

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

FERNANDA CRISTINA RUSSO

A INFLUÊNCIA DA VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO SOFRIDA POR
MULHERES DURANTE A GESTAÇÃO OU PUERPÉRIO NO
DESENVOLVIMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

SÃO PAULO

2024

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

FERNANDA CRISTINA RUSSO

**A INFLUÊNCIA DA VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO SOFRIDA POR
MULHERES DURANTE A GESTAÇÃO OU PUERPÉRIO NO
DESENVOLVIMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso
como exigência parcial para a
graduação no curso de Psicologia,
sob a orientação da Prof^a Dr^a
Flávia Arantes Hime.

SÃO PAULO

2024

AGRADECIMENTOS

À toda minha família, pelo amor, cuidado e apoio. Ao meu pai, por me dar os recursos e as oportunidades para estar onde estou e por ser um exemplo de vida. À minha mãe, por todo o afeto, colo e atenção e por ser o meu maior exemplo de mulher. Aos meus irmãos, por caminharem comigo ao longo da vida. Ao meu sobrinho, que veio para deixar tudo mais alegre. À minha avó, por todo o carinho em forma de bolo de cenoura nas tardes em que fiquei fazendo o trabalho. À Penelope, que acompanhou essas tardes deitada ao meu lado.

À Isabella, por ser minha maior parceira de vida, por estar comigo ao longo de toda a trajetória e pelo acolhimento e amor imenso de todos os dias. Aos amigos que fiz ao longo da faculdade e as memórias que irei levar para o resto da vida, que deixaram a graduação mais divertida e leve. Às minhas amigas de escola e de infância, que fazem parte de quem eu sou.

Agradeço também a todos os professores da graduação que contribuíram para a minha formação. Em especial, agradeço à minha orientadora Flávia pela atenção, ajuda e pela paciência ao longo do processo de elaboração do trabalho.

RUSSO, Fernanda Cristina. **A influência da violência por parceiro íntimo sofrida por mulheres durante a gestação ou puerpério no desenvolvimento da depressão pós-parto.** São Paulo, 2024. Orientadora: Prof^ª Dr^ª Flávia Arantes Hime.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo investigar a influência que a violência doméstica por parceiro íntimo sofrida por mulheres durante a gestação ou no período puerperal tem sobre o desenvolvimento e/ou agravamento dos casos de depressão pós-parto. O método consistiu em uma revisão bibliográfica de livros, artigos e pesquisas disponíveis em plataformas como Scielo, Google Acadêmico, Pubmed, PePSIC e o acervo da biblioteca da PUC e de outras universidades. A revisão de literatura buscou contemplar os principais subtemas, sendo esses gravidez, puerpério, depressão pós-parto e violência, especialmente violência doméstica ou violência por parceiro íntimo. Os assuntos pesquisados também se referem a assuntos de saúde como um todo, sendo assim, foram consultados autores e autoras não só da Psicologia, como também da Medicina e Enfermagem. Foram encontrados pesquisas e artigos que evidenciam a relação entre a violência por parceiro íntimo ser um dos fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto. Ainda, foram encontrados elementos na literatura que confirmam a relação entre a vivência de eventos estressantes na gravidez, como a violência, e o desenvolvimento da DPP.

Palavras-chave: Gravidez; Puerpério; Depressão pós-parto; Violência doméstica; Violência por parceiro íntimo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVO.....	10
2.1 Objetivo geral	10
2.2 Objetivos específicos	10
3 MÉTODO	11
4 CONCEITUAÇÃO TEÓRICA	13
4.1 Gravidez.....	13
4.2 Parto e puerpério.....	17
4.3 Depressão pós-parto (DPP)	20
4.4 Violência por parceiro íntimo (VPI).....	26
4.5 Cuidados e assistência à saúde	36
5 DISCUSSÃO	43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

A violência é um tema que despertou em mim grande interesse de estudo, principalmente após assistir à série *Maid*, da Netflix, que retrata a vivência de uma mulher que passa por um relacionamento extremamente violento, tanto psicológica quanto fisicamente. Além disso, a área da Psicopatologia me interessa e tenho curiosidade em aprender mais. Ao pensar na questão da violência, tive curiosidade de estudar os transtornos psicopatológicos que poderiam estar relacionados a ela, como a depressão pós-parto. Ademais, acredito que a gravidez e o puerpério são momentos de muitas mudanças e adaptações na vida de uma mulher, sejam essas psíquicas e/ou físicas, ou seja, é um período que exige atenção pela vulnerabilidade que pode acarretar. Ainda, penso que esse é um campo de estudo que cada vez mais necessita de estudos e pesquisas em várias áreas do conhecimento, como por exemplo as ciências sociais, a psicologia, a medicina e a enfermagem, tanto no sentido da intervenção, como também na prevenção primária e promoção de saúde, gerando melhor qualidade de vida.

Pensando nessa questão, é importante ressaltar que o cuidado e o oferecimento de uma rede de apoio externa são cruciais para um bom desenvolvimento da gravidez e bem-estar da mulher nesse momento importante. Entretanto, essa não é a realidade de muitas mulheres durante esse período, tendo em vista que existem muitas grávidas que sofrem violência perpetrada pelo parceiro íntimo em seu ambiente familiar. Tendo esse fato em vista, busca-se entender se mulheres que sofrem ou sofreram violência por parceiro íntimo, seja ela física ou verbal, no período da gravidez e/ ou do puerpério podem ter o desenvolvimento ou agravamento de quadros de depressão pós-parto.

Alguns trabalhos e pesquisas realizados reafirmam a vontade e a intenção de pesquisar mais sobre o assunto. O primeiro deles é o texto *A prevalência da depressão pós-parto e suas consequências em mulheres no Brasil* (Souza et al., 2021), em que os autores apresentam dados sobre a depressão pós-parto, tais como os fatores que estão associados ao desenvolvimento e predisposição dessa condição em puérperas. O artigo associa a depressão ao estresse, explicitando que quando um sujeito é exposto a ameaças e perigos, ele entra em estado de alerta, fato que altera as funções físicas e psíquicas, podendo gerar um estresse crônico e desencadear patologias como depressão e ansiedade. Os autores também explicitam o fato de que a gravidez e o pós-parto são momentos de muitas mudanças e de muita vulnerabilidade, podendo influenciar a relação da mulher grávida com os seus pares, como família, amigos e parceiros e até mesmo a relação dessa mulher consigo mesma.

Como afirmam Souza (*et al.*, 2021), pensando em tais mudanças, é compreensível que em muitos casos a mulher grávida desenvolva a depressão pós-parto, condição que é relatada por essas gestantes como um fator de extrema dificuldade, sendo a depressão limitante e adoecedora. Nesse contexto, até mesmo a relação entre mãe e bebê pode ser afetada pela dificuldade da mãe de corresponder às demandas impostas por um recém-nascido, além das pressões sociais para que seja uma “boa mãe”. Existem também riscos de prejuízos para esse bebê, que podem ser de ordem nutricional, cognitiva, física, social e emocional. São citados alguns fatores que foram analisados como possíveis desencadeadores da depressão, entre eles a gravidez na adolescência, a presença anterior de transtornos psiquiátricos, eventos de estresse ocorridos no último ano, desemprego, ausência de uma rede de apoio e conflitos entre o casal.

Apesar da depressão pós-parto não ser incomum, os autores citam que, em muitos casos, mesmo em grávidas que realizam o pré-natal de forma constante, a depressão é muitas vezes subdiagnosticada e não é tratada. Quando identificada precocemente e em um estágio depressivo inicial, o tratamento pode ser mais rápido e eficiente. Alguns sintomas são indicativos para reconhecer a mulher com um humor deprimido, tais como o sentimento de incapacidade, mudanças no apetite e peso, dificuldades para dormir, agitação ou lentificação psicomotora, cansaço, culpa etc. A associação entre cinco dos sintomas elencados pelos autores e que tenham a duração maior que um período de duas semanas pode indicar uma depressão pós-parto. A análise minuciosa do quadro de cada mulher e os fatores de risco e de proteção podem contribuir para um diagnóstico precoce e elaboração de um plano de tratamento com maior atenção da equipe de saúde, sejam estes médicos ou psicólogos.

Ao final do artigo é citado que a depressão pós-parto pode ocorrer em mulheres de diferentes raças e classes sociais, mas que existe uma maior vulnerabilidade quando se trata de mulheres de baixa renda e em vulnerabilidade social. Esse fato é importante para pensarmos quem são essas mulheres que sofrem desse transtorno, quais são suas realidades e a que meios e recursos elas têm acesso. Segundo o texto, pensar na importância do pré-natal psicológico é fundamental, pois a prevenção pode ser muito útil para auxiliar essas mulheres a se adaptarem e se entenderem nesse novo momento de vida, ressignificando a vivência dolorosa.

O artigo *A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto* (Mattar *et al.*, 2007) também traz informações importantes e interessantes para esta pesquisa. O objetivo do estudo foi de observar a frequência de risco para a depressão pós-parto (DPP) em puérperas em um hospital de São Paulo e descrever fatores associados, como a violência doméstica.

Em um primeiro momento é caracterizado o processo vivenciado no decurso da gravidez e as mudanças que esse período engloba. A seguir, é caracterizada a depressão pós-parto. O estudo revela também que as psicoses puerperais acontecem em um ou dois casos a cada mil nascimentos e há a recorrência de 30 a 50% em partos subsequentes. Além disso, é descrito que a DPP (Depressão pós-parto) tem prevalência de 10 a 15% em mulheres adultas e de até 26% entre adolescentes, sendo também relacionada a fatores hormonais e genéticos.

São detalhados também os fatores de risco, sendo eles gravidez na adolescência, relação ruim ou inexistência de um companheiro, níveis socioeconômicos baixos, antecedente de depressão, personalidade negativa, depressão ou ansiedade na gravidez, experiência de eventos estressores na gravidez e puerpério precoce. O texto sugere que, em muitos casos, os fatores relacionados ao desenvolvimento da DPP são perceptíveis durante a gravidez e o humor da puérpera imediatamente após o parto pode indicar já a ocorrência de depressão, sugerindo então que é possível identificar a DPP precocemente. Essa detecção precoce favorece intervenções também precoces.

Ainda no texto *A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto* (Mattar *et al.*, 2007), é feita uma relação entre depressão e violência doméstica. Os autores colocam que a violência pode repercutir em várias esferas da vida da mulher, como no social, na saúde física e psíquica, com o isolamento social, dificuldades no trabalho, dores abdominais, cefaleias, agravamento de doenças anteriores, desordem pós-traumática, uso de drogas etc. O texto aponta uma estimativa de que $\frac{1}{3}$ das mulheres que sofrem violência doméstica também são acometidas pela depressão, sendo essa uma das causas de $\frac{1}{4}$ das tentativas de suicídios entre as vítimas.

Em alguns casos é possível observar que há a perpetração da violência durante a gestação, apesar de que em outras circunstâncias a gravidez pode ser fator protetor contra a violência doméstica por parceiro íntimo, com diminuição ou cessação das agressões. Apesar disso, a gravidez pode representar também o início das agressões ou agravamento da frequência e intensidade em relação às violências ocorridas antes da gravidez. Em alguns casos, não há mudança no padrão abusivo. É exposto um dado que em 90% dos casos as violências já estavam presentes antes da gestação, sendo também esse fator preditor para a agressão acontecer também durante a gravidez.

Mattar (*et al.*, 2007) escrevem sobre ter sido observado que as mulheres vítimas de agressão doméstica, hoje mais especificamente entendida como violência por parceiro íntimo, apresentaram alteração do humor no puerpério, sugerindo que a ocorrência de violência doméstica na gestação ou antes dela tem relação com um maior risco de desenvolvimento de

depressão pós-parto. Pensando nas mudanças do humor, é importante que sejam avaliadas as condições que representam uma patologia. Para avaliar a relevância do diagnóstico precoce de depressão pós-parto, os autores realizaram uma pesquisa para delimitar a prevalência de mulheres em situação de risco, fatores associados e relação com violência doméstica em grávidas de um hospital municipal em São Paulo. A violência foi avaliada pelo instrumento Abuse Assessment Screen e o instrumento EPDS para rastrear a depressão pós-parto.

Foram entrevistadas 133 mulheres, sendo que 51 delas sofreram violência doméstica em algum momento após os 15 anos de idade. A maior parte da violência mencionada é a emocional, sendo que 94% das mulheres se referiram a ela, tendo o companheiro como perpetrador em 56% dos casos, 10% pelos seus próprios pais e 6% pela mãe. Além disso, 10 mulheres relataram abuso físico antes da gravidez, como tapas, palmadas, espancamento e esganadura, sendo a violência em sete desses casos perpetrada pelo companheiro. Mattar (*et al.*, 2007) colocam que cinco mulheres da amostra foram agredidas fisicamente na atual gestação, sendo que todas já sofreram violência anteriormente. Foram relatados repetidos estupros por parte de seus companheiros durante a gravidez de 3 mulheres.

Na análise também foi observado que 24 mulheres apresentaram probabilidade de desenvolver depressão pós-parto. Entre essas mulheres, foi relatado um episódio de violência doméstica após os 15 anos de idade em 58,3% dos casos e durante a gravidez em 8,3% dos casos, gerando uma baixa associação entre o abuso durante a gravidez e a depressão, apesar de que em mulheres com tendência à depressão pós-parto, 8,3% delas haviam sofrido o abuso, contra 2,8% de mulheres grávidas no grupo controle. A baixa incidência de sintomas depressivos em consultas pós-parto pode também ser resultado de uma dificuldade das mulheres em relatar os sentimentos e sintomas por vergonha. Apesar disso, existe uma forte relação entre um histórico de violência doméstica na vida da mulher e o risco de depressão pós-parto, como demonstrado num estudo norte americano relatado no estudo, que teve como resultado apresentado no texto de Mattar (*et al.*, 2007) o fato de que “mulheres com história recente ou passada de abuso físico ou sexual apresentaram maiores taxas de DPP na primeira semana, no segundo e no terceiro mês após o parto do que as não agredidas” (Mattar *et al.*, 2007, p.7).

Tendo em vista esses e outros artigos lidos e revisados, é possível entender que é crescente na realidade brasileira a necessidade de um olhar mais atento pelas equipes multidisciplinares de saúde perante a gravidez e o período pós-parto. No ano de 2022, segundo o IBGE, foram registrados no Brasil 2.574.556 nascidos vivos. Ao mesmo tempo, apenas no primeiro semestre de 2022 foram registradas no país 31.398 denúncias e 169.676 violações relacionadas à violência doméstica contra as mulheres. Analisando esse cenário, é muito

importante para a psicologia e para outros campos da saúde pesquisar a intersecção entre a violência por parceiro íntimo e a gravidez, relacionando também esses dois fatores às consequências que podem ser geradas pelas agressões, sejam elas físicas ou verbais e a relação com a depressão pós-parto.

Os resultados obtidos na pesquisa podem contribuir para o rastreamento precoce da possibilidade de desenvolvimento de depressão pós parto em mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo (VPI), por meio de acompanhamento psicológico preventivo e maior conhecimento da equipe multidisciplinar de saúde acerca dos fatores de risco e consequências da VPI no período da gravidez e puerpério, demonstrando avanços no estudo da saúde e técnicas beneficiadoras para essas mulheres. Ademais, o maior conhecimento do fenômeno estudado pode ser positivo para o desenvolvimento de políticas públicas que garantam a proteção e os subsídios necessários para mulheres grávidas e puérperas vítimas de abuso e para a consolidação de políticas que beneficiem o acesso à saúde e acompanhamento médico e psicológico preventivos e consistentes ao longo desses períodos.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

O principal objetivo do estudo consiste em entender as implicações e consequências da violência por parceiro íntimo sofrida por mulheres durante os períodos da gestação e/ou do puerpério nos processos de desenvolvimento ou agravamento dos quadros de depressão pós-parto.

2.2 Objetivos específicos

O estudo será voltado mais especificamente para os objetivos de:

- Definir e contextualizar o processo de gravidez;
- Compreender o processo de parto e puerpério;
- Definir e explorar o conceito de depressão pós-parto;
- Entender os fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da depressão pós-parto;
- Estabelecer a conceituação de violência por parceiro íntimo;
- Descrever as consequências da violência por parceiro íntimo para a mulher grávida ou puérpera;
- Entender e analisar as possibilidades de assistência à saúde para mulheres nos períodos da gravidez, parto, puerpério e em casos de depressão pós-parto;
- Refletir sobre as possibilidades de assistência às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo.

3 MÉTODO

O estudo caracterizou-se como uma pesquisa teórica de revisão da literatura. A pesquisa foi realizada por meio de uma revisão bibliográfica de livros, artigos e pesquisas disponíveis em plataformas como Scielo, Google Acadêmico, Pubmed, PePSIC e o acervo da biblioteca da PUC e de outras universidades. Foram analisadas principalmente pesquisas que estudam os fatores de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto, assim como os fatores de proteção.

A revisão de literatura buscou contemplar os principais subtemas, sendo esses gravidez, puerpério, depressão pós-parto e violência por parceiro íntimo. Por uma questão de ampliação de acesso às pesquisas, foram analisadas também aquelas que utilizam o termo “violência doméstica”, ainda que hoje em dia o termo utilizado para se referir a uma violência perpetrada por um companheiro seja “violência por parceiro íntimo”. Sendo assim, por se tratar também de assuntos de saúde como um todo, foram consultados autores e autoras não só da Psicologia, como também da Medicina e Enfermagem.

Diante da profundidade e grande extensão do campo de estudo, optou-se por fazer um recorte, priorizando a análise de contextos de violência por parceiro íntimo em que os parceiros são homens cisgêneros e os relacionamentos são heterossexuais. Além disso, o perfil das vítimas analisadas foi o de mulheres cisgêneras que estão em um relacionamento com esses homens. Ainda, nesse trabalho foi estudada a gravidez a termo, que foi desejada e que não foi fruto de violência sexual, ou seja, ocorreu por meio de uma relação consentida.

Foram analisados artigos, teses, dissertações e livros produzidos majoritariamente nos últimos 25 anos. Para a pesquisa teórica, as informações a serem analisadas foram localizadas por meio da busca pelas palavras chaves descritas no início dessa pesquisa: gravidez; puerpério; depressão pós-parto; violência doméstica e violência por parceiro íntimo. Foram lidos os resumos dos textos disponíveis na literatura e o que foi relevante e produtivo para a atual pesquisa foi considerado e as informações contidas nos textos foram utilizadas para a estruturação e elaboração do estudo. As pesquisas e informações encontradas foram sistematizadas e organizadas em grupos e pastas conforme cada palavra-chave das que aqui foram citadas, para melhor organização ao longo da pesquisa e para uma melhor esquematização dos achados.

Foram desenvolvidos cinco capítulos teóricos, sendo eles sobre gravidez, parto e puerpério, depressão pós-parto, violência por parceiro íntimo e cuidados e assistência à saúde.

Por fim, foi elaborada uma discussão para arrematar os tópicos discutidos e em seguida, fechando a pesquisa, as Considerações Finais.

4 CONCEITUAÇÃO TEÓRICA

4.1 Gravidez

A gravidez, ou *gravidus*, aquela que carrega, que leva um peso, é caracterizada pelo período de usualmente nove meses ou 40 semanas, em que ocorre a gestação e o desenvolvimento do feto no útero. A gravidez é dividida em três trimestres e cada um deles representa mudanças significativas tanto para o bebê, quanto para a pessoa gestante, sua família e outras pessoas de convivência. Maldonado escreve em *Psicologia da Gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor* (2017, p.32) que o nascimento de um filho é uma experiência pré-natal integral e é necessário entender o período não apenas como a vivência de uma mulher grávida, mas sim de uma família grávida. Neste estudo serão consideradas as famílias de relacionamentos heterossexuais, mas é necessário ressaltar a ampliação do conceito de família nos tempos atuais, tal como famílias compostas por casais homossexuais, trans, mães solas, pais solos etc. Maldonado (2017, p. 33) traz em seu livro o fato de que o sistema familiar é composto por subsistemas em interação contínua: sendo assim, os eventos ocorridos com as partes atingem o sistema como um todo, assim como na gravidez.

O processo da gestação ocorre no útero por meio da fertilização de um óvulo por um espermatozoide. O óvulo fertilizado atravessa as trompas uterinas e se aloca na parede do útero, a fim de formar o embrião e a placenta. A partir desse momento há o desenvolvimento do feto. No primeiro trimestre, há a formação dos olhos, nariz, boca, orelhas, cérebro e outros órgãos. Já no segundo trimestre, há o crescimento acelerado do feto, o desenvolvimento de sua audição, da visão e também a possibilidade que a gestante consiga sentir os movimentos do bebê. No último trimestre, acontecem os últimos desenvolvimentos, como o de cílios, papilas gustativas, o aumento de peso do feto e a formação completa dos órgãos, como o pulmão.

Além das mudanças que ocorrem com o feto que está sendo gerado, é importante ressaltar as diversas alterações que ocorrem no corpo da pessoa que está gestante. Há significativas alterações no sistema cardiovascular, como o aumento do coração e da frequência cardíaca. Acontecem também alterações no sistema respiratório, com maior dificuldade de respiração e modificações na voz, alterações hematológicas, gastrointestinais, renais, hepáticas e no sistema nervoso central.

Ao se considerar as evidentes mudanças fisiológicas ocorridas na pessoa grávida, considerada neste estudo de maneira mais focal como mulheres grávidas, torna-se necessário e essencial para os campos da saúde, especialmente da saúde mental, compreender e estudar também os aspectos psicológicos relacionados ao período da gravidez e do puerpério. É

importante ressaltar que nesse trabalho está sendo estudada a gravidez a termo, que foi desejada e que não foi fruto de violência sexual, ou seja, ocorreu por meio de uma relação consentida.

A fim de ampliar o conceito de gravidez, é preciso que a mulher grávida seja olhada para além de sua saúde física, de aspectos orgânicos e médicos. Esta deve ser vista então como um ser com um sistema biopsicossocial, em que são consideradas também suas particularidades como sujeito, sua história de vida, seus sentimentos e angústias. As mudanças ocorrem em âmbito emocional, físico e social, pois a gravidez exige também reajustamentos. Maldonado coloca em seu livro *Psicologia da Gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor* (2017, p.30) que a gravidez envolve a necessidade de uma reestruturação em diversos campos, tais como os de identidade, papéis sociais, redes de relacionamento, entre outros.

Assim, torna-se importante considerar também a saúde mental dessa mulher, avaliando o estado emocional, psicológico e o bem-estar dela. Atualmente tem sido mais evidente o quanto a saúde psíquica da mulher ao longo da gravidez pode influenciar no processo da gravidez. Muitos profissionais de saúde como médicos, enfermeiras e psicólogos estão mais conscientes do aspecto simbólico da gravidez e das alterações nela presentes, como a possibilidade de surgimento de transtornos psicológicos em detrimento da saúde mental. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde mental como: “[...] estado de bem-estar em que o indivíduo é consciente de suas próprias capacidades, pode lidar com o estresse normal da vida, trabalhar de maneira produtiva, e contribuir para sua comunidade” (GOV.BR).

Tratando-se de um período de muitas mudanças e adaptações, é importante avaliar o contexto e estado emocional dessas mulheres, a fim de entender as influências na saúde mental. É comum que algumas ansiedades próprias do estar grávida surjam, como as inseguranças frente à notícia da gestação, a incerteza da capacidade de gestar, a angústia sobre o bem-estar do feto e o apoio que essa grávida tem para viver o processo gestacional.

A literatura sobre gravidez é dividida de maneira didática, ainda que não definitiva ou determinada, pois entende-se que cada processo gestacional é único, tal como as angústias e sentimentos iniciais em cada trimestre da gestação, assim como descrito por Maldonado (2017, p.34). Nos primeiros três meses, a gravidez se apresenta então como um estado ambivalente, em que a vontade de estar grávida e não estar grávida se alternam, embasado por medos e angústias acerca da gestação, as primeiras mudanças físicas, o medo do abortamento espontâneo, mudanças emocionais.

O artigo *Mulheres no Segundo e Terceiro Trimestres de Gravidez: suas alterações psicológicas* (Melo *et al.*, 2000) traz a ideia de que o segundo trimestre, apesar de ser considerado o mais estável emocionalmente, redonda frequentemente em sentimentos como

introversão e passividade, alteração do desejo, alteração da libido, mudanças no próprio entendimento corporal, também por questões metabólicas.

Além disso, durante esse período ocorre a percepção dos movimentos corporais do bebê, trazendo a gravidez para um âmbito de maior concretude, entendendo aquela criança como um ser no mundo e um indivíduo também dependente dessa mulher. Outro fator muito presente nesses meses é o medo de algumas mulheres dos seus corpos não voltar a ser como antes, com medo da flacidez e de estrias. Esse medo pode também representar um medo simbólico de perda da identidade, de falta de autorreconhecimento, de uma mudança definitiva e profunda pela maternidade. O terceiro semestre pode trazer maiores ansiedades pois se aproxima do momento de nascimento, trazendo angústias frente ao parto, medos da dor e da morte e incertezas sobre o período e a rotina após a gravidez.

Tendo em vista todas as mudanças que ocorrem em cada trimestre e avaliando o estado da gestante, é importante também considerar o contexto em que ela está inserida, como se possui uma rede de apoio, se tem um companheiro ou companheira presente, se tem outros filhos, se já teve perdas gestacionais, se desejou mesmo engravidar, se planejou a gravidez. Segundo Maldonado (2017, p.30), pensando em um contexto em que um casal irá ter um filho, a gravidez pode surgir como algo positivo, de aprofundamento da relação de casal, mas também pode romper estruturas frágeis e trazer conflitos para a vida a dois.

O artigo *Os Aspectos Psicológicos da Mulher: da Gravidez ao Puerpério* (Castro et al., 2019) traz também a importância de se considerar o imaginário social relativo à maternidade, assim como as transformações culturais e de responsabilidades para a mulher, considerando como contexto a sociedade ocidental patriarcal. Existe também o mito do amor materno (Badinter, 1985), esse que se define por um amor da mãe ao bebê que seria inato, irrefutável e inesgotável e que é experimentado a partir do momento em que é descoberta a gravidez. É comum que muitas mulheres não tenham esse sentimento logo de início, o que, considerando os valores sociais, pode levá-las a crer que possuem algum desvio ou patologia.

Como diz Badinter (1985), historicamente constata-se que o amor materno não é algo inerente e instintivo e sim algo que é construído na relação com o bebê. Maldonado escreve também em seu livro *Psicologia da Gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor* (2017, p.22), sobre o fato de que no século XVI, na Europa, as crianças nasciam e eram entregues a amas de leite. Famílias com melhores condições financeiras contratavam as amas para morarem nas casas da família. Em famílias de classes mais baixas, as crianças eram criadas pelas amas nas casas delas e retornavam ao lar dos pais após alguns anos, sendo que grande parte delas falecia, fato que ocorria por conta de interesses sociais da época. Segundo o livro,

em 1780, o policial Lenoir informou que em Paris, de vinte e uma mil crianças nascidas a cada ano, apenas mil eram amamentadas pela própria mãe.

Ainda segundo o livro de Maldonado (2017, p.23) no século XVII surge a discussão sobre a importância materna na transmissão da educação e da religião, colocando sobre as mulheres a responsabilidade do cuidado. A ideia de exaltação do amor materno é difundida por Rousseau, com o livro *Émile* (1762) e é posteriormente reforçado pelo discurso médico presente na época do Iluminismo, que convocava mulheres a amamentar e cuidar das crianças.

No século XIX, o lugar social da mãe como cuidadora é ainda mais difundido por conta da situação econômica e política da época que atraía os homens para o mercado de trabalho. O mito do amor materno foi então instituído e colocado sobre as mulheres de forma a servir também ao sistema, pois socialmente tinham seus papéis construídos para cuidarem dos filhos, do marido e do lar. Maldonado (2017, p.26) expõe em seu livro a necessidade atual do século XXI de revisitar o conceito de mãe como cuidadora, considerando também aspectos como as diferentes constituições de família e o lugar da mulher no mercado de trabalho.

A expectativa de um amor materno infinito e outros aspectos envolvidos no materno, como a grande intensidade de sentimentos novos, desconhecidos e ambíguos, pode trazer à tona conteúdos da psique dessa mãe que não foram elaborados pela consciência. Esses conteúdos na maioria das vezes tratam de questões anteriores à gravidez, como a maneira como essa própria mãe experienciou sua infância, como foi educada pelos seus cuidadores e que ficam mais potentes com as dúvidas e incertezas que estão envolvidas nesse processo de gestar e cuidar, assim como exposto por Maldonado (2017, p.36). Os autores do artigo *Os Aspectos Psicológicos da Mulher: da Gravidez ao Puerpério* (Castro et al., 2019) ressaltam que, segundo Raphael-Leff (2015), “a mulher, ao descobrir-se grávida, é levada às profundezas de seu psiquismo e suas fantasias, sonhos e vida emocional (...)”.

Sendo assim, a mulher grávida entra ao longo desse período em contato com fortes sentimentos de ansiedade, incerteza, felicidade, tristeza, medo etc.

Esses sentimentos são naturais e esperados. Entretanto, se aliados a situações de estresse podem afetar a forma como a autoimagem da mulher é construída e o seu vínculo com o feto.

É importante, assim como trazido por Maldonado (2017, p.36), que sejam considerados os matizes e as complexidades de cada ciclo gravídico-puerperal com base também no contexto pessoal da grávida, como sua história psicosssexual e ginecológica, assim como de suas irmãs e mãe. Além disso, é necessário considerar o contexto da gravidez, se foi concebida dentro ou fora de um vínculo estável, a idade da mulher grávida, evolução da gravidez, contexto socioeconômico e o contexto assistencial.

4.2 Parto e puerpério

O livro *Psicologia e psicopatologia perinatal: sobre o (re)nascimento psíquico* (2021) de Maria Helena Cruz de Moraes e o livro *Psicologia da Gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor* (2017) de Maria Tereza Maldonado foram utilizados como principais bases para a construção desse capítulo.

Ao pensarmos na gravidez, é indispensável refletir também sobre o parto. Para Maldonado (2017, p.93), o parto representa muitas vezes para a mulher uma vivência de muita ansiedade, por representar um fato imprevisível e incontrolável e ser passível de diversas intercorrências.

A autora Maria Helena Cruz de Moraes escreve em seu livro (2021, p.89) que o parto representa algo subjetivo para cada mulher e por isso essa representação deve ser compreendida antes, ao longo do pré-natal psicológico e durante o parto. A escritora ressalta a importância da mulher grávida viver o parto e o nascimento do bebê de forma ativa e consciente.

O momento do parto pode trazer à tona fatores pessoais da mãe e vivências não elaboradas. Langer (1986) aborda o fato de que durante o parto as mulheres vivem ansiedades que condensam situações e fantasias infantis e atuais, conscientes e inconscientes - como a vivência inconsciente do próprio parto, relação com a sua própria mãe, sentimentos de raiva, medo, culpa, abandono etc. O momento de contrações também pode ser bastante significativo para as mulheres, uma vez que evocam sentimentos de pânico e fúria durante as contrações e relaxamento entre elas. Rosfelter (1922, p.66) escreve que durante as contrações:

[...] é quando aparecem as lembranças de situações extremas nas quais se sentiram também ‘abandonadas’ ou ‘desamparadas’, sem representação conhecida através da qual possa assegurar se [...] o parto em si é uma situação extrema que pode apresentar momentos catastróficos (Rosfelter, 1922, p.66),

É possível perceber que esse momento representa um tempo sensível para a mãe e para o bebê. O parto é configurado também como um processo biológico no qual há a separação de dois organismos que viveram juntos, um dentro do outro, numa relação de total dependência e de íntimo contato permanente, como descreve Soifer (1984, p.51). De acordo com Donelli, Caron e Lopes (2012, p.395), o momento do parto se constitui como um dos “momentos de maior desamparo, vivido não só pelo bebê humano, em dependência total, mas também pela mãe que se encontra, ela própria regredida, dependente do bebê”.

O parto configura um momento de muitas alegrias, mas também de muita ansiedade para a mulher grávida. Em seguida a esse processo ocorre o puerpério, ou seja, o período pós-

parto, que inicia logo após o nascimento do bebê e não tem um tempo determinado para a psicologia, mas pode durar até dois ou três anos. Moraes escreve no livro *Psicologia e psicopatologia perinatal: Sobre o (Re)Nascimento Psíquico* (2021, p.101) que as mulheres puérperas muitas vezes têm sentimentos ambivalentes, com potência e coragem por terem dado vida a uma criança, mas também assustadas com todos os conteúdos novos com os quais precisam lidar. A autora caracteriza esse período como um tempo de encontro consigo mesmas e o seu bebê que está ali materializado. O sentimento de ambiguidade é vivido muitas vezes de forma confusa pela mãe, conforme a fala a seguir

[...] tenho vivido duas metades, uma excelente de realização com meu filho e outra de me sentir um lixo, não fazer o que quero... Está muito duro, por mais que me achem esquisita, estou feliz, meu bebê é lindo, perfeito, estamos com saúde, ninguém consegue entender porque eu estou assim... Me chamam de insatisfeita [...] (Merighi, Gonçalves & Rodrigues, 2006, p. 778).

O nascimento de um bebê pode trazer conflitos, pois há a inserção de um novo membro no contexto familiar, o que muda a rotina, as regras e as maneiras de convivência. A triangulação da relação entre a mulher e o cônjuge, considerando contextos de mães que são casadas e têm a presença paterna, também é um desafio importante para esse período: o casal parental, principalmente ao nascimento do primeiro filho, precisa construir-se como cuidador e ao mesmo tempo continuar investindo na relação conjugal. É importante ressaltar que, assim como em todo o processo da gravidez e puerpério, a vivência de cada mulher é única e subjetiva e há a necessidade de considerar a interseccionalidade, realizando um recorte racial, socioeconômico, de gênero, sexualidade, entre outros. Sendo assim, as dificuldades de cada período são particulares de cada mulher e de cada vivência, ou seja, também é necessário considerar fatores da história de vida de cada mulher.

Considerando um parto realizado em um hospital, este pode representar um ambiente promotor de ansiedades e inseguranças, mas também de certo conforto. Na volta dessas mães para suas casas, há uma mudança profunda do ritmo e rotina familiar. Maldonado afirma em seu livro *Psicologia da Gravidez* (2017, p.123) que o puerpério, assim como a gravidez, é um período vulnerável a crises, devido às profundas mudanças desencadeadas pelo parto e nascimento do bebê. Kitzinger (1977) define o puerpério como o quarto trimestre da gravidez, sendo um período de transição de cerca de três meses após o parto

O período do puerpério, segundo um artigo médico publicado no site do Hospital Israelita Albert Einstein (2020) é conceituado como:

Puerpério é o período após o parto até que o organismo da mulher volte às condições normais (pré-gestação). Assim, ele se inicia com a saída da placenta e termina com a primeira ovulação, que será seguida de menstruação. Sua duração costuma ser variável, especialmente por conta da amamentação, uma vez que esta bloqueia a

ovulação. Assim, mulheres que amamentam têm puerpério mais duradouro. Alguns consideram o período de 45 a 60 dias pós-parto, pois acredita-se que nesta fase todos os órgãos (exceto as mamas) já retornaram às condições prévias, independentemente da amamentação (Vida Saudável Einstein, 2020)

Por critérios clínicos, Maldonado escreve em seu livro *Para vocês, famílias grávidas e com crianças pequenas* (2022, p. 96) que o puerpério corresponde ao período pós-parto até que a mulher comece a ovular novamente, podendo, portanto, tornar a engravidar. Se avaliarmos o período do puerpério levando em consideração fatores psicológicos, Maldonado (2017, p.32-33) escreve que esse corresponde a uma época de transformações, com mudanças fisiológicas, familiares e de rotina. O momento corresponde também a um tempo de adaptações, de entendimento da mulher como mãe e de conhecimento do novo bebê.

Tendo como base o capítulo sobre *Psicodinâmica e transtornos mentais do puerpério - o bebê nos braços*, contido no livro *Psicologia e psicopatologia perinatal: sobre o (re)nascimento Psíquico Moraes* (2021, p.101), estabeleceu-se o conceito de puerpério imediato, processo que ocorre na mãe nos dois meses seguintes ao nascimento. Algumas características desse período são a de ajustes biológicos, como os de diferentes hormônios, recuperação do parto, dores e desconfortos físicos por procedimentos como a sutura realizada em partos cesarianos ou a episiotomia, que se configura por um corte realizado na mulher durante o parto na região do períneo, localizada entre o ânus e a vagina. Há também a adaptação ao período de amamentação.

Outro aspecto importante do puerpério é a separação física da mãe e do bebê, transição que é muitas vezes difícil para algumas mulheres. Há a desilusão entre o bebê imaginário e o bebê da vida real, que traz uma realidade diferente da que foi idealizada, como o aumento do cansaço da mãe, choros, amamentação, cólicas e todos outros fatores que envolvem o início da vida de uma criança. Maldonado, citando Kitzinger (2005), diz que, muitas vezes, quando a mãe sente o bebê como uma parte sua durante a gravidez, o parto surge como quase uma amputação de um membro, conteúdo também presente em sonhos de mulheres puérperas.

Maldonado (2017, p.124) diz também que os primeiros dias após o parto são de grande intensidade emocional pela recuperação da fadiga do parto, desconfortos físicos, muitas vezes a felicidade com o novo filho. Há um período de labilidade emocional e alteração de humor, tanto por fatores orgânicos quanto psicológicos. Há de ser considerado nesse período também a presença de rede de apoio materna, assim como trazido por Maldonado em seu livro *Para vocês, famílias grávidas e com crianças pequenas* (2022, p.59): o apoio é essencial ao longo da gestação e ainda mais no puerpério, de modo a fornecer para a grávida compreensão e presença,

assim como ajudas práticas do dia a dia, como organizar a casa, lavar a roupa e cuidar da comida, para que não haja sobrecarga da mãe.

A rede de apoio surge então como um auxílio para necessidades que antes não existiam. Maldonado (2022) diz que o apoio surge muitas vezes como apenas a necessidade de ser ouvida e compreendida, de algum companheiro ou companheira, amigo, familiar, que possa ser uma base para conversa e ajuda. A rede de apoio contribui para a prevenção da depressão materna, estimulando a autoconfiança da mãe.

4.3 Depressão pós-parto (DPP)

Para a construção desse capítulo foram utilizados como principais bases os livros *Psicologia e psicopatologia perinatal: sobre o (re)nascimento psíquico*, de Maria Helena Cruz de Moraes (2021), *Psicologia da Gravidez: Gestando pessoas para uma sociedade melhor*, de Maria Tereza Maldonado (2017) e *Para vocês, famílias grávidas e com crianças pequenas* de Maria Tereza Maldonado (2022). Também foram utilizados artigos.

Em um primeiro momento, é importante fazer a diferenciação entre dois conceitos que são muitas vezes confundidos, pela linha tênue que existe entre o que se configura apenas como uma mudança e adaptação naturais ao período pós-parto e o que já está contido no campo patológico. Esse momento é um tempo de muitas mudanças hormonais, novas responsabilidades, vulnerabilidade, labilidade emocional, crises de choro, dificuldade de dormir etc. Maldonado traz em *Para vocês, famílias grávidas e com crianças pequenas* o relato de uma puérpera atendida por ela: “Do nada, começo a chorar. Uma mistura de tristeza, angústia e mais alguma coisa que não consigo definir. Acho isso estranho, porque sonhei com esse filho por muito tempo, e agora que ele está aqui, eu não me sinto feliz como acho que deveria” (Maldonado, 2022, p. 90).

Esse sentimento é comum e ocorre frequentemente. Entretanto, existem diferenças práticas que configuram diferentes quadros. O primeiro quadro se refere ao conceito de *baby blues*, ou melancolia da maternidade. Maldonado (2017, p.125), escreve sobre a definição de Bydlowski (et al., 2013) do *blues* pós-parto:

Bydlowski et al. (2013) reconhecem que o chamado blues pós-parto atinge uma grande proporção de mulheres no puerpério imediato. Sendo transitório e reversível, com intensidade moderada de choro e tristeza súbita, é considerado por esses autores como um meio de elaborar a transição do parto e do nascimento para o puerpério, e até mesmo proporcionar uma abertura de comunicação entre mãe e bebê. (Maldonado, 2017, p.125)

O *baby blues*, na maioria das vezes, surge entre os três dias subsequentes ao parto e pode durar até duas semanas, sem que haja a necessidade de tratamento. Moraes (2021, p.106) diz que as causas para o *baby blues* são complexas e nem sempre determinadas, envolvendo aspectos como o fim do estresse da gravidez e do parto, novas condições hormonais e até uma reorganização psíquica materna para a apreensão e compreensão das necessidades do bebê e transformações na identidade materna.

O artigo *Abordagem Psicológica em Obstetrícia: Aspectos Emocionais da Gravidez, Parto e Puerpério* (Sarmiento; Setúbal, 2003) traz alguns outros fatores que podem influenciar no aparecimento do *baby blues*, como as perdas e adaptações vivenciadas pela puérpera após o nascimento do bebê, a perda do corpo grávido, o não retorno do corpo original, a perda de identidade e adiamento de vontades da mãe em função das necessidades do bebê.

É comum que muitas mães se angustiem imaginando estar sofrendo de um quadro de depressão pós-parto, dado que o *baby blues* ocorre em cerca de 70 a 90% das puérperas, segundo o artigo anteriormente citado. Entretanto, apesar de às vezes ser de difícil identificação, existe uma grande diferença entre o *baby blues* e a depressão pós-parto.

Maldonado afirma em seu livro *Para vocês, famílias grávidas e com crianças pequenas* (2022, p.89) que a depressão pode ter diversas causas e surgir diante dos conflitos vivenciados, trazendo um sentimento de fracasso, inadequação, dificuldade em relacionamentos, falta de energia e dificuldade em reconhecer aspectos positivos e sensação de incapacidade. Ainda, Maldonado (2017, p.125) escreve especificamente sobre a depressão que ocorre no período de nascimento do bebê, a depressão pós-parto, que é um transtorno mais duradouro e intenso, que pode se manifestar ainda nos primeiros dias pós-parto ou mesmo até após o primeiro ano de vida. Maldonado (2017, p.125) diz que a DPP foi descrita por Fisher (2006) como “Uma presença constante de, no mínimo, duas semanas de sintomas cognitivos e afetivos, tais como humor depressivo, sentimento de culpa, autodesvalorização, dificuldade de concentração, irritabilidade ou isolamento social” (Maldonado, 2017, p.125)

A depressão pós-parto pode ocorrer em qualquer uma das gestações da mulher e não necessariamente apenas na primeira. Estima-se que a DPP ocorre em cerca de 20% das mulheres nos países em desenvolvimento e varia entre 5 e 30% em países desenvolvidos, segundo dados descritos no livro *Para vocês, famílias grávidas e com crianças pequenas* (Maldonado, 2022, p. 90). É considerada a possibilidade desses números serem subnotificados, justamente pela dificuldade diagnóstica e a constante confusão entre sintomas de DPP e sintomas naturais de um momento de puerpério. Além disso, Maldonado (2022, p.91) traz nesse mesmo texto o dado de que um histórico prévio de depressão aumenta em 50% o risco de

desenvolver depressão pós-parto. Episódios anteriores de DPP aumentam em 70% o risco de reincidência em uma nova gravidez. A DPP pode durar meses sem melhora espontânea.

Esse tipo de depressão se diferencia de outros tipos pois envolve um período pós-parto, que é naturalmente cansativo e é esperado que as mulheres tenham seu humor alterado. Os sintomas de cansaço, alteração de apetite, crises de choro e falta de autocuidado podem se referir a sintomas naturais de um período após o nascimento ou de um quadro de DPP, assim como escreve Maldonado (2022, p.91). A autora ressalta a importância de olhar para os sintomas somáticos no puerpério e avaliar se possuem ligação com apenas com o contexto pós-parto ou se pode haver também um componente emocional, dificuldades de vínculo com o bebê, falta de sentido na vida, insatisfação, infelicidade, sensação de solidão, auto-exigência demasiadamente crítica, sintomas que duram um período mais longínquo. A DPP também tem como sintoma a dificuldade de sentir prazer, relaxamento e satisfação, o que pode também afetar a autoimagem acerca de si e de seu modelo de maternidade.

Moraes complementa em *Psicologia e psicopatologia perinatal: sobre o (re)nascimento psíquico* (2021, p.107), que, segundo Soifer (1984), Maldonado (2005) e Ruschi (*et al.*, 2007), outros sintomas da DPP podem ser:

desânimo profundo, cessação de interesse para o mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda atividade, baixa autoestima, humor deprimido, irritabilidade, choro frequente, falta de energia, agitação ou retardo psicomotor, capacidade diminuída para pensar e concentrar-se, inapetência ou seu oposto, insônia ou sonolência, sentimentos de desamparo e desesperança, sensação de não dar conta do bebê, sentimentos de inutilidade e culpa, pensamentos recorrentes de morte, bem como diversas manifestações psicossomáticas, dentre elas, cefaleia, hemorragias, infecções, fissuras mamárias, dificuldades na lactação (Moraes, 2021, p.107).

O puerpério, segundo Moraes (2021, p.106), corresponde a um período crítico, de alto risco emocional. Esse risco pode estar associado a diversos fatores psicossociais. Inicialmente, ao considerar um quadro de DPP, é necessário considerar quadros clínicos pré-existentes. No capítulo 5, *As gestações de risco*, Moraes (2021, p.55) escreve sobre as gestações de risco, que segundo o Manual Técnico do Ministério da Saúde (2010) são situações limítrofes que podem implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto, durante a evolução da gestação ou trabalho de parto. Dentre essas gestações estão aquelas que se desenvolvem em mulheres com transtornos emocionais anteriores, que necessitam de acompanhamento psicológico prévio por conta da possibilidade de desenvolvimento dos quadros ao longo do puerpério.

Moraes (2021, p.69) escreve que históricos de eventos traumáticos de vida, como violências como o abuso sexual, podem influenciar no desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Mulheres com um histórico de depressão na família desenvolvem a doença diante das dificuldades que surgem com a maternidade. A depressão na

gravidez é uma condição de predisposição para a DPP. Moraes afirma também a necessidade de olhar para essas mulheres com base também em seu contexto, suas relações e dinâmica familiar e conjugal.

É ressaltada por Moraes (2021, p.106) a importância de identificar e distinguir o que são estados de depressão e ansiedade anteriores ao período de puerpério e o que são fatores que estão relacionados a esse momento.

Moraes (2021, p.108), cita em seu livro fatores sociais predisponentes a quadros de depressão pós-parto: os primeiros fatores citados por ela são os relativos à família, como a presença de transtorno psiquiátrico na família, história familiar de depressão pós-parto, condições socioeconômicas e ambientais desfavoráveis, conflitos familiares e reduzido suporte social.

Existem também fatores relacionados à própria mulher, como história de transtorno de humor ou ansiedade prévios, ou durante a gravidez, história de transtorno disfórico pré-menstrual, abuso sexual na infância, gravidez precoce, não planejada ou não aceita, vivência negativa de gravidezes anteriores, maneira como foi assistida no parto, mães solteiras, muitos filhos, abortamentos repetidos, baixo nível de escolaridade, abuso de substâncias, eventos estressantes nos últimos 12 meses, desemprego ou volta precoce ao trabalho.

Além desses fatores, Moraes (2021, p.108) traz também aspectos relativos à vida conjugal que podem influenciar na DPP, tais como atitude negativa do pai da criança em relação à gravidez, ausência de um companheiro, conflitos conjugais, violência doméstica, desemprego do companheiro. No capítulo I: *Introdução à Psicologia e Psicopatologia Perinatal - Pressupostos teóricos* (2021, p.27) a autora diz que vivências estressantes e traumáticas no período da gravidez podem favorecer o desenvolvimento de patologias, como ansiedade, depressão e até psicoses, não só nos pais como também nos bebês. A autora cita que isso pode ocorrer também caso os envolvidos não encontrem espaço para transformar em palavras e elaborar os sentimentos intensos trazidos por essas situações.

Maldonado traz em seu livro *Psicologia da Gravidez: Gestando pessoas para uma sociedade melhor* (2017, p.126) que o desenvolvimento saudável da gestação é um componente de aspectos como genética, experiências e relacionamentos. No capítulo I, *O impacto de gestar*, Maldonado (2017, p.34) diz que a existência de estados emocionais peculiares na gravidez é reconhecida pela maioria dos autores, mas a origem ainda é algo amplamente discutido. A autora cita que é comum que suponhamos que essas mudanças emocionais se justificam apenas pelas transformações que ocorrem na gravidez, mas que é muito possível que outros fatores influenciam no quadro de estado emocional durante a gravidez.

Maldonado (2017, p.84), traz conteúdos sobre a repercussão da ansiedade na gravidez e no bebê. A autora cita Siegel (2010), que descreve que pessoas com alto nível de ansiedade se encontram em um “estado de alarme”, ou seja, um estado de perturbação emocional crônica, o que acarreta mudanças também endócrinas e metabólicas. O sistema límbico se torna hiper-reativo, ou seja, a possibilidade de o pior cenário acontecer é algo que ronda a vida dessas pessoas a todo tempo, o que as torna hiper vigilantes. As defesas corporais então se tornam contínuas e o organismo reduz a eficiência para enfrentar a estimulação nociva, ou seja, o sistema de alarme dispara por qualquer motivo. O corpo não consegue manter então um estado contínuo de prontidão.

Em *Para vocês, famílias grávidas e com crianças pequenas* (2022, p. 47-48), Maldonado traz o tópico de situações estressantes, ou seja, aquelas situações que durante algum período superam a nossa possibilidade de lidar com elas. O organismo então se prepara fisiologicamente para lutar ou fugir, libera hormônios que aceleram os batimentos cardíacos e bombeiam sangue para os músculos para lidar com as ameaças e, além disso, libera cortisol para lidar com a questão problema. Em situações de estresse com um tempo prolongado, ou seja, estresse crônico, como viver a perda de uma pessoa significativa, dificuldades financeiras, viver em um contexto em que há muita violência, estar em relacionamentos abusivos, a produção de cortisol se eleva a longo prazo e prejudica o funcionamento do corpo e da mente, além de prejudicar o desenvolvimento do cérebro do feto.

O artigo *Os Aspectos Psicológicos da Mulher: da Gravidez ao Puerpério*, de autoria de Castro (et al., 2019), traz que os fatores etiológicos da depressão puerperal são de natureza psicológica e social. Alguns fatores de risco associados ao quadro são os de problemas com os pais, problemas nas relações interpessoais (principalmente na relação conjugal), dificuldades de tipo social, antecedentes depressivos e sentimentos de ambivalência com relação à gravidez (Jadresic, 1990 *apud* Felice, 2008). Além disso, Husain et al. (2006 *apud* Felice, 2008) entendem que altos escores de DPP se relacionam com fatores como os de precário suporte social, eventos de vida estressantes no ano anterior à gravidez e altos níveis de sofrimento psíquico no período pré-natal.

O artigo *Depressão Pós-Parto: Uma revisão sobre fatores de risco e de proteção* (Arrais e Araujo, 2017) traz outros fatores de risco para o desencadeamento da DPP, tais como ser uma gestante solteira, conflitos conjugais, falta de apoio do pai do bebê, histórico familiar de depressão, depressão e ansiedade gestacional, gravidez não desejada, suporte social fraco, eventos estressantes e adversos a gravidez, idealização da maternidade, histórico de violência intrafamiliar, presença de dificuldades financeiras no pós-parto, de estresse no cuidado com o

bebê e complicações obstétricas maternas durante a gestação ou no puerpério (Arrais *et al.*, 2014; Arrais, Lordello, & Cavados, 2015; Brito Alves, Ludermir, & Araújo 2015; Faisal-Cury & Menezes, 2012; Figueira *et al.*, 2011; Greinert & Milani, 2015; Pereira & Lovisi, 2008; Puccia & Mamede, 2012; Sousa *et al.*, 2011; Zambaldi et al., 2010).

Os aspectos que podem ser considerados como fatores de proteção são, segundo o texto *Depressão Pós-Parto: Uma revisão sobre fatores de risco e de proteção (2017)* o apoio de outra mulher, detecção precoce da depressão, suporte social, boa relação conjugal e suporte emocional do companheiro, estabilidade socioeconômica, sistema de apoio familiar, intervenção multidisciplinar, logo que os sintomas sejam detectados e o pré-natal psicológico (Arrais et al., 2014; Arrais et al., 2015; Bortoletti, 2007; Santos, 2014; Sousa, Prado, & Piccinini, 2011).

Moraes traz em *Psicologia e psicopatologia perinatal: sobre o (re)nascimento psíquico* (2021, p.108) a importância de se considerar que a gravidez e puerpério são processos muito subjetivos e únicos de cada mulher. Sendo assim, não é possível definir um quadro único e geral de depressão pós-parto, como muitas vezes acontece nas descrições da psiquiatria.

Em síntese, a DPP se configura como uma manifestação sintomática do conflito da mulher diante da maternidade, influenciada por fatores intrapsíquicos e aspectos externos, tais como os descritos como fatores de risco.

4.4 Violência por parceiro íntimo (VPI)

A construção desse capítulo foi realizada majoritariamente com base na tese de doutorado *Teatro Terapia em mulheres que sofreram violência pelo parceiro íntimo: uma visão da psicologia analítica*, de Viviane Ramos Rojas (2023).

A autora inicia o trabalho explicando o motivo pelo qual houve a mudança do uso da expressão “violência doméstica”, quando há a intenção de se referir a uma violência perpetrada por um parceiro íntimo, para o que chamamos de “violência por parceiro íntimo”. Isso se dá pelo fato de que o termo violência doméstica pode se referir a uma violência perpetrada por um parceiro íntimo, como por um cônjuge, namorado ou parceiro que mora junto mesmo sem registro legal, mas também pode aludir a uma violência praticada por um familiar, como pais e irmãos.

A violência contra a mulher é definida pela Lei n. 11.340 Maria da Penha (2006), artigo 5, como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”.

A Lei Maria da Penha (2006) configura no Brasil um importante marco na prevenção da agressão doméstica e familiar, assim como na responsabilização dos agressores. A autora cita em sua tese o dado de que, segundo informações do governo, até junho de 2022, cerca de 31 mil mulheres procuraram assistência no Sistema único de Saúde (SUS) por queixas relacionadas a agressões sofridas por meio de violência doméstica (Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2022). Ainda, considerando o contexto e as situações de abuso em que a violência doméstica ocorre, existe uma provável subnotificação dos números de agressões. Rojas (2023) cita que alguns autores apontam também as limitações de aplicação da Lei Maria da Penha, dado a violência institucional sofrida pelas mulheres em seus atendimentos nos órgãos de segurança pública, a baixa efetividade das medidas protetivas disponíveis e a responsabilidade do Estado e de seus agentes em garantir a segurança das vítimas.

A autora cita a definição de Krishnan (*et al.*, 2020) sobre violência doméstica, que acontece no lar e envolve parceiros e/ou familiares e se torna, potencialmente, recorrente e duradoura. Os autores ressaltam um aspecto da violência doméstica, que é a violência pelo parceiro íntimo (VPI). Esta se configura por condutas do parceiro íntimo que causam danos físico, sexual e/ou psicológico, excluindo então relacionamentos de outras ordens, como os familiares. A pesquisa de Rojas (2023) é centrada então em violências ocorridas em um uma dinâmica de relacionamento íntimo entre homem e mulher, não considerando relações homoafetivas.

O conceito de violência pelo parceiro íntimo (VPI) diz respeito a comportamentos de quatro ordens, sendo esses: violência física; violência sexual; abuso emocional, psicológico ou moral; e abuso patrimonial. Rojas (2023) diz que a exposição das vítimas à VPI tem repercutido em resultados negativos para a saúde mental dessas pessoas e em maior nível de sofrimento emocional, especialmente no período logo após a ocorrência da violência (Estefan *et al.*, 2016). Rojas (2023) aponta que, segundo a literatura, a VPI representa níveis mais graves e elevados de sofrimento emocional do que outras situações de abuso praticadas por pessoas não íntimas da vítima.

A autora diz que a violência física diz respeito a comportamentos como empurrar, bater, chutar, cortar e agredir fisicamente de qualquer maneira. Rojas mostra que Campbell (2002) ressaltou, em seu estudo *Health Consequences of Intimate Partner Violence*, que mulheres abusadas por parceiros íntimos eram mais suscetíveis a sofrerem problemas ginecológicos, tais como doenças sexualmente transmissíveis, infecções urinárias e vaginais, relações sexuais dolorosas, além de outros sintomas físicos como dores nas costas, de cabeça e abdominal,

desmaios, convulsões, problemas de saúde relacionados ao estresse crônico, incluindo hipertensão, perda de apetite, e maior vulnerabilidade a infecções virais e bacteriana.

A violência sexual se refere a comportamentos como praticar relações sexuais forçadas, e outras formas de coerção sexual, como chantagens e ameaças. A violência psicológica se configura como abuso emocional ou moral, com comportamentos como insultos, depreciação, humilhação, intimidação, destruição de propriedade, ameaça de danos e ameaças contra crianças ou animais de estimação. Rojas (2023) escreve que Lachkar (1998) define o abuso emocional como um processo no qual o agressor tenta, consciente ou inconscientemente, minar vontades, necessidades, desejos ou percepções de outra pessoa.

Já a violência patrimonial se refere a atitudes como controle de comportamentos por meio de isolamento de familiares e amigos, perseguição, monitoramento de celulares, restrição de acesso a recursos financeiros (abuso patrimonial), restrição a emprego, à educação, a transporte ou a cuidados médicos, segundo o que é citado na tese por Rojas (2023).

Rojas (2023) aponta na tese alguns fatores de risco para a violência por parceiro íntimo. O primeiro deles é a desigualdade de gênero e elementos sociais e culturais, ou seja, a presença da vítima e do agressor em sociedades que têm normas de gênero rígidas e desiguais, assim como aquelas que as normas permitem a existência da violência como forma de controle ou de resolução dos problemas. Um segundo fator de risco é o baixo nível educacional e financeiro, trazendo maior risco pela falta de recursos econômicos e apoio social. Outro fator é a vulnerabilidade social e programática, ou seja, a falta de recursos sociais necessários para a proteção da integridade, bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo. Além disso, consumo compulsivo e problemático de substâncias como álcool e drogas também pode aumentar o risco de agressão em um relacionamento, sendo um fator de risco para a VPI (Roudsari et al. 2009); – vulnerabilidade individual: histórico de abuso e comprometimento de saúde mental (J. C. Campbell, 2002; Heise, 1998; Jewkes, 2002; World Health Organization, 2012).

Ainda, a autora traz em sua tese dados que embasam a frequência e a grande dimensão que a violência por parceiro íntimo tem nas vítimas. A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2021) afirma que uma em cada três mulheres, em torno de 736 milhões ao redor do mundo são submetidas, ao longo da vida, à violência pelo parceiro íntimo ou à violência sexual de um não parceiro. Essa violência começa numa idade em que a mulher ainda é jovem. Uma em cada quatro mulheres (de 15 a 24 anos) que já se relacionam já terá sido vítima de violência por parceiro íntimo antes dos trinta anos de idade. A VPI é a forma mais

usual de violência contra a mulher, vitimando cerca de 641 milhões de mulheres ao redor do mundo (WHO, 2021).

O Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2023a) indicou que o feminicídio cresceu 6,1% em 2022, tendo resultado em 1.437 mortes de mulheres. As agressões configuradas como VPI tiveram um aumento de 2,9%, sendo 245.713 casos de agressões. É importante também considerar o aumento de casos de violência doméstica na pandemia de Covid-19, devido ao isolamento social e contato diário com os agressores.

O Governo Federal Brasileiro informou que a violência doméstica corresponde a 8% das mortes de mulheres entre 15 a 44 anos no Brasil, sendo que em mais de 50% dos casos o autor do crime é um parceiro ou ex-parceiro da vítima (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023b). Ao redor do mundo, cerca de 27% das mulheres maiores de 15 anos de idade já sofreram violência por parceiro íntimo (Oram et al., 2022). É essencial entender também que os números reportados são em muitos dos casos subnotificados. Isso se dá por conta da situação de vulnerabilidade em que essas mulheres se encontram, muitas vezes em situações de isolamento.

A autora aponta que os números de casos de feminicídios aumentaram muito desde 2022, sendo que ocorreram 699 casos no primeiro semestre de 2022, maior número já registrado em um semestre, segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2023b). Isso evidencia a necessidade de conscientização da VPI, já que o feminicídio é resultado da junção de diferentes tipos e formas de violências, muitas vezes em relacionamentos duradouros e em que a violência ocorre a longo prazo.

Rojas (2023) ressalta que a VPI acontece em relacionamentos nos quais ocorre uma dinâmica de abuso e aponta que alguns autores como Ayouch e Salomão (2013), descrevem que em relacionamentos em que há a violência, existe um ciclo de agressão que percorre fases de tensão, uma fase de explosão e uma fase de lua de mel, o que acontece realmente de maneira cíclica, resultando muitas vezes em ferimentos graves ou feminicídio.

Ao pensar em uma dinâmica de agressão, a autora diz que estudos como a revisão da literatura realizada por Dutton (*et al.*, 2006) indicam que a taxa de depressão em vítimas de VPI é o dobro da população em geral, assim como Oram (*et al.*, 2022) sugerem que a VPI é um dos tipos de violência que mais contribui para o aparecimento de doenças mentais. Estas podem ser consideradas como depressão, ansiedade, ideação, tentativa de suicídio, Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) e funcionamento social limitado devido a situações de abuso emocional.

Rojas (2023) escreve em sua tese sobre o artigo *Intimate Partner Violence and Women's Physical, Mental and Social Functioning*, de Bonomi (*et al.*, 2006), que relatam que, a partir da aplicação de algumas escalas de rastreamento, foi possível identificar que de 3.429 mulheres de idades de 18 a 64 anos que foram entrevistadas nos EUA, 1.838 nunca haviam sofrido VPI e 1.591 já haviam. Aquelas mulheres que vivenciaram PI não física nos últimos cinco anos tiveram 2,06 vezes mais probabilidade de sofrerem depressão leve e 1,75 vez mais de sofrerem depressão grave quando comparado a mulheres que não sofreram qualquer tipo de abuso. O perfil das vítimas de VPI observado era de mulheres mais velhas, mais propensas a estar empregadas, com menor probabilidade de terem um relacionamento íntimo atual, com renda familiar anual mais baixa, média mais alta índice de massa corporal, mais propensas a serem fumantes ou ex-fumantes e a realizarem comportamentos de risco e consumo excessivo de álcool, quando comparado a mulheres que não vivenciaram VPI. O artigo também demonstrou que o abuso emocional pode ter efeitos que persistem a longo prazo.

A tese também contém o estudo de Seff (*et al.*, 2008) *Non Physical Abuse: Findings in Domestic Violence Against Older Women Study*, em que foram feitas sessões com 21 grupos focais, sendo um total de 134 mulheres entre 45 e 85 anos. As sessões revelaram que o abuso emocional tem raiz muitas vezes na dinâmica de poder por parte do perpetrador. O controle surge pelo agressor como um meio para depreciação do autovalor e autoeficácia da vítima, por meio do uso de táticas como o uso do medo, ciúme, manipulação, aproveitamento e isolamento. Os perpetradores utilizavam também ameaças verbais combinadas a agressões verbais e humilhações, assim como um controle por meio de táticas de interromper conversas telefônicas da vítima, limitar o contato com familiares ou amigos e ter acesso ao celular e computador, ações movidas pelo ciúmes. O estudo encontrou que, apesar de muitas mulheres participantes reconhecerem as consequências negativas do abuso não físico, muitas delas também acreditavam que possivelmente mulheres mais velhas não reconheçam o abuso como inaceitável ou grave e deixem de pedir por ajuda, aspecto relacionado também a diferenças geracionais. O estudo ressalta também a falta de conhecimento e treinamento em serviços de apoio a vítimas de VPI sobre como funciona o abuso não físico e a necessidade de promoção de estratégias mais eficazes de intervenção.

Rojas (2023) descreve o estudo de Ali (*et al.*, 2008) *Emotional Abuse as a Precipitating Factor for Depression in Women*. Os autores realizaram entrevistas e utilizaram algumas ferramentas como o Inventário de Depressão de Beck e a realização de uma entrevista sobre abuso emocional. O objetivo do estudo foi avaliar como o abuso emocional pode ser um fator precipitador de depressão. Foi analisado um grupo de 40 mulheres, com idade média de 34

anos, que eram atendidas em um serviço de terapia para mulheres no Canadá. Os resultados encontrados revelaram então que o abuso emocional foi um fator que aumentou a probabilidade de depressão atual e uma pontuação mais elevada no Inventário de Depressão de Beck.

Ainda, Rojas (2023) aborda o estudo de Ouellet-Morin (*et al.*, 2015) *Intimate Partner Violence and New-Onset Depression: A Longitudinal Study of Women's Childhood and Adult Histories of Abuse*. A pesquisa, que foi realizada durante 10 anos no Canadá e envolveu 1.072 mulheres, tinha como objetivo obter dados que permitissem verificar a relação entre VPI e problemas de saúde mental. Para tanto, foram incluídas na amostra apenas mulheres que não tinham um passado de depressão ou outras doenças mentais ao início do estudo, descartando então a possibilidade de que estas já estivessem acometidas por alguma doença mental antes da relação afetiva e, assim, teriam se envolvido com o abusador mais facilmente.

Das mulheres entrevistadas, cerca de 40% das foram vítimas de VPI em um período de quase dez anos. Foi encontrado também o dado de que a VPI causa um risco de duas a três vezes maior de desenvolvimento de sintomas de depressão e psicose, ou seja, mulheres em situação de VPI estão dispostas a lesões tanto físicas quanto graves problemas psicológicos.

Rojas (2023) traz o estudo de Matheson (*et al.*, 2015), *Where Did She Go? The Transformation of Self-Esteem, Self-Identity, and Mental Well-Being among Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence*, que buscou desenvolver a relação entre VPI e identidade por meio da análise de experiências de 41 mulheres, entre 25 e 60 anos, que haviam sido vítimas de VPI nos 5 anos anteriores à pesquisa. Essas eram pessoas de baixa renda e que moravam em habitação social ou conjuntos habitacionais promovidos pelo governo do Canadá. As participantes responderam a uma entrevista que visava entender questões de estabilidade quanto à moradia; saúde física e mental própria e dos filhos, recursos financeiros, os tipos e a qualidade dos serviços disponíveis para a população. Responderam também a um levantamento sociodemográfico, descrevendo abusos físicos, sexuais e emocionais.

O estudo revelou que 34 mulheres relataram terem sofrido abusos físicos, tais como espancamentos graves com sequelas e/ou cicatrizes até xingamentos e ofensas. A depressão foi um tópico evidente, principalmente após a vítima deixar o parceiro. As mulheres relataram sentir ao longo do relacionamento fantasias de assassinato do parceiro perpetrador de violências, tal como de suicídio. Isso demonstra também o presente quadro de depressão profunda e imobilizante dessas mulheres enquanto vivenciavam o abuso, o que dificultava com que as mulheres tivessem energia suficiente para funcionar adequadamente, ouvir conselhos, e ter uma vida produtiva e satisfatória fora da relação, sentindo que estavam apenas sobrevivendo e não vivendo. É descrito que as situações de estresse relacionadas ao abuso físico e emocional

influenciaram em quadros não apenas de depressão, mas também de síndrome do pânico, transtornos alimentares, abuso de álcool e drogas, ideação suicida, isolamento social, paranoia, desconstrução de identidade, senso de “perda de si mesma”, falta de esperança e autoestima comprometida. Os autores ressaltam que, devido a esses fatores, as feridas físicas costumam se curar mais rapidamente do que as emocionais. O estudo mostra que a identidade e a autoestima dessas mulheres eram intensamente influenciadas pelo abuso, fazendo com que se sentissem dissociadas de si mesmas, acompanhando o adoecimento mental e dificuldade de estabelecer comportamentos de preservação durante o relacionamento, levando a comportamentos de risco como o uso de álcool e drogas ou a compulsão alimentar.

Os resultados das pesquisas apresentadas revelam então que mulheres vítimas de VPI são mais propensas a desenvolver depressão, sentimentos de vergonha, culpa e Transtorno do Estresse Pós-Traumático, em comparação com aquelas que não vivenciaram situações de violência. Rojas (2023) traz que alguns autores acreditam que a experiência de sofrer agressões físicas, emocionais ou verbais pode ter muitas influências na psique da mulher, como no desenvolvimento da depressão. Ainda, a autora cita que Morais (2009) resalta que mulheres vítimas de violência possuem uma prevalência de distúrbios emocionais, como a depressão, ansiedade e transtornos de estresse pós-traumático, independentemente de serem vítimas de crimes ou de relacionamentos conjugais. A autora cita que as mulheres vítimas de VPI possuem maiores níveis de depressão, em relação às que sofreram violência sexual, devido à exposição constante a situações de violência. As mulheres vítimas de VPI frequentemente não reportam a situação e ocultam o medo e a depressão, de modo que convive diariamente com o perpetrador e a evitar de enfrentar a situação.

Tendo em vista todas as pesquisas que relacionam a VPI com a maior propensão para a depressão, é possível pensar também no que se refere à depressão pós-parto. O artigo *Violência doméstica e depressão pós-parto: uma revisão da literatura* (Marques *et al.*, 2023), busca correlacionar a violência doméstica com o desenvolvimento da depressão pós-parto, por meio de uma análise sistemática e a fim de elaborar medidas preventivas e tratamentos em relação à questão.

Os autores mencionam no artigo o fato de que a violência doméstica compromete a integridade física e emocional da vítima. Esse tipo de violência possui características peculiares que são de que muitas das vítimas não conseguem falar sobre a situação, não possuem consciência de que as ações dos parceiros são ameaças à individualidade e são restritas e podadas de acessarem meios de denúncia. A violência doméstica se torna então um ciclo

crônico e recorrente, resultando em danos à saúde da mulher, manifestações psicológicas como a DPP e em casos mais graves até em feminicídios.

O estudo analisou 25 artigos que relacionavam depressão pós-parto e a violência doméstica. A análise revelou que a maioria dos artigos relacionou a experiência da VD como um fator de risco para o desenvolvimento da DPP. Três estudos configuraram a violência doméstica como um fator invariável para a patogênese do quadro depressivo. Foram apresentados alguns fatores de risco como o consumo de álcool pelo parceiro, histórico de depressão anterior à gravidez, gravidez não planejada, insatisfação matrimonial, predominância nos países subdesenvolvidos, menor escolaridade da puérpera, menor nível socioeconômico familiar e cor de pele preta. O artigo ressalta que Silva e Leite (2020) demonstram que o início precoce da vida sexual também é um fator de maior exposição a violência doméstica do tipo psicológico e física.

Os autores discutem os fatores demográficos relacionados ao transtorno. A maior prevalência ocorre em países menos desenvolvidos (Tolossa *et al.*, 2020). O perfil das mulheres com suspeita de depressão pós-parto nesses países é de mulheres solteiras, com ensino médio incompleto, pretas, que habitavam área urbana, que tinham falta de apoio dos familiares e da sociedade, viviam uma insatisfação com o casamento e que tiveram a gravidez indesejada (Araújo *et al.*, 2019).

O perfil dos parceiros era de pessoas com baixa escolaridade, desempregadas e que consumiam álcool (Menezes *et al.*, 2003). Marcacine (*et al.*, 2018) ressaltam que mulheres cujos parceiros não utilizavam álcool tiveram menores chances de exposição à VPI. Os autores do artigo *Violência doméstica e depressão pós-parto: uma revisão da literatura* (Marques *et al.*, 2023), mencionam a relação entre os fatores devido ao fato de que a falta de educação contribui para terem menos oportunidades de trabalho e a sucumbir a vícios como o álcool, o que tem influência na violência doméstica.

Os sintomas mais usualmente relatados pelas mulheres com DPP eram os de estresse e ansiedade, sobretudo aquelas que vivenciaram violências pregressas (Howard *et al.*, 2003). Dentre os estudos analisados pelos autores, 75% deles revelaram que a VPI é um risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto. Dois dos estudos analisados correlacionam a severidade da violência praticada com o grau de depressão pós-parto apresentado (Beydoun *et al.*, 2012; Trabold *et al.*, 2013). Zhang (*et al.*, 2019) identificaram que mulheres que passam por qualquer evento de violência, assim como a violência doméstica, estavam sob maior risco de DPP.

Marques (*et al.*, 2023) apresentam outros estudos que demonstram a relação entre violência doméstica e DPP. O artigo de Fonseca-Machado (*et al.*, 2014) avaliou essa relação e concluiu que a depressão pós-parto é um dos desfechos mais frequentes desse tipo de violência. Garabedian (*et al.*, 2011) relacionam a violência física e de perseguição ao quadro de DPP. O artigo ainda discute que os principais tipos de violência doméstica relatados nas pesquisas eram a física, psicológica e a sexual, sendo a mais comum entre as três a VPI do tipo psicológica (Lurdermir *et al.*, 2010).

A maneira como a violência ocorre também é um importante fator a ser considerado. As mulheres que relataram maior frequência de violência na gravidez tiveram maior propensão à DPP. Os autores citam que Islam (*et al.*, 2017) também comprovaram isso em seus artigos, dado que consideraram o tempo de ocorrência e o tipo de agressão como importantes fatores tanto para desencadeamento quanto para manutenção da DPP. O estudo realizado com 420 mulheres por Menezes (*et al.*, 2003) mostrou que a presença de violência física foi de 13,1% antes da gestação e de 7,4% durante a gestação. O padrão da violência foi alterado ao longo da gravidez, de maneira que cessou em 43,6% dos casos, diminuiu em 27,3% e aumentou em 11% dos casos.

Ainda, o artigo *Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto*, de Rodrigues e Schiavo (2011), estuda a vivência do estresse no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto e correlaciona esses fatores com a DPP. A pesquisa foi feita em 2 etapas, sendo a primeira delas com 98 primigestas, ou seja, mulheres que estavam vivendo a primeira gravidez. A segunda etapa foi realizada com 64 dessas mulheres. Na primeira etapa essas gestantes que estavam no terceiro trimestre da gravidez e na segunda estavam num período de no mínimo 45 dias após o parto. Na primeira etapa foram aplicados alguns instrumentos como o Sintomas de Stress de Lipp (ISSL) e uma Entrevista Inicial. Já na etapa 2 foi reaplicado o ISSL e foi aplicada a EPDS (Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo).

As autoras caracterizam o estresse como um conjunto de respostas que o organismo emite para reagir frente a algo que o despertou. Elas ainda ressaltam que, quando o organismo é frequentemente exposto a situações estressantes, o corpo trabalha com gasto superior de energia. Isso pode ser entendido como uma resposta fisiológica, psicológica e comportamental de um indivíduo que procura se adaptar e se ajustar às solicitações internas e/ou externas ao organismo. O estresse e a resposta do organismo a ele são geralmente projetados para ter uma duração limitada e uma rápida reestruturação da atividade hormonal e dos neurotransmissores uma vez passado o momento de estresse. Entretanto, quando o estresse ocorre de maneira crônica e contínua, isso pode ser um fator gerador de distúrbios como ansiedade e depressão.

Rodrigues e Schiavo (2011) abordam o ciclo gravídico-puerperal, esse que é composto por alterações emocionais que ocorrem por fatores sociais e psicológicos e influenciam na gestação, no bem-estar e saúde da mãe e do bebê. As autoras trazem que fatores psicológicos podem implicar em complicações na gestação, parto e pós-parto, tais como os estressores que são vivenciados na gravidez e no puerpério. Os estressores vivenciados na gestação são relatados muitas vezes como sendo vindos de enjoos, de uma gravidez não planejada, medo de ganho excessivo de peso no início da gravidez e medo do parto, em meados da gestação. A média de eventos estressores ao longo da gestação é de cinco eventos por gestante e pode se agravar em contextos em que há uma situação econômica ruim, violência doméstica, uso de drogas, depressão, pânico e complicações pré-natais.

As pesquisas estudadas pelas autoras apontam que mais de 75% das gestantes possuem sinais significativos de estresse em algum nível. Aquelas que são expostas a estressores a longo prazo são propícias a apresentar riscos para a sua saúde e para a saúde do bebê. As autoras ressaltam que a literatura sobre estresse no puerpério é ainda restrita e exige mais estudos. A informação significativa é que eventos estressores na gravidez e no puerpério podem ser indicativos para manifestação de sintomas de DPP.

Em relação à pesquisa aplicada pelas autoras, constatou-se que de 98 participantes da primeira etapa, 78 delas manifestaram sintomas de estresse, sendo que 10% delas (n=8) apresentaram sintomas de estresse físico, 87% (n=66), sintomas de estresse psicológico e 3% (n=2) apresentaram ambos. Dessas mulheres, 72% (n=55) estavam na fase do estresse de resistência, 25% (n=19) na fase de quase exaustão e 3% (n=2) na fase de exaustão.

Na segunda etapa da pesquisa, participaram 64 mulheres. Dessas mulheres, 75% (n=48) apresentaram na primeira etapa sintomas de estresse. Ainda, 13% (n=6) apresentaram sintomas de estresse físico, 85% (n=41) estresse psicológico e 2% (n=1) de ambos. Dessas 64 mulheres, 73% (n=35) estavam na fase de resistência, 25% (n=12) na fase de quase exaustão e 2% (n=1) na fase de exaustão.

No puerpério, dessas 64 mulheres, 63% (n=40) manifestaram sintomas de estresse. Dentre essas, 10% (n=4) apresentaram sintomas de estresse físico, 83% (n=33) de estresse psicológico e 7% (n=3) apresentaram ambos. As mulheres em todas as fases da pesquisa variaram em que fase do estresse estavam vivendo, se classificando entre fases resistência, fases de quase exaustão e fases de exaustão. Dessas participantes, 80% (n=32) estavam na fase de resistência e 20% (n=8) na fase de quase exaustão.

As autoras apresentaram a relação obtida na pesquisa entre estresse na gestação e no puerpério e no desenvolvimento de sintomas de DPP. De 43 gestantes avaliadas no terceiro

semestre, 21 delas foram classificadas com DPP, sendo elas 1 (6%) das sem stress, 14 (40%) das que estavam na fase de resistência, 5 (42%) das que estavam na fase de quase exaustão e a única delas que estava na fase de exaustão. O teste p de Spearman indicou correlação positiva entre sintomas de estresse apresentados na gestação e sintomas de depressão pós-parto. Ainda, foi constatado que quanto mais elevada a fase de estresse no fim da gestação, maior a pontuação na EPDS (Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo).

No puerpério, 21 foram classificadas com DPP, sendo elas 2 (8%) das participantes sem stress, 13 (41%) das que estavam na fase de resistência e 6 (75%) das que estavam na fase de quase exaustão. O teste p de Spearman indicou correlação positiva entre os sintomas de estresse apresentados no puerpério e os sintomas de DPP. Ainda, quanto mais elevada a fase de estresse no puerpério, mais elevada foi a pontuação na EPDS (Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo).

O estudo conclui que a manifestação de estresse tanto no período gestacional, quanto no puerpério, está relacionada à manifestação de depressão pós-parto e quanto mais avançada a fase do estresse em que a mulher se encontra, maior a propensão para a DPP. As autoras explicam esse fato dizendo que quando a resposta do estresse gera ativação fisiológica frequente e duradoura, isso pode provocar um esgotamento dos recursos da mulher e a colocar em risco a surgimento de transtornos psicofisiológicos, com predisposição de depressão e outros problemas de saúde mental. O estudo ressalta também a importância de desenvolver mais pesquisas sobre o estresse no ciclo gravídico puerperal, principalmente na fase do puerpério, devido às poucas pesquisas existentes.

4.5 Cuidados e assistência à saúde

Tendo em vista todos os dados expostos sobre gravidez, parto, puerpério, depressão pós-parto e violência, é necessário refletir sobre quais são os papéis dos profissionais de saúde, nesse estudo mais especificamente das psicólogas nesses contextos apresentados. Entretanto, é importante ressaltar a relevância do atendimento multidisciplinar de forma humana e atenta à saúde da mulher grávida e suas necessidades não apenas fisiológicas, mas também psicológicas e emocionais. É essencial que os profissionais de saúde que atendem cada gestante e puérpera, tal como médicos, enfermeiras, psicólogas, fisioterapeutas, doulas, entre outros, trabalhem de forma multidisciplinar.

Segundo o que é trazido por Moraes em *Psicologia e psicopatologia perinatal: sobre o (re)nascimento psíquico* (2021, p.23), a Psicologia Perinatal é uma especialidade recente da

psicologia, que é resultado de pesquisas e da prática clínica. Ela ocorre pelo acompanhamento de mães e pais e visa minimizar as angústias trazidas pela parentalidade, tal como a dissociação das vivências biológicas e psíquicas nesse período, trazendo visibilidade e voz ao psiquismo dos pais. Ainda, a parentalidade é uma área específica da psicologia que trata dos processos psíquicos desencadeados nos pais durante o ciclo gravídico-puerperal e tem consequências no vínculo pais/bebê e na formação psíquica dessa criança.

Inicialmente, pensando nas questões de gravidez, parto e puerpério, temos o conceito de pré-natal psicológico, que está sendo cada vez mais difundido e utilizado nos tempos atuais para garantir uma melhor elaboração dos conflitos trazidos por esses períodos. Maldonado, em seu livro *Para vocês, famílias grávidas e com crianças pequenas* (2022, p.62), define o pré-natal psicológico como uma série de encontros, com número variável, que acontecem de forma presencial ou online e que abordam os temas mais relevantes dos primeiros mil dias.

Segundo a autora (2022, p.62), o pré-natal psicológico é um serviço que funciona de maneira complementar ao pré-natal obstétrico e acontece em ambientes como consultórios particulares, hospitais, centros comunitários e ambulatórios; é coordenado por profissionais da psicologia, e pode contar com a participação de profissionais de medicina, enfermagem, nutrição, educação física. Moraes (2021, p.181) que as técnicas de atenção psicológica não se restringem apenas à psicoterapia e que o saber ouvir, o acolhimento de ansiedades e as respostas a dúvidas dos pacientes e familiares podem ser realizados por outros profissionais da saúde e fazem parte do suporte emocional que essas pessoas devem realizar ao serem procuradas no período perinatal.

Ainda, o pré-natal psicológico pode ser realizado por meio de sessões individuais ou em grupos e pode ser composto por gestantes ou casais. Nas sessões são abordados assuntos assim como vivências e o compartilhamento de informações práticas sobre os temas. Segundo Maldonado (2022, p.63), alguns destes são frequentemente discutidos, tal como: o compartilhamento de mudanças físicas e emocionais sentidas ao longo da gestação, o aumento da ansiedade pelo medo do parto, receio de o bebê não estar se desenvolvendo bem, de não dar conta de cuidar do filho, cuidados na alimentação, exercícios físicos, problema com uso de substâncias etc.

Para responder às questões trazidas, o coordenador da sessão tratá informações práticas como por exemplo sobre o uso de drogas e seus efeitos na formação do feto, tipos e fases do trabalho de parto, construção de um plano de parto, transformações trazidas pelo puerpério, entre outros tópicos. As gestantes são convidadas a compartilhar os sentimentos, angústias, receios, felicidades e tristezas trazidos pelo ciclo gravídico-puerperal. São discutidos temas

como o não-saber, as responsabilidades, o papel do parceiro ou parceira ao longo do processo e outros temas.

Maldonado (2022, p.66), escreve que ao trabalhar antecipadamente os temas relacionados à gestação, parto, puerpério e primeiros anos de vida, esse pré-natal psicológico funciona como uma “vacina emocional”, prevenindo algumas dificuldades, abordando assuntos que eram muitas vezes desconhecidos pela gestante. A autora sugere ainda que, quando possível e viável, a mulher grávida e seu parceiro, quando existir, conheçam e visitem antes o local onde será realizado o parto. Maldonado (2017, p.196) fala do pré-natal psicológico e do fornecimento de informações como uma “orientação antecipatória”, técnica utilizada em intervenção de momentos críticos e que tem como objetivo preparar a pessoa para enfrentar uma crise previsível, por meio do domínio cognitivo da situação e ampliação de recursos de ação.

Além do pré-natal psicológico, Maldonado (2022, p.66) sugere outros recursos que podem promover o bem-estar da gestante, como grupos de casais grávidos, Reiki, massoterapia, ioga, dança e outras ferramentas que favorecem a experiência positiva do parto, amamentação e puerpério. Existe a possibilidade de trabalho em consultórios particulares ou em serviços públicos de psicoterapia breve e focal para gestantes, casais e famílias, que é realizada com tempo e objetivos limitados. Existe também a possibilidade da realização de atendimentos psicoterápicos individuais ou em grupo a longo prazo, de forma paralela aos outros tipos de assistência.

Maldonado (2017, p. 189) ressalta que o atendimento psicológico na gravidez foi considerado como um programa de prevenção primária, visando a redução da incidência de novos casos de distúrbios psicológicos. O pré-natal psicológico pode funcionar também como um importante recurso para a prevenção da DPP. Ao pensarmos especificamente na assistência à saúde em contextos de depressão pós-parto, podemos considerar que, segundo Maldonado (2022, p.92), a psicoterapia e a troca de ideias com outras mães, de modo presencial ou online, são recursos importantes para abrir caminhos de autoconhecimento, que permitem mudanças e ajudam a elaborar dúvidas e angústias que surgem no puerpério e em situações de DPP.

Assim como qualquer processo de psicoterapia, a elaboração dos conteúdos é feita de forma subjetiva e individual e não existe uma fórmula única que possa ajudar na DPP, devido à multiplicidade de fatores que envolvem esse quadro, tal como conteúdos internos, externos e genéticos. Moraes sugere em *Psicologia e psicopatologia perinatal: sobre o (re)nascimento psíquico* (2021, p.110) o uso da técnica de psicoterapia psicanalítica a longo prazo para intervenção em quadros de DPP, porém iniciada de modo focal, considerando sintomas, conflitos, a relação com o bebê, relacionando os sofrimentos com a vida psíquica da mulher.

Ela sugere que, em alguns casos, se faz necessário o uso de medicamentos e o acompanhamento psiquiátrico.

Moraes (2021, p.188) cita algumas técnicas de assistência à saúde que podem ser utilizadas ao longo do puerpério. Uma dessas ferramentas é a do apoio psicológico, que pode ocorrer por meio de rede de apoio para situações domésticas ou com o bebê; presença constante e suportiva do companheiro, quando ele existe; grupos de puérperas via Whatsapp para a troca de experiências; apoio do pediatra; consultoras de amamentação. A autora sugere a Psicoterapia de Apoio Focal. Em outros casos, sugere a psicoterapia individual, para mulheres que lidam com questões como a depressão pós-parto, morte do bebê, dificuldades na relação com o bebê, entre outras. Moraes (2021) ainda sugere a participação em grupos de apoio à puérperas e terapia de casal.

O artigo *Depressão pós-parto em vítimas de violência sexual*, de Magalhães (et al., 2022) aborda o fato que as pesquisas analisadas no estudo mostram a necessidade de investir na promoção da saúde e investigação acerca da DPP no pré-natal. Os autores colocam que o atendimento e tratamento das puérperas não é resolutivo e existem fragilidades na atenção básica de saúde, como o tratamento centrado apenas na figura do médico. As autoras (2022) dizem que a investigação individualizada poderia ser realizada na prática clínica de todos os profissionais da atenção básica. Algumas puérperas, tais como as que fizeram uso de medicação antidepressiva ou sofreram algum tipo de violência na gestação, possuem maior propensão para desenvolver a DPP e precisam de um atendimento especializado e de maior atenção da equipe de saúde. Com esse olhar mais atento aos fatores emocionais na gestação e considerando os grupos e os perfis de mulheres que apresentam um risco aumentado para o desenvolvimento da depressão pós-parto, é possível que haja a identificação precoce da DPP e que essa condição seja prevenida e as taxas de incidência sejam diminuídas.

É importante ressaltar que a assistência de profissionais qualificados como de psicólogas, médicos, entre outros, é um fator que irá facilitar e guiar melhor o processo. Maldonado ressalta em *Para vocês, famílias grávidas e com crianças pequenas* (2022, p.93) a analogia da cabine de avião em relação a depressão materna, que em caso de depressurização da cabine, o adulto precisa colocar em si a máscara de oxigênio em primeiro lugar, para depois colocar a da criança. Isso demonstra a importância do autocuidado materno em primeiro lugar para que possa existir o cuidado com o bebê.

Em *Psicologia da Gravidez* (2017, p.199), Maldonado compartilha a importância de que, pensando em atendimentos de grupos e compartilhamentos de ansiedades e vivências, sejam realizadas mais pesquisas que avaliem a eficácia dos diferentes modelos grupais, em

diferentes níveis socioeconômicos e culturais e nos diversos contextos assistenciais. Ainda, pensando sob uma ótica contextual, é necessário considerar fatores como a violência, tal como violência doméstica ou violência por parceiro íntimo.

O artigo *Violência doméstica e depressão pós-parto: uma revisão da literatura*, de Bonifácio (et al., 2023) apresenta o dado de que artigos estudados demonstram que a identificação precoce pelos profissionais da atenção primária na abordagem da violência doméstica durante a gestação tem influência na diminuição da incidência de casos de depressão pós-parto. Os autores enfatizam a importância da intensificação de ações preventivas, pelo fato de que a violência doméstica representa uma ameaça à vida e à individualidade das mulheres. Ainda, Bonifácio (et al., 2023) sugerem que sejam elaborados mais estudos acerca da prevenção e proteção das mulheres em condição de violência e que sejam buscados fatores protetores e medidas preventivas úteis na redução de casos desse tipo.

O tema da prevenção e assistência à saúde para mulheres em situação de violência ainda é algo difícil e que exige medidas mais efetivas. Isso acontece pois, assim como ressaltado por Rojas (2023) em sua tese de doutorado, a situação do abuso é uma condição de extrema gravidade em que, muitas vezes, a vivência do relacionamento abusivo leva a mulher a se desligar emocionalmente da experiência de agressividade e a minimizar o abuso. A autora explica que, quanto mais grave é o abuso, maiores os distúrbios dissociativos vivenciados por essas mulheres. Sendo assim, mulheres que vivem relacionamentos com os perpetradores de violência podem usar estratégias privadas, tal como utilizar seus próprios recursos para enfrentar ou resistir ao abusador e pode manter em sigilo os abusos sofridos. Em nem todos os casos as mulheres querem ou podem utilizar das estratégias mais públicas, como contar com o apoio de um amigo ou familiar ou ter caminhos para fuga. O isolamento social da vítima, a dissociação e falta de reconhecimento da situação de abuso, a vergonha, o estigma e o medo do agressor levam a uma dificuldade dessas mulheres de recorrer a auxílio e busca por proteção em órgãos de assistência, gerando conseqüentemente uma subnotificação dos casos.

A autora (Rojas, 2023) expõe ainda que, diante da vulnerabilidade das situações de abuso, muitos pesquisadores estão desenvolvendo técnicas psicoterapêuticas verbais e não verbais que possam auxiliar mulheres que sofrem violência a desenvolver recursos psíquicos que facilitem a superação do evento negativo, melhoria da saúde mental e da autoestima.

Rojas (2023) cita o artigo “*Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência*”, de Hanada (et al., 2010), que teve como objetivo entender a participação dos psicólogos na rede de serviços para mulheres em situações de violência, por meio de entrevistas com profissionais de diversas áreas, tais como do campo policial, da saúde, psicossocial, do

abrigo e das orientações básicas. A pesquisa concluiu que os psicólogos têm um papel essencial e são requisitados em todos os tipos de serviços, como na capacitação, supervisão de profissionais e atendimento direto às mulheres. Os autores dizem que na prestação de assistência percebe-se uma ampla variedade de práticas realizadas e adaptadas conforme o objetivo, a cultura institucional e a orientação assistencial dos serviços. Isso pode representar de certa maneira uma indefinição na especificidade do trabalho do psicólogo, o que pode ser um desafio para a articulação em equipe e na rede, mas também a possibilidade de oportunidade de inovações na prática.

Além da atuação do psicólogo, é necessário pensar sobre questões em uma perspectiva macro. É indispensável que haja o investimento em políticas públicas voltadas à saúde e educação, conforme exposto por Maldonado (2017, p. 201). O investimento em saúde tem um retorno direto na assistência primária das mulheres grávidas, das mulheres em situação de violência e nas que estão em ambas as condições. A educação reflete na conscientização da população e na maior capacitação de profissionais para atendimento das situações de vulnerabilidade. Rojas (2023) cita o artigo *Intervenção com mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão bibliométrica* (Machado *et al.*, 2020) no qual foi analisada a bibliografia de pesquisas sobre violência doméstica, especialmente contra a mulher no lar. A análise revelou que, além das intervenções diretas às vítimas, existe o desafio de capacitação de profissionais e da triagem eficiente dos casos. Assim, os serviços de saúde surgem como foco para que os profissionais que atuam nesses locais tenham devida preparação e identificação das vítimas.

Além de ser benéfica na intervenção com a equipe de saúde, a educação serve como um fator empoderador das mulheres, tal como menciona Maldonado (2017, p. 201). Em muitos países, as mulheres possuem menos acesso à educação do que os homens e em decorrência disso mulheres nos países mais pobres têm uma maior taxa de fecundidade adolescente e taxas mais altas de mortalidade materna e neonatal, sinal que existe uma relação direta entre educação e baixa fecundidade feminina.

Mostra-se necessário que a questão da gravidez, parto, puerpério, depressão pós-parto e violência sejam olhados sob uma visão também socioeconômica e cultural. Maldonado (2017, p.202) afirma a necessidade da implantação de projetos em comunidades, por meio de uma observação cuidadosa de características e recursos naturais desse local e dos grupos, para que estes possam fazer parte do modelo de trabalho criado coletivamente. O trabalho social e nas instituições influencia na ampliação da consciência da população em relação aos recursos, como cuidar da saúde e conhecimento dos direitos.

Rojas (2023) diz que a Lei Maria Penha tem algumas limitações práticas e de aplicação, fatores destacados por algumas mulheres, como os procedimentos legais intimidadores para solicitação de medidas protetivas e divórcio, o que resulta em sobrecarga devido à complexidade de trâmites e em sentimentos de desconforto, desamparo e desinformação ao lidar com a burocracia e o sistema judiciário. As mulheres ressaltam a ineficácia das medidas protetivas, que nem sempre garantem a segurança da mulher, pela demora da mulher em chegar ao local, o que desencoraja a vítima a denunciar o agressor. Entretanto, elas reconhecem também os benefícios do amparo e da assistência multidisciplinar com acompanhamento psicossocial, jurídico e encaminhamento para serviços especializados, assim como a educação e prevenção por meio de programas de conscientização sobre violência e a importância de responsabilizar legalmente o agressor, evitando a impunidade.

Por fim, é necessário, como exposto por Rojas (2023), que mulheres que sofreram ou sofrem VPI e se sentem prontas para tomar atitudes legais contra o perpetrador da violência, superando a negação da realidade em que vivia e o medo, saibam que existem recursos e órgãos que podem auxiliar no processo. Alguns desses foram citados por Rojas (2023), que são os Centros de Cidadania da Mulher (CCMs); Centro de Defesa e de Convivência da Mulher (CDCM); Casas Abrigo; Centro de Referência às Vítimas da Violência (CNRVV); Centro de Referência das Mulheres (CRM); Centro de Atendimento Especializado (CAE); Juizados de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher; Defensoria Pública Especializada em Violência Doméstica e Familiar; Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), entre outros serviços públicos. Alguns serviços mapeados por esta pesquisadora são o Hospital Pérola Byington - Centro Referência da Saúde da Mulher; Casa da Mulher Brasileira; Casa ABrigo - Helenira Rezende de Souza Nazareth; Casa de Acolhimento Provisório de Curta Duração – Rosângela Rigo (Casa de Passagem); Centro de Acolhida Especial (CAE) para Mulheres em Situação de Violência; Casa da Mulher CrêSer; Centro de Defesa e de Convivência da Mulher (CDCM) e Casa Bem Querer Mulher. A clínica Ana Maria Poppovic, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), possui serviço de atendimento psicológico à comunidade de forma gratuita.

5 DISCUSSÃO

Tendo em vista os dados apresentados, é possível retomá-los e fazer uma relação entre eles para melhor compreender a conexão entre os tópicos. Em um primeiro momento, foi apresentado que a gravidez é um período, usualmente de nove meses, que corresponde a intensas mudanças para a pessoa grávida e aos familiares e outras pessoas de convívio. Cada trimestre traz modificações corporais e psíquicas específicas, que ocorrem tanto no feto quanto na mãe. Desse lugar surge então a necessidade de olhar para a gestante como um sistema integrado, como um ser biopsicossocial e considerar questões para além de apenas fatores orgânicos.

O período da gestação, assim como trazido por Maldonado em *Psicologia da Gravidez* (2017, p.30), envolve a necessidade de reestruturação de diversos campos, como o da identidade, de papéis sociais e redes de relacionamento. Assim, torna-se necessário avaliar o estado emocional das mulheres no período da gravidez, a fim de entender a saúde mental. O processo de gestar em si traz dúvidas e ansiedades naturais, como a insegurança frente à notícia da gestação, a incerteza da capacidade de gestar, a angústia sobre o bem-estar do feto e o apoio que essa grávida tem para viver o processo gestacional. Há nesse período a vivência de ambivalência de sentimentos, medos e angústias.

O fator contextual em que a gravidez acontece e em qual a mulher está inserida também é um importante fator a ser considerado, como a existência ou não de uma rede de apoio, de um companheiro presente, de outros filhos, a vivência de perdas gestacionais, o desejo ou não de engravidar, o planejamento da gravidez, fatores socioeconômicos, contexto assistencial e a idade da grávida. A experiência da gravidez pode surgir como algo positivo para um casal, mas também pode abalar a estrutura do relacionamento.

A gravidez surge então como uma experiência de sentimentos novos, desconhecidos e ambíguos e pode trazer à tona conteúdos da psique dessa anteriores à gestação e de sua própria história de vida. Ainda, aliado ao mito do amor materno de que seria inesgotável, irrefutável e inerente à existência feminina e a uma concepção social de que a mulher deve ocupar o lugar de cuidadora, estar grávida pode ser muitas vezes uma experiência intensa. Entretanto, apesar dos sentimentos serem naturais, quando aliados a situações de estresse podem afetar a autoimagem e o vínculo da mulher com o feto.

O estágio do ciclo gravídico-puerperal subsequente ao da gravidez é o do parto. Este pode ser um momento de muitas alegrias, mas também de ansiedades e inseguranças por conta do desconhecido e do imprevisível. O parto pode ocorrer como uma revivência da mãe de seus

próprios aspectos psíquicos inconscientes, histórias de vida e uma separação tanto física quanto psicológica de dois organismos que viveram um dentro do outro, numa relação de total dependência.

Em seguida ocorre o puerpério, que se inicia logo após o nascimento do bebê e também é caracterizado pela ocorrência de fortes sentimentos ambíguos, como a sensação de potência e coragem, mas também o susto com os novos conteúdos emergentes. O período traz também mudanças na dinâmica familiar, como na rotina. Ainda, para entender as dificuldades vividas por diferentes mulheres nesses períodos, é importante que sejam considerados aspectos referentes à interseccionalidade, com recortes raciais, socioeconômicos, de gênero, sexualidade etc.

Maldonado escreve em seu livro *Psicologia da Gravidez* (2017, p.123) sobre como o puerpério é um período vulnerável a crises e que engloba fatores como lidar com ajustes biológicos, amamentação, recuperação do parto e até com a separação física entre a mãe e o bebê. Os dias após o parto envolvem uma labilidade emocional e alteração de humor. Ainda, nessa fase, a presença de uma rede de apoio surge como fator importante para o auxílio das puérperas, contribuindo para a prevenção da depressão materna.

Tendo em vista a intensidade emocional vivida no puerpério, pode surgir nas mulheres uma dificuldade de lidar com o período pós-parto. Assim, inicialmente é possível e usual que ocorra um quadro de *baby blues*, que se configura como uma condição transitória e reversível. Entretanto, quando se percebe um quadro mais duradouro e intenso, estamos muitas vezes diante de uma depressão pós-parto. Esta pode ter sua raiz em diversos fatores, como a presença de transtorno psiquiátrico na família, história familiar de depressão pós-parto, condições socioeconômicas e ambientais desfavoráveis, conflitos familiares e reduzido suporte social, assim como exposto em *Psicologia e psicopatologia perinatal: sobre o (re)nascimento psíquico* (Moraes, 2021, p.108).

Outros fatores que podem estar relacionados ao desenvolvimento da depressão pós-parto são história de transtorno de humor ou ansiedade prévios, ou durante a gravidez, história de transtorno disfórico pré-menstrual, abuso sexual na infância, gravidez precoce, não planejada ou não aceita, vivência negativa de gravidezes anteriores, maneira como foi assistida no parto, mães solteiras, muitos filhos, abortamentos repetidos, baixo nível de escolaridade, abuso de substâncias, eventos estressantes nos últimos 12 meses, desemprego ou volta precoce ao trabalho.

Moraes traz em *Psicologia e psicopatologia perinatal: sobre o (re)nascimento psíquico* (2021, p.108) que fatores relativos à vida conjugal podem estar relacionados com

quadros de DPP, tal como atitude negativa do pai da criança em relação à gravidez, ausência de um companheiro, conflitos conjugais, violência doméstica, desemprego do companheiro. É citado também pela autora que vivências estressantes e traumáticas no período da gravidez podem favorecer o desenvolvimento de patologias tais como a depressão.

A ansiedade vivida durante a gestação também pode ser algo que irá influenciar na saúde mental materna ao longo da gravidez, assim como ressaltado por Maldonado (2017, p.84) ao mencionar a ideia de (2010) de que pessoas com alto nível de ansiedade se encontram em um constante estado de perturbação emocional, acarretando também mudanças metabólicas. Maldonado (2022) cita as situações estressantes e o estresse crônico, como a vivência de um contexto de muita violência ou um relacionamento abusivo, que podem acarretar uma alta produção de cortisol e mau funcionamento do corpo e da mente.

Os fatores de risco para desenvolvimento da depressão pós-parto explicitados são os de problemas com os pais, problemas nas relações interpessoais (principalmente na relação conjugal), dificuldades de tipo social, antecedentes depressivos e sentimentos de ambivalência com relação à gravidez (JADRESIC, 1990 *apud* FELICE, 2008). Ainda, Husain *et al.* (2006, *apud* FELICE, 2008) demonstram a relação entre altos escores de DPP e fatores como precário suporte social, eventos de vida estressantes no ano anterior à gravidez e altos níveis de sofrimento psíquico no período pré-natal.

Ainda, como mencionado anteriormente no capítulo sobre depressão pós-parto, o artigo de Arrais e Cavalcanti (2017) explicita outros fatores de risco para a DPP, como ser uma gestante solteira, conflitos conjugais, falta de apoio do pai do bebê, histórico familiar de depressão, depressão e ansiedade gestacional, gravidez não desejada, suporte social fraco, eventos estressantes e adversos a gravidez, idealização da maternidade, histórico de violência intrafamiliar, presença de dificuldades financeiras no pós-parto, de estresse no cuidado com o bebê e complicações obstétricas maternas durante a gestação ou no puerpério (Arrais *et al.*, 2014; Arrais, Lordello, & Cavados, 2015; Brito Alves, Ludermir, & Araújo 2015; Faisal-Cury & Menezes, 2012; Figueira *et al.*, 2011; Greinert & Milani, 2015; Pereira & Lovisi, 2008; Puccia & Mamede, 2012; Sousa *et al.*, 2011; Zambaldi *et al.*, 2010).

Os fatores que podem ser considerados de proteção para a DPP são o apoio de outra mulher, detecção precoce da depressão, suporte social, boa relação conjugal e suporte emocional do companheiro, estabilidade socioeconômica, sistema de apoio familiar, intervenção multidisciplinar, logo que os sintomas sejam detectados e o pré-natal psicológico (Arrais *et al.*, 2014; Arrais *et al.*, 2015; Bortoletti, 2007; Santos, 2014; Sousa, Prado, & Piccinini, 2011).

Tendo em vista os dados apresentados, é possível estabelecer uma relação entre os fatores de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto e situações de violência por parceiro íntimo. Sendo assim, segundo os artigos e a revisão da literatura, o fator da violência está diretamente conectado à DPP.

A violência doméstica perpetrada por um companheiro, que atualmente teve sua terminologia atualizada para violência por parceiro íntimo, tem influência comprovada, segundo Rojas (2023), na repercussão em resultados negativos para a saúde mental das vítimas e em maior nível de sofrimento emocional, especialmente no período logo após a ocorrência da violência.

A autora (2023), acompanhada por Dutton (et al., 2006), Oram (et al., 2022), Ali (et al., 2008) e Matheson (et al., 2015), escreve sobre a revisão de literatura realizada, que conclui que a taxa de depressão em vítimas de VPI é o dobro da população em geral, assim como sugerem que a VPI é um dos tipos de violência que mais contribui para o aparecimento de doenças mentais. Além disso, os resultados demonstraram que o abuso emocional foi um fator que contribuiu para a maior probabilidade de depressão atual e uma pontuação mais elevada no Inventário de Depressão de Beck. Outro estudo revelou que mulheres vítimas de VPI possuem maior possibilidade de desenvolver depressão, sentimentos de vergonha, culpa e Transtorno do Estresse Pós-Traumático, em comparação com aquelas que não vivenciaram situações de violência. Ainda, situações de estresse relacionadas ao abuso físico e emocional influenciaram em quadros como os de depressão e ideação suicida.

Como a relação entre depressão e VPI é clara, é possível também entender como a VPI também influencia na depressão pós-parto. Marques (et al., 2023) e Zhang (et al., 2019) revelam por meio de suas revisões haver relação entre a VPI e a DPP.

Diante de todos os achados na literatura, torna-se então evidente a relação entre a violência por parceiro íntimo sofrida por mulheres na gravidez com o desenvolvimento de quadros de depressão pós-parto. A vivência de situações estressantes a longo prazo no período da gravidez, tal como a exposição à violência, é um fator de predisposição para a DPP. A literatura demonstra de forma clara e evidente que a VPI tem forte relação com a depressão pós-parto.

Tendo essa relação e a problemática esclarecidas, é necessário pensar como o papel do psicólogo e de outros profissionais, bem como os órgãos de saúde e as políticas públicas, podem servir como assistência à saúde tanto de mulheres nos períodos da gravidez, no parto, no puerpério e em contextos de depressão pós-parto e violência por parceiro íntimo, assim como explicitado no capítulo 4.5, *Cuidados e Assistência à Saúde*.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das informações obtidas e da construção do estudo, tornou-se explícita a relação entre a violência por parceiro íntimo na gravidez e puerpério e o possível desenvolvimento de quadros de depressão pós-parto. No entanto é importante que se explore em futuros estudos fatores e recortes socioeconômicos e culturais, tais como raça, classe social, nível de educação, gênero e sexualidade.

É necessário ter-se em vista as características da população e dos fatores considerados sob maior risco para a violência por parceiro íntimo, tais como a desigualdade de gênero e elementos sociais e culturais, o baixo nível educacional e financeiro, vulnerabilidade social e programática, consumo compulsivo e problemático de substâncias como álcool e drogas. Como diz Moraes (2021), mulheres em situações de condições socioeconômicas e ambientais desfavoráveis, conflitos familiares e reduzido suporte social possuem maior predisposição a quadros de DPP. Sendo assim, é possível perceber que existe um recorte socioeconômico presente e que aumenta as possibilidades de VPI, DPP e de depressão pós-parto em consequência da violência por parceiro íntimo, o que revela a necessidade futura de estudar a interseccionalidade envolvida no sofrimento de VPI na gravidez e puerpério no desenvolvimento da DPP e de entender de forma mais detalhada quem compõem a população majoritária que está nessa posição, para que também possam ser prestados serviços de assistência mais efetivos e que correspondam a realidade desse público.

Por questões práticas, como o limite de tempo para a construção da pesquisa, o presente estudo se concentrou na pesquisa do tema considerando relacionamentos heterossexuais, nos quais ocorre a dinâmica de perpetração da VPI por um homem cisgênero e a vítima é também uma mulher cisgênera. É essencial e existe a necessidade atual de que a questão da VPI sofrida na gestação e no puerpério sejam compreendidas sob a ótica também da vivência relacionamentos homossexuais, bem como quando o casal é composto por pessoas que não se identificam como cisgêneras. Faz-se necessário, também, o estudo dessas questões com uma visão sobre as influências do racismo. Além do mais, é importante que seja considerada para futuros estudos a interferência das questões de classes sociais e de condições financeiras para a análise da complexidade desse fenômeno.

Como explicitado em *Depressão pós-parto em vítimas de violência sexual*, (Magalhães *et al.*, 2022) é necessário investir-se na promoção da saúde e investigação acerca da DPP no pré-natal, para que o tratamento precoce possa ser cada vez mais efetivo, dado que o atendimento e tratamento das puérperas não é resolutivo e existem fragilidades na atenção básica à saúde. O

reconhecimento e a abordagem de situações de VPI por profissionais de saúde ainda é algo que necessita de pesquisas e avanços, devido à indefinição de métodos psicoterápicos e práticas utilizadas com essa população, o que pode representar um desafio para atuação dos psicólogos em rede e articulação de equipes, como descrito por Rojas (2023).

Existe também a necessidade de maiores pesquisas e fornecimento de materiais para capacitação de profissionais de saúde e triagem e identificação eficiente dos casos de mulheres vítimas de VPI. Acompanha-se neste estudo Bonifácio (*et al.*, 2023), que sugerem que sejam elaborados estudos acerca da prevenção e proteção das mulheres em condição de violência, bem como sobre os fatores protetores e medidas preventivas úteis na redução dos casos.

Por fim, torna-se evidente a necessidade da promoção da conscientização da população sobre as consequências que os abusos e a violência por parceiro íntimo, bem como outros tipos de violência, podem ter na psique tanto de mulheres grávidas ou puérperas, quanto na população geral. A compreensão, o discernimento e a lucidez sobre os malefícios e sobre o ciclo de abuso é uma importante ferramenta para a diminuição da perpetração de violência para o empoderamento das vítimas e para a responsabilização dos agressores.

O livro *É Assim Que Acaba*, de Colleen Hoover (2016) recria a situação e a dinâmica de abuso. Ao final da história, a personagem principal revela a sua vivência e a corajosa e árdua necessidade de quebrar o ciclo vicioso da violência, tal como ocorre com muitas mulheres que são vítimas de VPI:

E, por mais que seja uma escolha difícil, nós destruimos o padrão antes que o padrão nos destrua. [...]

[...] Ciclos existem porque é doloroso acabar com eles. Interromper um padrão familiar é algo que requer uma quantidade astronômica de sofrimento e de coragem. Às vezes, parece mais fácil simplesmente continuar nos mesmos círculos familiares em vez de enfrentar o medo de saltar e talvez não fazer uma boa aterrissagem.

Minha mãe passou por isso.

Eu passei por isso.

Mas nem morta vou deixar minha filha passar por isso.

Beijo sua testa e lhe faço uma promessa.

É assim que acaba. Nós vamos colocar um ponto final nisso (Hoover, 2016, p. 352-353)

REFERÊNCIAS

- 17o Anuário Brasileiro de Segurança Pública: 2023. Disponível em <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>>. Acesso em 15 mai. 2024.
- ALI, A.; OATLEY, K.; TONER, B. B. Emotional Abuse as a Precipitating Factor for Depression in Women. **Journal of Emotional Abuse**, v. 1, n. 4, p. 1–13, dez. 1999.
- ALMEIDA, N. M. DE C.; ARRAIS, A. DA R. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 4, p. 847–863, dez. 2016.
- ARAÚJO, I. DE S.; AQUINO, K.; FAGUNDES, L.; SANTOS, V. Postpartum Depression: Epidemiological Clinical Profile of Patients Attended In a Reference Public Maternity in Salvador-BA. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 41, p. 155–163, 16 maio 2019.
- ARRAIS, A. DA R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 251–264, mar. 2014.
- ARRAIS, A.R.; ARAUJO, T.C.C.F. Depressão Pós-Parto: Uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 18, n. 3, p. 828–839, 30 nov. 2017.
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.
- BEYDOUN, H. A.; BEYDOUN, M. A.; KAUFMAN, J. S.; LO, B.; ZONDERMAN, A. B. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. **Social Science & Medicine**, v. 75, n. 6, p. 959–975, set. 2012.
- BONIFÁCIO, L. M. M. .; LINS, E. B. L. .; ROMÃO, K. N. .; MELO, M. E. V. de .; LIMA, M. L. L. de A.; CARVALHO, M. P. de.; MATOS, M. V. M. de .; SOUZA, M. B. R. de. Violência doméstica e depressão pós-parto: uma revisão da literatura. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 3, p. e26412340774-e26412340774, 19 mar. 2023.
- BONOMI, A. E.; THOMPSON, R. S.; ANDERSON, M.; REID, R. J.; CARRELL, D.; DIMER, J. A.; RIVARA F. P. Intimate Partner Violence and Women’s Physical, Mental, and Social Functioning. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 30, n. 6, p. 458–466, jun. 2006.
- Brasil tem mais de 31 mil denúncias de violência doméstica ou familiar contra as mulheres até julho de 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/eleicoes-2022-periodo-eleitoral/brasil-tem-mais-de-31-mil-denuncias-violencia-contras-mulheres-no-contexto-de-violencia-domestica-ou-familiar>>. Acesso em: 18 mar. 2024.

BRITO, C. N. DE O.; ALVES, S.V.; LURDEMIR, A.B; ARAÚJO, T.V.B DE. Postpartum depression among women with unintended pregnancy. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 0, 2015.

BYDLOWSKI, S.; LALANNE, C.; GOLSE, B.; VAIVRE-DOURET, L. Post-partum blues: a marker of neonatal organization? **Michigan, Infant Mental Health Journal**, e.v.34, p.508-515, 2013.

CAMPBELL, J. C. Health consequences of intimate partner violence. **The Lancet**, v. 359, n. 9314, p. 1331–1336, abr. 2002.

CANTILINO, A.; ZAMBALDI, C.F.; SOUGEY, E.B.; RENNÓ, J.J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 288–294, 2010.

CASTRO, A.S.V.P. .; GERMANO, I.L.; FERREIRA, T.H. Os Aspectos Psicológicos da Mulher: da Gravidez ao Puerpério. **CES REVISTA**, Juiz de Fora, v. 33, n. 2, 2019.

CHANDRA, P.S.; KRISHNAN, T. R.; HASSAN, S. H. S.; SATYANARAYANA, V. A. Domestic violence during the COVID-19 pandemic: Lessons to be learned. **Indian Journal of Social Psychiatry**, v. 36, n. 5, p. 120, 2020.

Conheça todas as etapas de desenvolvimento do bebê. Disponível em:
<<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/mco-ufba/comunicacao/noticias/conheca-todas-as-etapas-de-desenvolvimento-do-bebe>>. Acesso em: 18 mar. 2024.

DE OLIVEIRA FONSECA-MACHADO, M; CAMARGO ALVES, L; SCOTINI FREITAS, P; DOS SANTOS, J. C. M.; Gomes-Sponholz, F. Mental health of women who suffer intimate partner violence during pregnancy. **Investigacion y educacion en enfermería**, v. 32, n. 2, p. 291–305, 2014.

DONELLI, T.S.; CARON, N.A.; LOPES, R.C.S. A experiência materna do parto: confronto de desamparos. **Revista de Psicanálise da SPPA**, Porto Alegre, v.19, n.2, p. 295-314, ago 2012.

DUTTON, M. A.; GREEN, B. L.; KALTMAN, S. I.; ROESCH, D. M.; ZEFFIRO, T. A.; KRAUSE, E. D. Intimate Partner Violence, PTSD, and Adverse Health Outcomes. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 21, n. 7, p. 955–968, jul. 2006.

ESTEFAN, L. F.; COULTER, M. L.; VANDEWEERD, C. Depression in Women Who Have Left Violent Relationships. **Violence Against Women**, v. 22, n. 11, p. 1397–1413, 9 jul. 2016.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Antenatal Depression Strongly Predicts Postnatal Depression in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 4, p. 446–450, dez. 2012.

FELICE, E. M. A depressão puerperal: um desafio para o profissional da saúde mental. In: LANGE, E.S.N. (org.). **Contribuições à Psicologia Hospitalar: desafios e paradigmas**. São Paulo: vetor, 2008

FISHER, J. Psychological and social implications of multiple gestation and birth. **The Australian and New Zealand journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 46, n. s1, p. S34–S37, dez. 2006.

GARABEDIAN, M. J; LAIN, K. Y; HANSEN, W. F; GARCIA, L. S; WILLIAMS, C. M; CROFFORD, L. Violence Against Women and Postpartum Depression. **J Womens Health (Larchmt)**. v. 20, n. 3, p. 447–453, 1 mar. 2011.

gravidez | Palavras | Origem Da Palavra. Disponível em:
<<https://origemdapalavra.com.br/palavras/gravidez/>>. Acesso em: 18 mar. 2024.

GREINERT, B.R.M.; MILANI, R.G. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 17, n. 1, p. 26-36, abr. 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 maio 2024.

HANADA, H.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Revista Estudos Feministas**, v. 18, n. 1, p. 33–60, abr. 2010.

HEISE, L. L. Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. **Violence Against Women**, v. 4, n. 3, p. 262–290, jun. 1998.

HOOVER, C.; CATÃO, P. **É assim que acaba**. Rio De Janeiro: Galera Record, 2018.

HOWARD, L. M.; ORAM, S.; GALLEY, H.; TREVILLION, K.; FEDER, G. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS Medicine**, v. 10, n. 5, p. e1001452, 28 maio 2013.

IBGE divulga sub-registros e subnotificações de nascimentos e óbitos de 2022 | Agência de Notícias. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/39647-ibge-divulga-sub-registros-e-subnotificacoes-de-nascimentos-e-obitos-de-2022>>. Acesso em: 27 mai. 2024.

ISLAM, MD. J.; BROIDY, L.; BAIRD, K.; MAZEROLLE, P. Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: The experience of women of Bangladesh. **PLOS ONE**, v. 12, n. 5, p. e0176211, 4 maio 2017.

JEWKES, R. Intimate partner violence: causes and prevention. **The Lancet**, v. 359, n. 9315, p. 1423–1429, abr. 2002.

KITZINGER, Sheila. **Education and counseling for childbirth**. Nova Iorque, Schocken, 1977.

KITZINGER, Sheila. **The complete book of pregnancy and childbirth**. Nova Iorque, Alfred Knopf, 2005.

LACHKAR, J. **The Many Faces of Abuse**: treating the emotional abuse of highfunctioning women. Jason Aronson, 1998.

LANGER, Marie. **Maternidade e Sexo**. Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1986.

LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G.; VALONGUEIRO, S.A.; DE ARAÚJO, T.V.; ARAYA, R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. **The Lancet**, v. 376, n. 9744, p. 903–910, set. 2010.

MACHADO, A.S.M.; BHONA, F.M.DE.C.; LOURENCO, L.M. Intervenção com mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão bibliométrica. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei, v. 15, n. 1, p. 1-12, mar. 2020.

MAGALHÃES, A.B.S.; JESUINO, G.C.A.; LIMA, J.DE.A.; SOARES, J.DE.O. Depressão pós-parto em vítimas de violência sexual. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 12, p. 80719–80729, 27 dez. 2022.

MALDONADO, Maria Tereza. **Para vocês, famílias grávidas e com crianças pequenas**. Rio de Janeiro: Editora Maria Tereza Maldonado, 2022. E-book.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor**. São Paulo, Ideias e Letras, 2017.

MARCACINE, K. O.; ABUCHAIM, E. d. S. V.; JARDINI, L.; COCA, K. P.; ABRÃO, A. C. F. d. V. Intimate partner violence among postpartum women: associated factors. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 3, p. 1306–1312, 2018.

MATHESON, F. I.; DAOUD, N.; HAMILTON-WRIGHT, S.; BORENSTEIN, H. PEDERSEN, C.; O'CAMPO, P. Where Did She Go? The Transformation of Self-Esteem, Self-Identity, and Mental Well-Being among Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence. **Women's Health Issues**, v. 25, n. 5, p. 561–569, set. 2015.

MATTAR, R.; SILVA, E.Y.; CAMANO, L.; ABRAHÃO, A.R; COLÁS, O.R; NETO, J.A; LIPP, U.G. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 29, p. 470–477, set. 2007.

MELO, L. D. L.; LIMA, M.A.D.DE.S. Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: suas alterações psicológicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 1, p. 81–86, mar. 2000.

MENEZES, T. C.; AMORIM, M. M. R. d.; SANTOS, L.C.F; AÚNDES, A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 5, jun. 2003.

MERIGHI, M.A.B.; GONÇALVES, R.; RODRIGUES, I.G. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, p. 775–779, dez. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas. **Manual Técnico do Ministério da Saúde**. 5. ed. Brasília, DF, 2010.

Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. (2022). Brasil tem mais de 31 mil denúncias de violência doméstica ou familiar contra as mulheres até julho de 2022. Disponível em:

<<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/eleicoes-2022-periodo-eleitoral/brasil-tem-mais-de-31-mil-denuncias-violencia-contras-mulheres-no-contexto-de-violencia-domestica-ou-familiar>>

MORAES, Maria Helena Cruz de. **Psicologia e Psicopatologia Perinatal: sobre o (re) nascimento psíquico**. Curitiba, Editora Appris, 2021.

MORAIS, Ariane Cedraz. Depressão entre mulheres vítimas de violência doméstica. 126 f.il. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

O que é e quanto tempo dura o puerpério. Disponível em <<https://vidasaudavel.einstein.br/o-que-e-e-quanto-tempo-dura-o-puerperio/>>. Acesso em: 28 mar. 2024.

O que é violência doméstica - Instituto Maria da Penha. Disponível em: <<https://www.institutomariadapenha.org.br/violencia-domestica/o-que-e-violencia-domestica.html>>. Acesso em: 24 abr. 2024.

ORAM, S.; FISHER, H. L.; MINNIS, H.; SEEDAT, S.; WALBY, S.; HEGARTY, K.; ROUF, K.; ANGÉNIEUX, C.; CALLARD, F.; CHANDRA, P.S.; FAZEL, S.; GARCIA-MORENO, C.; HENDERSON, M.; GOWARTH, E.; MACMILLAN, H.L.; MURRAY, L.K.; OTHMAN, S.; ROBOTHAM, D.; RONDON, M.B.; HOWARD, L.; **The Lancet Psychiatry Commission on intimate partner violence and mental health: advancing mental health services, research, and policy. The Lancet Psychiatry**, v. 9, n. 6, p. 487–524, 1 jun. 2022.

OUELLET-MORIN, I.; FISHER, H. L.; YORK-SMITH, M.; FINCHAM-CAMPBELL, S.; MOFFITT, T.E.; ARSENEAULT, L. INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND NEW-ONSET DEPRESSION: A LONGITUDINAL STUDY OF WOMEN’S CHILDHOOD AND ADULT HISTORIES OF ABUSE. **Depression and Anxiety**, v. 32, n. 5, p. 316–324, 17 fev. 2015.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 144–153, 2008.

PLANALTO. Lei no 11.340. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 24 abr. 2024

Portal SSP. Disponível em: <<https://www.ssp.sp.gov.br/estatistica/violencia-contras-mulher>>. Acesso em: 15 mai. 2024.

PUCCIA, M. I. R.; MAMEDE, M. V. Revisão integrativa sobre a violência por parceiro íntimo na gestação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 4, 31 dez. 2012.

RAPHAEL-LEFF, Joan. **Gravidez: a história interior**. London, Editora Karnac, 2015.

REIS, G.F.F. Alterações Fisiológicas Maternas da Gravidez. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, 3 Vol. 43, Nº 1, 1993.

RODRIGUES, O. M. P. R.; SCHIAVO, R. DE A. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 9, p. 252–257, set. 2011.

ROJAS, Viviane Ramos. Teatro Terapia em mulheres que sofreram violência pelo parceiro íntimo: uma visão da psicologia analítica. 2023. 158f. **Tese (Doutorado em Psicologia Clínica)**, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2023.

ROSFELTER, Pascale. **El nacimiento de una madre: bebe blues (O nascimento de uma mãe: baby blues)**. Buenos Aires, Editora Nueva Visión, 1992.

RUSCHI, G.E.C.; SUN, S.Y.; MATTAR, R.; FILHO, A.C.; ZANDONADE, E.; LIMA, V. J. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 274–280, set./dez. 2007.

SANTOS, M. F. S. Depressão após o parto. 2001. **Tese (Doutorado em Psicologia Clínica)** - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2001.

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M.S.V. Abordagem Psicológica em Obstetrícia: Aspectos Emocionais da Gravidez, Parto e Puerpério. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 2(3):261-268, 2003.

Saúde mental. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental#>>. Acesso em: 22 mar. 2024

SEFF, L.; BEAULAURIER, R.; NEWMAN, F. Nonphysical Abuse: Findings in Domestic Violence Against Older Women Study. **Journal of Emotional Abuse**, v. 8, n. 3, p. 355–374, 26 ago. 2008.

SIEGEL, Daniel J. **Mindsight: The new science of personal transformation**. Nova Iorque, Random House, 2010.

SILVA, R. DE P.; LEITE, F. M. C. Violências por parceiro íntimo na gestação. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 97, 14 dez. 2020.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Tradução de Ilka Valle de Carvalho. Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1984.

SOUSA, D. D. DE; PRADO, L. C.; PICCININI, C. A. Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 2, p. 335–343, 2011.

SOUZA, N.K.P.; MAGALHÃES, E.Q.; RODRIGUES JUNIOR, O.M. A prevalência da depressão pós-parto e suas consequências em mulheres no Brasil. **Research, Society and Development**, Manaus, v. 10, n. 15, p. e597101523272, 2021.

THAMY AYOUC; SALOMÃO, L. Violences conjugales, violences théoriques. La psychanalyse à l'épreuve du genre. **Cliniques méditerranéennes**, v. n° 88, n. 2, p. 19–34, 1 nov. 2013.

TOLOSSA, T.; FETENSA, G.; YILMA, M. T.; ABADIGA, M.; WAKUMA, B.; BESHU, M.; FEKADU, G.; ETAFU, W. Postpartum depression and associated factors among postpartum women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. **Public Health Reviews**, v. 41, n. 1, 16 set. 2020.

TRABOLD, N.; WALDROP, D. P.; NOCHAJSKI, T. H. CERULLIE, C. An Exploratory Analysis of Intimate Partner Violence and Postpartum Depression in an Impoverished Urban Population. **Social Work in Health Care**, v. 52, n. 4, p. 332–350, abr. 2013.

Understanding and addressing violence against women BOX 1. FORMS OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE (2). [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf?sequence=1> . Acesso em 10 mai.2024.

Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. **4ª EDIÇÃO** -2023 (B) . [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/03/visiveleinvisivel-2023-relatorio.pdf>>. Acesso em: 10.mai. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Devastatingly pervasive: 1 in 3 Women Globally Experience Violence. Disponível em: <<https://www.who.int/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>>. Acesso em 10 mai. 2024

ZHANG, S.; WANG, L.; YANG, T.; CHEN, L.; QIU, X.; WANG, T.; ZHAO, L.; YE, Z.; ZHENG, Z.; QIN, J. Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: A meta-analysis of cohort studies. **European Psychiatry**, v. 55, p. 90–101, jan. 2019.