UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE PSICOLOGIA

SINTOMATOLOGIA ANSIOGÊNICA E DEPRESSIVA EM MULHERES-MÃES PARAIBANAS: UMA PERSPECTIVA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

CHRISTYANE STHEFFANE DE ARAÚJO GOMES

CAMPINA GRANDE – PB

2022.1

CHRISTYANE STHEFFANE DE ARAÚJO GOMES

SINTOMATOLOGIA ANSIOGÊNICA E DEPRESSIVA EM MULHERES-MÃES PARAIBANAS: UMA PERSPECTIVA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Trabalho apresentado em forma de artigo à Unidade Acadêmica de Psicologia (CCBS/UFCG), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharel em Psicologia, sob orientação da Professora Dra. Regina Lígia Wanderlei de Azevedo

CAMPINA GRANDE – PB

2023

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial
"Tereza Brasileiro Silva", CCBS - UFCG

G633s

Gomes, Christyane Stheffane de Araújo.

Sintomatologia ansiogênica e depressiva em mulheres-mães paraibanas: uma perspectiva cognitivo comportamental/ Christyane Stheffane de Araújo Gomes. – Campina Grande, PB, 2023.

35. Il.: Color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientador: Regina Lígia Wanderlei de Azevedo , Dra.

1. Saúde mental. 2. Ansiedade. 3. Depressão. 4. Mulheres-mães. 5. Terapia cognitivo comportamental. I.Azevedo, Regina Lígia Wanderley (Orientador) . II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG CDU 159.9:615.851 (813.3)

Responsabilidade técnica de catalogação:
Jônatas Souza de Abreu, Bibliotecário documentalista, CRB 15-879

CHRISTYANE STHEFFANE DE ARAÚJO GOMES

SINTOMATOLOGIA ANSIOGÊNICA E DEPRESSIVA EM MULHERES-MÃES PARAIBANAS: UMA PERSPECTIVA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

APROVADO EM: 10/02/2023

BANCA EXAMINADORA

Regina Lígia W. de Azevedo

Profª. Drª. Regina Lígia Wanderlei de Azevedo

Orientadora

Monilly Ramos Araujo Melo

Profª. Drª. Monilly Ramos Araujo Melo

Examinadora

Alicya A. Santos

Psicóloga Alicya Araujo dos Santos

Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus, tudo só foi possível por causa dele. À Ele toda honra e glória.

Dedico à minha família, por serem o que de mais valioso tenho, em especial a minha mãe, ao meu pai e ao meu paidrastro.

Dedico a mim, por não ter desistido, por ser perseverante e acreditar nos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ser meu tudo; por estar comigo em todos os momentos; por não me deixar sozinha; por ser meu refúgio; por ser minha fortaleza; por ser meu socorro bem presente na angústia; por sempre me lembrar de quem eu sou nEle; por não desistir de mim; por acreditar nos meus sonhos e sempre trazer a minha memória suas promessas; por quando eu me senti incapaz, Ele me lembrar que eu posso todas as coisas nEle que me fortalece; por ter um Espírito Consolador que não me deixou sozinha, que não me desamparou; por quando eu me senti sem forças, ter encontrado forças e refrigério nEle.

À pessoa mais importante da minha vida, mainha, por ser a melhor mãe do mundo; por todas as renúncias que ela fez por mim e pela nossa família; por ser minha melhor amiga; por secar minhas lágrimas; por cuidar de mim com muita excelência; por ser minha maior incentivadora; e por todos os dias dar o seu melhor pela família. Nada que eu aprendi ou aprenderei em cursos se compara aos princípios e valores que ela me ensina: amar a Deus acima de todas as coisas; amar ao meu próximo como a mim mesma; valorizar a família; perdoar quem me machucou; ter muita fé e esperança, independente da situação; aproveitar os momentos simples e mais valiosos da vida; honrar e respeitar as pessoas; amar com atitudes e não apenas com palavras. Ela é forte, é referência, é exemplo, é inspiração, é o amor da minha vida, tem riso fácil, é leve, é simples, ama conversar e estar com pessoas.

Ao meu pai, o meu amor, por ser um homem íntegro; por ser uma pessoa com caráter; por se doar ao máximo pela nossa família; por sempre trabalhar muito para que eu tivesse uma boa educação e para que nada faltasse; por ser excelente naquilo que se propõe a fazer; por tanto me incentivar e acreditar na concretização dos meus sonhos; por se preocupar tanto comigo; por ser exemplo de homem, de pai e acima de tudo, de ser humano. Painho é aquela pessoa cheia de qualidades, quem não o conhece de perto vê um homem sério, introspectivo e de poucas palavras, mas quem tem oportunidade de ter acesso ao seu coração sabe que ele ama rir, fazer graça e por dentro, é um homem muito sensível e generoso.

Ao meu paidrasto, por ser tão presente na minha vida; por cuidar tão bem de mim; por se preocupar; por sempre lutar muito para que nada faltasse no nosso lar; por me escolher como filha. Tê-lo em minha vida é a certeza que o amor é uma construção e é expresso através de ações. Ele é um homem guerreiro, forte, trabalhador, generoso, perseverante, cheio de fé, ama rir, está sempre de bom humor e tem um coração lindo. Sou grata por tê-lo como pai e amigo, ele é alguém que me defende, me ensina sobre princípios, está sempre me incentivando a lutar pelos meus sonhos e acreditando que posso realizá-los.

À minha família, em especial aos meus irmãos e avós. Emanuel é um rapaz inteligente, perseverante, tem um coração generoso, é uma pessoa leve, bem humorada, e torna mais suaves aqueles dias que são cansativos, com seu jeito descontraído de viver. Adrielly é uma menina incrível, muito competente, inteligente, dedicada, organizada e responsável; é ótimo servir ao Senhor ao lado dela. Vó Teresinha é a mulher mais forte que conheço, todos os dias ela me ensina sobre Jesus através do seu estilo de vida; ela acredita nos meus sonhos de uma forma ímpar e desde sempre cuidou de mim com tanto amor, dedicação e paciência. Vô João é um homem admirável, trabalhador, guerreiro e cheio de fé; ele me incentiva e me encoraja a não desistir e a lutar pelo que almejo. Família é o que tenho de mais precioso no mundo.

À mim mesma, por ser forte; por não ter desistido; por ter suportado; por ter vencido mais essa etapa; por chegar até aqui sem renunciar nenhum dos meus princípios e valores; e por ter estado comigo mesma nos piores e melhores momentos. Tenho orgulho da minha trajetória, de tudo que conquistei até aqui, de ter lutado, de ter dado o meu melhor, de ser perseverante, e da profissional que tenho me tornado.

Às amigas que Deus me presenteou na graduação e quero comigo para sempre, por estarem comigo em todos os momentos e muitas vezes acreditarem em mim mais que eu mesma. Kelly tantas vezes me encorajou com palavras de fé, ânimo e esperança. Raquel sempre dedicada e competente, me ensina sobre ser forte e corajosa. Rubi com seu coração generoso, me mostra a importância de ser perseverante e resistente. Silvana inúmeras vezes aliviou o fardo e alegrou meus dias com sua leveza e descontração. Taynara me ensina sobre resiliência, sobre me importar com detalhes e sobre o amor ao próximo Tenho certeza que elas estão se tornando e já são profissionais espetaculares. Louvo a Deus por tê-la por perto; a amizade de cada uma é uma das formas dELe demonstrar seu cuidado para com a minha vida.

À minha orientadora, professora, supervisora e amiga Dra. Regina Azevedo por tanto me ensinar não apenas sobre as teorias, mas também sobre a vida; por segurar na minha mão e me ajudar a caminhar; por se preocupar comigo, com meu bem estar e com minha saúde mental; por me acolher tão bem; por confiar mais do que eu mesma na profissional que estou me tornando; por ouvir com atenção meus medos, angústias e inseguranças; por me incentivar; por ser tão sensível; por todas as renúncias e por ser um presente de Deus.

À minha incrível banca, Dra. Monilly Ramos e Psicóloga Alicya Araújo, pela disponibilidade, por de forma atenciosa e carinhosa aceitarem o convite para estarem presente e contribuírem para esse momento tão especial da minha vida.

Às 84 mulheres-mães que participaram da pesquisa; por contribuírem para a realização deste trabalho, no qual proporcionou uma série de discussões e inquietações essenciais acerca da promoção e prevenção da saúde mental materna. Elas ampliaram minha visão de uma maneira inexplicável.

À minha igreja por me acolher de forma única, por ser um lugar que eu me sinto segura, amada e muito especial, por me incentivar a crescer não apenas espiritualmente e ministerialmente, mas em todas as áreas. Em especial aos meus pastores Daniel e Ana, por cobrirem a minha vida espiritualmente, por me fazerem acreditar que eu posso chegar em lugares altos, para a honra e glória do Senhor, por serem tão usados por Deus e por todas as palavras de fé, esperança, refrigério, ânimo e incentivo. Também de forma especial ao Instituto de Vencedores, lugar de identidade, onde aprendo muito, sou cuidada, renovada, treinada, desafiada, e venço algumas limitações. À Amanda, Fernanda e Lucas, por durante um tempo terem sido cobertura espiritual na minha vida, por hoje serem amigos que acreditam em mim de forma única e por sempre me incentivarem.

Ao Núcleo de Pesquisa em Saúde e Intervenções Psicossociais (NUPSI) por me acolher tão bem, por me ensinar sobre pesquisa, por acrescentar bastante na minha trajetória acadêmica e ampliar meus conhecimentos.

Aos professores da graduação e a cada profissional dos estágios que participei, por contribuírem na minha caminhada acadêmica. Em especial ao professor Dr. Carlos Fragoso por estar comigo no estágio básico I e II; por acolher minhas inseguranças; por me ensinar sobre a importância de estar presente; por acreditar na minha escuta; e por me encorajar. À Analyce por ser tão maravilhosa, uma mulher generosa, disponível, sempre disposta a compartilhar seus conhecimentos. À Marcos por me fazer rir e encorajar.

Aos pacientes que pude acompanhar, por confiarem a mim suas histórias, dores, traumas, angústias e incertezas, mas também alegrias, avanços e superações; por me ajudarem a crescer enquanto profissional; pelas trocas; e pelas alianças terapêuticas.

Aos meus amigos por acreditarem no meu potencial e nos meus sonhos; por entenderem a minha ausência física na vida deles; por de alguma forma, serem presentes; e por sempre me encorajarem.

À Deus novamente por estar comigo; por nunca me deixar; por nunca me abandonar; por me chamar de filha; por ter caminhos mais altos que os meus; por ter pensamentos maiores que os meus; por ter planos de paz para minha vida; por me chamar de mais que vencedora; por me escolher; por me amar; e por me fortalecer.

RESUMO

Introdução: A ansiedade associa-se ao medo, a pensamentos exagerados quanto a ameaças futuras e a vigilância constante; já a depressão é permeada principalmente por disforia, isto é, um estado de intensa tristeza. A OMS aponta que esses transtornos são os mais prevalentes no mundo, atingindo mais as mulheres e sobretudo as mães. **Objetivo:** Identificar sintomatologia ansiogênica e depressiva em mulheres-mães paraibanas maiores de 18 anos, sob o olhar da terapia cognitivo comportamental. **Método:** Tratou-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e quantitativa, realizada no período de março a julho de 2022. A amostra foi de 84 mulheres-mães, a partir de 18 anos de idade e residentes no estado da Paraíba. Os instrumentos de coleta de dados foram um questionário sociodemográfico e laboral, o Inventário de Ansiedade de Beck - BAI e o Inventário de Depressão de Beck – BDI – II, respondidos de modo virtual. Respeitou-se todos os aspectos éticos envolvidos em pesquisas com seres humanos. Os dados foram analisados estatisticamente, tendo como ferramenta o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). **Resultados e Discussões:** Os resultados sociodemográficos e laborais mostram que a média de idade das participantes é 37 anos, sendo 71,4% da amostra casada, 42,9% com dois filhos, 35,7% com pós graduação, 40,5% residente de Campina Grande, 48,8% parda, 46,4% tendo como renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, 20,2% sendo professora, 57,1% não trabalhando em home office, 53,6% considerando que adoeceram ao exercer a maternidade, 63,1% com dificuldade de conciliar o trabalho, os cuidados com a casa e a família e 42,9% considerando o pai dos filhos muito atuantes nos cuidados com os mesmos. No que refere-se a sintomatologia ansiogênica e depressiva verificou-se nível moderado e leve, respectivamente, sendo maior nas que possuem mais filhos (BAI 35,05 e BDI 16,91), que sentiram-se adoecidas exercendo a maternidade (BAI 27,41 e BDI 17,49), que tiveram dificuldade de conciliar as atividades laborais, os filhos e a casa (BAI 24,95 e BDI 17,33) e que não tinham o pai dos filhos atuante nos cuidados deles (BAI 33,06 e BDI 19,75). Apesar de não apresentar grau de moderado a grave na depressão, é necessário ter atenção, porque ela pode se desenvolver como uma comorbidade da ansiedade. Além disso, essa pesquisa revela a importância de fortalecer a rede de apoio materna, bem como de haver uma distribuição mais igualitária de responsabilidades entre o homem e a mulher, da presença dos pais nos cuidados com os filhos e de haver estratégias que evitem o adoecimento físico e emocional das mulheres-mães.

Palavras-chave: saúde mental**,** ansiedade, depressão, mulheres-mães, terapia cognitivo comportamental

ABSTRACT

Introduction: Anxiety is associated with fear, exaggerated thoughts about future threats and constant vigilance; depression is permeated mainly by dysphoria, that is, a state of intense sadness. The WHO points out that these disorders are the most prevalent in the world, affecting more women and especially mothers. **Objective**: To identify anxiogenic and depressive symptoms in women-mothers from Paraíba over 18 years old, from the perspective of cognitive behavioral therapy. **Method**: This was a descriptive, exploratory and quantitative research, carried out from March to July 2022. The sample consisted of 84 women-mothers, aged 18 years and older and residing in the state of Paraíba. The data collection instruments were a sociodemographic and labor questionnaire, the Beck Anxiety Inventory - BAI and the Beck Depression Inventory - BDI - II, answered virtually. All ethical aspects involved in research with human beings were respected. Data were statistically analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software. **Results and Discussion**: The sociodemographic and work results show that the average age of the participants is 37 years old, with 71.4% of the sample being married, 42.9% with two children, 35.7% with a postgraduate degree, 40.5% resident of Campina Grande, 48.8% brown, 46.4% having a family income of 1 to 3 minimum wages, 20.2% being a teacher, 57.1% not working at home office, 53.6% considering that they fell ill when exercising motherhood, 63.1% with difficulty reconciling work, home and family care and 42.9% considering the father of the children to be very active in caring for them. With regard to anxiogenic and depressive symptoms, moderate and mild levels were observed, respectively, being higher in those with more children (BAI 35.05 and BDI 16.91), who felt sick while exercising motherhood (BAI 27 .41 and BDI 17.49), who had difficulty reconciling work activities, children and home (BAI 24.95 and BDI 17.33) and who did not have the father of the children active in their care (BAI 33, 06 and BDI 19.75). Despite not having a moderate to severe degree of depression, it is necessary to be careful, because it can develop as a comorbidity with anxiety. In addition, this research reveals the importance of strengthening the maternal support network, as well as having a more equal distribution of responsibilities between men and women, the presence of parents in child care and having strategies that prevent illness. physical and emotional health of women-mothers.

Keywords: mental health, anxiety, depression, women-mothers, cognitive behavioral therapy

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10
2 METODOLOGIA 13
2.1 Tipo de Pesquisa 13
2.2 Local e Período 13
2.3 População/Amostra 13
2.4 Critérios de Inclusão e Exclusão 13
2.5 Instrumentos de coleta de dados 14
2.6 Aspectos éticos 14
2.7 Procedimentos de coleta de dados 15
2.8 Processamento de análise dos dados 15
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES 15
3.1 Perfil sociodemográfico e laboral das participantes 15
3.2 Sintomatologia ansiogênica e depressiva nas mulheres-mães 18
3.3 Breve perspectiva da terapia cognitivo comportamental na ansiedade e na depressão 25
4 CONCLUSÃO 28
REFERÊNCIAS 30

1 INTRODUÇÃO

A ansiedade é um estado de humor desagradável (DALGALARRONDO, 2008), configurando-se como uma resposta de aspectos cognitivos e emocionais direcionada para o futuro, em que a pessoa apresenta de forma excessiva apreensão, tensão e inquietação em decorrência de um determinado evento. (WHITBOURNE e HALGIN, 2015) De acordo com a APA (2014), a ansiedade está associada de forma direta ao medo e a pensamentos exagerados quanto a ameaças futuras, além de uma vigilância constante. Dessa forma, Clark e Beck (2012), definem ansiedade como um sistema de respostas tanto no âmbito cognitivo quanto afetivo, fisiológico e comportamental, cuja ativação se dá a partir de situações consideradas imprevisíveis e incontroláveis, podendo ameaçar quem está envolvido. As pessoas que apresentam sintomatologia ansiogênica, preocupam-se de forma exagerada e esperam com apreensão que o pior ocorra. Diante disso, apresentam reações fisiológicas e somáticas, como tensão muscular, tremores, sudorese, taquicardia, cansaço, tontura e distúrbios do sono; mas também reações psíquicas como inquietação, irritabilidade e desconforto mental. Destarte, a incerteza e a falta de controle diante dos pensamentos, das emoções e das situações agravam a preocupação e consequentemente a ansiedade. (DALGALARRONDO, 2008; WHITBOURNE e HALGIN, 2015)

Já a depressão é permeada principalmente por disforia, isto é, um estado de intensa tristeza (WHITBOURNE e HALGIN, 2015). Pessoas com sintomatologia depressiva apresentam apatia, frequente choro, muita irritabilidade, tédio, angústia e desesperança como reações afetivas. Além disso, também podem desenvolver alterações da esfera instintiva e neurovegetativa, como anedonia, fadiga, desânimo intenso e diminuição da libido; alterações ideativas, como culpa, arrependimento, ideias de morte e ruminações; alterações cognitivas, como dificuldade de concentração, de atenção e de tomar decisões; alterações de autovaloração, como baixa autoestima, sensação de incapacidade e autodepreciação; e alterações da volição e da psicomotricidade, como negativismo, tendência a permanecer na cama e diminuição da fala (DALGALARRONDO, 2008).

Através da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), desenvolvida por Aaron Beck, é possível compreender de forma ampla a ansiedade e a depressão. Conforme Beck (2013), não é a própria situação que determina como uma pessoa se sente, mas sim sua interpretação, ou seja, a maneira como cada um se sente e se comporta tem relação direta com a interpretação e o pensamento a respeito de um determinado evento. Por isso, pessoas que estão vivenciando a mesma situação lidam com ela de maneiras diversas, já que a

interpretação que têm dela é influenciada pelos pensamentos automáticos, crenças nucleares e crenças intermediárias.

Os pensamentos automáticos são rápidos, breves e avaliativos, não resultam do raciocínio, mas acontecem de forma simultânea com pensamentos racionais. Já as crenças nucleares são ideias profundas, globais, super generalizadas e rígidas, não questionadas nem para si, são como lentes de visualização do mundo, a pessoa enxerga e interpreta o meio a partir delas. Além disso, de maneira não consciente, a pessoa desvaloriza informações contrárias a essas crenças e considera apenas aquelas que as reforcem. As crenças intermediárias são influenciadas pelas centrais, são compostas por atitudes, regras e pressupostos que a pessoa desenvolve para lidar com as crenças nucleares. Os dois tipos de crenças surgem desde o início da vida, ainda na infância, a partir da tentativa da criança em compreender o mundo, por meio da maneira como ela interage com o ambiente, com as pessoas e também da sua predisposição genética. Outrossim, diante de uma situação, uma pessoa irá interpretá-la a partir de seus pensamentos automáticos - estes que são reflexos das crenças nucleares e intermediárias – gerando, portanto, uma reação emocional e comportamental; é o que denomina-se de modelo cognitivo (BECK, 2013)

Os pacientes com transtornos como ansiedade ou depressão constantemente são invadidos por pensamentos automáticos distorcidos, provocando reações emocionais fortes e dolorosas e, consequentemente, comportamentos disfuncionais. (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008) Conforme afirmam Clark e Beck (2012), os temas dos pensamentos automáticos de pessoas ansiosas representam assuntos de ameaça, de perigo e de vulnerabilidade social. Por isso, segundo eles e Oliveira (2011) esses indivíduos têm como distorção de pensamento a catastrofização, isto é, possuem dificuldade de raciocinar através de evidências reais, então prevêem o futuro de maneira negativa, desconsiderando o que seria mais provável e acreditando que o que ocorrerá será tão terrível, que não poderão suportar. Ademais, também estão presentes os pensamentos automáticos disfuncionais minimização e abstração seletiva, caracterizando-se respectivamente por ao se avaliar ou avaliar os outros, desvalorizar os pontos positivos em detrimento dos negativos e por focar no aspecto ruim, ignorando os demais. Dado o exposto, Beck & Kuyken (2012) afirmam que pacientes com transtorno de ansiedade, veem a si mesmos como pessoas vulneráveis, o mundo como muito perigoso, sendo uma ameaça e o futuro como algo incerto.

De maneira semelhante, os autores afirmam haver alguns padrões cognitivos nas pessoas deprimidas, no qual Beck (2013) denomina de tríade cognitiva da depressão, que baseia-se em uma visão depreciativa e hostil sobre si, uma visão distorcida e negativa acerca

dos outros e do mundo e uma perspectiva negativa do futuro. Segundo Young et al. (2016), pacientes com sintomatologia depressiva interpretam as situações de forma distorcida, a fim de perpetuar essa visão negativa de si, do ambiente e do futuro, validando e mantendo suas crenças. Para Beck (2013) isso ocorre porque como os pensamentos automáticos são rápidos e não resultam de deliberação ou raciocínio, os aceitam como verdadeiros. Por isso, Beck & Kuyken (2012) apontam a personalização como um pensamento disfuncional presente na depressão, no qual a pessoa associa situações externas a si, mesmo quando não há evidência disso, ou seja, tem auto-referência elevada

Segundo a OMS (2022), quase um bilhão de pessoas tiveram um transtorno mental no mundo em 2019, sendo esta a causa principal de incapacidade, visto que uma em cada seis pessoas que vivem com incapacidade são portadoras de um transtorno mental. Além disso, segundo esse mesmo órgão, indivíduos com problemas graves de saúde mental vivem em média de 10 a 20 anos menos que a população em geral. De acordo com o Relatório Mundial de Saúde Mental, realizado pela OMS (2022), a prevalência global em 2019 em ambos os sexos, é de 28,9% para transtornos depressivos e 31% para transtornos de ansiedade, sendo estes os transtornos mais comuns no mundo. Como resultado da pandemia, aponta-se que esses números aumentaram de forma significativa. O relatório revela que nas mulheres, a ansiedade e a depressão são 50% mais comuns do que nos homens; ainda mostra que é mais frequente nas mães, principalmente nas que vivem em países de baixa e média renda.

Segundo Hofmann (2014), as mulheres apresentam duas vezes mais probabilidade de desencadear depressão do que homens. Semelhantemente, Costa et al. (2019) mostram por meio de um estudo com adultos, que em comparação com os homens, as mulheres possuem mais prevalência de desencadear ansiedade. Estes autores também encontraram fatores sociais, econômicos, ambientais, culturais e laborais como estressores que influenciam a saúde mental no geral; entretanto especificamente nas mulheres, apontam a pressão social, a alta jornada de trabalho e a menor renda como as possíveis razões para serem mais acometidas por sintomas de ansiedade. Ademais, eles apontaram que vivenciar a experiência da maternidade e estar no processo de formação familiar são razões que tornam essas mulheres mais vulneráveis para a ansiedade.

De forma convergente a isso, Hartmann, Mendoza-Sassi e Cesar (2017) afirmam que as mulheres apresentam risco dobrado de desenvolver depressão, principalmente na fase em que precisam cuidar dos filhos. Outrossim, identificaram como fator de risco a multiparidade, devido ao estresse e a sobrecarga da mãe quando há outros filhos; a idade mais jovem e a menor escolaridade. Já como fator de proteção, identificaram planejar a gravidez e receber

suporte social. De forma análoga a isso, Nomura et al., (2021) encontraram que residir com o parceiro e maior nível de escolaridade também são fatores de proteção, mas para a ansiedade. Além do exposto, perceberam que as restrições de liberdade a nível individual, os problemas financeiros, o distanciamento social e as incertezas são questões importantes para aumentar o estresse e consequentemente os problemas de saúde mental.

Frente a todos esses pressupostos, configura-se nesta pesquisa a seguinte problemática: Qual o nível de ansiedade e de sintomatologia depressiva em mulheres-mães paraibanas? Por isso, o objetivo geral é identificar sintomatologia ansiogênica e depressiva em mulheres-mães paraibanas maiores de 18 anos de idade, sob o olhar da terapia cognitivo-comportamental.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de Pesquisa

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de cunho descritivo, exploratório e de abordagem quantitativa (Sampieri, Collado, & Lucio, 2013), cujo design possibilitou a determinação da prevalência das variáveis estudadas.

2.2 Local e Período

A pesquisa aconteceu por meio de aplicação de instrumentos de forma virtual, no período de março de 2022 a julho de 2022.

2.3 População/Amostra

Essa pesquisa contou com a participação de 84 mulheres-mães, a partir dos 18 anos de idade, residentes no estado da Paraíba, Brasil.

2.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas no estudo apenas as mulheres-mães que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na modalidade virtual, assinalando em local determinado a afirmativa de ter lido o TCLE e consentido participar da pesquisa; e as residentes no estado da Paraíba, Brasil. Foram excluídas as mulheres-mães que desejaram desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa da mesma; e as menores de 18 anos

2.5 Instrumentos de coleta de dados

A coleta dos dados deu-se por meio da utilização de um questionário sociodemográfico, laboral e cuidados com os filhos, elaborado pela pesquisadora, com a finalidade de caracterizar as participantes através das seguintes informações: idade; estado civil; quantidade de filhos; grau de escolaridade; cidade onde reside; profissão; renda familiar; cor/raça; estar trabalhando em home office ou a distância; ter tido algum adoecimento ao exercer a maternidade; ter dificuldade de conciliar o trabalho fora, os cuidados com a casa e a família; e considerar o pai dos filhos atuante no processo de cuidar dos mesmos.

Além disso, utilizou-se o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), este que é uma escala de autorrelato que busca mensurar a intensidade de sintomas ansiosos. O BAI é composto por 21 itens, nos quais apresentam sintomas comuns na ansiedade, principalmente os fisiológicos, sendo estes: dormência; sensação de calor; tremores nas pernas; incapacidade de relaxar; medo que aconteça o pior; tontura; palpitações; desequilíbrio; estar aterrorizado; nervosismos; sensação de sufocamento; tremores nas mãos; sentir-se trêmulo; medo de perder o controle; dificuldade de respirar; medo de morrer; estar assustado; ter indigestão; sensação de desmaio; rosto afogueado e suor. Os itens presentes na escala possuem alternativas - absolutamente não, levemente, moderadamente e gravemente - que avaliam a intensidade que a pessoa está sentindo cada um dos sintomas.

Também aplicou-se o Inventário de Depressão de Beck (BDI), este que é uma escala de autorrelato que busca medir a intensidade de sintomas de depressão tanto em adolescentes quanto em adultos. O BDI também é composto por 21 itens que refere-se de maneira geral a sintomas aparentes em pessoas com sintomatologia depressiva, são estes: tristeza; pessimismo; sentimento de fracasso; insatisfação; culpa; punição; auto-aversão; auto-acusação; ideação suicida; choro fácil; irritabilidade; motivação; tomada de decisões; autoestima; trabalho; sono; cansaço; apetite; peso corporal; preocupação e libido. Cada item da escala possui alternativas para o participante marcar de 0 a 3, conforme a intensidade e gravidade daquele sintoma ou daquela atitude.

2.6 Aspectos éticos

Antes da coleta de dados, este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (CEP – UFCG), para certificar o seguimento das normas do Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução N° 510/2016 (Brasil: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2016), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Após o projeto ser

aprovado pelo CEP da UFCG, através da emissão do parecer 5306892, iniciou-se a divulgação da pesquisa, bem como a coleta dos dados.

2.7 Procedimentos de coleta de dados

A pesquisa foi divulgada nas principais redes sociais, por intermédio do endereço eletrônico, com o auxílio do Google forms, dando acesso aos instrumentos a serem respondidos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi a primeira página apresentada após a participante clicar no link da pesquisa. Nele, foi apresentado o objetivo da pesquisa, pesquisadora responsável e seus dados de contato, os instrumentos, o tempo médio para responder, a voluntariedade de participação, o sigilo e anonimato e, por fim, o item a ser clicado com a afirmação de concordar em participar da pesquisa. Como as escalas utilizadas foram construídas e validadas para o contexto brasileiro, não foram previstas barreiras linguísticas, já que a amostra é de brasileiras.

2.8 Processamento de análise dos dados

Os dados foram analisados a partir do *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS, versão 20.0. Os dados sociodemográficos e laborais foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando-se medidas de posição (frequência, média e mediana). Para a análise dos dados do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e do Inventário de Depressão de Beck (BDI), utilizou-se o manual dos testes e as análises processadas a partir do software SPSS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Perfil sociodemográfico e laboral das participantes

A presente pesquisa foi formulada com a participação de 84 mulheres-mães, a partir dos 18 anos de idade e residentes no estado da Paraíba. A menor idade foi 21 anos e a maior idade foi 73 anos, sendo a média de idade entre todas as participantes 37,58 anos. Concernente aos dados sociodemográficos, presentes na tabela 1, identificou-se com relação a faixa etária, que a mais frequente foi entre 31 e 40 anos, correspondendo a 34 participantes (40,5%), em seguida estão as que possuem entre 41 e 50 anos, representando 25 mulheres (29,8%), após, as que têm de 18 a 30 anos, equivalendo a 18 pessoas (21,4%) da amostra e por último as que possuem acima de 50 anos, correspondendo a 7 respostas (8,3%). No tocante ao estado civil, a maioria encontra-se casada, caracterizando 60 mulheres (71,4%), na sequência tem-se 9 em união estável (10,7%), 8 solteiras (9,5%), 6 divorciadas (57,1%) e 1

em outro (1,2%). Referente a quantidade de filhos, verifica-se que a média de filhos é de aproximadamente 1,8 (2 filhos), posto que 36 mulheres (42,9%) responderam que possuem 2 filhos, 34 (40,5%) possuem 1 filho, 13 (15,5%) possuem 3 filhos e 1 (1,2%) possui 5 filhos. Além disso, percebe-se que a idade dos filhos variou entre 4 meses e 57 anos. Quanto à escolaridade, pouco mais de 1/3 tem pós graduação (30 participantes – 35,7%), 17 têm ensino médio completo (20,2%), 16 têm ensino superior completo (19%), 12 têm ensino superior incompleto (14,3%), 4 têm ensino médio incompleto (4,8%), 4 têm ensino fundamental incompleto (4,8%) e 1 tem ensino fundamental completo (1,2%). A respeito da cidade onde reside, a que mais apareceu foi Campina Grande, representando 34 mulheres (40,5%), em segundo lugar encontra-se João Pessoa, residindo 30 (35,7%), em terceiro Esperança, residindo 7 (8,3%) e 13 (15,5%) residem em outras cidades. Relativo à cor/raça, constatou-se que quase metade (48,8%) se considera parda (41 mulheres), 35 se consideram brancas (41,7%), 7 se consideram pretas (8,33%) e 1 se considera amarela (1,2%). Acerca da renda da família, quase metade (39 mulheres-mães) responderam que possuem de 1 a 3 salários mínimos (46,4%), 18 possuem de 4 a 7 salários mínimos (21,4%), 18 possuem acima de 7 salários mínimos (21,4%) e 9 possuem menos de 1 salario minimo (10,7%).

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos

Variável	N	%
Faixa Etária		
18 a 30 anos	18	21,4
31 a 40 anos	34	40,5
41 a 50 anos	25	29,8
Acima de 50 anos	7	8,3
Total	84	100
Estado Civil		
Casada	60	71,4
União estável	9	10,7
Solteira	8	9,5
Divorciada	6	7,1
Outro	1	1,2
Total	84	100
Quantidade de filhos		
1 filho	34	40,5
2 filhos	36	42,9
3 filhos	13	15,5
4 filhos	0	0
5 filhos	1	1,2
Total	84	100
Escolaridade		
Pós graduação	30	35,7
Ensino Superior Completo	16	19
Ensino Superior Incompleto	12	14,3
Ensino Médio Completo	17	20,2
Ensino Médio incompleto	4	4,8

Ensino Fundamental Completo	1	1,2
Ensino Fundamental Incompleto	4	4,8
Total	84	100
Cidade onde reside		
João Pessoa	30	35,7
Campina Grande	34	40,5
Esperança	7	8,3
Outras	13	15,5
Total	84	100
Cor/Raça:		
Preta	7	8,3
Parda	41	48,8
Amarela	1	1,2
Indígena	0	0
Branca	35	41,7
Total	84	100
Renda familiar		
Menos de 1 salário mínimo	9	10,7
De 1 a 3 salários mínimos	39	46,4
De 4 a 7 salários mínimos	18	21,4
Acima de 7 salários mínimos	18	21,4
Total	84	100

De acordo com a tabela 2 sobre os dados laborais e cuidados com os filhos, identificou-se professora como a profissão mais encontrada, correspondendo a 17 mulheres (20,2%); em seguida do lar, com 9 respostas (10,7%); e posteriormente estudante, com 6 respostas (6%). As profissões outras (62%), nas quais a frequência de cada uma foi baixa, são: psicóloga, funcionária pública, enfermeira, manicure, cabeleireira, analista de planejamento, empresária, autônoma, técnica de enfermagem, professora/psicóloga, fisioterapeuta, professora/arquiteta, doméstica, advogada, jornalista, auxiliar de produção, atendente de consultório médico, aposentada, diarista, operadora de caixa, desempregada, bombeira militar, secretária, auxiliar financeira, decoradora, auxiliar de higienização, farmacêutica/bioquímica, agricultora, comerciante, fotógrafa, costureira, biomédica e policial civil. No que concerne ao trabalho em home office ou a distância, a maioria (48 mulheres – 57,1%) não tem exercido essa modalidade e 36 mulheres (42,9%) têm trabalhado na mesma. Referente a possuir ou não algum tipo de adoecimento devido ao exercício da maternidade, mais da metade (53,6%) respondeu que adoeceram sim, já 39 mulheres (46,4%) responderam que viver a maternidade não gerou nenhum adoecimento nelas. No que diz respeito a conciliar o trabalho fora, os cuidados com a casa e a família, a maioria (53 mulheres – 63,1%) afirmou ter dificuldade e 31 afirmaram que não têm (36,9%). No que tange a atuação do pai no processo de cuidar dos filhos, 36 responderam que consideram muito atuantes (42,9%), 25 atuantes nível médio (29,8%), 17 pouco atuantes (20,2%) e 6 nada atuantes (7,1%).

Tabela 2 – Dados laborais e cuidado com os filhos

Variável	N	%
Profissão		
Professora	17	20,2
Do lar	9	10,7
Estudante	6	7,1
Outras	52	62
Total	84	100
Tem trabalho em home office ou a distância:		
Sim	36	42,9
Não	48	57,1
Total	84	100
Exercer a maternidade causou algum adoecimento		
Sim	45	53,6
Não	39	46,4
Total	84	100
Dificuldade em conciliar trabalho, casa e família		
Sim	53	63,1
Não	31	36,9
Total	84	100
Considera o pai atuante nos cuidados do(s) filho(s)		
Nada	6	7,1
Pouco	17	20,2
Médio	25	29,8
Muito	36	42,9
Total	84	100

3. 2 Sintomatologia ansiogênica e depressiva nas mulheres-mães

Os dados após classificação foram submetidos à estatística descritiva, com o objetivo de comparar a frequência de mulheres situadas em cada nível de sintomatologia ansiogênica e depressiva. Identificou-se, de acordo com a tabela 3, média geral de sintomatologia ansiogênica em mulheres-mães, maiores de 18 anos, residentes no estado da Paraíba de 20,50, enquadrando-se em um nível moderado, sendo o menor escore 0 (nível mínimo) e o maior 57 (nível severo)**.** Já a média geral de sintomatologia depressiva nessa mesma população foi de 14,12, condizente a um nível leve, sendo o menor escore 1 (nível mínimo) e o maior 40 (nível grave). Diante disso, apesar de não haver apresentado nível geral de sintomas depressivos de moderado a grave, faz-se necessário ter muita atenção a essas mulheres-mães, pois houve nível moderado de sintomas ansiosos e, portanto, é possível o desencadeamento de uma comorbidade como a depressão, posto que segundo Goodwin (2015), os transtornos de humor podem ser comórbidos dos transtornos de ansiedade. Além disso, uma pesquisa realizada com jovens de ambos os sexos, encontrou que os indivíduos com transtornos ansiosos apresentam como principal comorbidade episódios depressivos (Souza, 2010). De acordo com a APA (2014), às pessoas que apresentam sintomas que compõem os critérios diagnósticos do transtorno de ansiedade generalizada provavelmente apresentam alguns sintomas que também integram os critérios diagnósticos de transtornos depressivos.

Tabela 3 – Média de sintomatologia ansiogênica e depressiva nas mulheres-mães paraibanas

	BAI	BDI
Média geral	20,50	14,12
Maior escore	57	40
Menor escore	0	1

Escores de ansiedade:
Mínimo – 0 a 10
Leve – 11 a 19
Moderado – 20 a 30
Severo – 31 a 63

Escores de depressão:
Mínimo – 0 a 13
Leve – 14 a 19
Moderado – 20 a 28
Grave – 29 a 63

A seguir, serão descritos os resultados da tabela 4 a respeito da relação entre as médias de ansiedade e depressão e os dados sociodemográficos e laborais. Entretanto, não foram apresentadas as médias de profissão e cidade onde reside, cuja frequência foi baixa. Além disso, é fundamental destacar que não houve significância entre as médias de ansiedade, de depressão e as variáveis estudadas, já que a amostra foi pequena, por isso a pesquisa se deu através de uma análise descritiva.

Concernente aos escores envolvendo a faixa etária e a sintomatologia ansiogênica percebeu-se que o maior nível encontra-se nas mulheres acima de 50 anos, correspondendo a 22,49 (nível moderado). Diferentemente, o nível de sintomatologia depressiva foi maior nas participantes entre 18 e 30 anos (15,53 – nível leve). Portanto, na presente pesquisa, o grau de ansiedade é maior nas mulheres-mães com maior idade e o grau de depressão é maior nas mais jovens. De forma contrária, uma revisão sistemática acerca da ansiedade materna, encontrou a variável sociodemográfica menor idade como um fator que influencia sintomas ansiosos na maternidade (CHEMELLO, LEWANDOWSKI e DONELLI, 2017). Entretanto, em conformidade com o nosso estudo, uma pesquisa com puérperas, cujo objetivo foi identificar a prevalência de sintomas de depressão e a associação com fatores socioeconômicos, encontrou maior incidência destes em mães mais jovens (SANTOS et al., 2022).

No tocante ao estado civil, tirando a variável outro, cuja frequência foi de apenas uma resposta, observou-se grau maior de sintomas ansiosos nas solteiras, correspondendo a nível moderado (21,78) e grau menor nas que estão em união estável, sendo nível leve (16,37). Ao comparar o estado civil e a escala de BDI, identificou-se o maior escore nas mulheres em união estável, correspondendo a nível leve (15,72) e o menor nas solteiras, caracterizando-se no nível mínimo (12,67). Sobre essa variável, Gonçalves et al. (2017) encontraram que mulheres solteiras como um todo, ou que não possuem companheiro são mais propensas a desencadear depressão. Divergentemente ao presente estudo, Gomes et al. (2023) mostram

uma relação maior entre sintomas de depressão e mulheres-mães com ausência de parceiro. Porém, semelhantemente à nossa pesquisa, Beltrami, Moraes e Souza (2013) ao analisarem as correlações entre risco de desenvolvimento infantil e ansiedade materna encontraram maior grau de sintomas ansiosos em solteiras comparado com as casadas ou em união estável.

Ao relacionar a quantidade de filhos com os sintomas ansiosos, identificou-se grau severo (35,05) na única mulher-mãe que possui 5 filhos, grau moderado (24,82) nas que possuem três filhos e grau leve nas que possuem 1 ou 2 filhos. Já ao comparar o número de filhos com os sintomas depressivos, verificou-se grau leve em todas, sendo o maior nível (16,91) nas que possuem três filhos. Diante disso, infere-se que, apesar de escores muitos próximos no BDI, quanto mais filhos, maior o nível de sintomatologia ansiogênica e depressiva. Sobre isso, Marques et al. (2016) em uma pesquisa quantitativa com puérperas do Maranhão identificaram que entre as primíparas e as mulheres a partir de dois filhos, o risco de desenvolver depressão pós parto foi maior nestas últimas. Esse resultado converge com um estudo realizado por Alvarenga et al. (2019), no qual mostra que o alto número de filhos contribui para o aumento de sintomas de transtornos mentais comuns. Também de forma análoga ao nosso estudo, Silva et al. (2017) encontraram associação entre multiparidade e sintomatologia depressiva, porém a pesquisa deles foi realizada apenas com puérperas.

Referente à escolaridade, verificou-se similaridade da ordem que os escores aparecem tanto na sintomatologia ansiogênica como na depressiva, posto que em ambos o grau mais elevado foi na única mulher-mãe que possui ensino fundamental completo, correspondendo a grau severo (48,10) no BAI e grau grave (37,14) no BDI. Em segundo lugar, aparece as que têm ensino superior incompleto com nível moderado em ambas as escalas (26,14-BAI e 20,05-BDI). A terceira maior média é encontrada nas que têm ensino médio incompleto, obtendo nível moderado (25,54) para a ansiedade e nível leve (19,02) para a depressão. A quarta maior média é das participantes com pós graduação, tendo nível moderado (21) de sintomas ansiosos e leve (14,61) de sintomas depressivos. Em quinto lugar, estão as que têm ensino superior completo, possuindo nível leve no BAI (18,65) e nível mínimo no BDI (12,23). Em sexto lugar encontram-se as participantes com ensino médio completo, tendo nível leve (17,15) de ansiedade e nível mínimo de depressão (9,62). Por fim, o menor escore é das mulheres-mães com ensino fundamental incompleto, com nível mínimo em ambos (BAI-9,51 e BDI-8,77). A respeito disso, Gonçalves et al. (2017), em um estudo transversal com mulheres no geral, entre 20 e 59 anos, no qual analisou a prevalência de depressão e os fatores relacionados, encontraram possuir baixa escolaridade como um aspecto de risco no desencadeamento dos sintomas depressivos. De maneira específica em mães, Santos et al.

(2022) identificaram maior prevalência de sintomas de depressão em puérperas com menor taxa de escolaridade. No mesmo sentido, Gomes et al. (2023) apontam uma maior incidência de sintomas depressivos em mães com menos anos de estudo. Convergentemente, um estudo que comparou a interação de crianças que possuem mães com sintomas ansiosos e depressivos com crianças que possuem mães sem tais transtornos, encontrou que as mulheres-mães que apresentavam as patologias tinham menor escolaridade e renda (DIB; PADOVANI; PEROSA, 2019).

Acerca da relação entre as médias das escalas e a cor/raça, constatou-se que em ambas as sintomatologias, o escore maior foi na única mulher-mãe que se considera amarela, enquadrando-se respectivamente em nível severo e leve. Em seguida, o maior escore foi nas pretas, correspondendo a nível moderado de ansiedade e nível leve de depressão. Ademais, a menor média de sintomas ansiosos foi encontrada nas pardas, sendo nível moderado e a menor de sintomas depressivos foi nas brancas, sendo nível mínimo. Dessa forma, tirando a cor/raça amarela, cuja frequência foi de apenas uma resposta, os maiores escores tanto no BAI quanto no BDI são das pretas. A respeito disso, um estudo realizado com a população em geral de Minas Gerais identificou maior concentração de diagnósticos de depressão em mulheres e na população que considera-se negra (DIAS et al., 2012).

Com relação a renda familiar, constatou-se níveis de sintomatologia ansiogênica muito próximos, apesar disso as mulheres-mães que possuem menos de 1 salário foram as únicas que obtiveram nível leve, estando as demais em nível moderado e sendo o maior nível de ansiedade nas mulheres-mães que possuem entre 4 e 7 salários. De forma contrária a isso, na sintomatologia depressiva, o menor escore foi encontrado nas que têm como renda familiar de 4 a 7 salários, enquadrando-se em nível mínimo; e o maior escore nas que possuem menos de 1 salário, sendo a única categoria em grau leve, já que as demais possuem nível mínimo. Semelhantemente a este estudo na questão de depressão, mas divergentemente com relação a ansiedade, Silva e Santana (2010) em uma revisão sistemática que objetivou avaliar a relação entre transtornos mentais comuns e a renda no Brasil, encontrou que tanto a baixa escolaridade quanto o gênero feminino associados à pobreza aumentam a incidência de transtornos mentais comuns. Em conformidade a esta pesquisa, Silva et al. (2017) apontam que a baixa situação socioeconômica é um fator relevante e associado a sintomas depressivos. Convergentemente, Fonseca et al. (2021), em um estudo descritivo, transversal e quantitativo com mulheres-mães de Recife, encontraram forte associação entre baixa renda e depressão. De maneira análoga, Gomes et al. (2023), em um estudo com mulheres-mães com filhos de até 1 ano de idade, identificaram uma maior chance de ocorrência de depressão

principalmente em participantes com renda familiar inferior a um salário mínimo. Nesse mesmo sentido, um estudo qualitativo, no qual buscou encontrar quais fatores psicossociais estão associados ao desenvolvimento da depressão pós parto, identificou nas falas das mulheres-mães com depressão que a situação financeira delas estava muito limitada, tendo algumas vezes apenas o marido trabalhando para suprir todas as necessidades econômicas da casa e da família. (GREINERT e MILANI, 2015) Do mesmo modo, Carlesso, Moraes e Souza (2019), em uma pesquisa que analisou a frequência de depressão, bem como os fatores de risco associados encontraram que quanto menor a renda familiar, maior a chance de desencadear depressão. De maneira contrária ao presente estudo, Beltrami et al. (2013) identificaram que o grau de ansiedade materna é maior nas mulheres-mães com renda familiar inferior a uma salário mínimo em comparação com as que possuem mais de um salário.

No que concerne ao trabalho home office ou a distância, independentemente se as participantes trabalham ou não nessa modalidade, o nível de sintomas ansiogênicos foi quase o mesmo, enquadrando-se em um nível moderado, porém o escore de quem não trabalha em home office foi um pouquinho maior. Diferentemente, o grau de sintomas depressivos foi maior nas que trabalham à distância, possuindo nível leve; e menor nas que não trabalham nessa modalidade, sendo um nível mínimo. A respeito disso, Camargo (2021) observou que mães executivas e em home office apontaram como um dos principais pontos negativos dessa modalidade, o cansaço físico e mental, decorrente da sobrecarga, haja vista o excesso de trabalhos profissionais em casa, o exercício da maternidade e as tarefas domésticas no mesmo ambiente. Além disso, ela percebeu que esse cansaço físico e mental acarretou em sintomas fisiológicos e emocionais, como insônia, estresse, choro, taquicardia e irritação.

Tanto a média de sintomatologia ansiogênica quanto depressiva foi maior, consequentemente nas mulheres-mães que afirmaram que tiveram algum tipo de adoecimento durante o exercício da maternidade, caracterizando-se respectivamente como nível moderado e leve. Estas destacam a ansiedade, o estresse, a depressão, a tristeza, o cansaço mental e físico, a insônia, as doenças gástricas, o medo, a impaciência e a insegurança como exemplos pessoais de adoecimento. Sobre isso, Carneiro (2021) afirma que o adoecimento materno decorre sobretudo da sobrecarga e da solidão, visto que as mulheres-mães na maioria das vezes exercem a maternagem sem apoio, seja no âmbito escolar de qualidade, seja sem incentivo à licença maternidade, seja sem possuir uma rede de apoio familiar e social, seja por não conseguir também cuidar de si, da saúde e praticar atividades que causem satisfação. Isso resulta no que a autora chama de processo de violência social, cujo adoecimento se dá enquanto a mãe cuida do outro, é apagada, negligenciada e sobrecarregada não apenas no

aspecto produtivo, como também reprodutivo. Nesse mesmo sentido, Silva (2021) em um estudo qualitativo cujo objetivo foi entender a experiência do esgotamento materno em mães paraibanas, encontrou que tanto a sobrecarga quanto a exaustão transcorrem principalmente devido a dificuldade de conciliação entre as atividades domésticas, a maternidade, o trabalho e os estudos. Por isso, os sintomas mais externalizados por essas mulheres-mães foram o cansaço, as dores de cabeça, a exaustão física e a ansiedade.

Ao analisar os resultados das escalas de BAI e BDI, percebe-se que os escores de ambas foram maiores nas participantes que afirmaram ter dificuldade de conciliar o trabalho fora, os cuidados com a casa e a família, indicando de forma respectiva, nível moderado e leve. Já as que não tiveram dificuldade, têm nível leve de sintomas ansiosos e mínimo de sintomas depressivos. Em conformidade a isso, Castillo e Usaola (2020), afirmam que em sua experiência clínica, as mulheres que solicitam ajuda para sintomas ansiosos e/ou depressivos mencionam sobrecarga por dupla jornada, haja vista que além do trabalho, elas são as principais cuidadoras da família e ainda desempenham as tarefas domésticas; e mesmo quando há a contribuição do cônjuge, isso se dá de maneira desigual. Por isso, um estudo com grávidas e puérperas reforçou a importância de haver suporte social para a diminuição de sintomas ansiosos, depressivos e estresse (AIROSA e SILVA, 2013). Em consonância a isso, Santos et al. (2022) observaram uma associação significativa entre pouco apoio social e maior incidência de sintomas depressivos. No mesmo sentido, uma pesquisa qualitativa que objetivou compreender as necessidades das mulheres-mães puérperas, identificou que a dificuldade de realizar inúmeras atividades sob responsabilidade da mãe, assim como a autocobrança, são aspectos contribuintes para vivenciar uma maternidade também permeada de medo, ansiedade, insegurança, preocupação e tristeza. Por isso, as participantes apontaram a ajuda do companheiro e da família estendida, seja por meio de apoio emocional, seja contribuindo com as tarefas da casa, como as formas de apoio mais valorizadas pelas mesmas. (TEIXEIRA et. al, 2015) A respeito disso, Benatti et al. (2020) em uma pesquisa qualitativa com pais e mães cadastrados em um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), cujo intuito era encontrar o significado da maternidade em contextos de vulnerabilidade social, perceberam mães sobrecarregadas diante das múltiplas atividades realizadas por elas. Tanto as mães quanto os pais mencionaram que em suas casas, as mães são as responsáveis pelos cuidados dos filhos; inclusive os homens participantes afirmaram ser papel da mulher não apenas cuidar das crianças, como também deles. Além disso, essas mães contribuem financeiramente e organizam a casa; e mesmo quando há contribuição do parceiro com os filhos, a responsabilidade maior é delas.

No que tange a relação da sintomatologia ansiogênica e depressiva nas mulheres-mães e a atuação dos pais nos cuidados com os filhos, percebe-se que em ambas as escalas, os escores foram maiores naquelas que consideram o pai pouco atuantes, sendo nível severo de ansiedade e nível leve de depressão. Além disso, as menores médias em ambas são das que consideram o pai muito atuante. Portanto, infere-se que quanto mais presentes nos cuidados dos filhos os pais são, menos sintomas ansiosos e depressivos as mães apresentam. Este resultado converge com o estudo de Silva, Pizeta e Loureiro (2016), no qual mostra significância entre depressão materna e monoparentalidade. Em conformidade a isso, Gomes et. al (2023), identificaram maior chance de sintomas de depressão nas mães cujos pais dos filhos eram ausentes nos cuidados dos mesmos. Além disso, em um estudo qualitativo, cujo objetivo era identificar necessidades em saúde mental de mulheres atendidas na atenção básica, Franco et. al (2021) encontraram nas falas das participantes o quanto as mulheres são as responsáveis pelos cuidados em vários aspectos, seja de si, do outro, da casa e da família. Além disso, identificaram no relato dessas mães uma construção social, na qual o cuidado dos filhos é uma obrigação da mãe e não também do pai, gerando uma naturalização do cuidado como uma responsabilidade apenas feminina. Por isso, Teixeira et. al (2015), encontraram em relatos de mulheres-mães que o apoio afetivo do companheiro juntamente com a participação dele nos cuidados com os filhos são formas de suprir expectativas emocionais delas.

Tabela 4 – Relação entre os níveis de sintomas ansiosos e depressivos e os dados sociodemográficos, laborais e cuidados com os filhos

Variável	N	Média (BAI)	Média (BDI)
Faixa Etária			
18 a 30 anos	18	20,70	15,53
31 a 40 anos	34	18,77	13,37
41 a 50 anos	25	22,15	14,28
Acima de 50 anos	7	22,49	13,61
Total	84	20,50	14,12
Estado Civil			
Casada	60	20,73	14,09
União estável	9	16,37	15,72
Solteira	8	21,78	12,67
Divorciada	6	20,20	13,86
Outro	1	35,05	15
Total	84	20,50	14,12
Quantidade de filhos			
1 filho	34	19,91	13,68
2 filhos	36	19,09	13,52
3 filhos	13	24,82	16,91
4 filhos	0	-	-
5 filhos	1	35,05	15
Total	84	20,50	14,12
Escolaridade			
Pós graduação	30	21	14,61
Ensino Superior Completo	16	18,65	12,23

Ensino Superior Incompleto	12	26,14	20,05
Ensino Médio Completo	17	17,15	9,62
Ensino Médio incompleto	4	25,54	19,02
Ensino Fundamental Completo	1	48,10	37,14
Ensino Fundamental Incompleto	4	9,51	8,77
Total	84	20,50	14,12
Cor/Raça:			
Preta	7	21,06	15,02
Parda	41	19,74	14,34
Amarela	1	42,05	16
Indígena	0	-	-
Branca	35	20,66	13,64
Total	84	20,50	14,12
Renda familiar			
Menos de 1 salário mínimo	9	19,60	15,91
De 1 a 3 salários mínimos	39	20,06	13,38
De 4 a 7 salários mínimos	18	21,93	5,32
Acima de 7 salários mínimos	18	20,47	13,66
Total	84	20,50	14,12
Tem trabalho em home office ou a distância:			
Sim	36	20,03	15,63
Não	48	20,85	12,99
Total	84	20,50	14,12
Exercer a maternidade causou algum adoecimento			
Sim	45	27,40	17,49
Não	39	12,53	10,24
Total	84	20,50	14,12
Dificuldade em conciliar trabalho, casa e família			
Sim	53	24,95	17,33
Não	31	12,89	8,64
Total	84	20,50	14,12
Considera o pai atuante nos cuidados do(s) filho(s)			
Nada	6	33,06	19,75
Pouco	17	18,15	16,05
Médio	25	23,60	16,09
Muito	36	17,36	10,91
Total	84	20,50	14,12

3.3 Breve perspectiva da terapia cognitivo comportamental na ansiedade e na depressão

Com a terapia cognitivo comportamental (TCC), é possível compreender, prevenir e tratar os transtornos ansiosos e depressivos, pois através dela entende-se a natureza e a função dos aspectos cognitivos, bem como a forma como cada pessoa processa e significa os eventos. De acordo com essa teoria não é a situação isolada que influencia em como uma pessoa se sente, mas sim a maneira como ela interpreta a situação; ou seja, as emoções, os comportamentos e as reações fisiológicas são respostas da maneira como a pessoa percebe os acontecimentos. Por isso, se a percepção que se tem dos eventos é distorcida, é possível que haja o desencadeamento de transtornos psicológicos como a ansiedade e a depressão (BECK, 2013) Dessa forma, é possível entender que não é o exercício da maternidade de maneira isolada que causa ansiedade e depressão nas mulheres, se assim fosse, todas as mães apresentariam níveis elevados de sintomas ansiosos e depressivos; mas sim a forma como

cada uma lida, interpreta e vivencia os acontecimentos que permeiam o maternar e isso recebe influência das experiências de vida de cada mulher-mãe.

Os principais elementos envolvidos na forma como cada um lida e interpreta as situações são os pensamentos automáticos, estes surgem de maneira rápida e espontânea, existem concomitantemente com pensamentos mais racionais e muitas vezes não são percebidos, pois é mais fácil identificar a emoção ou o comportamento posterior a eles. Além disso, neles pode haver algumas distorções, estas que são comuns a todas as pessoas, mas apresentam-se com mais intensidade, frequência e recorrência em pessoas com problemas de saúde mental. Esses erros de pensamentos corroboram para que a pessoa tenha conclusões errôneas sobre si, sobre o mundo e sobre o futuro (BECK, 2013) Exemplificando de forma fictícia para o contexto da maternidade, uma mulher-mãe diante da situação de voltar a trabalhar, sendo que já tem os cuidados com a casa e com os filhos, pode ter um pensamento automático de “Eu não vou conseguir dar conta” e consequentemente ter uma resposta emocional de ansiedade, ou seja, uma preocupação excessiva, uma resposta comportamental de paralisia e uma resposta fisiológica de taquicardia. sudorese e falta de ar, sintomas muito presentes na ansiedade. Como a catastrofização é uma distorção cognitiva comum em pessoas ansiosas (OLIVEIRA, 2011; CLARK E BECK, 2012), essa mulher com tal erro cognitivo espera sempre que o pior aconteça.

Apesar de surgirem espontaneamente, esses pensamentos automáticos não originam-se do nada, eles são formados a partir das crenças centrais/nucleares e das crenças intermediárias. Ambas são elaboradas ao longo da vida, quando desde a infância a pessoa tenta compreender o mundo e a partir de sua interação com o ambiente, com as pessoas, e de sua predisposição genética desenvolvem ideias sobre si, sobre os outros e sobre o mundo. As crenças centrais são representações enraizadas, duradouras, consideradas verdades absolutas e inquestionáveis pelo indivíduo, nas quais desenvolve-se tanto de forma positiva e realista quanto de forma negativa, principalmente em situações de sofrimento psicológico. Essas crenças disfuncionais apresentam-se em três categorias: crenças de desamor, concernentes a não aceitação, sensação de não ser acolhida e amada; crenças de desvalor, relacionadas a não se achar boa, não se considerar merecedora, se achar abaixo da média; e crenças de desamparo, relativas a abandono, ausência e receber pouca atenção. (BECK, 2013) De acordo com Kuyken, Padesky e Dudley (2010), pessoas com sintomatologia ansiogênica e depressiva constantemente têm crenças centrais ativadas com cargas emocionais, nas quais são generalizadas de forma incondicional em todos os eventos e humores. No exemplo citado, a mãe desenvolveu o pensamento automático de “Eu não vou conseguir dar conta”,

provavelmente por ter uma crença nuclear de incompetência, ou seja, uma crença de desvalor, está desenvolvida ao longo da vida quando desde a infância os pais eram muito críticos e rígidos. Por isso, na vida adulta ela se compara às mães que acompanha nas redes sociais.

Segundo Beck (2013) quando a pessoa é apresentada a dados negativos, a crença é reforçada e confirmada, deixando-a ainda mais forte. Já quando se está diante de dados positivos, que não estão de acordo com as crenças, a pessoa os desconsidera e muitas vezes os transformam em dados negativos. Para melhor compreensão, é possível pensar que no exemplo mencionado, quando a mulher não consegue arrumar a casa em um determinado dia, sua crença de incompetência é reforçada e para ela é confirmada, mas quando em outro dia ela consegue não só arrumar a casa, mas também fazer almoço e lavar roupa ela desconsidera esses dados, já que não se encaixam na crença e se justifica dizendo que outras mulheres também conseguem fazer isso e ainda cuidar dos filhos e trabalhar.

As crenças intermediárias são atitudes, regras e pressupostos que a pessoa desenvolve para lidar e enfrentar as crenças nucleares. (BECK, 2013) De acordo com Kuyken, Padesky e Dudley (2010), elas mantêm as crenças nucleares ativadas, oferecem regras que têm relação com as crenças centrais e servem para proteger o indivíduo de emoções ruins relacionadas às crenças nucleares. Na exemplificação referida, a mulher-mãe desenvolveu a seguinte crença intermediária negativa em forma de pressuposto: “Se eu não der conta de tudo, então sou fracassada”; ideia que reforça a crença nuclear de desvalor dela, relacionada à incompetência.

Diante disso, cada pessoa encontra estratégias compensatórias de enfrentamento, isto é, estratégias comportamentais para lidar com as crenças nucleares dolorosas. Elas podem tanto ajudar a pessoa a lidar com a ansiedade, por exemplo, como atrapalhar, reforçando-a ainda mais (GALDINA, 2022) No exemplo apontado, a mulher tem como estratégia compensatória de enfrentamento o perfeccionismo, assim para lidar com a crença de incompetência, ela trabalha para que tudo esteja impecável e perfeito, a fim de não ser incompetente. Porém, quando não consegue alcançar isso, quando não dá conta de tudo que deseja, acaba reforçando a crença nuclear e piorando os sintomas ansiosos.

Beck (2013) lista uma série de transtornos psiquiátricos, problemas psicológicos e problemas médicos com componentes psicológicos que têm sucesso sendo tratados pela TCC, dentre eles a ansiedade e a depressão. Em toda intervenção cognitiva comportamental, é fundamental identificar pensamentos automáticos disfuncionais, avaliá-los e respondê-los, para isso faz-se necessário examinar a validade deles, buscar outras possibilidades de interpretação ou ponto de vista, descatasrofizar as situações problemáticas, reconhecer o impacto negativo de continuar acreditando neles, buscar distanciamento do pensamento e

começar a caminhar em direção a resolução do problema. Porém, é importante mencionar que às vezes os pensamentos automáticos são verdadeiros, nesses casos, é recomendado focar na solução do problema e/ou trabalhar a aceitação. No mesmo sentido, é essencial identificar e modificar/ressignificar as crenças, já que elas são mais rígidas e duradouras, para isso pode ser feito questionamento socrático, experimentos comportamentais, continuum cognitivo, role-play intectual-emocional, usar outros como ponto de referência e agir “como se”.

Segundo Knapp e Beck (2008), tudo isso deve ser feito de forma colaborativa e psicoeducativa. Além disso, eles mostram que técnicas comportamentais podem ser mais usadas em casos de depressão, já que é importante estimular a ativação comportamental dessas pessoas. Já em casos de ansiedade, é mais útil que antes de experimentos comportamentais, a pessoa tenha o entendimento de como funciona o seu modelo cognitivo. Mais uma vez a psicoeducação se mostra essencial. Ademais, o mindfulness também é importante na intervenção dos sintomas ansiosos e depressivos, haja vista que uma revisão sistemática que objetivou mostrar os principais efeitos do mindfulness em gestantes, identificou a redução da depressão, da ansiedade e do estresse como os principais resultados de tal prática. (SANTOS et al., 2021)

4 CONCLUSÃO

Apesar de ser uma emoção natural e comum, vivenciada por todo ser humano, a ansiedade também pode se apresentar de maneira patológica, quando de forma exagerada e frequente torna-se um estado desagradável, acompanhada de preocupação, apreensão, vigilância constante e pensamentos excessivos quanto ao futuro, geralmente de forma catastrófica. Dessa forma, a ansiedade é uma resposta ante a uma situação considerada ameaçadora, sendo real ou não, relacionada ao medo e consequentemente gerando reações físicas/biológicas como taquicardia, tremores e sudorese; reações psíquicas como irritabilidade e inquietação; e reações comportamentais como fuga e paralisia. Semelhantemente, a tristeza também é uma emoção comum na vida do ser humano, porém em algumas pessoas ela se apresenta como um estado intenso e persistente, podendo também desencadear um transtorno, como a depressão. Destarte, é importante compreender que o causador seja da ansiedade, seja da depressão não é um evento específico e isolado, ambas são multifatoriais e através da terapia cognitivo comportamental é possível perceber que não é uma situação em si que determina como uma pessoa se sente, mas sim a sua interpretação; e isso tem influência direta dos pensamentos automáticos, crenças centrais e intermediárias de

cada um. Portanto, diante da alta prevalência global de transtornos ansiosos e depressivos, principalmente em mulheres, e sobretudo nas mães e sabendo que a maternidade é vivida e permeada por ambivalências, essa pesquisa quantitativa e descritiva buscou identificar o grau de sintomatologia ansiogênica e depressiva em mulheres-mães paraibanas, maiores de 18 anos, sob o olhar da terapia cognitivo comportamental.

Assim, o presente estudo analisou nível de ansiedade moderado e de depressão leve em 84 mulheres-mães maiores de 18 anos de idade e residentes no estado da Paraíba. É importante destacar que apesar do escore geral de depressão não ter se enquadrado entre moderado e grave, pelo nível de sintomatologia ansiogênica ter se apresentado de maneira moderada, é importante o acompanhamento psicológico como prevenção ao adoecimento de uma comorbidade como a depressão. Ademais, foi verificado neste estudo que há multifatores associados, nos quais podem afetar de maneira direta ou indireta a saúde mental materna. Tanto na sintomatologia depressiva quanto ansiogênica percebeu-se que o número elevado de filhos; ser preta; ter adoecido, seja fisicamente ou emocionalmente durante o exercício da maternidade; ter dificuldade de conciliar as inúmeras funções, como trabalho, família e tarefas domésticas; e considerar o pai dos filhos pouco atuante nos cuidados com os mesmos, são aspectos que podem provocar e/ou agravar o adoecimento mental em mulheres-mães. Especificamente na ansiedade, identificou-se que a maior idade; a renda familiar elevada; e não estar trabalhando em home office ou a distância são questões sociodemográficas e laborais que podem interferir negativamente nos sintomas. Já na depressão encontrou-se que ser mais jovem; ter como renda familiar menos de 1 salário mínimo; e estar trabalhando em home office são condições que podem gerar ou provocar problemas mentais.

Outrossim, os resultados desta pesquisa revelam o quanto é essencial cuidar da saúde mental também das mulheres que tornaram-se mães há mais tempo, e não apenas das grávidas e puérperas; proporcionar e fortalecer a rede de apoio das mesmas; ter a presença dos pais nos cuidados dos filhos; haver não só uma distribuição igualitária das responsabilidades entre a mãe e o pai, evitando sobrecarga e esgotamento, mas também construir na sociedade o entendimento de que o cuidado, seja com a casa, seja com a família não é apenas feminino; compreender que para além e antes de serem mães, elas são mulheres, pessoas que precisam também ser cuidadas, ouvidas e sobretudo, acolhidas; desmistificar a ideia de que a mãe precisa dar conta de tudo o tempo todo; e pensar e praticar estratégias que evitem o adoecimento seja físico, seja emocional, como estresse, tristeza, medo e cansaço. Somado a isso, identificou-se na literatura o quanto a terapia cognitivo comportamental é útil tanto para a compreensão dos transtornos ansiosos e depressivos, como no tratamento dos mesmos.

Este estudo é um diferencial, haja vista que através dele pôde-se verificar não só o nível de sintomas ansiosos e depressivos, mas também alguns fatores que podem agravá-los em mulheres-mães não só no período do puerpério, mas também com filhos mais velhos. A maioria das outras pesquisas, cujo objetivo é buscar compreender a saúde mental materna, interessou-se em analisá-la durante o ciclo gravídico puerperal e não em mulheres que se tornaram mães há mais tempo, como neste. Somado a isso, dentre os transtornos e as sintomatologias, a maior parte dos estudos interessa-se por compreender a depressão materna, já a presente pesquisa preocupou-se também em como a ansiedade apresenta-se nessas mulheres-mães, esse olhar é fundamental inclusive porque a pontuação no inventário de ansiedade de Beck foi superior ao de depressão. Além disso, há uma escassez de artigos que busquem compreender a ansiedade e a depressão materna dentro da terapia cognitivo comportamental; essa dificuldade de encontrar outros estudos na mesma linha, limitaram realizar uma discussão mais rica e detalhada. Somado a isso, a amostra do presente estudo foi pequena, por isso não é recomendado generalizar para toda a população, apesar de haver algumas outras pesquisas com resultados parecidos com relação a algumas variáveis. Diante disso, recomenda-se mais estudos e investigações na área, a fim de entender de forma mais abrangente e a partir de um viés cognitivo comportamental, como a maternidade tem sido vivenciada e interpretada, e como a correlação disso afeta a saúde mental das mulheres-mães.

REFERÊNCIAS

AIROSA, Sara; SILVA, Isabel. Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 14, n. 1, p. 64-77, 2013. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/362/36226540008.pdf. Acesso em: 18 jan. 2023

ALVARENGA, Patrícia et al. Variáveis sociodemográficas e saúde mental materna em contexto de vulnerabilidade social. **Psicologia, saúde & doenças,** v. 19, n. 3, p. 776-788, 2018. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/4c9b/950e02d2f5dd4adcd0bd1c0d91e897fc72a7.pdf. Acesso em: 21 set. 2022

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: http://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf. Acesso em: 08 dez. 2022

BECK, Aaron T; KUYKEN, Willem. Terapia Cognitiva: Abordagem revolucionária. *In*: DE ABREU, Cristiano Nabuco et. al. **Psicoterapias cognitiva e construtivista: novas fronteiras da prática clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 53-60. Disponível em:

http://www.ava-edu.net/biblioteca/wp-content/uploads/2020/08/psicoterapias-cognitiva-e-construtivista.pdf. Acesso em: 11 jan. 2023

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental.** 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BELTRAMI, Luciane; DE MORAES, Anaelena Bragança; DE SOUZA, Ana Paula Ramos. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. **Distúrbios da Comunicação**, v. 25, n. 2, p. 229-239. 2013. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/dic/article/download/16476/12373 Acesso em: 24 jan. 2023

BENATTI, Ana Paula et al. A maternidade em contextos de vulnerabilidade social: papéis e significados atribuídos por pais e mães. **Interação em psicologia,** v. 24, n. 2, 2020. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/download/59856/41441. Acesso em: 20 jan. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021

CAMARGO, Amanda Figueiredo. **Os impactos do isolamento social em mulheres executivas e mães em trabalho home office no cenário de pandemia de COVID-19. 2021.** Dissertação (mestrado) - Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2021. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/31399/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20MESTRADO%2013-12%20vers%C3%A3o%20FGV.pdf?sequence=1. Acesso em: 21 set. 2022

CARLESSO, Janaína Pereira Pretto; DE MORAES, Anaelena Bragança; DE SOUZA, Ana Paula Ramos. Depressão materna e fatores de risco associados. **Research, Society and Development**, v. 8, n. 3, p. 01-15, 2019. Disponível em: https://www.redalyc.org/journal/5606/560662194009/html/. Acesso em: 20 jan. 2023

CARNEIRO, Rosamaria. Cansaço e violência social: sobre o atual cotidiano materno. **cadernos pagu**, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cpa/a/vt9MnYcTkfTwZbyFMGqrQdQ/?format=html&lang=pt. Acesso em: 24 jan. 2022

CASTILLO, Rocío Paricio Del; USAOLA, Cristina. Polo Maternidad e identidad materna: deconstrucción terapéutica de narrativas. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, v. 40, n. 138, p. 33-54, 2020. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352020000200003&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 18 jan. 2023

CHEMELLO, Mariana Reichelt; LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro; DONELLI, Tagma Marina Schneider. Ansiedade materna e maternidade: Revisão crítica da literatura. **Interação em Psicologia**, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/download/46153/32917. Acesso em: 18 jan. 2023

CLARK, David A; BECK, Aaron T. **Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade: Tratamentos que Funcionam: Guia do Terapeuta.** Porto Alegre: Artmed, 2016. Disponível em: https://doceru.com/doc/v0c185. Acesso em: 13 jan. 2023

COSTA, Camilla Oleiro da et al. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** v. 68, p. 92-100, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/PSrDy4ZFSGDCzNgJfJwVRxz/abstract/?lang=pt. Acesso em: 13 jan. 2023

DALGALORRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. Disponível em: https://monitoriapsiq2015.files.wordpress.com/2015/02/psicopatologia-e-semiologia-dos-transtornos-mentais-paulo-dalgalarrondo.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023

DIAS, Fernando Machado Vilhena et al. Perfil dos indivíduos diagnosticados com depressão maior no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 29. n.2, p. 497-502, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepop/a/yVKqn633KRV6Dq6j4dzD84K/?lang=pt. Acesso em: 23 jan. 2023

DIB, Eloisa Pelizzon; PADOVANI, Flávia Helena Pereira; PEROSA, Gimol Benzaquen. Mother-child interaction: implications of chronic maternal anxiety and depression. **Psicologia: Reflexão e Crítica,** v. 32, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/prc/a/nBgMrppbpJ4mcKQmHbp8FwF/?lang=en Acesso em: 24 jan. 2023

FONSECA, Karlla Karinny Dantas da et al. Nível de pobreza e sintomas depressivos em mulheres mães. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 11411-11427, 2021. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/download/23990/19248. Acesso em: 19 jan. 2023

FRANCO, Marina Haase da Costa et al. Desigualdade de Gênero e Escuta Psi de Mulheres Atendidas na Atenção Básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/pLgpwGw9Zsr85VTznTYFt6z/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 17 jan. 2023

GALDINA, Lara. Pensamentos automáticos de estudantes universitários que relatam ansiedade frente ao TCC. 2022. Disponível em: https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/28382/1/TCC%20Lara%20Galdina%20RUNA.pdf. Acesso em: 31 jan. 2023

GOMES, Bruna Katerine Godinho et al. Prevalência da sintomatologia de depressão pós-parto e fatores associados. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 1, p. e0812139183-e0812139183, 2023. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/39183/32326. Acesso em: 19 jan. 2023

GONÇALVES, Angela Maria Corrêa et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, p. 101-109, 2018. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/TrQdtMNct5Dk3VSvjpthXtH/abstract/?lang=pt. Acesso em: 23 jan. 2023

GOODWIN, Guy M. The overlap between anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder. **Dialogues in clinical neuroscience**, v. 17, n. 3, p. 249-260, 2015. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.31887/DCNS.2015.17.3/ggoodwin?needAccess=true&role=button. Acesso em: 20 jan. 2023

GREINERT, Bruna Rafaele Milhorini; MILANI, Rute Grossi. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Psicologia: teoria e prática**, v. 17, n. 1, p. 26-36, 2015. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/1938/193839259003.pdf. Acesso em: 20 jan. 2023

HARTMANN, Juliana Mano; MENDOZA-SASSI, Raul Andrés; CESAR, Juraci Almeida. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cadernos de saúde pública,** v. 33, p. e00094016, 2017. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33n9/e00094016/. Acesso em: 06 dez. 2022

HOFMANN, Stefan G. **Introdução à terapia cognitivo-comportamental contemporânea.** Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: https://doceru.com/doc/xc8cnce. Acesso em: 10 jan. 2023

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, p. s54-s64, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbp/a/HLpWbYk4bJHY39sfJfRJwtn/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 01 fev. 2023

KUYKEN, Willem; PADESKY, Christine A.; DUDLEY, Robert. **Conceitualização de casos colaborativa: O trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2010. Disponível em: https://doceru.com/doc/nc1xce. Acesso em: 30 jan. 2023

MARQUES, Luzilene de Carvalho et al. Saúde mental materna: rastreando os riscos causadores da depressão pós-parto. **Journal Health NPEPS**. 1(2):145-159 2016. Disponível em: http://www.repositorio.ufma.br:8080/jspui/handle/123456789/918. Acesso em: 26 jan. 2023

NOMURA, Roseli et al. Impact of the COVID-19 pandemic on maternal anxiety in Brazil. **Journal of Clinical Medicine**, v. 10, n. 4, p. 620, 2021. Disponível em: https://www.mdpi.com/2077-0383/10/4/620. Acesso em: 06. dez. 2022

OLIVEIRA, Maria Ines Santana de. Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 7, n. 1, p. 30-34, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100006. Acesso em: 06 dez. 2022

OPAS. OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção.2022. Disponível em:

https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao. Acesso em: 13 jan. 2023

OPAS. Relatório Mundial de Saúde Mental: Transformando a saúde mental para todos. 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338. Acesso em: 13 jan. 2023

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de Pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013

SANTOS, Anne Carolline Bispo dos et al. Efeitos do mindfulness em gestantes: uma revisão sistemática da literatura entre 2010 e 2020. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e128101421659-e128101421659, 2021.Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21659. Acesso em: 01 fev. 2023

SANTOS, Maria Luiza Cunha et al. Sintomas de depressão pós-parto e sua associação com as características socieconômicas e de apoio social. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/wvn5x49ZqbgzhKGs4pqPnqb/abstract/?lang=pt. Acesso em: 18 jan. 2023

SILVA, Ana Paula Casagrande; PIZETA, Fernanda Aguiar; LOUREIRO, Sonia Regina. Stressors and perceived social support in women/mothers with depression. **Psico-USF**, v. 21, p. 583-594, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pusf/a/cmB4tshzSk8RMtSvPnyF7rc/?format=html. Acesso em: 21 set. 2022

SILVA, Dilma Ferreira; DE SANTANA, Paulo Roberto. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. **Tempus–Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p. ág. 175-185, 2012. Disponível em: http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/download/1214/1099. Acesso em: 20 jan. 2023

SILVA, Marcela Samara Lira da. **Um olhar para além da beleza da maternidade: Burnout materno–exaustão e sobrecarga de mães. 2021**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2021. Disponível em: http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/21342/3/MARCELA%20SAMARA%20LIRA%20DA%20SILVA%20-%20TCC%20BACHARELADO%20EM%20ENFERMAGEM%20CES%202021.pdf. Acesso em: 24 jan. 2023

SILVA, M. de AP et al. Tristeza materna em puérperas e fatores associados. **Rev Port Enferm Saude Ment,** v. 18, p. 8-13, 2017. Disponível em: https://scielo.pt/pdf/rpesm/n18/n18a02.pdf Acesso em:17. jan. 2023

SOUZA, Luciano Dias de Mattos et al. **Transtorno de ansiedade generalizada em jovens de 18 a 24 anos: prevalência, fatores associados, comorbidades e impacto na qualidade de vida. 2010.** Tese (doutorado em psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/708/1/422822.pdf. Acesso em: 26 jan. 2023

TEIXEIRA, Renata Cristina et al. Necessidades de saúde de mulheres em pós-parto. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 621-628, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/X7cVJ9PBJ9Xt93fY9bYJmyw/?format=html&lang=pt. Acesso em: 18 jan. 2023

WHITBOURNE, Susan Krauss; HALGIN, Richard P. **Psicopatologia: perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos**. 7. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015. Disponível em: https://doceru.com/doc/51n5xx. Acesso em: 10 dez. 2022

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R; THASE, Michael E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental-: Um Guia Ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008. Disponível em: https://www.pdfdrive.com/aprendendo-a-terapia-cognitivo-comportamental-um-guia-ilustrado-e187438959.html. Acesso em: 10 jan. 2023

YOUNG, Jeffrey E. Terapia Cognitiva para Depressão. *In:* BARLOW, David H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 275-230. Disponível em: https://0201.nccdn.net/4_2/000/000/05c/240/Manual-dos-transtornos-psicol--gicos.pdf Acesso em: 10 jan. 2023