

VIVÊNCIA DE PUÉRPERAS COM RISCO PARA DEPRESSÃO PUERPERAL

EXPERIENCES OF WOMEN AT RISK FOR PUERPERAL DEPRESSION

VIVENCIA DE PUÉRPERAS CON RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO

**Leiliane Sabino Oliveira Ribeiro¹, Maria Eliane Liégio Matão², Ilma Goulart de Souza Britto³,
Nilza Alves Marques Almeida⁴, Juliana Cristina Liégio Alves Montalvão⁵**

DOI: 10.54899/dcs.v23i96.7034

Recibido: 13/08/2026 | Aceptado: 04/09/2026 | Publicación en línea: 13/09/2026.

RESUMO

Trata-se de estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, embasado no referencial teórico das representações sociais. Buscou-se, assim identificar as narrativas de mulheres com escore de risco para Depressão Pós-Parto (DPP), em diferentes distritos sanitários localizados na cidade de Goiânia. Um dos instrumentos utilizados para triagem foi a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgh. Responderam a escala 286 puerperas, sendo que 40 apresentaram escore de risco para DPP e, destas 8 puérperas foram selecionadas como participantes do presente estudo. Em seguida, as participantes responderam a a Entrevista Aberta em Profundidade, elaborada pela primeira autora. O conteúdo obtido foi processado no software ALCESTE, versão 4.0. Os resultados estão apresentados em dendograma constituído por dois eixos. O primeiro, identificado como vivencias maternas tem três classes, as quais abordam as atribuições, dificuldades e experiências. O segundo eixo, denominado aspectos subjetivos, tem uma classe na qual aparecem os sofrimentos envolvidos no processo. As novas atribuições impostas pela chegada do filho e o reduzido período para descanso, se configuram como importante fator de sobrecarga, cujo alívio é dado pelo apoio do companheiro e de familiares na divisão das tarefas. No contexto em que se percebem preocupações e choro sem explicação são destaques recorrentes. Portanto, faz-se necessário um olhar direcionado por parte dos profissionais da saúde para a valorização das ações de educação permanente, qualificação e sensibilização dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto. Saúde Materna. Saúde da Mulher. Enfermagem Materno-Infantil.

¹ Doutoranda em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: leiliane@pucgoias.edu.br

² Doutora em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: eliane.sam@pucgoias.edu.br

³ Doutora em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: ilmaagoulart@gmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: nilza@ufg.br

⁵ Especialista em Enfermagem Obstétrica, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Uruaçu, Goiás, Brasil. E-mail: juliana.alves@hcn.org.br

ABSTRACT

This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach, based on the theoretical framework of social representations. The study aimed to identify the narratives of women at risk for Postpartum Depression (PPD), with risk scores identified across different health districts located in the city of Goiânia, Brazil. One of the screening instruments used was the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). A total of 286 postpartum women completed the scale, of whom 40 presented risk scores for PPD. Of these, eight postpartum women were selected to participate in the present study. Subsequently, the participants underwent an Open-Ended In-Depth Interview developed by the first author. The collected data were processed using ALCESTE software, version 4.0. The results are presented in a dendrogram comprising two axes. The first axis, identified as maternal experiences, consists of three classes addressing responsibilities, difficulties, and experiences. The second axis, referred to as subjective aspects, comprises one class in which the emotional distress involved in the process emerges. The new responsibilities imposed by the arrival of the child and the limited time available for rest constitute important factors contributing to maternal overload. Relief from this burden is provided by the support of partners and family members through the sharing of household and childcare responsibilities. Within this context, concerns and unexplained crying emerge as recurrent findings. Therefore, greater attention from healthcare professionals is necessary, particularly with regard to strengthening continuing education initiatives, as well as the training and sensitization of healthcare professionals.

Keywords: Postpartum Depression. Maternal Health. Maternal-Child Nursing. Women's Health.

RESUMEN

Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, con enfoque cualitativo, basado en el marco teórico de las representaciones sociales. El objetivo fue identificar las narrativas de mujeres con puntuación de riesgo para Depresión Posparto (DPP), en diferentes distritos sanitarios de la ciudad de Goiânia, Brasil. Uno de los instrumentos utilizados para el tamizaje fue la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS). Un total de 286 puérperas respondieron la escala, de las cuales 40 presentaron puntuación de riesgo para DPP y, de estas, ocho puérperas fueron seleccionadas como participantes del presente estudio. Posteriormente, las participantes respondieron a una Entrevista Abierta en Profundidad, elaborada por la primera autora. El contenido obtenido fue procesado mediante el software ALCESTE, versión 4.0. Los resultados se presentan en un dendrograma constituido por dos ejes. El primero, identificado como vivencias maternas, comprende tres clases, que abordan las responsabilidades, dificultades y experiencias. El segundo eje, denominado aspectos subjetivos, comprende una clase en la que se manifiestan los sufrimientos implicados en el proceso. Las nuevas responsabilidades impuestas por la llegada del hijo y el reducido tiempo disponible para el descanso se configuran como importantes factores de sobrecarga, cuyo alivio se ve favorecido por el apoyo de la pareja y de los familiares en la división de las tareas. En este contexto, las preocupaciones y el llanto sin explicación constituyen hallazgos recurrentes. Por lo tanto, es necesario que los profesionales de la salud adopten una mirada dirigida a la valorización de las acciones de educación permanente, así como a la capacitación y sensibilización de los profesionales de la salud.

Palabras clave: Depresión Posparto. Salud Materna. Enfermería Materno-Infantil. Salud de la Mujer.



INTRODUÇÃO

No campo assistencial, verifica-se a avaliação da Depressão Pós-Parto (DPP), por vezes essa prática tem resultado no subdiagnóstico desse transtorno. Em tais casos, o sofrimento e as dificuldades enfrentadas por mulheres e suas famílias são notórias. Podemos dizer que esta é uma ação que caminha em paralelo com as políticas públicas direcionadas para a saúde da mulher, mais precisamente a que incentiva a identificação precoce de alterações ao longo do período gravídico puerperal, quando são passíveis a adoção de condutas imediatas para o tratamento dos casos identificados.

Percebe-se, que o contexto existente por ocasião de cada gestação, parto e puerpério é decisivo para desenvolvimento deles. Estipula indícios da relação da mulher e família para com o recém-nascido. Em especial no contexto puerperal, afeta, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança. Uma adaptação favorável, nessas três etapas, fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do período gravídico puerperal (Silva *et al.*, 2021; Alves *et al.*, 2022). O vínculo familiar e materno-fetal promove efeitos positivos que favorecerem a aceitação da maternidade e a ligação pós-natal no mesmos desde a gestação (Silva, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda boas práticas de atendimento obstétrico em todas as etapas vividas pela mulher. Dito de outro modo, cada uma das etapas deve realizada criteriosamente pelos profissionais de saúde (Brasil, 2017; World Health Organization, 2022).

O período gravídico puerperal é um evento carregado de intensos sentimentos. É considerado período de crises construtivas, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos, e provocar transformações pessoais. Para o casal, a maternidade e a paternidade, representam um momento de transição, que leva a mudanças no âmbito biopsicossocial para a família do recém-nascido (RN). Nessa transição de tornar-se pais, são estabelecidos novos vínculos familiares bem como reestrutura da intercomunicação familiar (Fallon *et al.*, 2021; Alves *et al.*, 2022; Deave *et al.*, 2008).

Durante a gestação, as atenções estão voltadas para o binômio mãe-filho, principalmente

se a gravidez foi desejada. Após o nascimento, na maioria das vezes, a atenção à mulher é esquecida, sendo esta dirigida exclusivamente ao recém-nascido. Desta forma, o pós-parto é uma fase na qual a mulher necessita de atenção e apoio, por parte dos familiares, amigos e de profissionais de saúde (Eduardo *et al.*, 2016; Da Silva Moreira, 2025).

Puerpério, ou também denominado período pós-parto, compreende o período do ciclo gravídico puerperal em que as modificações locais e sistêmicas imprimidas pela gravidez no organismo materno, retornam ao estado pré-gravídico, ou seja, dos efeitos acarretados pela gestação em diversos órgãos maternos. Concomitante a este período, tem início o efetivo exercício da maternidade, a mulher passa a experimentar profundas modificações hormonais, genitais, ciclo circadiano e psíquicas, com gradativo retorno ao período não gravídico (Neme, 1986; Benzecry, Oliveira & Lemgru, 2001; Zugaib, 2023; Faria, *et al.*, 2024)

A maternidade é considerada como uma condição inerente à mulher. Entretanto, o fato de tornar-se mãe envolvem novos aprendizados, habilidades e competências, em contextos sociais que muitas vezes não são favoráveis. O acompanhamento feito por equipe integrada por profissionais com formação diversa, ou seja, interdisciplinar é importante para maior amplitude dos aspectos avaliados (Simas; Souza; Scorsolini-Comin, 2013; De Souza *et al.* 2023).

Vokaer (1955), conceitua puerpério como o intervalo que transcorre depois do nascimento, durante o qual as alterações anatômicas e fisiológicas maternas induzidas pela gravidez retornam a seu estado original. É subdividido em três etapas: puerpério imediato, puerpério tardio e remoto. No que se refere ao espaço de tempo que é compreendido o puerpério, classicamente atendendo as ideias do autor acima citado, Neme (1986), caracteriza o puerpério imediato como período que se inicia após a dequitação placentária e se estende até o 10º dia pós-parto; puerpério tardio que tem início no 11º dia e se estende até o 45º dia; e remoto, é o que segue após o 46º dia de pós-parto à completa recuperação das alterações imprimidas pela gestação e a volta dos ciclos menstruais ovulatórios normais (Vokaer, 1955; Neme, 1986; Silva; Krebs, 2021).

Quanto ao término do período puerperal, este não tem sido uniforme, no que tange ao seu final, não tem sido uniforme o conceito, conforme autores clássicos. Para alguns, o retorno ao estado pré-gravídico, levaria oito meses a um ano, e só então a mulher estaria apta para engravidar, mesmo quando lactando. Para outros, o término natural da lactação ou retorno das menstruações marcaria até o final do puerpério. O fim do puerpério até a sexta semana após o parto, concordando com o conceito popular que atribui quarenta dias para o chamado resguardo

puerperal (Cunningham, 2016).

No entanto, Zugaib (2023) considera de modo diferente. Devido ao fato de nem todos os sistemas do corpo da mulher retornarem à condição primitiva ou pré-gravídica até o término da sexta semana, propõe protelaram o final do puerpério para até 12 meses após o parto.

A OMS (2022), no documento *World mental health report*, confirma que a fase de construção da família (gestação e pós-parto) é um momento de risco significativo para a saúde mental. Também, pesquisadoras discutem que os primeiros dias após a chegada do recém-nascido, a família prova de intensas emoções. Ainda, este momento para a mãe, a realidade do feto intrauterino, muitas vezes, não corresponde à realidade enfrentada com a chegada do bebê, sendo difícil esta fase de transição de tornar-se mãe (Suassuna, 2020).

Entretanto, a Associação Americana de Psiquiatria, por meio do Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais, o DSM-5-TR (APA, 2022/2023) deixa em nota que apesar dos critérios diagnósticos da DPP estarem mais predominantemente nas primeiras quatro semanas do puerpério, estes sinais clínicos podem ter início meses após o parto. Mulheres com características diagnósticas de DPP podem ou não apresentar transtornos psicóticos. Frequentemente apresentam ansiedade grave, e podem ainda vivenciar ataques de pânico. Episódios de humor depressivo maior no puerpério, como os de características psicóticas que acometem de 1 em 1.000 partos e neste quadro a mulher pode apresentar neste acometimento delírios e alucinações (APA, 2022/2023).

Apesar de não se conhecer a etiologia da DPP, acredita-se que fatores hormonais, hereditários e ambientais também estejam envolvidos no desencadeamento do transtorno. Partindo deste pressuposto, deve-se além dos fatores biológicos, considerar aspectos culturais, étnicos e socioeconômicos que podem contribuir tanto para a gênese e manutenção dos quadros de DPP (Camacho *et al*, 2006; Menezes; Pellenz, 2012; Menezes *et al*, 2009; Eloi & Muner, 2024). Ainda não existe consenso entre autores, no que diz respeito ao período que é considerado como depressão pós-parto: alguns afirmam que o início da DPP, pode ocorrer logo após o nascimento do bebê e ainda após quatro semanas após o nascimento (Menezes; Pellenz, 2012; Faria *et al.*, 2024).

Freitas (2025) contextualiza que a diferença dos transtornos emocionais puerperais reside na intensidade o *baby blues* apresenta sintomas leves como oscilações de humor e choro frequente, a DPP envolve tristeza profunda, anedonia (perda de interesse), fadiga crônica e sentimentos de culpa ou inadequação. Nesta perspectiva, discute-se a relação entre depressão

maternal ao apoio social, uma vez que a ausência de suporte do parceiro e de familiares é fator crítico para a saúde mental materna. Para o autor, o apoio do companheiro, dos familiares e de amigos é importante fator protetor para desenvolvimento da DPP.

Os estados emocionais de tristeza pós-parto, também conhecida como *baby blues*, é uma alteração do estado de ânimo leve e transitória que afeta entre 60% e 85% das mães internacionalmente. Esta condição manifesta-se nos primeiros dias após o parto, com pico entre o terceiro e o quinto dia, e apresenta uma duração máxima de duas semanas. Caracteriza-se por problemas como irritabilidade, ansiedade, choro e instabilidade emocional que não incapacitam a mulher de cuidar do bebê ou realizar suas atividades. Em contrapartida, a DPP é descrita como uma evolução mais severa e complexa, cujos problemas comportamentais surgem no primeiro mês e podem persistir por até um ano. Diferente da melancolia passageira, a DPP envolve sentimentos de desesperança, fadiga extrema, desinteresse por atividades cotidianas e uma acentuada dificuldade em estabelecer vínculos afetivos com o recém-nascido, exigindo obrigatoriamente intervenção especializada de psicólogos ou psiquiatras (Olivos & Vera, 2026).

No modelo do Reino Unido para detecção precoce da DPP, o enfermeiro, realiza visitas domiciliares rotineiramente, e selecionam todas as novas mães para avaliar o risco para depressão e fornecem tratamento domiciliar para qualquer mulher identificada como leve a moderadamente deprimida, esta triagem é feita através da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS). Às essas novas mães deprimidas são então oferecidas uma intervenção chamada “Visita de Escuta” *Listening Visit* (Segre, 2022).

Nesta perspectiva, autores discutem que ainda é evidenciada a presença de barreiras de acesso aos serviços de saúde para mães deprimidas. Existem estímulos governamentais para a detecção precoce da DPP, preconizando uma triagem universal na atenção primária, de modo que a escala seja aplicada por profissionais de enfermagem no acompanhamento das mulheres durante o pós-parto, entretanto, os índices de tratamento continuam sendo baixos e insuficientes (Segre *et al.*, 2022; Teixeira *et al.*, 2021).

Assim, a equipe de enfermagem integra o grupo de profissionais que permanecem a maior parte do tempo em contato direto com o paciente, possibilitando o uso de instrumentos específicos que podem facilitar a identificação dos sintomas de DPP. Ainda se ressalta que a detecção precoce da DPP poderia ser realizada através da prevenção primária e secundária de saúde, nas unidades básicas de saúde e maternidades, com acompanhamento contínuo destas mães no período pós-parto. Pode-se dizer que a implementação do presente estudo contribua para o preenchimento de

lacuna acerca de tais informações (Alcântara *et al.*, 2023; Machado *et al.*, 2022).

A maioria dos estudos publicados, tendem a encontrar os fatores associados a DPP em mulheres no período puerperal com o estabelecimento do risco para o agravo (Muller *et al.*, 2021). Entretanto, há poucos estudos que realizam análise qualitativa da narrativa de mulheres com escore elevado para o desenvolvimento de DPP, identificado pela Escala de Depressão Pós-Parto de *Edinburgh*, instrumento validado para uso por profissionais de saúde (Cox, Holden & Sagovsky, 1987; Santos, Martins & Pasquali, 1999; Silva & Piccinini, 2009).

Diante do exposto passou-se a questionar, quais as especificidades vividas por mulheres que apresentam *score* de risco para Depressão Pós-Parto?

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de conhecer as narrativas de mulheres com escore de risco para Depressão Pós-Parto, segundo a Escala de Depressão Pós-Parto de *Edinburgh*. O conhecimento possibilita maior identificação da linha tênue entre o comportamento-problema e o fisiológico. A capacitação adequada do profissional é imprescindível, para que seja capaz de identificar as modificações fisiológicas, e as alterações que indicam uma condição comportamental atípica. Isso favorece a melhoria da assistência prestada às gestantes e puérperas para além dos aspectos físicos, ou seja, ampliará a visão para fatores psicológicos e os transtornos comportamentais envolvidos durante a fase de gestação, parto e puerpério.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, embasado no referencial teórico das representações sociais. As puérperas foram localizadas em uma das salas de vacinação de cada um dos sete Distritos Sanitários de Goiânia, Estado de Goiás. Todas as mulheres abordadas concordaram em participar da pesquisa, num total de 286, para as quais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi ofertado para leitura e assinatura, após sanadas eventuais dúvidas.

A escala de *Edinburgh* foi aplicada em sala reservada, e entre aquelas cuja pontuação foi de risco para DPP (igual ou acima de 09), no caso 40 puérperas, participaram de sorteio aleatório para seleção de 25% (n=10) das participantes com escore ≥ 9 , das quais duas delas não aceitaram participar da segunda etapa, que se deu com a realização de entrevista aberta em profundidade com oito participantes, iniciada pelo questionamento, *como tem sido a sua vida após o parto?*

Para dar prosseguimento ao diálogo, foram ser feitas perguntas do tipo: fale um pouco mais sobre isso? Pode explicar melhor?

Com a autorização da participante, o registro de seus relatos foi feito com uso gravador. Após a entrevista, procedeu-se a transcrição na íntegra das gravações em único *corpus*. O material foi submetido ao *software* ALCESTE (Análise Lexical de um Conjunto de Segmentos de Textos) versão 4.0, o qual se constitui como ferramenta computadorizada utilizada para análise textual, a partir de uma grande quantidade de análises estatísticas que se adequam à análise de discurso, feita a partir da distribuição de vocabulário em texto escrito.

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) é uma modalidade da técnica de análise computacional que classifica os segmentos de texto conforme os seus respectivos vocabulários, a partir da divisão do *corpus* em classes, com base na frequência das formas reduzidas. Tal análise, propõe obter classes de Unidade de Contexto Elementares (UCE), que apresentam vocabulário semelhante entre si e os vocabulários diferentes das das outras classes (Kronberger; Wagner, 2002; Azevedo; Costa; Miranda, 2013; Camargo, 2013; Reinert, 1990).

As respostas ou falas das entrevistadas representativas de cada classe estão identificadas com a letra “E”, seguido do número de participação de cada uma. A pesquisa tem Parecer de Aprovação N° 1.945.727.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segue uma breve caracterização das oito entrevistadas com escore de risco para DPP, segundo a escala de escala de *Edinburgh*:

Tabela 1 Síntese da Narrativa Individual das Entrevistadas

E1
Participante parda, idade entre 30 – 39 anos, cursou ensino médio, trabalhava como diarista, casada, renda familiar maior que um salário e menor que dois. Primípara, no 6º dia de pós cesariana. Referiu que a gravidez não foi planejada, entretanto, quando foi diagnosticada gestante, ficou feliz e aceitou a gestação, com total apoio do marido desde a gestação. Disse ter realizado quatro consultas de pré-natal. Relatou também que na família já aconteceram casos de depressão, entretanto, depressão pós-parto nunca soube de casos. Referiu que o marido auxilia nos cuidados com o bebê.
E2
Participante parda, faixa etária entre 20 – 29 anos, cursou ensino médio, trabalhava como vendedora, como situação conjugal união estável, renda familiar de maior que um salário mínimo e menor que dois. Primípara, 13º dia pós-parto, disse que a gestação que não foi planejada, mas que ao se descobrir grávida, desejou desde o início ter o bebê. Realizou sete consultas de pré-natal, foi apoiada pelo marido na gestação e parto, e contava com a ajuda da mãe nas atividades de cuidar do bebê. Relatou que na família nunca teve casos de depressão ou depressão pós-parto.
E3

Puérpera de raça branca, na faixa etária entre 10 – 19 anos, cursa o ensino fundamental. A renda da família de um salário-mínimo. Primípara, cuja gestação foi de gemelar, estava no 15º dia pós-parto normal quando entrevistada. A gravidez não foi planejada, sequer desejada, entretanto, apesar de não estar com o parceiro, foi apoiada por ele na gestação e parto. Realizou 5 consultas de pré-natal. Disse também, não haver relatos na família de depressão, bem como, depressão pós-parto, e que contava com a ajuda da mãe e da irmã nos cuidados com as filhas.
E4 Participante branca, com faixa etária entre 20 – 29 anos, solteira, cursou ensino médio, trabalhava como vendedora, tem renda familiar em mais de dois salários mínimos. Primípara, 14º dia pós-parto normal, gestação não planejada, sequer desejada, contudo, foi apoiada pelo parceiro na gestação e parto. Referiu receber pouca ajuda da sogra nos cuidados com o bebê. Mencionou que membros da família já foram diagnosticados com depressão, todavia, negou haver mulheres da família com histórico depressão pós-parto.
E5 Participante parda, faixa etária entre 20 – 29 anos, cursou ensino médio, atuava como vendedora, em união estável com o companheiro, renda familiar acima de um salário mínimo e menor que dois. Secundípara pós-cesariana, 120 dias de puerpério. A gestação não foi planejada, contudo desejada, diz ter sido apoiada pelo parceiro na gestação, parto, e que o parceiro a ajudou no período noturno nos cuidados com a criança, quando chegava do trabalho. Referiu ter realizado sete consultas de pré-natal. Declarou que nenhuma mulher do ciclo familiar foi diagnosticada com depressão ou DPP.
E6 Participante parda, faixa etária entre 20 – 29 anos, cursou ensino médio, união estável, trabalhava como vendedora, renda familiar menor que um salário-mínimo. Primípara, 51 dias pós-cesariana, mencionou ter feito nove consultas de pré-natal, gestação planejada e desejada, apoio do parceiro na gestação e parto. No pós-parto, disse não ter sido apoiada por ninguém, sequer recebeu apoio nos cuidados com o bebê. Descreveu que familiares já foram diagnosticados com depressão, assim como DPP.
E7 Participante negra, faixa etária entre 20 – 29 anos, cursou ensino fundamental, união estável, trabalhava em serviços gerais de higienização, renda familiar menor que um salário-mínimo. Primípara, no 30º dia pós-cesárea. A gestação não foi planejada nem mesmo desejada, contudo, teve apoio do parceiro na gestação e parto. Compareceu há nove consultas de pré-natal. No momento, contava com o apoio da irmã nos cuidados com o bebê. Mencionou que no âmbito familiar não há relatos de caso de depressão e DPP.
E8 Participante parda, faixa etária entre 20 – 29 anos, cursou ensino médio, união estável, trabalhava como vendedora, renda familiar maior que um salário-mínimo e menor que dois. Puérpera no 14º dia pós-cesariana este é seu quarto filho, cuja gravidez foi planejada e desejada. Diz ter sido apoiada pelo parceiro na gestação e parto. Disse também que realizou mais de seis consultas de pré-natal. No contexto familiar, já houve casos de depressão na família, bem como, depressão puerperal. Referiu que o parceiro a ajudou muito nos cuidados com o recém-nascido.

Fonte: Autores

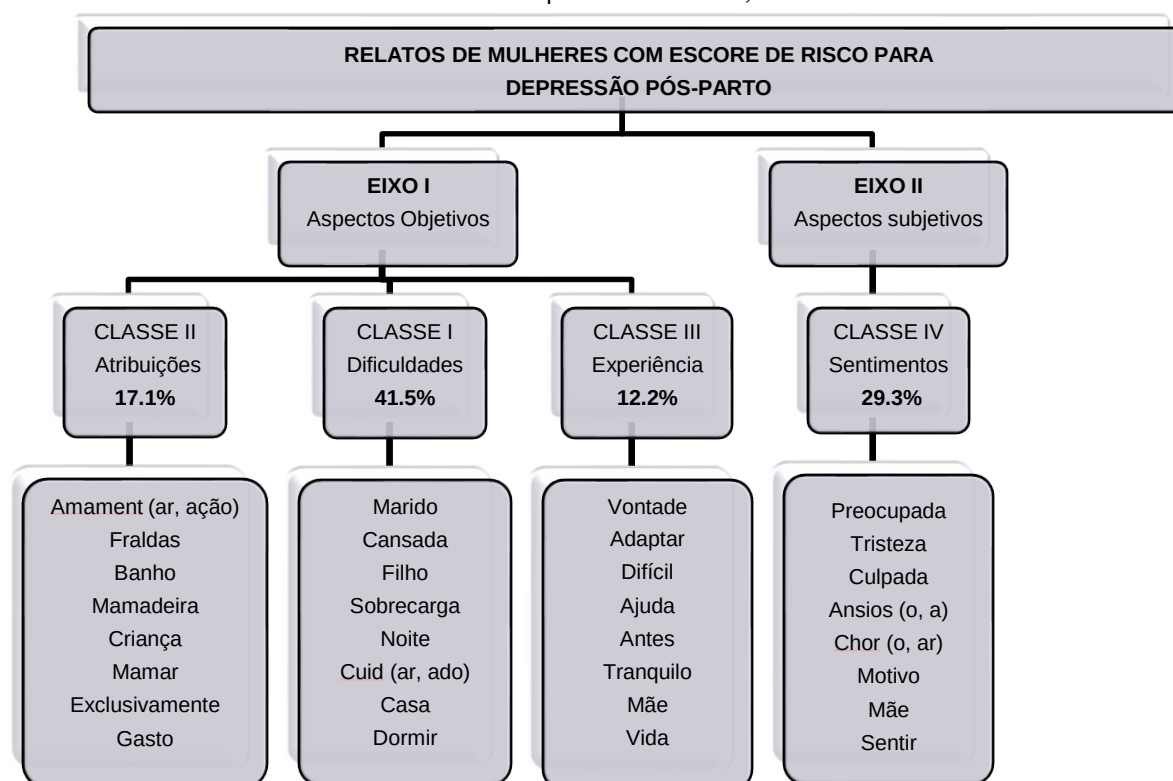
Ao comparar o perfil das participantes deste estudo com o descrito pela literatura como mais vulnerável ao desenvolvimento da DPP, observa-se convergência entre diversos fatores de risco reconhecidos. Parte das participantes apresenta aspecto amplamente descrito na literatura como importante fator predisponente ao adoecimento psíquico materno, qual seja, antecedentes familiares de depressão e depressão pós-parto (Daniel *et al.*, 2023). Também, foram verificados fatores como a baixa escolaridade, gestação não planejada, idade jovem e fragilidade da rede de apoio associados à maior vulnerabilidade para DPP (Amer *et al.*, 2024).

Por outro lado, alguns elementos identificados nos relatos podem atuar como fatores

protetivos, tais como o apoio do parceiro, auxílio de familiares nos cuidados com o bebê e a realização adequada do pré-natal (Cunha, 2025). Dessa forma, o perfil das participantes evidencia a coexistência de fatores de risco e proteção, reforçando a necessidade de acompanhamento integral e contínuo da saúde mental materna no contexto da atenção pré-natal e puerperal.

O *corpus* contendo as entrevistas processado no *software* ALCESTE, gerou o Dendograma a seguir apresentado (Figura 1).

Figura 1 – Dendograma da classificação hierárquica descendente do material textual referido por mulheres com escore de risco para DPP. Goiânia, 2020.



Fonte: elaboração própria, com base no processamento do *corpus* pelo *software* ALCESTE.

Conforme a aglomeração processada pelo ALCESTE, identifica-se no dendograma, 2 eixos e 4 classes. O eixo I identificado como Aspectos Objetivos, condensa a maior parte do conteúdo emitido nas entrevistas, pouco mais de 70%, possui 3 classes, I, II e III, denominadas, respectivamente, como dificuldades, atribuições e experiências. O eixo II foi denominado aspectos subjetivos, possui a classe IV identificada como sentimentos. Para fins de registro, explicita-se que o título de cada uma das classes foi atribuído com base nas palavras de maior associação identificadas, após análise do texto completo.

A classe I, com 41.5% das narrativas, é constituída em torno de oito elementos

significativos, correlacionados às dificuldades enfrentadas nas atividades decorrentes da maternidade: ‘marido’, ‘cansada’, ‘filho’, ‘sobrecarga’, ‘noite’, ‘cuid (ar, ado)’, ‘casa’, ‘dormir’.

Com relação aos contextos selecionados na classe I, sobre o cansaço em razão das dificuldades enfrentadas com a mudança de rotina após o nascimento do filho, aparecem nos trechos a seguir:

As vezes eu fico **cansada** de levantar a noite e cuidar do bebê durante o dia também (E5).

[...] tá uma correria, eu trabalho e trago o meu **filho** comigo... a rotina está mais cansativa (E6).

Outro contexto identificado, foi o relato do importante fato de estarem sendo apoiadas por outras pessoas (marido, mãe) nas atividades de cuidar da criança:

[...] está tudo bem, meu marido tem me ajudado a **cuidar** do bebê (E1).

[...] tenho a ajuda da minha mãe para **cuidar** do meu filho, pois sozinha estava muito difícil (E2).

Meu **marido** que dá banho no neném, troca fraldas e faz o bebê **dormir** (E8).

De outra forma, na fala das entrevistadas, a relativa falta de apoio nos cuidados com a casa e com o filho a deixa sobrecarregada:

Meu marido me ajuda nos cuidados com a casa e com nosso filho somente à **noite**, quando ele chega do trabalho (E5).

[...] tem momentos que me sinto **sobrecarregada** demais, porque querendo ou não, o pai nem sempre ajuda, pega só um pouco (E3).

A classe II, “atribuições” com 17.1%, cujas palavras de maior associação apontam para as atribuições de ser mãe, relatadas pelas entrevistadas. Evidenciam-se oito palavras, quais sejam: ‘amament (ar, ação)’, ‘fraldas’, ‘banho’, ‘mamadeira’, ‘criança’, ‘mamar’ ‘exclusivamente’, ‘gasto’.

Conforme é possível identificar nos relatos das entrevistadas, que descrevem atividades exclusivas da mãe nos cuidados com o recém-nascido:

[...] minha sogra me ajuda a cuidar do neném...ela fica com ele um pouco, brinca, mas dar banho e trocar as **fraldas** só eu mesma (E3).

[...] quem cuida mais do neném é meu marido, ele dá banho, troca fraldas, fica com ele

para dormir, mas eu que amamento no seio (E8).

Diante das novas atribuições desta nova fase da vivência materna, após a chegada do filho, as entrevistadas relataram sobre o aumento da necessidade da renda familiar, visto que com a chegada do filho, os gastos aumentaram:

[...] agora a renda tem que aumentar...meu marido me ajuda com o financeiro, mas mesmo assim o gasto financeiro aumenta muito com a **criança** com fralda e leite (E7).
[...]só meu esposo está trabalhando e o bebê também **gasta** muito (entrevistada E5).

Ainda neste contexto, a participante narrou sobre o esforço para amamentar no seio materno, insistindo para manter a amamentação exclusiva e a desistência por optar pelo seio e oferecer mamadeira com leite de fórmula:

[...] O bebê deixou de amamentar **exclusivamente** ao seio, eu insisti, mas quando eu percebia que não ia mamar, eu oferecia **mamadeira** (E4).

A classe III organiza-se em torno das experiências vividas pela mulher após tornar-se mãe, descritas por oito elementos que contextualizam os discursos, a saber: ‘vontade’, ‘adaptar’, ‘difícil’, ‘ajuda’, ‘antes’, ‘tranquilo’, ‘mãe’, ‘vida’.

Com relação a adaptação à vida materna, algumas demonstram estar tranquilas e outras, que estava difícil:

[...] Está mais **tranquilo** cuidar dos bebês que são gêmeos,. Pois conto com a **ajuda** de minha **mãe** e minhas irmãs (E3).
[...] estou tentando conciliar as atividades de ser mãe, dona de casa e o trabalho, estava bem **difícil**, mas agora está melhorando para adaptar (E6).

Ainda nesta classe, ficou evidenciada a experiência de vida após o parto, bem como a mudanças na rotina após o parto:

Não estou nada bem, não tenho vontade de fazer nada, não me sinto bem, só tenho **vontade** de ficar em casa (E4).
[...] está tudo bem, mas muita coisa muda na **vida** após o nascimento do filho, a gente não tem mais liberdade para nada, como eu tinha **antes**, como por exemplo arrumar os cabelos. Já até senti vontade de pedir **ajuda**, mas para eu procurar atendimento fica caro (E5).

Considerando as mudanças de vida após a maternidade, a necessidade de pedir ajuda

profissional é percebida, mas considerada inviável:

[...] já até senti vontade de pedir **ajuda**, mas para eu procurar atendimento fica caro (E5).

Na classe IV são expressos os sentimentos vividos pela mulher após o parto, organizados em oito elementos: ‘preocupada’, ‘tristeza’, ‘culpada’, ‘ansios (o, a)’, ‘chor (o, ar)’, ‘motivo’, ‘mãe’, ‘sentir’.

Nas narrativas obtidas, identifica-se que o sentimento materno de sobrecarga remete à responsabilidade de tornar-se mãe, evidenciado nas frases abaixo:

Às vezes, tenho preocupações que eu não sei responder o motivo (E1).

[...] Pois me sinto abalada depois do nascimento do meu filho [...] em alguns momentos me sinto estressada, e as vezes choro (E5).

[...] como foi uma gravidez não planejada e eu não esperava, fiquei muito preocupada e assustada (E4).

[...] antes eu cheguei a me sentir culpada, pois cuidar do bebê sozinha estava muito difícil [...] (E2).

[...] Ao chegar lá na casa da minha sogra, rapidamente senti um desespero, uma tristeza, fiquei ansiosa e com vontade de ir embora [...] (E4).

Há alguns dias atrás estava desorganizada minha vida, mas agora estou adaptando à esta nova fase de ser mãe (E6).

Correlacionando o estudo de Souza (2015) aos resultados da classe II, no que se refere as atribuições de ser mãe ela entende, por meio da cultura familiar e/ou popular, que se deve ter disponibilidade absoluta e que deve priorizar ser responsável por todas as atividades que envolvem o bem-estar do filho. Assim, as atribuições relativas à higienização, amamentação e demais cuidados com a criança se tornem culturalmente habilidades restritas à mãe.

No caso de puérpera classificada com sintomas moderados da DPP, deve-se considerar a existência da amamentação mista, muitas vezes relacionada à desmotivação por amamentar a criança (Souza, 2015; Alcântara, 2023). No que refere à atribuição materna de amamentar exclusivamente ao seio, discute-se que a DPP torna desfavorável, se relacionada ao aleitamento materno na duração da mamada, ainda favorecendo ao desmame precoce do recém-nascido. Outro dado importante, é que a DPP pode acarretar ausência do aleitamento materno exclusivo (Abuchaim *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2017).

Entretanto, existe uma relação positiva, entre amamentação e qualidade de vida deve ser

considerada como um benefício adicional para a saúde da mãe em curto prazo, fortalecendo inclusive o vínculo materno no binômio mãe-filho. Para psicanalistas, atitudes, ações, reações e emoções maternas, conscientes ou inconscientes, influenciam diretamente o desenvolvimento psíquico do recém-nascido (Sá *et al.*, 2016; Triviño-Juárez *et al.*, 2016).

Destaca-se, a importância do envolvimento do pai com o bebê, principalmente se tratando de mães com DPP. Assim, sugere-se que o pai seja incluído nos cuidados com a criança, visto que habitualmente são realizados só pela mãe. A inclusão paterna via beneficiar tanto o recém-nascido quanto promover a interação da mãe com o bebê (Silva, 2023).

É importante destacar também, que todo o contexto das atribuições e cuidados com o bebê, relatadas pelas mães, geram maiores gastos na família para suprimentos para a criança está diretamente relacionado à baixa renda familiar (Organização Mundial da Saúde, 2022).

A classe I mostra que mulheres com escore de risco para DPP, enfrentam dificuldades de adaptação após a chegada do bebê. Para Silva e Krebs (2021), fica evidente que o apoio do parceiro ou a falta dele, o sentimento de cansaço da mulher com as atividades de cuidar da criança faz com que a mãe se sinta sobrecarregada.

Entende-se que após o nascimento, a puérpera passa por adaptações físicas, sociais psicológicas e o suporte recebido deve ser diferenciado daquele recebido durante a gravidez. Após o parto, ela precisa de ajuda física e apoio, atenção e valorização por parte dos familiares, principalmente do parceiro. É importante incluir o pai nos cuidados, com a finalidade de beneficiar mãe e filho.

Para Teixeira (2021), o apoio físico e valorização emocional do núcleo familiar desde a gestação é um fator protetor para DPP. A presença de uma rede de apoio sólida e o suporte social estabelecido desde o pré-natal funcionam como fatores protetores cruciais, minimizando os riscos de sofrimento psíquico e auxiliando na adaptação emocional da nova mãe frente aos desafios da parentalidade.

As puérperas, nesta classe, referiram que a falta de tempo para dormir à noite, visto que tem que amamentar a criança, é uma realidade antes não considerada. Antes do bebê nascer, elas idealizam uma criança calma, que não chora, a partir do momento que ela enfrenta noites mal dormidas, isso se torna um enfrentamento para a mulher no pós-parto (Silva *et al.*, 2023).

Também, afirmaram que além da atribuição dos cuidados com a criança, ela se vê como responsável pelas atividades dos cuidados com a casa e com o marido, promovendo uma reformulação do papel social dessa recém mãe. Após o parto, a mulher assume os cuidados com

a criança e, geralmente, reassume as atividades domésticas. Neste momento, a mãe prioriza atividades e cuidados relacionados ao filho, em detrimento dos cuidados com ela mesma (Alcântara *et al.*, 2023; Olivos & Vera 2026).

O contexto das palavras que aparecem na classe III, se referem as experiências vividas pela mulher após tornar-se mãe. Resulta em um momento repleto de novas adaptações na rotina da mãe e da família, que busca novas maneiras em querer apoiar a mãe (Medina *et al.*, 2024; Andrade *et al.*, 2024). A mãe atribui os momentos de adaptação e a necessidade de ajuda para as atividades cotidianas, a momentos de dificuldade. A vida após da chegada do bebê traz novas experiências, e o apoio social torna-se imprescindível neste novo momento em que a mulher assume a maternidade (Roncallo *et al.*, 2014; Santos *et al.*, 2023).

Do ponto de vista de atenção à saúde materna, os sentimentos vivenciados pelas puérperas devem ser tratados com muito critério. A preocupação da mãe com a criança, a culpa por não estar conseguindo executar todas as atividades que teoricamente são atribuídas a ela pode levá-la a se recriminar, por não corresponder às expectativas que outras mães conseguem (Sousa *et al.*, 2024; Dias e Lima, *et al.*, 2025). No puerpério, todo profissional deve avaliar o sentimento de tristeza e a presença de choro fácil, pois entende-se que o período é de grande vulnerabilidade.

O pós-parto é amplamente caracterizado por uma variedade de emoções decorrentes da transição do humor, sendo o choro sem motivo e a ansiedade são evidenciados (Meirelles, 2022) e verificados no presente estudo.

A identificação precocemente da ocorrência de sintomas de DPP possibilitará a adoção de intervenções rápidas e a prevenção de consequências maiores (Andrade *et al.*, 2017, Paiva, Rocha e Khouri, 2024).

Jackson *et al.* (2024), discute que por mais contraditório que possa parecer, as mães podem apresentar tristeza, ansiedade e até sintomas psicóticos em vez da mais serena felicidade após a chegada do filho. A puérpera expressa sentimentos aguçados, em virtude do choque e desapontamento com a realidade. Não provar de toda a emoção e felicidade, comumente preestabelecida desde as brincadeiras de infância, na mídia e nas histórias das outras mães do seu convívio, pode ser uma experiência silenciosamente dolorosa e gerar sentimentos de inadequação, culpa e solidão, ao perceber que a experiência não corresponde ao ideal romantizado da maternidade.

Cabe ressaltar que a partir que a pessoa se torna pai e mãe, este momento se destaca significativamente, se comparado a qualquer outra transição ao longo da vida. A chegada de um

novo ser, requer mudanças nos hábitos, pessoais e familiares, para atender ao novo integrante, que é totalmente dependente dos pais. Estudos mostram ainda, que a DPP pode gerar impacto, a curto, médio e longo prazos na vida das mulheres, que podem refletir efeitos negativos em sua rede social, mas principalmente na relação com o filho (Meirelles, 2022).

Portanto, destaca-se que existem fatores que protegem o aparecimento de eventuais consequências negativas da DPP sobre o desenvolvimento da criança. A rede de apoio existente formada por familiares, companheiro, bem como, de uma equipe multidisciplinar de saúde, pode dar o suporte necessário, de forma que contribuam com os cuidados diários e direcione o atendimento de modo precoce para o enfrentamento de eventuais episódios de DPP (Oliveira *et al.*, 2024).

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo suscitam reflexões relevantes acerca da necessidade de maior aprofundamento do olhar direcionado à DPP. Considerando os indicadores de risco identificados, reafirma-se a magnitude desse agravo como expressão de fragilidades na assistência à saúde pública, o que demanda reconhecer as adaptações do corpo físico e psicoemocional vivenciadas no período gravídico puerperal como potenciais fatores para desencadear sofrimento mental.

Os estados emocionais de tristeza e o choro sem motivo evidente, a sensação de culpa e ansiedade descritos pelas participantes estão diretamente relacionados com escore de risco para DPP. Outras situações de vulnerabilidade como sobrecarga de responsabilidades, fragilidade da rede de apoio, o cansaço das atividades de cuidar do filho e expectativas idealizadas sobre a maternidade, também impactam negativamente o bem-estar materno, o vínculo mãe-bebê e a dinâmica familiar.

A experiência materna requer adaptações para a vivência dessa nova fase da vida. No cenário, destaca-se a existência de rede de apoio nessa nova vida iniciada após tornar-se mãe integrada por membros familiares e amigos.

Portanto, evidencia-se a necessidade de implementação de ações de educação permanente voltadas aos profissionais de saúde que atuam na atenção ao período gravídico-puerperal, com foco na qualificação das práticas assistenciais e na sensibilização para a identificação precoce de sintomas relacionados à DPP, com vistas a uma abordagem clínica mais estratégica, integral e resolutive no cuidado à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

- ALCANTARA, P. P. T. de; BEZERRA, J. I. A.; SIEBRA, I. R.; MOREIRA, M. R. L.; SILVA, A. K. A. da; FEITOSA, F. E. A.; et al. **Assistência de enfermagem diante do diagnóstico precoce da depressão pós-parto**. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 98, n. 1, e024245, 2024. DOI: 10.31011/reaid-2024-v.98-n.1-art.1959. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/revista/article/view/1959>. Acesso em: 9 mar. 2026.
- ALVES, A. C. S.; . **Fatores relacionados ao vínculo materno no período pós-parto**. Revista de Saúde Pública, v. 56, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/>. Acesso em: 9 mar. 2026.
- AMER, S. A.; ZAITOUN, N. A.; ABDELSALAM, H. A.; ABBAS, A.; RAMADAN, M. S.; AYAL, H. M.; BA-GAIS, S. E. A.; BASHA, N. M.; ALLAHHAM, A.; AGYENIM, E. B.; AL-SHROBY, W. A. **Exploring predictors and prevalence of postpartum depression among mothers: multinational study**. BMC Public Health, v. 24, n. 1, p. 1308, 2024. DOI: 10.1186/s12889-024-18502-0. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-18502-0>. Acesso em: 19 ago. 2026.
- ANDRADE, M.; DEMITTO, M. de O.; DELL AGNOLO, C. M.; TORRES, M. M.; CARVALHO, M. D. de B.; PELLOSO, S. M. **Tristeza materna em puérperas e fatores associados**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, n. 18, 2017. DOI: 10.19131/rpesm.0186. Disponível em: https://scielo.pt/scielo.php?pid=S1647-21602017000300002&script=sci_arttext. Acesso em: 28 ago. 2026.
- ANDRADE, B. G. S. de; MELO, A. K. R.; SOLDERA, P. de F. **Assistência de enfermagem na saúde mental da puérpera na atenção básica**. Revista Foco, v. 17, n. 5, e5123, 2024. DOI: 10.54751/revistafoco.v17n5-082. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/5123>. Acesso em: 31 ago. 2026
- ANDRADE, C. de J.; BENINCASA, M.; BACCELLI, S. M. **O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana**. Revista do NESME, v. 14, p. 1–13, 2017. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902017000100004. Acesso em: 10 dez. 2025.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. rev. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2022/2023.
- AZEVEDO, D. M. de; COSTA, R. K. de S.; MIRANDA, F. A. N. de. **Uso do Alceste na análise de dados qualitativos: contribuições na pesquisa em enfermagem**. Revista de Enfermagem UFPE On Line, Recife, v. 7, n. esp., p. 5015–5022, 2013. DOI: 10.5205/reuol.4700-39563-1-ED.0707esp201326. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/download/11764/14084/27898>. Acesso em: 3 mar. 2026.
- BALLESTEROS, O. C. F.; ARIZA, V. R. A.. **Cuidado de enfermería en “baby blues” y “maternity blues”: una revisión de la literatura**. Presencia, v. 22, e15787, 2026. Disponível em: <https://ciberindex.com/p/p/e15787>. Acesso em: 19 ago. 2026.

BARONI, S. F.; E, S. L. V.; FABIO, S.. **Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas**. Psicologia: Teoria e Prática, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 19–34, abr. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000100002. Acesso em: 28 ago. 2026.

BENZECRY, R.; OLIVEIRA, H. C. de; LEMGRUBER, I. Tratado de obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

BRASIL. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/>. Acesso em: 2 mar. 2026.

BUSSAMARA, N.. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 1986.

CAMACHO, R. S.; CANTINELLI, F. S.; RIBEIRO, C. S.; CANTILINO, A.; GONSALES, B. K.; BRAGUITTONI, E.; RENNÓ JÚNIOR, J. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento**. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 33, n. 2, p. 92–102, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/thPtpV468Ff9sQSqd7VcxRt/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2026.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **IRaMuTeQ: um software gratuito para análise de dados textuais**. [S. l.]: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <http://iramuteq.org/>. Acesso em: 11 maio 2026.

CELESTE, S. O. D. E. S.; ANTONIETA, N. A. M.. **Vínculo afetivo materno: processo fundamental à saúde mental**. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, v. 5, n. 1, 2016. DOI 10.17267/2317-3394rpds.v5i1.831. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/831>. Acesso em: 26 ago. 2026

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): instructions for use**. British Journal of Psychiatry, v. 150, n. 3, p. 782–786, 1987. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry>. Acesso em: 17 out. 2025.

COX, J. **Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in non-postnatal women**. Journal of Affective Disorders, v. 39, n. 3, p. 185–189, 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8856422/>. Acesso em: 22 set. 2025.

CUNHA, L. V.; SIQUEIRA, E. O. Q. Z.; AMARAL, M. C.; FRANCO, P. F.; GUERRA, M. L. A.; VIEIRA, H. H. de M.; MAIA, E. C.; AGUIAR, M. G. P. de; MARTINS, E. M. S.; SEIXAS NETO, V. M.; UBIRAJARA, L. D.; BESSA, P. H. C. de; GANDOLFO, C. P.; TAVARES, M. L.; TOLÊDO, H. de C. **A importância do apoio social no período gravídico-puerperal**. Brazilian Journal of One Health, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 655–659, 2025. DOI: 10.70164/bjoh.v2i2.144. Disponível em: <https://brjohealth.com/index.php/ojs/article/view/144>. Acesso em: 26 ago. 2026.

CUNNINGHAM, F. G.; LEVENO, K. J.; BLOOM, S. L.; DASHE, J. S.; HOFFMAN, B. L.; CASEY, B. M.; SPONG, C. Y. **Obstetrícia de Williams**. 24. ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

DA SILVA, C. M. E.; DA SILVA, F. M. R.; GUILHERME, F. L. **Impacto do puerpério na**

saúde mental: a atuação da psicologia nos desafios e estratégias de promoção de saúde no pós-parto. Revista FT, v. 28, n. 139, out. 2024. DOI: 10.69849/revistaft/ar10202410101255. Disponível em: <https://revistaft.com.br/impacto-do-puterperio-na-saude-mental-a-atuacao-da-psicologia-nos-desafios-e-estrategias-de-promocao-de-saude-no-pos-parto/>. Acesso em: 19 ago. 2026.

DA SILVA, M. S. G. B.; LOPES, B. M. N.; BATISTA, F. T. S.; MENDES, A. M. C.; DIAS, G. S. R.; COELHO, S. M.; DA SILVA, G. K. M.; DA SILVA, C. R. P.; DA SILVA, G. K. C.; DEITOS, L. F.; DA, S. C. C.; DE OLIVEIRA, S. M. A.. **O impacto das redes de apoio no pós-parto: uma análise de sua influência na saúde mental da mulher.** ARACÊ, São José dos Pinhais, v. 7, n. 4, p. 18909–18923, 2025. DOI: 10.56238/arev7n4-187.. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/4493>. Acesso em: 28 ago. 2026.

DANIEL, B. D. R.; LIMA, L. S.; OPPENHEIMER, D. **Fatores de risco associados à depressão pós-parto.** Research, Society and Development, [S. l.], v. 12, n. 11, p. e68121143678, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i11.43678. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/43678>. Acesso em: 19 ago. 2026.

DEAVE, T.; JOHNSON, D.; INGRAM, J. **Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood.** BMC Pregnancy and Childbirth, v. 8, n. 30, 2008. DOI: 10.1186/1471-2393-8-30. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-8-30>. Acesso em: 31 ago. 2026..

DAVID, V.; MANUEL, S. D. M.; MAITANE, E.; ENRIQUE, A.; ARITZ, A.; EDUARDO, F.; JESÚS, I.. **Family context assessment in a public health study.** Gaceta Sanitaria, v. 28, n. 5, p. 356–362, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.015>. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.015>. Acesso em: 28 ago. 2026.

DE OLIVEIRA, M. M. G.; DOS, S. C. D.; MILENE, R. T.; DE, S. A. M. F.; DE, A. A. L.; MAIA, F. M. M. D. O.; DE, O. L. C. S.; DE, A. G. M. A.; AIRES, B. S. B. B.; NOGUEIRA, R. B.; NABUCO, M. A.; AGUIAR, P. S. R.; TEÓFILO, P. A. C.; DE, F. S. P.; DE SOUSA, I. A. R.. **O cuidado de enfermagem à mulher com depressão pós-parto na atenção primária à saúde.** Research, Society and Development, v. 11, n. 2, e37911225811, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i2.25811. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25811>. Acesso em: 28 ago. 2026.

DE, M. L. X.; DA COSTA, A. I. A. S.; SILVA, A. R. D. C.. **Sentimentos vivenciados pelas puérperas no pós-parto.** Revista Científica do UBM, v. 24, n. 47, p. 71–88, 2022. Disponível em: <https://revista.ubm.br/index.php/revistacientifica/article/view/1330>. Acesso em: 11 maio 2026.

DIAS, B. S. A.; LIMA, L. V. C. **A idealização da maternidade perfeita e seus impactos na saúde mental das mães contemporâneas: uma revisão integrativa.** Revista Foco, v. 18, n. 10, 2025. Disponível em: <https://research.ebsco.com/>. Acesso em: 11 maio 2026.

DOS, S. S. B. C.; AZEVEDO, M. M. E.. **O impacto da saúde mental de mulheres durante o puerpério.** Revista de Casos e Consultoria, [S. l.], v. 15, n. 1, e32158, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/32158>. Acesso em: 19 ago. 2026.

E, S. L. V.; FABIO, S.. **Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas**. Psicologia: Teoria e Prática, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 19–34, abr. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000100002. Acesso em: 28 ago. 2026.

ELOI, C. C.; MUNER, L. **Depressão materna no puerpério**. Revista Cathedral, v. 6, n. 3, 2024. Disponível em: <https://cathedral-ojs.galoa.net.br/>. Acesso em: 11 maio 2026.

FALLON, V.; GROVE-WHITE, A.; SWIFT, C.; HOGAN, L. K.; OATES, J.; HARROLD, J. A. **The postpartum period: a critical transition for parents and families**. BMC Pregnancy and Childbirth, v. 21, 2021. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/>. Acesso em: 9 mar. 2026.

FARIA, B. S.; OLIVA, A. O.; BOAVENTURA, L. M. **Depressão pós-parto: um estudo geral**. Revista Corpus Hippocraticum, v. 1, n. 1, 2024. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/>. Acesso em: 11 maio 2026.

GONÇALVES, T. M.; DE, C. C. M. S.; MACÊDO, M. J.; FEITOSA, V. J. M. D. M.; MIRANDA, A. F. C.; FERREIRA, J. P. K.. **Deteção precoce da depressão pós-parto**. Journal of Nursing and Health, v. 11, n. 2, 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/07/1281977/3-deteccao-precoce-da-depressao-pos-parto-na-atencao-basica.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2026.

JAQUELINE, M.; MORGANA, C.; DAIANA, B. C.. **Implicações da rede social significativa para a mulher no puerpério**. Boletim - Academia Paulista de Psicologia, São Paulo, v. 43, n. 104, 2023. DOI: 10.5935/2176-3038.20230006. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-711X2023000100051&script=sci_arttext. Acesso em: 28 ago. 2026.

KRONBERGER, N.; WAGNER, W. **Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos**. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (org.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis: Vozes, 2002.

LEANNE, J.; EMILY, O.; JASMIN, H.; RITA, G.; ANISHA, H.. **‘Some Days Are Not a Good Day to Be a Mum’: Exploring Lived Experiences of Guilt and Shame in the Early Postpartum Period**. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, v. 14, n. 12, p. 3019–3038, 2024. DOI: 10.3390/ejihpe14120198. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2254-9625/14/12/198>. Acesso em: 11 maio 2026.

LOPES, M. F.; KASPARY, P. N. L.; DE, L. S. S.; FERNANDA, S.. **Depressão puerperal, no âmbito da saúde pública**. Saúde (Santa Maria), Santa Maria, v. 38, n. 1, p. 21-30, 2012. DOI 10.5902/223658343822. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/3822>. Acesso em: 26 ago. 2026

MATÍAS, T. J.; BEATRIZ, N.; DE MARI, R. D. N.; BEGOÑA, A.; BEATRIZ, A.; JOÃO, F. M.; CRISTINA, O.; SONIA, M.; CONSUELO, S.; ROSA, P.. **Quality of life of mothers at the sixth week and sixth month post partum and type of infant feeding**. Midwifery, v. 34, p. 230-238, 2016. DOI 10.1016/j.midw.2015.11.003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26621376/>. Acesso em: 26 ago. 2026

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**.

Genebra: Organização Mundial da Saúde, [s. d.]. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/94326918-1f91-49a2-a857-12831cd51b91/content>. Acesso em: 1 mar. 2026.

REINERT, M. **ALCESTE: une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de Gérard de Nerval**. Bulletin de Méthodologie Sociologique, v. 26, n. 1, p. 24–54, 1990. DOI: 10.1177/075910639002600103. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/075910639002600103>. Acesso em: 19 ago. 2026.

VOKAER, R. **Hormonology and receptors during normal puerperium**. Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française, v. 7, n. 2, p. 92–119, 1955. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13364495/>. Acesso em: 28 ago. 2026.

SANTOS, M. F. S. dos; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. **Escalas de autoavaliação de depressão pós-parto**. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 26, n. 2, 1999. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-240768>. Acesso em: 19 jan. 2026.

SANTOS, M. R. dos. **Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 29, n. 6, p. 664–670, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/jMjx8RJSNKvJJVz4ftQ6BhM/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 1 dez. 2025.

SEGRE, L. S.; MCCABE, J. E.; CHUFFO DAVILA, R.; ARNDT, S. **Telehealth Listening Visits for emotionally distressed mothers of hospitalized newborns: proof-of-concept**. Frontiers in Psychiatry, v. 13, p. 1032419, 2022. DOI: 10.3389/fpsy.2022.1032419. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2022.1032419/full>. Acesso em: 9 mar. 2026.

SILVA, M. da R.; PICCININI, C. A. **Paternidade no contexto da depressão pós-parto**. Estudos de Psicologia, v. 14, n. 1, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/bMvQZt4SVG6SKzMCddwq8Jw/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2026.

SILVA, M. R. da; KREBS, V. A. **Uma análise sobre a saúde da mulher no período puerperal**. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 611–620, jan./fev. 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n1-052. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/22807>. Acesso em: 28 ago. 2026

SILVA, T. M. da. **Os benefícios da inclusão paterna na rotina pré-natal: o que apontam as evidências científicas?** In: MORAES, I. K. do N.; SILVA, D. T. C. da; FREITAS, P. G. de (org.). Ciências da saúde: inovação, pesquisa e demandas populares. v. 5. Rio de Janeiro: Editora e-Publicar, 2023. p. 63–69. Disponível em: <https://editorapublicar.com.br/ojs/index.php/publicacoes/article/view/394>. Acesso em: 28 ago. 2026.

SOUZA, C. M.; DE SOUZA FERNANDES, T.; DE PAULA, T. R. **Tornar-se mãe: aspectos biopsicossociais da maternidade**. Revista Científica Novas Configurações – Diálogos Plurais, v. 3, n. 4, p. 29–46, 2023. Disponível em:

<http://www.dialogosplurais.periodikos.com.br/article/63c30d77a95395158301c052>. Acesso em: 10 out. 2025.

SOUZA, H. R. **Maternidades contemporâneas no País Basco**. Civitas, v. 15, n. 2, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/civitas/a/6byxjW8RVFN4jF37yvmpLfj/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2026.

TORRES, E. K. G.; MOURA, B. R. C.; DE FÁTIMA, A. M.; BEZERRA, P. A. K.. **Vivenciando o puerpério: depoimento de mulheres**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 6, n. 2, p. 26–31, 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027951004.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2026.

VICENTE, M. E.; MARINELLI, M. C.; DE OLIVEIRA, B. P. K.. **Prevalence of anxiety and depression disorder in the postpartum period**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 21, n. 4, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 9 mar. 2026.

VIEIRA, A. E. D. S.; TORQUATO, C. N.; DI, L. M. M.; MAITE, V.; APARECIDA, S. I.. **Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 29, n. 6, p. 664–670, 2016. DOI: 10.1590/1982-0194201600093. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600093>. Acesso em: 28 ago. 2026.

VILAR, S. A. M.. **Diagnóstico pré-natal: o impacto psicológico profundo: as repercussões emocionais no vínculo entre os pais e seus bebês**. [S. l.]: Editora Conexão, 2020. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=kr7_DwAAQBAJ. Acesso em: 17 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 11 maio 2026.

ZUGAIB, M. **Zugaib obstetrícia**. 5. ed. São Paulo: Manole, 2023.