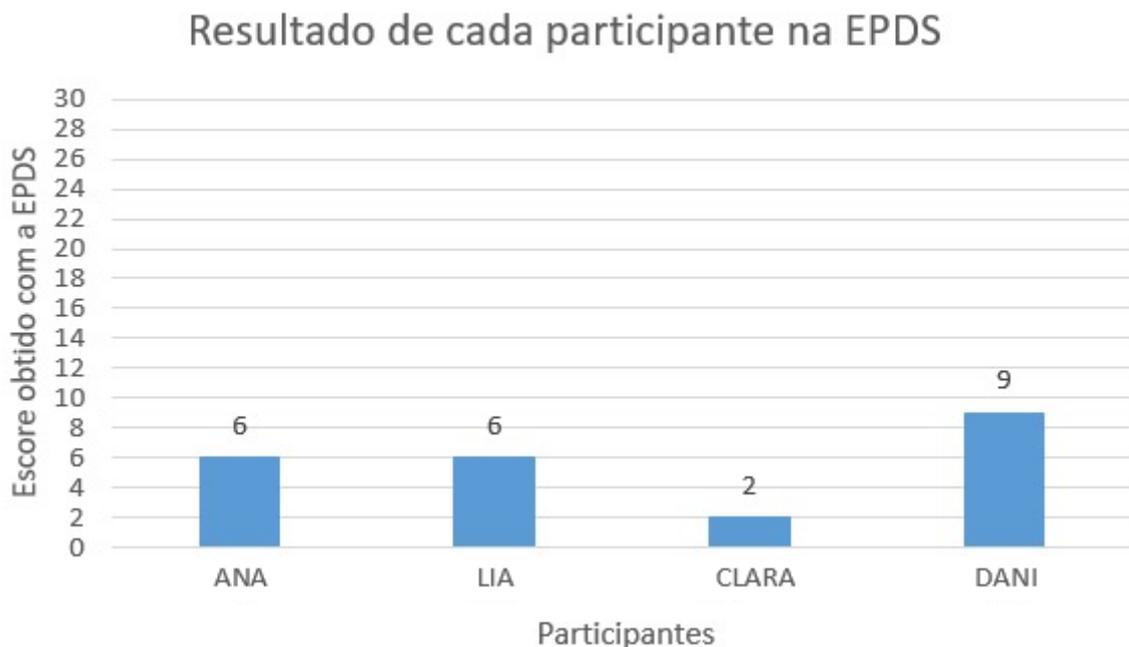
centenários que tinham o objetivo de levar as mães daquele contexto ao cuidado pessoal de seus filhos e que isso pode e tem levado mães ao sofrimento emocional (RAMOS *et. al.* 2006)

2 ANÁLISE DA FASE DE APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

6.2.1 Sobre a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

O Gráfico 1 abaixo apresenta os escores de cada participante obtidos na aplicação da EPDS

Gráfico1– Resultado de cada participante na EPDS



Fonte: elaboração própria com base nos dados coletados.

De acordo com Silva (2014), a finalidade da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) é identificar e avaliar a intensidade dos sintomas da DPP. A escala contém 10 questões que recebem pontuação de zero a três, podendo chegar ao total de 30 pontos na somatória. Quanto maior a pontuação maior a chance da sintomatologia depressiva, sendo esta detectada com o escore igual ou maior a 12 pontos. Nenhuma das quatro voluntárias apresentaram sintomatologia depressiva baseando-se nos escores EPDS no momento da pesquisa.

A tabela 1 abaixo apresenta os resultados dos escores das participantes na

aplicação da EPDS.

Tabela 1 – Análise dos resultados de cada participante na aplicação da EPDS

Intensidade dos sintomas da DPP de cada participante				
Questão	ANA	LIA	CLARA	DANI
Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas	0	1	0	0
Eu sinto prazer e penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia	1	0	0	1
Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas	1	1	0	2
Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão	2	0	0	3
Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo	2	0	0	2
Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas do meu dia-a-dia	0	1	2	1
Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldades para dormir	0	0	0	0
Eu tenho me sentido triste ou arrasada	0	1	0	0
Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado	0	1	0	0
A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça	0	1	0	0
Total:	6	6	2	9

Fonte: elaboração própria com base nos dados coletados.

Com base nos dados da tabela acima, pode-se perceber que as respostas comumente marcadas entre as participantes são “Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas” e “Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas do meu dia-a-dia”. Ramos *et. al.* (2006) trazem que a culpa não só acontece no puerpério, mas tende a perdurar toda a experiência da maternidade.

Já Correia e Borloti (2011) trazem que o controle aversivo do contexto sociocultural feminino faz com que recaia sobre as mulheres contingências que geram como produto sentimento de culpa e responsabilidade pelos problemas e pela educação dos filhos, por eventuais desacertos nos cuidados da casa e por infelicidades nos relacionamentos conjugais.

A aplicação da EPDS é utilizada na rede pública nos primeiros três meses do pós-parto, contudo, respaldando-se no que trouxe De Jesus (2017), a depressão pós-parto geralmente inicia-se entre a quarta e a oitava semana do puerpério, mas pode perdurar por mais de um ano. Sendo assim, todas as participantes, sendo

mães recentes, se incluíam no tempo de risco, mas não apresentam no momento depressão pós-parto.

6.2.2.- Sobre o Self-Reporting Questionnaire (SQR-20)

O SQR – 20 é um questionário que tem como objetivo a detecção de sintomas de sofrimento emocional (GUIRADO; PEREIRA, 2016). Ele possui 20 questões de respostas SIM/NÃO. Guirado e Pereira (2016) trazem que os tradutores do SQR – 20 no Brasil separaram as 20 questões em quatro fatores, sendo eles: Diminuição de Energia, Fatores Somáticos, Humor depressivo e Pensamento Depressivo.

A Tabela 2 abaixo apresenta os resultados das participantes na aplicação do SQR-20, separado por fatores.

Tabela 2 – Manifestações do Self- Reporting Questionnaire (SQR-20)

Perguntas	Manifestações (4 =100%)
Humor Depressivo – Ansioso	
Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	3
Assusta-se com facilidade?	4
Tem se sentido triste ultimamente?	0
Tem chorado mais do que de costume?	0
Sintomas Somáticos	
Tem dores de cabeça frequente?	1
Você dorme mal?	2
Tem sensações desagradáveis no estomago?	3
Tem má digestão?	1
Você tem falta de apetite?	1
Tem tremores nas mãos?	2
Diminuição de Energia Vital	
Sente-se cansado (a) o tempo todo?	3
Tem dificuldades para tomar decisões?	1
Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	2
Tem dificuldades no serviço? (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	2
Voce se cansa com facilidade?	2
Tem dificuldades de pensar com clareza?	2
Pensamentos Depressivos	
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1
Tem perdido o interesse pelas coisas?	2
Tem tido idéia de acabar com sua vida?	0
Você se sente uma pessoa inútil, sem prestimo?	1

Fonte: elaboração própria com base nos dados coletados.

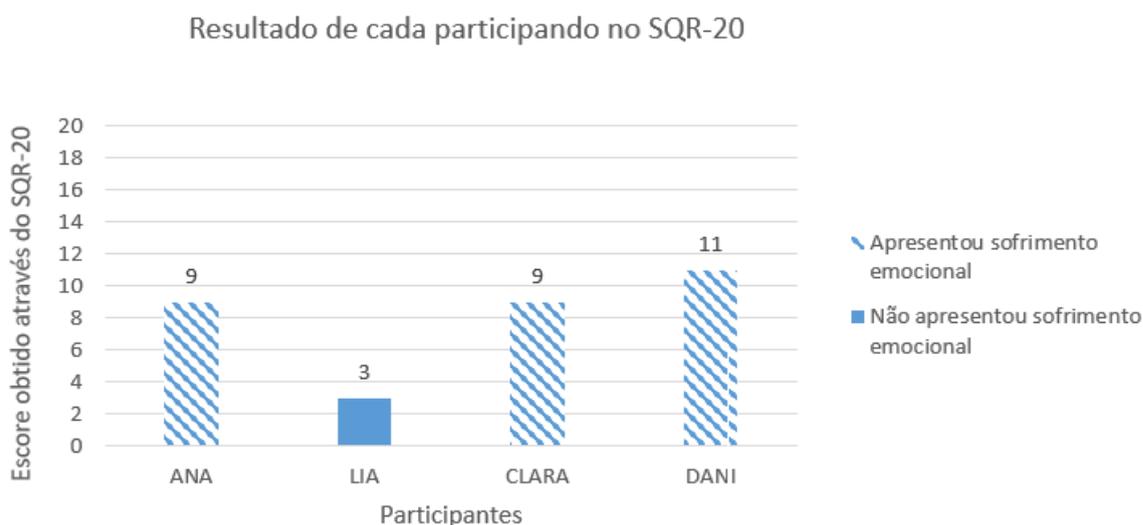
Percebe-se na observação da Tabela 2 acima, alguns sintomas mais recorrentes (manifestados entre 75% a 100% da amostra), que são: nervosismo, tensão, preocupação, sustos com facilidade que são fatores do Humor Depressivo-ansioso; desconforto estomacal, que está dentro dos Sintomas Somáticos; e cansaço que aponta um dos sintomas da Diminuição de Energia Vital

. Em 50% da amostra os sintomas mais recorrentes foram: desprazer em atividades diárias, dificuldades no trabalho, cansaço fácil e dificuldades em pensar com clareza, que são fatores de Diminuição da Energia Vital. Apresentaram também dificuldade para dormir e tremores nas mãos como características de Sintomas Somáticos e perda de interesse, tido como Pensamento Depressivo.

Pôde-se analisar pelas escolhas de respostas das participantes que houve maiores manifestações de Sintomas Somáticos e Diminuição de Energia Vital. Nenhuma das voluntárias (0%) manifestou no SQR-20 os sintomas de choro fácil, ideação suicida ou sentimento de tristeza.

O Gráfico 2 abaixo apresenta os escores de cada participante obtidos com a aplicação do SQR-20.

Gráfico 2 – Resultado de cada participante no SQR-20



Fonte: elaboração própria com base nos dados coletados

O escore que determina a presença de Sofrimento Emocional nos resultados do SQR-20 é a pontuação igual ou maior que 7. Sendo assim, 3 participantes da pesquisa (75%) apresentaram nos resultados um número de sintomas que caracteriza Sofrimento Emocional baseado no dito questionário.

Pode-se observar que em ambas as fases da pesquisa, Dani apresentou

escores mais altos que as demais participantes. Levando em consideração os dados da Tabela 1 e a literatura utilizada nessa pesquisa, é coerente dizer que o fato de Dani morar com a mãe, não tendo ajuda do pai de seu filho elevam as possibilidades de sofrimento emocional, sendo a falta de apoio familiar uma das principais causas de Depressão Pós-parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os resultados obtidos com a pesquisa foi possível observar que estímulos antecedentes podem e tem discriminado comportamentos de gerar expectativas sobre a maternidade numa análise dos comportamentos verbais nas respostas dos participantes. A literatura reforça que o “ideal de mãe” se trata de uma construção socio-cultural e que os comportamentos maternos de hoje, em sua maioria, são aprendidos advindos dessa perspectiva histórica e política nascida na Europa.

Muito embora o senso comum ensine que o amor materno é nato e incondicional, assim como a capacidade instintiva da mulher para com a maternidade e maternagem, essas premissas além de terem um contexto de crise nos séculos passados, atualmente perduram e trazem, de outra forma, a crise num contexto sentimental materno que se afundam em sentimentos de culpa por não se enquadrarem nas falácias da maternidade

Foi possível encontrar em todas as participantes o sentimento de culpa ou inadequação advindas do “ideal materno” socialmente estabelecido e que, se não esclarecido, leva ao sofrimento emocional. Para isso, referenciou-se no presente trabalho a importância do pré-natal psicológico como estratégia de prevenção ao sofrimento emocional das mães. Além de salientar os impactos econômicos positivos que a prevenção em saúde oferece.

Percebeu-se com os resultados dos questionários aplicados que no momento da participação da pesquisa, nenhuma participante apresentou sintomatologia depressiva de acordo com o escore da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, porém, 75% das participantes apresentaram sofrimento emocional, conforme apontou o SQR-20.

Neste contexto de sofrimento materno, salienta-se a importância de um acompanhamento psicoeducativo que se dá pelo pré-natal psicológico discutido na

presente pesquisa, uma vez que uma das estratégias de prevenção está na promoção de informação e tomada de consciência no que tange às transformações emocionais, hormonais, físicas e sociais de todo o processo gestacional e puerperal, de forma a estabelecer um ambiente que passe segurança para que essa mãe possa falar de seus anseios, sentimentos e adquirir repertório comportamental que favoreça as habilidades que a maternidade demanda.

Sugere-se, ainda, que mais pesquisas sejam realizadas sobre o tema, abordando as possibilidades de implantação do pré-natal psicológico na atenção básica do Sistema Único de Saúde bem como os resultados que podem surgir desse serviço, sabendo-se que ainda é um assunto pouco investigado.

REFERÊNCIAS

ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B.. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 251- 264, 2014.

AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R.. **O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto**. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 19, n. 2, p. 269-276, 2006.

BADINTER, E.. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 1985.

BITONDI, F. R.; SETEM, J.. **A Importância das Habilidades Terapêuticas e da Supervisão Clínica: uma Revisão de Conceitos**. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 11(1), 203-212. 2007

CAMACHO, R. S, *et al.* **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento**. *Archives of Clinical Psychiatry* 33.2 (2006): 92-102.

CORREIA, K. M. L., & BORLOTI, E.. **Mulher e depressão: uma análise comportamental-contextual**. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 19(3), 359-373. 2011

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, v. 3, p. 39-54, 2009.

DE JESUS, M. J.; WILLIAMS, P.. **Estudo de validade de um questionário de triagem psiquiátrica (SRQ-20) na atenção primária na cidade de São Paulo**. *O British Journal of Psychiatry* , v. 148, n. 1, p. 23-26, 1986.

FIGUEIRA, P. *et al.* **Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde**. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, p. 79-84, 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, Janete; TURATO, E. R.. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. *Cadernos de saúde pública*, v. 24, p. 17-27, 2008

GIL, A. C.. Como classificar as pesquisas. **Como elaborar projetos de pesquisa**, v. 4, p. 44-45, 2002.

GRADVOHL, S. M. O.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. **Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade**. *Pensando famílias*, v. 18, n. 1, p. 55-62, 2014.

GONÇALVES, D. M., STEIN, A. T., & KAPCZINSKI, F. . **Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured**

Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cadernos de Saúde Pública, 24, 380-390. 2002

GUIRADO G. M. D. P., & PEREIRA, N. M. P. **Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP.** Cadernos Saúde Coletiva. 2016

HALL, S.. **A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo.** Educação & realidade, v. 22, n. 2, 1997.

HARDING, T. W. et al. **Transtornos mentais na atenção primária à saúde: estudo de sua frequência e diagnóstico em quatro países em desenvolvimento.** Medicina psicológica , v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980.

IACONELLI, V. **Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna.** Revista pediatria moderna, v. 41, n. 4, p. 1-6, 2005.

KIM, H. R.. **Psicoterapia breve operacionalizada em puérperas com sintomas depressivos no pós-parto.** 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MARTINS, C. A. et al. **Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído.** Revista de Enfermagem Referência, n. 2, p. 121-131, 2014.

MATOS, Maria Amélia. **Análise funcional do comportamento.** Estudos de Psicologia, v. 16, n. 3, p. 8-18, 1999.

MORAES, I. G. S. et al. **Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados.** Revista de saúde pública, v. 40, p. 65-70, 2006.

MOREIRA, M. B.; DE MEDEIROS, C. A. **Princípios básicos de análise do comportamento.** Artmed, 2007

MOURA, S. M. S. R.; ARAÚJO, M. F.. **Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no Programa Mãe Canguru.** Psicologia em estudo, p. 37-46, 2005.

NEVES, J. L.. **Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades.** Caderno de pesquisas em administração, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-5, 1996.

GUILHARDI, H. J.; QUEIROZ, P. B. P. S. **A análise funcional no contexto terapêutico: O comportamento do terapeuta como foco da análise.** Sobre comportamento e cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental, 1997, 2: 43-93.

RAMOS, F. R. A. S. et al. **O sofrimento psíquico da mulher no pós-parto: uma expressão de resistência ao modelo tradicional de maternidade.** 2006.

- RESENDE, D. K. **Maternidade: uma construção histórica e social.** Pretextos- Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, v. 2, n. 4, p. 175-191, 2017.
- SAMPAIO, A. A. S. et al. **Uma introdução aos delineamentos experimentais de sujeito único.** Interação em Psicologia, v. 12, n. 1, 2008.
- SCAVONE, L.. **A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais.** Cadernos pagu, n. 16, p. 137-150, 2001
- SILVA, Y. L. R. **Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS): a percepção de puérperas da Atenção Básica.** 2014.
- SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. **O impacto da depressão pós parto para a interação mãe-bebê.** Estudos de psicologia (Natal). Vol. 8, n. 3 (set./dez. 2003), p. 403-411, 2003.
- SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano.** Tradução organizada por J. C. Todorov & R. Azzi. 11a Edição. São Paulo: Martins Fontes, 2003. (Originalmente publicado em 1953).
- TAVARES, M.; BOTELHO, M. **Prevenir a depressão pós-parto.** Pensar Enfermagem, v. 13, n. 2, p. 19-29, 2009.
- TODOROV, J. C.; HANNA, E. S. **Análise do comportamento no Brasil.** 2010.
- TODOROV, J. C.; MOREIRA, M. B. **Psicologia, comportamento, processos e interações.** *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2009, 22.3: 404-412.
- TOURINHO, J. **A mãe perfeita: idealização e realidade.** IGT na Rede, v. 3, n. 5, 2006
- VENÂNCIO, R. P. **Maternidade negada. História das mulheres no Brasil,** v. 3, p. 189-222, 2004.
- ZINGA, D; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. **Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented?.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 27, p. S56-S64, 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, da pesquisa sob o título “**A DOR DA MATERNIDADE: da romantização à experiência real**”. Eu, **Isabela Bernardes Bosque**, sou formanda de Psicologia e responsável pela pesquisa, orientada pelo professor Me. Iran Johnathan S. Oliveira.

Em caso de recusa, você não será penalizada de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato comigo por telefone (63) 984070511 e/ou com o orientador da pesquisa, no telefone (63) 99232-3131. Durante todo o período da pesquisa, você tem o direito de tirar qualquer dúvida como, também, de pedir qualquer esclarecimento sobre questões éticas aplicadas a pesquisa, no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEPCEULP, telefone (63) 3219-8076.

Fica claro que, todas as páginas deste termo deverão ser rubricadas pelo pesquisador responsável/pessoa por ele delegado e pelo participante/responsável legal conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde CNSnº 466 de 2012 item IV.5 alínea “d”.

Participante

Acadêmica pesquisadora
Isabela Bernardes Bosque

Pesquisador responsável
Iran Jhonathan S. Oliveira

Essa pesquisa visa colher relatos e dados qualitativos de mães em sua primeira experiência materna, a fim de identificar se há relação entre o sofrimento

que algumas mães experimentam nos primeiros meses pós-parto e as expectativas construídas sobre a maternidade ao longo da vida. Assim, você responderá a uma entrevista e dois questionários referentes aos sentimentos que a maternidade lhe trouxe e a relação deles com possíveis expectativas elaboradas antes do nascimento do seu filho(a). A entrevista será realizada no Núcleo Alteridade, sendo marcada em dias que coincidam com dias de aula da participante, privando-a de um deslocamento exclusivo para a pesquisa e acontecerá em dois encontros de 30 (trinta) minutos cada em uma sala individual onde será resguardando total sigilo ético

Participante

Acadêmica pesquisadora
Isabela Bernardes Bosque

Pesquisador responsável
Iran Jhonathan S. Oliveira

A coleta de dados será realizada em três etapas: entrevista semi estruturada acerca das expectativas relacionadas à maternidade que essas mães construíram ao longo de sua história de vida; aplicação da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, que tem por objetivo mensurar as possibilidades sintomáticas de uma mulher que sofre ou sofreu com a depressão pós-parto; e o Self Report Questionnaire (SRQ) – Questionário de Auto Relato, o qual é composto por 20 questões elaboradas para detecção de excessos e déficits comportamentais

Seguir-se-á um roteiro de entrevista que favoreça a coleta de informações sobre os comportamentos vinculados a maternidade, descrevendo duração, frequência e possíveis eventos que podem afetar as respostas, interferindo nas habilidades ou inabilidades acerca da experiência materna que resultam ou não na frustração. Os dados da entrevista servirão para a análise funcional dos comportamentos

É possível que você vivencie algum incômodo ou constrangimento em responder alguma questão durante a entrevista. Você pode, a qualquer momento, se recusar a participar da pesquisa e solicitar a retirada de suas informações do material produzido. É minha responsabilidade manter o sigilo absoluto de seus dados pessoais, garantir sua privacidade e anonimato, tal qual está descrito na resolução

do Conselho Nacional de Saúde CNS nº 466/12, portanto seu nome não será divulgado durante a apresentação dos dados, nem durante a coleta dos mesmos. Sua imagem será protegida, privada e sem divulgação.

Não haverá riscos à sua integridade física, uma vez que a coleta de dados ocorrerá nas dependências do CEULP em períodos em que você estiver presente por motivos de aula, excluindo a possibilidade de deslocamento exclusivo à pesquisa. Não haverá riscos à sua integridade moral, pois, como descrito acima, trata-se de uma participação voluntária de entrevistas sigilosas, onde poderá, a qualquer etapa da pesquisa, não querer continuar, sem penalidades ou obrigatoriedades. A pesquisa não leva cunho religioso em sua elaboração, portanto, ficará isenta de quaisquer riscos a sua integridade religiosa.

As suas informações pessoais serão mantidas em absoluto sigilo, e quando utilizados os dados para fins acadêmicos, estes serão divulgados de forma sigilosa, sem expor suas características individuais e sem estigmatização, inclusive no que se refere à sua autoestima.

Participante

Acadêmica pesquisadora
Isabela Bernardes Bosque

Pesquisador responsável
Iran Jhonathan S. Oliveira

Esta pesquisa não trará custo financeiro à você.. Caso a você se sinta prejudicada comprovadamente em decorrência da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial, em conformidade com a resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS nº 466/12 no item IV, subitem IV.3 alínea “h”, você será encaminhado pela pesquisadora responsável para um outro profissional Psicólogo e terá seu direito de indenização garantido. Não há nenhum tipo de gratificação remunerada pela sua participação nesta pesquisa pois se trata de uma ação voluntária. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizado. Os dados e os instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após este tempo serão destruídos.

CONTATOS:**Isabela Bernardes Bosque**

Endereço: 403 Sul, Alameda 4, Lote 75.

Palmas – Tocantins

E-mail: Isabelabosquee@gmail.com

Telefone: (63) 984070511

Iran Johnathan S. Oliveira

Endereço: 1501 Sul, Av. T. Segurado

Prédio 02, Coord. De Psicologia

Telefone: (63) 99955-4080

E-mail: Iran.oliveira@ceulp.edu.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de

Palmas – CEP CEULP - Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul,

Palmas – TO, CEP 77.019-900 - Telefone: (63) 3219-8076 E-mail:

etica@ceulp.edu.br

Participante

Acadêmica pesquisadora
Isabela Bernardes Bosque

Pesquisador responsável
Iran Jhonathan S. Oliveira

APÊNDICE B – Declaração de Pesquisador Responsável

**CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 3.607, de 17/10/05, D.O.U. nº 202, de 20/10/2005
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu, Iran Jhonathan Silva Oliveira, abaixo assinado, pesquisador responsável envolvido no projeto intitulado: A DOR DA MATERNIDADE: Da romantização à experiência real, **DECLARO** estar ciente de todos os detalhes inerentes a pesquisa e **COMPROMETO-ME** a acompanhar todo o processo, prezando pela ética tal qual expresso na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 466/12 e suas complementares, assim como atender os requisitos da Norma Operacional da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP nº 001/13, especialmente, no que se refere à integridade e proteção dos participantes da pesquisa. **COMPROMETO-ME** também à anexar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil, garantindo o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais. Por fim, **ASSEGURO** que os benefícios resultantes do projeto retornarão aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa.

Palmas, _____ de _____ de 2019.

Iran Jhonathan Silva Oliveira
Pesquisador responsável

APÊNDICE C – Declaração de Instituição Coparticipante

**CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 3.607, de 17/10/05, D.O.U. nº 202, de 20/10/2005

ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Eu, Ana beatriz Dupré Silva, abaixo assinado como responsável pelo Núcleo de Atendimento Educafional Especializado aos Discentes que servirá de espaço para coleta de dados do projeto intitulado: A DOR DA MATERNIDADE: Da romantização à experiência real, **DECLARO** ter lido e concordo com a proposta de pesquisa bem como conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Norma CONEP 001/13 a Resolução CNS 466/2012 e suas complementares Essa instituição está ciente de suas responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e do bem- estar dos participantes, dispondo de infraestrutura necessária, para a garantia de realização das ações previstas no referido projeto, visando a integridade e a proteção dos participantes da pesquisa.

Palmas, _____ de _____ de 2019.

Ana beatriz Dupré Silva
Coordenadora do Núcleo Alteridade

APÊNDICE D –Entrevista semi-estruturada

Meu nome é Isabela, estou no décimo período de psicologia e, como você leu no TCLE, estou realizando uma pesquisa sobre a maternidade. Hoje, no nosso primeiro encontro, conversaremos um pouco sobre sua preparação para a experiência materna. Farei algumas perguntas, certo? Se importa se eu fizer algumas anotações? Lembrando que o sigilo é garantido e os dados coletados não serão divulgados sem que você autorize. Se alguma pergunta te incomodar, fique a vontade para não responder. Vamos começar?

1. Antes da gravidez, o que você costumava ouvir da experiência materna?
2. Enquanto grávida, quais eram suas expectativas em relação a maternidade?
3. O que você entende sobre “amor materno”?
4. Suas expectativas sobre a maternidade baseavam-se em que?
5. A maternidade que você imaginou ao longo da sua experiência de vida e da gestação aconteceu como esperado?
6. O que seria uma mãe ideal na sua visão?
7. Como você se percebe em comparação ao papel ideal de mãe?
8. Para você, existe uma forma certa de ser mãe? Explique.
9. Você compartilha o cuidado do seu filho com outras pessoas?
10. O que as pessoas do seu convívio esperam de você enquanto mãe?

ANEXOS

ANEXO A – Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS- PARTO DE EDIMBURGO

Essa é sua primeira experiência materna e faz pouco tempo que experimentou tal novidade. Queremos saber como se sentiu ou tem se sentido após o parto.

Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas

- Como eu sempre fiz
- Não tanto quanto antes
- Sem dúvida, menos que antes
- De jeito nenhum

Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia- a- dia

- Como sempre senti
- Talvez, menos que antes
- Com certeza menos
- De jeito nenhum

Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muitas vezes
- Não, nenhuma vez

Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

- Não, de maneira alguma
- Pouquíssimas vezes
- Sim, algumas vezes
- Sim, muitas vezes

Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

- Sim, muitas vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muitas vezes
- Não, nenhuma vez

Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muitas vezes
- Não, nenhuma vez

Eu tenho me sentido triste ou arrasada

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, muitas vezes
- Não muitas vezes
- Não, de jeito nenhum

Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado

- Sim, quase todo o tempo
- Sim, muitas vezes
- De vez em quando
- Não, nenhuma vez

A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça

- Sim, muitas vezes, ultimamente
- Algumas vezes nos últimos dias
- Pouquíssimas vezes, ultimamente
- Nenhuma vez

Como fazer a pontuação Questões 1, 2, e 4

Se você marcou a primeira resposta, não conte pontos.

Se você marcou a segunda resposta, marque um ponto.

Se você marcou a terceira resposta, marque dois pontos.

Se você marcou a quarta resposta, marque três pontos.

Questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10

Se você marcou a primeira resposta, marque três pontos.

Se você marcou a segunda resposta, marque dois pontos.

Se você marcou a terceira resposta, marque um ponto.

Se você marcou a quarta resposta, não conte pontos.

ANEXO B – Questionario Self Report 20
QUESTIONÁRIO SELF REPORT 20

Essas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias.

SRQ 20 - Self Report Questionnaire

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

Perguntas	
1- Você tem dores de cabeça frequente?	SIM () NÃO ()
2- Tem falta de apetite?	SIM () NÃO ()
3- Dorme mal?	SIM () NÃO ()
4- Assusta-se com facilidade?	SIM () NÃO ()
5- Tem tremores nas mãos?	SIM () NÃO ()
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	SIM () NÃO ()
7- Tem má digestão?	SIM () NÃO ()
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM () NÃO ()
9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM () NÃO ()
10- Tem chorado mais do que costume	SIM () NÃO ()
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	SIM () NÃO ()
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM () NÃO ()
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	SIM () NÃO ()
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM () NÃO ()
15- Tem perdido o interesse pelas coisas	SIM () NÃO ()
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM () NÃO ()

17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	SIM () NÃO ()
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM () NÃO ()
19- Você se cansa com facilidade?	SIM () NÃO ()
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	SIM () NÃO ()

RESULTADO

Se o resultado for **> 7** (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental