

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: ANÁLISE DA OCORRÊNCIA EM MULHERES EM ESPÍRITO SANTO DO PINHAL – SP E JACUTINGA - MG**POSTPARTUM DEPRESSION: WOMEN OCCURRENCE ANALYSIS IN ESPÍRITO SANTO DO PINHAL – SP E JACUTINGA – MG**

**Sabrina MAINETI¹; Alessandra Oliveira GUIMARÃES²; Daniela Peixoto Ferro do PRADO³;
Gleidson Juliacci PATTO⁴; Thaís Louise SOARES⁵**

1 Biomédica, Centro Regional Universitário de Espírito Santo do Pinhal – UNIPINHAL, sabrinamaineti@gmail.com

2 Fisioterapeuta, Centro Regional Universitário de Espírito Santo do Pinhal – UNIPINHAL, ale.mogi@yahoo.com.br

3 Bióloga, Centro Regional Universitário de Espírito Santo do Pinhal – UNIPINHAL, dpeixotof@gmail.com

4 Engenheiro, Centro Regional Universitário de Espírito Santo do Pinhal – UNIPINHAL, gleidsonpatto@yahoo.com.br

5 Bióloga, Centro Regional Universitário de Espírito Santo do Pinhal – UNIPINHAL, thaisls@yahoo.com

RESUMO

Se a gravidez pode ser apontada como uma época de maior vulnerabilidade, o parto pode também ser visto como um momento crítico que marca o início de uma série de mudanças significativas envolvendo simbolização. O objetivo deste trabalho foi analisar a ocorrência de depressão pós-parto nas cidades de Espírito Santo do Pinhal – SP e Jacutinga- MG. Esta pesquisa tratou de um estudo descritivo com pesquisa de campo. A amostra foi constituída por 50 mulheres da cidade de Espírito Santo do Pinhal - SP e 50 de Jacutinga – MG, entre 18 a 40 anos. Avaliando a ocorrência de depressão pós-parto foram encontradas 26% de casos no qual apenas 15% realizaram tratamento. Sobre ter apoio da família durante a gestação, 94% citaram ter tido, 53% tiveram pelo menos uma das gestações não planejadas e 7% sofreram algum tipo de violência obstétrica durante o parto. Apenas 14% de todas as entrevistadas foram informadas sobre o baby blues. Concluiu-se que a maioria dos partos realizados foi cesárea e a porcentagem de depressão pós-parto citada foi de 26%.

Palavras-chaves: Maternidade; Puerpério; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

If pregnancy could be pointed at a time of greater vulnerability, childbirth can also be seen as a critical moment which marks the beginning of a series of significant changes involving symbolization. This article aims to analysis the occurrence of postpartum depression on the cities of Espírito Santo do Pinhal-SP and Jacutinga – MG. This research dealt with a descriptive study with field research. The sample consisted of 50 women from Espírito Santo do Pinhal - SP and 50 from Jacutinga - MG, between 18 and 40 years old. Evaluating the postpartum depression occurrence were found 26% cases with only 15% underwent treatment. About have family supports during the gestation, 94% mentioned had, 53 had at least one not planned pregnancy and 7% suffered some type of obstetric violence during the childbirth. Only 14% of all interviews were informed about the baby blues. It was concluded that the majority of childbirth performed were caesarean operation and the cited postpartum depression percentage was 26%.

Key words: Maternity; Puerperium, Women's Health.

Recebimento dos originais: 19/07/2020

Aceitação para publicação: 31/07/2020

INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) é um sério problema de saúde no ciclo gravídico-puerperal, atingindo aproximadamente 10 a 20% das mulheres nos seis primeiros meses após o parto, afetando a mãe, a criança, o parceiro e a família, tendo um diagnóstico nada fácil, uma vez que muitos sintomas como alterações do sono, apetite e fadiga são comuns no período entre o parto até total recuperação física e mental da mulher (puerpério) tendo como fator de risco uma depressão já presente na gestação ou mesmo prévia (fora do puerpério), por acontecimentos estressantes durante a gestação, condição socioeconômica desfavorável, uma violência doméstica e também a baixa idade materna (PEREIRA; LOVISI, 2008).

Na DPP, a mãe é afetada logo após o nascimento do bebê, iniciando-se em geral depois da saída do hospital, ou quando não há mais os cuidados médicos da obstetra. Ou também apresentar um desenvolvimento progressivo, surgindo a qualquer momento do primeiro ano do bebê e, portanto, nem a mãe nem aqueles que a rodeiam conseguem entender o tamanho de sua ilusão, que pode durar semanas ou até meses, e não depende dela, apenas é uma realidade que pode e deve ser tratada (CHILD PSYCHOTHERAPY TRUST, 2010).

Um aspecto levantado por Pereira; Lovisi (2008), afirma que apesar do que se imagina o período de gestação nem sempre é marcado por alegrias e realizações, e sim de muitas mulheres que experimentam tristeza ou ansiedade nessa fase de suas vidas, afinal a gestação e o puerpério são períodos da vida da mulher que envolve inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de aceitação social, as quais podem refletir diretamente em sua saúde mental, tais mudanças pela vinda do bebê não se restringem apenas às variáveis psicológicas e bioquímicas, mas também fatores socioeconômicos, principalmente nas sociedades em que a mulher está inserida no mercado de trabalho.

A tristeza materna, conhecida também por *baby blues*, é a forma mais comum leve de depressão, seus sintomas ocorrem logo após o parto, compartilhando de sentimento exultante em alguns momentos e logo em seguida muito sentimental, chateada e chorando sem nenhum motivo em particular, tudo desencadeado por mudanças repentinas nos níveis de hormônio feminino após o parto, e em parte pelo próprio choque emocional do parto, dando início à percepção de responsabilidade de ter que cuidar de um ser e de todas as mudanças que uma mãe e sua família têm que suportar. Enquanto a depressão pós-parto é uma condição mais séria e mais duradoura do que a tristeza materna, causando um impacto em toda a família, interferindo no desenvolvimento do relacionamento entre a mãe, seu bebê e a família (CHILD PSYCHOTHERAPY TRUST, 2010).

A prevenção precoce, como mencionado por Konradt et al. (2011), pode ser realizada por meio de intervenções conjuntas durante a gravidez, diminuindo o risco de que as mães desenvolvam a DPP e prevenindo os graves problemas pessoais e familiares dessas mulheres, sendo muito importante em termos de saúde pública o desenvolvimento de medidas efetivas para a prevenção dessa patologia a fim de reduzir a incidência da DPP. A partir disso os profissionais ligados à saúde materna e obstétrica (médicos, psicólogos e enfermeiros) são os que se encontram em melhores condições de prevenir o aparecimento da DPP, a fim de propor a criação de programas preventivos na rede pública, voltados não só para a saúde da mãe, mas para a saúde sexual e reprodutiva da população geral.

O tratamento médico para a tristeza pós-natal deve envolver no mínimo três tipos de cuidados: o ginecológico, psiquiátrico e psicológico, pois além da preocupação médica, os cuidados sociais são relevantes e estão envolvidos com o desenvolvimento da depressão no período puerperal, daí a necessidade para o tratamento da DPP não apenas para a qualidade de vida da mãe, mas, prevenindo distúrbios no desenvolvimento do bebê e preservando um bom nível de relacionamento conjugal e familiar (BALLONE, 2014).

O objetivo deste trabalho foi analisar a ocorrência de depressão pós-parto nas cidades de Espírito Santo do Pinhal – SP e Jacutinga- MG.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa trata de um estudo descritivo com pesquisa de campo. O trabalho foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário, das Faculdades Associadas de Ensino - FAE/UNIFAE, em maio de 2017 sob o número Parecer: 2.044.857.

Foram abordadas 50 mulheres moradoras da cidade de Esp. Sto. do Pinhal- SP e 50 mulheres de Jacutinga – MG, totalizando 100 entrevistadas, foram incluídas mulheres com idade entre 18 a 40 anos e que já tiveram filhos, independentemente da idade deles, ou seja, com tempo indeterminado entre o pré-natal e o presente questionário. Os fatores de exclusão deste trabalho foram mulheres que se recusaram por receio de se expor, ou por não se recordarem de certas informações, necessárias para o preenchimento. O questionário foi aplicado no período de julho a Setembro de 2017 e as participantes foram abordadas aleatoriamente, em escolas, hospitais e praças, onde foram expostos e esclarecidas sobre o estudo e sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual foram asseguradas as colaboradoras o anonimato de sua identidade.

Das que concordaram em participar voluntariamente do estudo, os dados foram obtidos através de questionário a partir de perguntas fechadas, pré-formuladas e em ordem pré-estabelecida, onde foi dada a possibilidade de responder o questionário ou por meio de entrevista. As variáveis contidas no questionário eram sobre dados demográficos e sobre a(s) gestação (ões) (Pré-natal, apoio, traumas ou problemas, medicações e o parto), até o pós-parto (sobre seu bebê, se realizou aleitamento e se obteve algum transtorno e o que se sabe sobre), procurando verificar com os resultados a diferença da fase do baby blues e depressão pós-parto, a partir de questões que demonstram sutilmente as causas, os transtornos e obstáculos enfrentados por cada uma delas que tiveram a depressão pós-parto.

Após a coleta de dados os dados foram tabulados e analisados utilizando-se o software Excel 2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PERFIS DAS ENTREVISTADAS

Foram entrevistadas 50 mulheres na cidade de Espírito Santo do Pinhal - SP e 50 em Jacutinga – MG, ao analisar os resultados a maior ocorrência correspondeu de 34 a 40 anos (50% em Esp. Santo do Pinhal e 40% em Jacutinga). Ambas as cidades estudadas tiveram a maioria das entrevistadas com renda familiar de 1 a 3 salários, sendo 52% em Esp. Sto. do Pinhal e 76% em Jacutinga; 36% das mulheres de Pinhal e 60% de Jacutinga têm ensino médio completo, as

mulheres casadas prevaleceram na pesquisa com 74% em Esp. Santo do Pinhal e em Jacutinga 62% (tabela 1).

Tabela 1. Perfil das entrevistadas de Espírito Santo do Pinhal - SP e Jacutinga – MG.

Faixa etária	Esp. Santo do Pinhal - SP		Jacutinga – MG	
	(n)	(%)	(n)	(%)
18 a 25 anos	7	14%	13	26%
26 a 33 anos	18	36%	17	34%
34 a 40 anos	25	50%	20	40%
Estado civil				
Solteira	12	24%	15	30%
Casada	37	74%	31	62%
Viúva	1	2%	0	0%
Amasiada/União Estável	0	0%	4	8%
Renda				
1 a 3 salários	26	52%	38	76%
4 a 7 salários	19	38%	12	24%
Mais de 8 salários	5	10%	0	0%
Escolaridade				
Fundamental completo	1	2%	3	6%
Fundamental incompleto	2	4%	2	4%
Médio completo	18	36%	30	60%
Médio incompleto	2	4%	1	2%
Técnico completo	1	2%	0	0%
Superior	16	32%	14	28%
Superior incompleto	7	14%	0	0%
Pós Graduação	3	6%	0	0%

Fonte: Autores, 2020

Justificando a seleção de idade das entrevistadas, um estudo realizado por Fonseca; Tavares; Rodrigues (2009) realizado no Alojamento Conjunto da Clínica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), no município de Uberaba - MG na população verificaram que 51,4% das puérperas têm entre 19 e 35 anos de idade e 60% recebe de 1 a 3 salários mínimos. Resultados semelhantes foram encontrados por Gomes et al. (2010), também encontraram em sua pesquisa em Fortaleza – CE, 42% recebem 1 salário; 35% de 2 a 4 salários, enquanto que 21% sobrevivem com menos de um salário mínimo por mês e apenas 2% com renda total acima de quatro salários mínimos.

Corroborando Almeida; Arrais (2016), das 10 mulheres captadas em um serviço de alto risco de um Hospital Público em Brasília, entre a 21ª e 35ª semanas de gestação, demonstrou que a maioria possuía nível baixo de escolaridade sendo 30% até o ensino fundamental e 50% até o ensino médio; são 80% múltiparas, 70% apresentam situação socioeconômica desfavorável e, entre as 60% que trabalham, 4 (40%) delas possuem um trabalho estressante (40%).

De acordo com as entrevistadas, havia 78 gestações na amostra de 50 mulheres de Esp. Santo do Pinhal – SP e 68 gestações nas 50 mães de Jacutinga – MG.

Notou-se que grande parte dos filhos em Esp. Sto. do Pinhal (27) tinham de 5 a 10 anos de idade enquanto que em Jacutinga –MG 31 tinham de 1 a 5 anos. E ambas as cidades, das entrevistadas tinham 1 filho apenas (32 Esp. Sto. do Pinhal - SP e 35 em Jacutinga - MG) como

demonstrado no gráfico 1, e a maioria possuem apenas 1 filho (32 mulheres em Pinhal e 35 em Jacutinga).

A média de idades das mães foi de 34 a 40 anos e das crianças corresponde 27 crianças de 5 a 10 anos em Esp. Santo do Pinhal – SP e 31 crianças de 1 a 5 anos em Jacutinga – MG. Diferente do encontrado no estudo de Campos; Rodrigues (2015), com faixa etária de 15 a 40 anos, encontraram a idade média das mães de 27 anos, e a média de idade das crianças foi de três meses.

Gráfico 1. Comparativo da quantidade de filhos e idades, das entrevistadas de Esp. Sto. do Pinhal - SP e Jacutinga – MG.



Fonte: Autores, 2020

ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL E NO PARTO

Ao visualizar o acompanhamento durante o pré-natal e durante o parto, 98% (49) mulheres de Esp. Sto. do Pinhal e 96% (48) de Jacutinga tiveram acompanhamento. Das que realizaram pelo SUS em Esp. Sto. do Pinhal, 8 mulheres realizaram o pré-natal e parto pelo SUS, enquanto 3 somente no parto. Em Jacutinga 46% (23) realizaram todo o acompanhamento, 10% (5) somente no parto e 2% (1) só realizou pré-natal. Tendo 42% (21) mulheres de Jacutinga - MG e 82% (41) em Esp. Sto. do Pinhal - SP que realizaram por convênios ou particulares.

Konradt et al (2011), sustenta que os profissionais ligados à saúde materna e obstétrica são os que têm melhores condições de prevenir o aparecimento da depressão pós-parto, pois possuem o conhecimento necessário para criar programas preventivos na rede pública, voltados não só para a saúde da grávida, mas para a saúde sexual e reprodutiva da população geral, procurando esclarecer todas as informações necessárias sobre a gestação e puerpério, por isso o acompanhamento pré-natal é tão necessário.

No pré-natal, o ideal é a realização de seis consultas durante o período gestacional e uma sétima no puerpério (depois do parto), realizando exames que indicarão se há uma gestação de risco, para que se tenha um acompanhamento adequado (BRASIL, 2012). Ribeiro (2016) reforça

que a assistência de pré-natal e puerpério afeta diretamente a qualidade de vida da mãe e de seu bebê, e enfatiza a importância da boa atuação profissional, ouvindo e respeitando as crenças e valores das puérperas, para que haja a compreensão das verdadeiras necessidades delas.

Porem por seu lado, Mota (2016), aponta que o sofrimento dos usuários da rede pública é afetado pelos meios de comunicação, seja pela longa espera por consultas; pela impossibilidade da realização de procedimentos e exames essenciais, pois os equipamentos estão quebrados; pela falta de profissionais para atender a demanda em crescimento; adequação do espaço físico; condições sanitárias inapropriadas; ou pelos poucos recursos disponíveis para as melhorias necessárias, podendo ser alguns motivos para não se realizar acompanhamento.

Longhi et al. (2016) em seu estudo no Município de Vacaria/RS, identificou que 54% dos partos cesáreos são realizados pelo SUS, 29% através de convênios e apenas 17% de forma particular, diferente dos partos normais que se encontrou 97% pelo SUS, 2% por outros convênios e somente 1% particular, tendo um total de 75% de partos realizados pelo SUS, 16% via convênios e 9% por meio particular. Como também foi observado por Paris; Peloso; Martins (2013), sobre a baixa porcentagem de exames obstétricos durante as consultas no atendimento privado e, principalmente no público demonstrando à deficiência na assistência a mulher, que são indispensáveis para monitorar a saúde da gestante.

CASOS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Das entrevistadas, apenas 10% das mulheres de Pinhal – SP tiveram depressão durante a gestação e 8% em Jacutinga – MG, comparado às 26% que tiveram depressão pós-parto.

Silva (2014) explica que a depressão é o transtorno mental de maior prevalência durante o ciclo gravídico puerperal e estão associadas a fatores como antecedentes psiquiátricos, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, gestação na adolescência, falta de suporte social, eventos estressantes e história de violência doméstica.

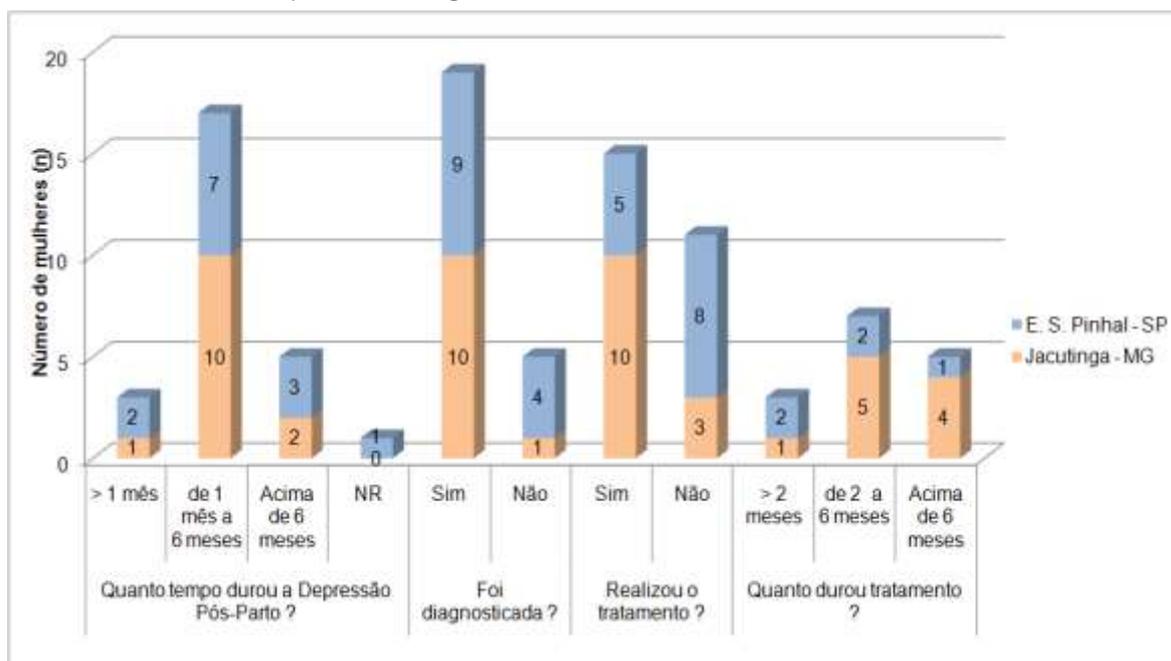
Os resultados mostram que 26% (13) mães em ambas as cidades afirmaram ter tido a depressão pós-parto, dessas mães foram diagnosticadas 20% (10) mulheres em Jacutinga e 18% (9) em Esp. Sto. do Pinhal, tiveram 8% (4) mulheres que não foram diagnosticadas por não procurarem ajuda por medo das medicações e do procedimento do médico, assim impedindo elas de saberem se realmente tiveram a DPP.

Felizmente 100% realizaram o tratamento dentre as 10 mulheres que citaram terem sido diagnosticadas na cidade de Jacutinga – MG, diferente de Esp. Sto. do Pinhal – SP que apenas 5 delas realizaram o tratamento, pois das 3 que não realizaram foi devido ao medo da reação das medicações podendo causar algum mal ao bebê, já que a maioria queria amamentar.

Vale ressaltar que das entrevistadas em Esp. Sto. do Pinhal e que se recusaram o tratamento, advertem ter se “livrado” dos sintomas e pensamento negativos da depressão, tendo a ajuda da religião (igreja), com o apoio do marido e familiares, ou até mesmo vivendo um dia de cada vez, tudo decorrente do sonho de amamentarem seus filhos, e não aceitarem prejudicá-los com os possíveis efeitos que os medicamentos pudessem trazer.

A maior parte das entrevistadas que tiveram a depressão pós-parto, 20% (10) em Jacutinga e 14% (7) em Esp. Sto. do Pinhal tiveram a duração dos sintomas de 1 mês a 6 meses, e apenas 2% (1) de Esp. Sto. do Pinhal, que não se lembrou quanto tempo durou como gráfico 2.

Gráfico 2. Levantamento das entrevistadas que tiveram a Depressão pós-parto, comparando das que foram diagnosticadas e se realizou o tratamento.



Fonte: Autores, 2020

Semelhante ao encontrado, Campos; Rodrigues (2015), das amostras de 132 mães participantes que frequentavam um projeto de extensão sobre o “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais”, no Centro de Psicologia Aplicada da UNESP de Bauru, observaram uma incidência de 29,5% (n=39) de mães que manifestaram sintomas de depressão pós-parto.

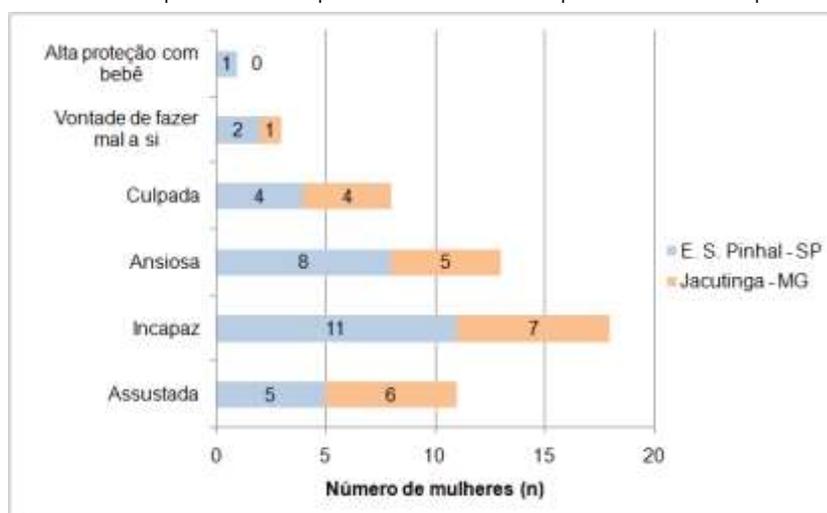
Ibiapina et al (2010), menciona que não há evidência que haja benefícios ou segurança no tratamento de longa duração com medicações antidepressivas na terapia da depressão pós-parto para melhorar e diminuir os sintomas de longo prazo. Porém em sintomas de curto prazo, observaram que as medicações antidepressivas são eficazes, tendo como primeira escolha das mulheres que amamentam a sertralina, por ser a medicação com menor número de efeitos adversos relatados.

A respeito disso, Sepúlveda (2014) afirma que a administração de medicamentos antidepressivos é necessária em casos que necessite impossibilitar ou reduzir a quantidade de sintomas graves que podem ocasionar o suicídio e infanticídio, no entanto, na necessidade essencial de amamentar, para utilizar tais medicamentos deve - se analisar para que não ocorram prejuízos a ambos, porém não há forma de se realizar tais testes, já que o recém-nascido não pode participar das pesquisas, mas felizmente há um número significativo de antidepressivos que pode ser compatível com a lactação, não trazendo prejuízos no desenvolvimento do lactente.

Foram visualizadas que 22% (11) mães em Esp. Sto. do Pinhal – SP e 14% (7) em Jacutinga - MG se sentiram incapazes de cuidar do seu bebê ou de superar aquele momento ruim, 16% (8) em Esp. Sto. do Pinhal e 10% (5) em Jacutinga se sentiram bastante ansiosas com como seria a vida depois de terem o seu filho, como se observa no gráfico 3, lembrando que das 26% (13) mulheres de Esp. Santo do Pinhal e 26% (13) de Jacutinga que desenvolveram a Depressão pós-parto, cada uma delas experimentaram vários desses sentimentos ao mesmo tempo.

Uma pesquisa realizada por Simões (2008), com cinco mulheres que apresentaram os sintomas de depressão pós-parto, residentes em Irati, com idades que variam entre 27 e 47 anos, descreveu que dos sentimentos citados foram a dificuldades na construção da maternidade, de ter a função de ter cuidados com seu bebê, de expressar sentimentos positivos em um momento de desgosto, como se depois do nascimento tivesse sido uma perda da sua personalidade antes da gravidez.

Gráfico 3. Sentimentos apresentados pelas entrevistadas que tiveram a Depressão pós-parto.



Fonte: Autores, 2020

Assim como para Marques (2015) que das 11 entrevistadas com depressão pós-parto, 6 apresentaram ansiedade nesse período, algumas sentiam-se incapazes de cuidar de seus bebês em certos momentos, porém também relatam que o apoio da família seria essencial para se sentirem bem, podendo descansar e ter tempo de realizar de outras atividades da casa, como também na interação do bebê com outras pessoas fora a mãe, isso ajudaria a terem maior tranquilidade, favorecendo o seu desenvolvimento saudável.

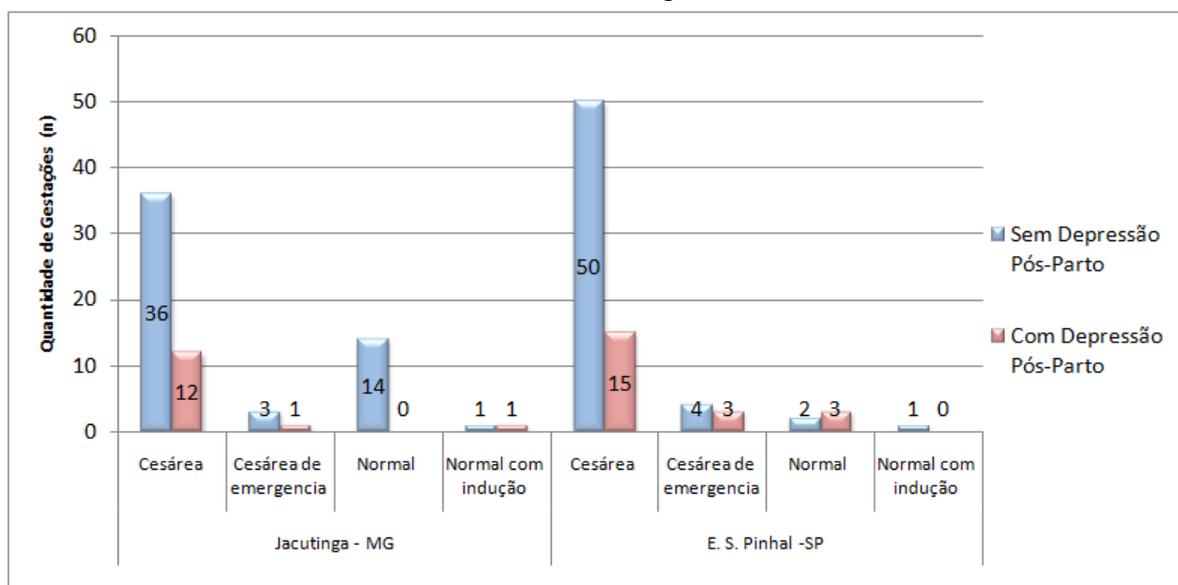
RELAÇÕES ENTRE O TIPO DE PARTO E A DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Entre as entrevistadas que tiveram depressão pós-parto observou-se que no total das gestações em Jacutinga - MG 17% (12) foram provenientes de cesáreas, 1,5% (1) por cesárea de emergência e 1,5% (1) em parto normal com indução, enquanto Esp. Santo do Pinhal - SP 19% (15) das gestações foram com parto cesárea, 4% (3) em cesárea de emergência e 4% (3) em parto normal como visto no gráfico 4, demonstrando que grande parte das gestações que desenvolveram Depressão pós-parto tiveram partos cesarianos, levando em consideração o total de 68 gestações em Jacutinga – MG e 78 em Esp. Santo do Pinhal – SP.

A despeito disso, Nascimento et al. (2015) concluiu em seu estudo com 25 puérperas internadas no Alojamento Conjunto do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP) de Campo Grande – MS, onde 76% das entrevistadas preferiram o parto normal pelo fato de ser um processo natural, ter uma recuperação pós-parto mais rápida permitindo a locomoção e volta rápida ao trabalho, além de dar os cuidados apropriado ao bebê sem restrições, contando com grande quantidade de mulheres descrevendo satisfação, expressões positivas, uma grande

variedade de sensações que somente a experiência do parto normal propicia. Mais por outro lado, reforça que algumas escolheram o parto cesariano e afirmam que tiveram boas sensações desse momento, principalmente por ser eleito o procedimento sem dor, e por não existir riscos ao neonato, porem a maioria delas tiveram sensações de decepção por ter fracassado na tentativa de um parto normal.

Gráfico 4. Relação entre o tipo de parto com a Depressão pós-parto das mulheres de Esp. Sto. do Pinhal – SP e Jacutinga – MG.



Fonte: Autores, 2020

Na análise com mulheres acima de 18 anos e primípara, por Manente (2014) também encontrou que o parto realizado foi o escolhido pela gestante, porem da maioria que optou pela cesárea, o motivo foi proveniente da pressão do sistema de saúde em manter a ideia da falta de riscos desse tipo de parto para mãe e o bebê, pois se sabe que ainda é grande a indicação pelos obstetras para que se utilize o parto cesariano, mesmo que as futuras mães não optem por esse tipo de parto, mantendo assim elevados os índices desse tipo de parto no país.

MOTIVOS QUE INTERFEREM A SAÚDE MENTAL DAS MULHERES VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, TRAUMAS E PROBLEMAS NA GESTAÇÃO

A violência obstétrica diferente do que muitos imaginam, não restringe apenas ao momento do parto, podendo aparecer tanto antes como depois do procedimento, como no pré-natal onde as consultadas se tornam rápidas, até mesmo a conversa agressiva do profissional ditando o que, quando e como vai ser o parto, sem o mínimo envolvimento da mulher (ARAÚJO et al.,2017).

Mulheres que já sofreram violência obstétrica tendem a carregar consequências para resto da vida se não procurarem pessoas para contar o que aconteceu, e terem pessoas que a apoiem adequadamente, podendo desencadear a depressão pós-parto, no presente estudo apenas 4% (3) em Jacutinga e 5% (4) em Esp. Sto. do Pinhal sofreram alguma violência obstétrica, o estudo revela que 7% das mulheres de Jacutinga (5) e 8% Esp. Sto. do Pinhal (6), tiveram algum trauma durante a

gravidez, e 18% (12) e 17% (13) das mulheres de Jacutinga e Esp. Sto. do Pinhal, respectivamente tiveram algum problema de saúde na gestação, citando novamente que foi levado em consideração o total de 68 gestações em Jacutinga – MG e 78 em Esp. Santo do Pinhal – SP.

Como indicado na pesquisa de Henriques et al. (2015), dos possíveis motivos que desencadeiam o transtorno do estresse pós-traumático no puerpério, uma maior prevalência de casos, foi entre mulheres que tiveram a sensação de falta de controle e medo durante o parto tipo cesariana e entre mulheres que vivenciaram violência (física e psicológica) de parceiros íntimos durante a gestação, também houve casos entre mulheres que vivenciaram violência comunitária, ferimentos graves (próprio ou de outras pessoas), morte de parentes e amigos, experiências sexuais não desejadas e violência por pessoas próximas ao longo da vida.

Araújo et al. (2017) cita o trabalho de duas estudantes de jornalismo da Faculdade Cásper Líbero que decidiram aprofundar o tema da violência obstétrica e descrevem claramente como a culpa da mulher desde o pré-natal e a pressão psicológica dos familiares e do marido são comuns, enfatizando frases como: “Não vai dar para fazer o parto normal e você vai matar nosso filho”, vinda de pais/maridos, tornando a cultura da cesárea como o método mais simples, e assim aumentando a quantidade de mulheres que se deixam levar por essa ilusão.

PLANEJAMENTO, APOIO DE FAMILIARES/COMPANHEIRO E USO DE MEDICAMENTOS

Outros fatores importantes estudados, são questões como: se a gravidez foi desejada e planejada, se houve apoio do companheiro e familiares e uso de medicações durante a gestação. A partir do estudo observou-se que a maioria das mulheres de Esp. Santo do Pinhal maioria 62% (31) desejou, planejou as gestações e 48% tiveram apoio na gravidez, em Jacutinga 32% não haviam desejado e planejado a gravidez, porém 46% tiveram o apoio dos familiares e companheiro.

Das entrevistadas que utilizaram medicações/suplementos durante a gestação, foram 28% em Esp. Santo do Pinhal e 18% em Jacutinga, sendo as suplementações mais utilizadas entre as entrevistadas de Esp. Sto. do Pinhal – SP o ácido fólico (indispensável para garantir uma gravidez saudável e o bom desenvolvimento do bebê, prevenindo lesões no tubo neural do bebê e doenças) por 19 delas, e 6 utilizaram de vitaminas, enquanto em Jacutinga - MG 4 utilizaram o Vonau® (ondansetrona) que é uma medicação indicada para o controle da náusea e do vômito.

Barbosa et al. (2008) em sua pesquisa realizada no Banco de Leite Humano de uma maternidade pública, no município de João Pessoa – PB e Menta e Souza (2010) no ambulatório do Hospital de Base de São José do Rio Preto, concluíram em seus estudos que de 20 mulheres entrevistadas, 55% haviam planejado a gravidez e 45% não planejaram. É importante observar que uma gravidez planejada pode ser bem mais saudável do que uma gravidez não planejada, proveniente da preparação psicológica, social e financeira pode dar um maior suporte à gestante.

Uma pesquisa realizada no pré e pós-parto com 1.109 mães residentes na região urbana, de 2006 a 2008 em Pelotas – RS a fim de avaliar os fatores de risco para a depressão por Silva et al. (2012), identificou que no pré-parto, a prevalência de sintomas depressivos eram maiores, em relação ao pós-parto. E entre as que apresentavam quadro depressivo confirmado pelo EPDS e questionário demográfico, tem como fatores de risco o envolvimento de eventos estressantes durante a gestação, uso de tabaco e pobreza.

Das entrevistadas por Simões (2008), relataram que sentiram a falta de suporte e o quão as dificuldades por terem que cuidar do bebê, dos demais filhos, do marido e da casa foram fatores

fortes para se sentirem deprimidas e tiver sido diagnosticada com depressão pós-parto, além disso, concorda entre si que faltou a proteção, a compreensão dos envolvidos em suas vidas para conseguirem enfrentar esses momentos.

Percebe-se que para que o apoio acontecer é preciso reconhecer as necessidades da mulher que apresenta os sintomas depressivos no período pós-parto, tais sintomas são demonstrados pela sensibilidade é evidente, e que seja feito entre as famílias para que aos poucos obtenha resultados positivos na saúde mental e física dessa mãe (MARQUES, 2015).

PÓS-NATAL: INTERNAÇÃO DO FILHO E ALEITAMENTO

Outro fator analisado neste estudo é a internação do bebê, onde muitas mulheres se sentem incapazes de realizar o aleitamento, ou se sentem culpada pela internação e falta de saúde de seus bebês. Em Esp. Sto. do Pinhal, apenas 10% (5) mulheres tiveram seus filhos internados devido um nascimento prematuro, problemas de saúde e realizando exames, enquanto em Jacutinga foram 28% (14). Em relação ao aleitamento materno grande parte das entrevistadas realizaram, das 8% (4) das mães de Esp. Sto. do pinhal e 22% (11) de Jacutinga que não realizaram foram por motivos de falta de leite, recusa do bebê ou motivos profissionais (voltar ao trabalho), verifica-se que das mães que não amamentaram de Jacutinga 55% (6) delas foram diagnosticadas com depressão pós-parto.

Muitas mulheres têm expectativas quanto à sua gestação, parto e período pós-natal, e fatores como um parto complicado ou a hospitalização de seu recém-nascido trazem sem dúvidas muitas preocupações e sentimentos negativos com sua capacidade de mãe, tais sentimentos podem afetar a capacidade de adaptação da mãe com seus afazeres com o bebê, aumentando o aparecimento da DPP (BRUNNER, 2011).

Ao referir-se a tal assunto Henriques et al. (2015), diz que, das puérperas entrevistadas da 6ª e 8ª semanas pós-natais, alguns ao nascerem tiveram agravo perinatal que necessitou a internação na unidade de terapia intensiva em seus primeiros dias de vida, a maioria das estudadas se sentiram satisfeita com a atenção recebida na maternidade, porém boa parte sentiu medo no momento do parto, apesar disso uma elevada parcela de mulheres confessaram ter sido vítima de violência física e psicológica durante a gestação e ter tido experiências potencialmente traumáticas ao longo da vida.

Já sobre aleitamento, o presente estudo de Manente (2014), verificou-se que a maioria das mães não tiveram acesso à informação sobre aleitamento durante a gestação, confirmando outros estudos atribuindo a falhas dos programas de saúde em disponibilizar informações de aleitamento a partir da fase gestacional.

CONHECIMENTO SOBRE O BABY BLUES

Ao analisar o conhecimento das entrevistadas sobre Baby Blues, em Esp. Santo do Pinhal 12% (6) já tinham ouvido sobre o assunto, enquanto 88% (44) nunca tinham ouvido falar sobre esse termo. Em Jacutinga – MG 16% (8) já tinham pelo menos visto sobre, enquanto 84% (42) não tinham conhecimento. Isso demonstra a grande falta de informação para a população, e a necessidade de campanha sobre o assunto.

Diferente da depressão pós-parto, Caplan (2017) afirma que o baby blues é um período de tristeza que pode durar até duas semanas após o parto, também necessitando de apoio médico

para enfrentar esses dias, afinal, toda mãe passa por momentos como noites mal dormidas, seios machucados e doloridos por causa da quantidade de leite; falta de tempo para fazer coisas básicas como ter uma refeição correta ou tomar banho; então repense quando alguém diz amar o filho, mas odiar ser mãe.

Para Silva (2017) a importância de se falar sobre o baby blues, deve-se por atingir entre 35 a 50% das mães, sendo fundamental que a gestante tenha consciência das complexidades do pós-parto e consiga reconciliar a melhor forma possível, para entrar em harmonia com seu bebê e possa viver os momentos de maneira tranquila e construtiva, como também o apoio familiar para que a mulher seja liberada das tarefas de casa, inclusive dos outros filhos, para que possa descansar e cuidar do bebê.

Em seu estudo, Mota (2016) entrevistou uma psicóloga, que há 6 anos atua na área da maternidade de um hospital público do Distrito Federal, onde relatou que no momento em que teve o primeiro contato com as puérperas na maternidade, sua maioria estavam vivenciando o Baby Blues, que normalmente não há necessidade de uma intervenção, pois cessam normalmente a partir do 10º dia a 1º mês após o parto, porém é nesse período que se torna difícil identificar uma depressão pós-parto, a não ser que a puérpera tenha vindo de um processo depressivo durante a gestação.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que o tipo de parto escolhido que mais obtiveram casos de depressão pós-parto foi o parto cesariano, devido às dores e distúrbios hormonais que podem aparecer no pós-parto. Observou-se que a maioria das mães de Esp. Sto. do Pinhal - SP que não realizaram o pré-natal tinham renda familiar de 1 a 3 salários, ensino médio completo e eram conveniadas pelo SUS, tiveram depressão pós-parto. Das mães que tiveram depressão pós-parto tiveram como sintomas mais comuns a incapacidade e ansiedade diante das condições financeiras enfrentadas. E alguns outros fatores encontrados nas que desenvolveram a DPP, foram à falta de apoio familiar, do pré-natal (por serem conveniadas pelo SUS) e que sofreram algum tipo de violência obstétrica (principalmente no parto). Entretanto, das que afirmaram ter sofrido alguma violência obstétrica (7), foram sem dúvidas relatos extremamente delicados e cruéis, afinal acredita-se que possa ser um dos grandes causadores da depressão pós-parto, pois envolve a dor psicológica, física e a culpa sentida pelas puérperas.

Ao realizar essa pesquisa foram encontradas algumas dificuldades, no qual mulheres se negaram a participar do estudo por receio de ser exposta a uma desconhecida, ter consequências e de encontrar mulheres para entrevistar que tivessem a faixa etária seguindo os requisitos (de 18 a 40 anos). Muitas das entrevistadas não lembravam datas e dados importantes, impedindo algumas de participar do estudo.

Em relação ao conhecimento sobre o baby blues foi encontrado apenas 14% de ambas as cidades pesquisadas, que sabiam ou apenas ouviram sobre, concluindo a necessidade de serem divulgado para a sociedade, em meios públicos e da saúde, para o conhecimento geral sobre os tipos de alterações recorrentes na gravidez.

O aprendizado adquirido se deu pela boa vontade das mulheres que participaram e abriram as portas do medo ao contarem tudo, sobre as gestações, sentimentos, receios e experiências vividas por elas. Ajudando na importância da conscientização sobre os sintomas, e a

necessidade que se explique tanto as puérperas quanto aos familiares sobre o que elas podem talvez passar logo no pós-parto, lembrando que elas não devem se sentir sozinhas, para que se expressem tais sentimentos e tenha um melhor desenvolvimento sob os momentos que serão passados, afinal quase todas as mulheres irão passar ou passaram pela maternidade.

REFERENCIAS

- ALMEIDA, N. M. de C.; ARRAIS, A. da R. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. **Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 4, n. 36, p.847-863, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n4/1982-3703-pcp-36-4-0847.pdf>>. Acesso em: 04 de novembro de 2017.
- ARAÚJO, B.; FONTENELLE, G.; HERRERA, L.; ALBUQUERQUE, N.; CALÇADE, P.. Violência obstétrica: o relato de um grito. **Revista Fórum Semanal**, p.2, out. 2017. Disponível em: <<https://www.revistaforum.com.br/semanal/violencia-obstetrica-o-relato-de-um-grito/>>. Acesso em: 20 de outubro de 2017.
- BALLONE, G. J. **Depressão Pós-Parto**: CEMP- Centro de Estudos em Psicologia. 2014. Fortaleza. Disponível em: <<http://www.cemp.com.br/textos.php?id=40>>. Acesso em: 09 de abril de 2017.
- BARBOSA, K. K. da S.; MACEDO, A. B.; OLIVEIRA, H. L. E. A. de; DIAS, C. T. de C.; ALBUQUERQUE, C. C. de. Conhecimento de gestantes acerca da depressão pós-parto. 2008. **Centro Universitário de João Pessoa- UNIPÊ**, João Pessoa, p.1-15. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I7155.E3.T1186.D3AP.pdf>>. Acesso em: 19 de outubro de 2017.
- BRASIL. Pré-natal garante saúde da mãe e do bebê. **Governo do Brasil**, nov. 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/11/pre-natal-garante-saude-da-mae-e-do-bebe>>. Acesso em: 23 de outubro de 2017.
- BRUNNER, M. A. C.. Prevalência da depressão pós-parto entre mulheres assistidas no ambulatório de pós-natal do instituto Fernandes figueira - Fiocruz. **Fundação Oswaldo Cruz: Instituto Fernandes Figueira**, Rio de Janeiro, p.1-79, set. 2011. Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher. Disponível em: <[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8140/1/Maria Alice.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8140/1/Maria%20Alice.pdf)>. Acesso em: 23 de outubro de 2017.
- CAMPOS, B. C. de; RODRIGUES, O. M. P. R.. Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. **Psico: Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho – UNESP**, Porto Alegre, v. 46, n. 4, p.483-492, dez. 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psico/v46n4/09.pdf>>. Acesso em: 03 de novembro de 2017.
- CAPLAN, N.. Depressão pós-parto: Você não está sozinha. 2017. Disponível em: <<https://nataliacaplandoula.wordpress.com/2017/01/05/o-lado-obscurado-pos-parto/>>. Acesso em: 02 de novembro de 2017.
- CHILD PSYCHOTHERAPY TRUST. A depressão pós-parto: um problema para toda a família. **Compreendendo a Infância**, p.1-5, 2010. Disponível em: <<http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/lefam/ATT00026.pdf>>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.
- FONSECA, M. de O; TAVARES, D. M. dos S.; RODRIGUES, L. R.. Investigação dos fatores indicativos de depressão pós-parto em dois grupos de puérperas. **Cienc. Cuid. Saúde**, Uberaba - MG, v. 3, n. 8, p.321-328, set. 2009.
- GOMES, L. A.; TORQUATRO, V. da S.; FEITOZA, A. R.; SOUZA, A. R de; SILVA, M. A. M. da; PONTES, R. J. S.. Identificação dos fatores de risco para depressão pós- parto: Importância do diagnóstico precoce. Identifying the risk factors for postpartum depression: Importance of early diagnosis. **Rev. Rene**, Fortaleza- CE, v. 11, n. 1, p.117-123, jan. 2010. Disponível em:

- <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4008/1/2010_art_arsouza.pdf>. Acesso em: 12 de abril de 2017.
- HENRIQUES, T.; MORAES, C. L. de M.; REICHENHEIM, E. M.; AZEVEDO, G. L. de; COUTINHO, E. S. F.; FIGUEIRA, I. L. de V.. Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 31, p.2523-2534, dez. 2015. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n12/0102-311X-csp-31-12-2523.pdf>>. Acesso em: 28 de outubro de 2017.
- IBIAPINA, F. L. P.; ALVES, G. A. J.; BUSGAIB, S. P. R.; COSTA, S. F.. Depressão pós-parto: tratamento baseado em evidências: Post partum depression: treatment based on evidences. **Femina**, Fortaleza, v. 38, n. 3, p.161-165, mar. 2010. Revisão sistematizada. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a008.pdf>>. Acesso em: 07 de abril de 2017.
- KONRADT, C. E.; SILVA, R. A. da; JANSEN, K.; VIANNA, D. M.; QUEVEDO, L. de A.; SOUZA, L. D. de M.; OSES, J. P.; PINHEIRO, R. T.. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação: Post partum depression and perceived social support during pregnancy. **Rev. Psiquiatr**, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 2, p.1-4, maio 2011.
- LONGHI, A. B.; PEGORINI, M. A.; PACHECO, M. T. M.; PANOSSO, O.. O Gasto Público com Gestante: Um Estudo no Município de Vacaria/RS. **XVI Mostra de Inicialização Científica: Pós-graduação, pesquisa e extensão**, p.1-15, nov. 2016. Programa de pós-graduação em administração - UCS. Disponível em: <<http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/mostraucspgga/xvimostrappga/paper/viewFile/4772/1642>>. Acesso em: 23 de outubro de 2017.
- MANENTE, M. V.. Maternidade para mães trabalhadoras: depressão pós-parto, stress, rede de apoio e conjugalidade. **Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”**, Bauru, p.1-125, nov. 2014. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Disponível em: <<https://alsafi.ead.unesp.br/bitstream/handle/11449/110918/000793838.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 25 de outubro de 2017.
- MARQUES, L. A.. Apoio familiar as mulheres com sintomas de depressão pós-parto: programa de pós-graduação em enfermagem. **Universidade Federal do Rio Grande**, Rio Grande, p.1-81, nov. 2015. MESTRADO EM ENFERMAGEM. Disponível em: <http://www.ppgenf.furg.br/images/05_Dissertacoes/2015/Leticia.pdf>. Acesso em: 03 de novembro de 2017.
- MENTA, O. V.; SOUZA, M. da G. G.. Depressão pós-parto: Sinais e sintomas em puérperas de risco no primeiro ano de vida do bebê: Post partum depression: Signsandsypotomsofmothersatriskduringtheirbaby’sfirstyearoflife. **Arq. Ciênc. Saúde**, Cajuru – SP, v. 2, n. 17, p.67-72, jun. 2010. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.
- MOTA, C. M. C.. A Atuação do Psicólogo da Saúde com Mulheres na Condição de Depressão Pós Parto: Desafios e Possibilidades. **UNICEUB - Centro Universitário de Brasília: FACES - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde**, Brasília, p.1-44, dez. 2016. Curso de Psicologia. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/10141/1/21116020.pdf>>. Acesso em: 05 de novembro de 2017.
- NASCIMENTO, R. R. P.; ARANTES, L. S.; SOUZA, E. D. C. de; CONTRERA, L.; SALES, A. P. A.. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **RGE - Rev. Gaúcha Enferm.**, Campo Grande – MS, v. 36, p.119-126, nov. 2015. Associação de Amparo à Maternidade e a Infância. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0119.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2017.
- PARIS, G. F.; PELLOSO, S. M.; MARTINS, P. M.. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados: Quality of prenatalcare in publicand private services. **Ver Bras. Ginecol. Obstet.**, Francisco

- Beltrão - PR, v. 10, n. 35, p.447-452, out. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n10/04.pdf>>. Acesso em: 21 de outubro de 2017.
- PEREIRA, P. K.; LOVIS, G. M.. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados: Prevalence of gestational depression and associated factors. **Rev. Psiq. Clín.**, Rio de Janeiro - RJ, v. 4, n. 35, p.144-153, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n4/04.pdf/>>. Acesso em: 17 de abril de 2017.
- RIBEIRO, D. C.. Proposta para melhorias no programa de pré-natal e puerpério da unidade básica de saúde Laureança Abreu da Silva, Baixa grande, Município de União - Piauí. **Acervo de Recursos Educacionais em Saúde: Universidade Aberta do SUS**, União -Piauí, p.1-26, ago. 2016. Universidade federal do Maranhão. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/8069>>. Acesso em: 30 de outubro de 2017.
- SEPÚLVEDA, C. R.. Depressão pós-parto: Tratamento e risco no aleitamento. **Graduação em Farmácia da Universidade Católica de Brasília**, Brasília - DF, p.1-49, set. 2014. Disponível em: <https://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/123456789/6829/5/Cinthia_Rodrigues_Sepúlveda.pdf>. Acesso em: 25 de outubro de 2017.
- SILVA, A. P.. **Baby Blues**: A tristeza materna no pós-parto. 2017. Renascedora e Educadora Perinatal. Disponível em: <<https://bebeseecologicos.moradadafloresta.eco.br/baby-blues-a-tristeza-materna-no-pos-parto/>>. Acesso em: 03 de novembro de 2017.
- SILVA, R. C. da. Depressão gestacional: Uma revisão de literatura. **Universidade Federal de Santa Catarina**, Florianópolis - SC, p.1-22, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/168522/Renata_Costa_da_Silva-PSICO-TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 03 de novembro de 2017.
- SILVA, R.; JANSEN, K.; SOUZA, L.; QUEVEDO, L.; BARBOSA, L.; MORAES, I.; HORTA, B.; PINHEIRO, R.. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. **Elsevier: Revista Brasileira de Psiquiatria**, Pelotas - RS, v. 34, n. 2, p.143-148, jun. 2012. Disponível em: <https://ac.els-cdn.com/S1516444612700314/1-s2.0-S1516444612700314-main.pdf?_tid=6f3a1346-bb1c-11e7-bd84-00000aab0f01&acdnat=1509111825_edf2064c8ba2b1e51474886a28204985>. Acesso em: 27 de outubro de 2017.
- SIMÕES, J. C. X.. Sentimentos e vivencias da depressão pós-parto. **Psicologia**, p.1-3, set. 2008.