SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM MULHERES NO PERÍODO PÓS-PARTO

Alisson Junior dos Santos[1];
Gleida Maria Martins[1];
Aparecida de Fátima Domingos Elias[1];
Leila Medeiros Estevam[1];
Raquel Dully Andrade[1].

Email contato: alissonenf2009@hotmail.com

1 Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG Unidade Passos.

Artigo Original

Resumo

No período que antecede o parto, a mulher fica ansiosa para ter seu bebê. Após o nascimento todas as atenções se voltam para a criança, muitas mulheres não conseguem lidar com essa situação e têm sua saúde mental comprometida. O presente estudo teve como objetivo, levantar sintomas de depressão e de ansiedade entre mulheres no período pós-parto. Trata-se de um estudo de campo, de caráter descritivo e exploratório, realizado nas duas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Jacuí-MG. As participantes da pesquisa foram 42 mulheres que tiveram parto de janeiro a junho de 2017. Foram utilizados como instrumentos de coleta um formulário de perfil, a Escala de Hamilton (Ansiedade) e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburg. Após a aplicação da Escala de Hamilton, 10 (23,8%) das entrevistadas apresentaram depressão leve, 06 (14,3%) moderadamente deprimidas e 07 (16,6%) apresentaram-se gravemente deprimidas. Já na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburg, 30 (71%) apresentaram sintomas que podem indicar angústia, 08 (19,5%) indicaram probabilidade de depressão e 04 (9,5%) tiveram sintomas sugestivos de depressão. Conclui-se que as mulheres em situação de puerpério necessitam de uma atenção especial tanto da parte familiar quanto da equipe multiprofissional que assiste à esta população.

Palavras-chave*: Saúde mental, Saúde da mulher, Puerpério, Depressão, Ansiedade.*

Abstract

In the run up to childbirth, the woman is anxious to have her baby. After birth all attention turns to the child, many women cannot cope with this situation and their mental health is compromised. The present study aimed to raise symptoms of depression and anxiety among postpartum women. This is a descriptive and exploratory field study, carried out in the two Family Health Units (FHU) of the city of Jacuí-MG. The survey participants were 42 women who delivered from January to June 2017. The following were used as a collection tool: the Hamilton Scale (Anxiety) and the Edinburgh Postpartum Depression Scale. After applying the Hamilton Scale, 10 (23,8%) of the interviewees presented mild depression, 06 (14,3%) moderately depressed and 07 (16,6%) were severely depressed. In the Edinburgh Postpartum Depression Scale, 30 (71%) had symptoms that may indicate distress, 08 (19,5%) had a likelihood of depression, and 04 (9,5%) had symptoms suggestive of depression. In conclusion, postpartum women need special attention from both the family and the multiprofessional team assisting this population.

Key words*:Mental health, Women's health, Puerperium, Depression, Anxiety.*

Introdução

Os últimos anos foram marcados por um profundo aumento das patologias psiquiátricas, fazendo com que se alcancem índices alarmantes de ocorrência. Dentre essas patologias destaca-se a depressão, problema comum em muitos países, constituindo-se em um grave problema de saúde pública e chegando a uma prevalência entre a população mundial de 3 a 11%[1]. O atendimento à saúde da mulher no período pós-parto deve ser diferenciado, pois é um momento onde se deve ter uma atenção especial com sua saúde. Ela

deve ser atendida com prioridade, pois a sintomatologia do estado emocional da mulher muitas vezes é negligenciada por elas mesmas. Esse período envolve inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e sociais.Neste contexto, a depressão pós-parto consiste numa expressão do sofrimento e dor humana e, de acordo com dados epidemiológicos, acomete um expressivo número de mulheres em todo o mundo. Esta doença mostra-se acompanhada de manifestações biopsicossociais associadas à ocorrência de eventos estressantes. Também denominado de depressão puerperal, maternal ou pós-natal, esse transtorno depressivo possui sintomas multivariados e é investigado como um tipo de depressão reativa. Por se tratar de uma reação a estímulos externos ao indivíduo, esse tipo de transtorno psicoafetivo enquadra-se como uma forma não patológica de sofrimento psíquico[2]. A gestação é um período de transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento humano. Há grandes transformações, não só no organismo da mulher, mas no seu bem-estar, alterando seu psiquismo e o seu papel sócio familiar. A literatura indica que o período gravídico puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar, prevenindo dificuldades futuras para o filho. A intensidade das alterações psicológicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante[3]. Para a Psiquiatria, a depressão é uma doença do organismo como um todo, que compromete o físico, o humor e, em consequência, o pensamento. Pode-se manifestar de várias formas, constatando-se em todos os tipos, comprometimento do ânimo, inclusive para as atividades que geram prazer. Uma das formas conhecida dessa doença é a Depressão Pós-Parto, transtorno mental de alta prevalência, que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas, iniciando-se de maneira insidiosa, levando até semanas após o parto. O diagnóstico muitas vezes é negligenciado pela própria puérpera e familiares, atribuindo os sintomas ao cansaço e desgaste naturais do puerpério, causados pelo acúmulo de tarefas caseiras e cuidados com o bebê[1]. A saúde da mulher tem sido um campo de grande preocupação e discussões ao longo de várias décadas. A vivência gestacional é um período muito peculiar na vida de uma mulher, e o nascimento do filho é uma experiência única, portanto, merecem ser tratados de forma singular e especial por profissionais qualificados, pela equipe multiprofissional, por gestores e pelo nível governamental. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) traz estratégias para o atendimento humanizado tais como, assegurar às gestantes um acesso facilitado ao serviço de saúde, cobertura e qualidade do acompanhamento durante o pré-natal, assistência ao parto e ao puerpério[4]. Os transtornos mentais podem ter implicações negativas na relação mãe-bebê e afetar o desenvolvimento da criança, sendo que a ocorrência dos agravos faz um alerta para a importância da intervenção de forma humanizada na assistência ao pré-natal e puerpério[5]. Apesar da Depressão Pós-Parto ser um problema latente, o Ministério da Saúde, como órgão que orienta as políticas de saúde no Brasil, ainda não vem enfatizando o manejo dos aspectos emocionais no ciclo gravídico puerperal, possuindo apenas duas publicações relativas à questão, tratando esta temática de forma pouco aprofundada[6]. Pesquisas apontam que 10 a 20% das mulheres manifestam depressão pós-parto, sendo que no Brasil, esta porcentagem é ainda mais elevada[7].Em grande parte das culturas e nas diversas áreas geográficas, os fatores de risco para o desencadeamento de um quadro depressivo no pós-parto são semelhantes: perda significativa, estresse, episódio depressivo prévio, gravidez indesejada, dificuldade para lidar com o bebê devido ao temperamento deste ou a doenças, conflito familiar, baixo apoio social e dificuldades econômicas. Os fatores associados à depressão materna são: menor escolaridade, maior número de gestações, maior paridade, maior número de filhos vivos e menor tempo de relacionamento[8]. De modo geral, o transtorno depressivo puerperal apresenta o mesmo quadro clínico característico da depressão em outros momentos da vida feminina, acrescido de particularidades relativas à maternidade em si e ao desempenho do papel de mãe. Sentimentos negativos, desinteresse pelo bebê e culpabilidade por não conseguir cuidar dele são frequentes e podem resultar em um desenvolvimento insatisfatório da interação mãe-bebê[9]. Em todos os partos existe um grau de sofrimento na mulher, o qual deriva de seu encontro com o bebê e lhe traz uma sensação de vazio e um sentimento de perda, de algo que lhe pertencia e já não lhe pertence mais. A mulher puerpério pode apresentar-se com um profundo retraimento, necessidade de isolamento, principalmente se há uma quebra muito grande do que se esperava, tanto

em relação ao bebê idealizado, quanto a si própria enquanto figura materna[10]. O primeiro contato da mulher com o serviço de saúde público deve acontecer na Estratégia Saúde da Família (ESF) onde os profissionais e, especialmente, o enfermeiro, têm a responsabilidade de acolher a gestante e iniciar o pré-natal o mais precocemente possível. A gestação caracteriza-se como um período de mudanças físicas e emocionais. Desse modo, durante o pré-natal, acolher a mulher, apoiá-la e minimizar medos, dúvidas, angústias e fantasias tornam-se imprescindível6. Considerando a realidade de saúde pública nacional, o cuidado pré-natal pode ser o único contato que uma mulher em idade reprodutiva tenha com os serviços de saúde, tornando-se crucial para intervenções direcionadas à promoção da saúde da mulher como um todo[3]. É fundamental que o profissional de saúde possa munir-se de meios que garantam uma assistência humanizada, investigando aquilo que possa influenciar no processo saúde/doença. Consequentemente, o diagnóstico de adoecimento mental se tornará mais rápido, e quando necessário, a mulher será encaminhada para um atendimento mais específico, proporcionando assim uma gravidez e/ou puerpério mais seguro para mãe e concepto[5]. Os conhecimentos dos fatores de risco da depressão pós-parto são importantes para o planejamento e execução de ações preventivas afim de favorecer o apoio emocional da família, amigos e companheiro, proporcionando segurança à puérpera.Os profissionais que atuam com gestantes devem vê-las com uma concepção de pessoa humana, procurando estabelecer mecanismos de interação que desvelem as verdadeiras necessidades e seus significados[11]. O momento que a mulher vivencia na gestação, parto e puerpério deve ser um período de tranquilidade para que as emoções sejam vistas e interpretadas por ela de forma correta, trazendo benefícios para sua saúde e a do bebê. Para isso a gestante precisa de apoio incondicional da família, amigos, companheiro e de uma equipe de saúde habilitada para ajudá-la neste momento delicado e transformador.

Material e Método

Trata-se de um estudo de campo de campo, de caráter descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, objetivando realizar o levantamento de sintomas de depressão e de ansiedade entre mulheres no período pós-parto. O presente estudo foi realizado nas duas ESF do município de Jacuí, situado na zona sudoeste do Estado de Minas Gerais. Foi realizado um levantamento e identificado 42 mulheres que se encontravam no período de até seis meses pós-parto no período de janeiro a julho de 2017. Foi utilizado como instrumento para coleta de dados, um formulário para identificação do perfil das mulheres participantes do estudo, como também a utilização das Escalas de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e Escala de Hamilton. Os instrumentos foram aplicados pelos próprios pesquisadores através de visita domiciliar nos horários de maior disponibilidade apontados pelas participantes da pesquisa, sendo realizado previamente, dois testes piloto para avaliar a adequação dos instrumentos selecionados e do processo de coleta de dados. As participantes que atenderam aos critérios da pesquisa no momento da coleta de dados foram esclarecidas sobre o objetivo do estudo, o método de coleta, bem como sobre seus direitos. Aquelas que aceitaram participar, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam uma versão do documento assinado pelos pesquisadores.

Resultados

Participaram da presente pesquisa 42 mulheres, sendo que 15 (35,7%) mulheres estavam com até 42 dias de puerpério, 09 (21,4%) estavam com dois meses de pós-parto, 07 (16,6%) estavam com até três meses de pós-parto, 05 (11,9%) estavam com até quatro meses de pós-parto, 05 (11,9%) estavam com cinco meses de pós-parto e 01 (2,3%) mulher estava com seis meses de pós-parto. Dentre as entrevistadas 13 (31%) tiveram partos normais e 29 (69%) mulheres realizaram parto cesariana. Quanto à idade, 10 (23,8%) mulheres com faixa etária entre 15 a 20 anos, 07 (16,6%) entre 21 a 25 anos, 12 (28,5%) entre 26 a 30 anos e 13 (30,9%) mulheres com faixa etária entre 31 a 40 anos. Em relação ao estado civil, 22 (52,3%) mulheres são casadas, 04 (9,5%) são solteiras e 16 (38%) são amasiadas. Quanto ao número de gestações, 12 (28,5%) mulheres são primigestas, ou seja, primeira gestação e 30 (71,4%) são multíparas, com duas ou mais gestações. Durante a entrevista foi possível observar que independentemente da idade, as primigestas aparentam mais insegurança que as multíparas. A primeira gravidez, sendo ela desejada ou não, sempre traz impacto na vida da mulher. É uma etapa da vida que ela come-

ça a vivenciar, que gera um turbilhão de sentimentos e expectativas[12]. Quanto à escolaridade, 05 (11,9%) mulheres cursaram o ensino fundamental incompleto, 03 (7,1%) cursaram o ensino fundamental completo, 11 (26,1%) cursaram o ensino médio incompleto, 19 (45,2%) cursaram o ensino médio completo e 04 (9,5%) cursaram o ensino superior completo. Observou-se nesta pesquisa que o grau de escolaridade não influenciou na sintomatologia da depressão pós-parto, pois de acordo com a entrevista, mulheres com diferentes graus de escolaridade passam pelas mesmas situações em circunstâncias diferentes. Em relação à convivência com o companheiro, 38 (90,4%) mulheres relataram ter uma boa convivência conjugal, 04 (9,5%) não têm companheiro, mas convivem bem com seus familiares. Sabe-se que a família faz parte do contexto cultural e que é a primeira unidade de cuidado, principalmente quando da chegada de um novo membro. Observou-se que as mulheres que tem um bom relacionamento conjugal ou familiar se sentem amparadas com a situação vivenciada[12]. Quando questionadas se já foram ou ainda são vítimas de algum tipo de violência, 04 (9,5%) mulheres responderam que já foram vítimas de agressão dos companheiros. Na realidade, muitas mulheres podem sentir vergonha de assumir este tipo de agressão. O amparo da lei, especialmente a Lei Maria da Penha, que entrou em vigor em setembro de 2006, também fez com que as vítimas ganhassem mais coragem para denunciar. Entre os fatores que as impedem de falar, estão o medo do companheiro, a vergonha de se admitirem vítimas e a questão socioeconômica, uma vez que muitas dependem do dinheiro do marido para viver. Muitas têm vários filhos e nenhuma instrução ou qualificação profissional, completa. A questão religiosa e o mito de que o casamento tem que ser para sempre também existem[13]. Das participantes da pesquisa, 23 (54,7%) mulheres afirmaram terem realizado o planejamento da gravidez, enquanto 19 (45,2%) não planejaram. Porém dessas 19 gestações não planejadas, apenas 05 (11,9%) relataram que tiveram dificuldade em aceitar a gravidez no início, mas com o tempo foram se acostumando com a idéia de serem mães e aceitaram bem sua gravidez. Quanto às condições do parto, 40 (95,2%) das mulheres relataram não ter havido complicações durante o momento do parto.Relacionado ao puerpério, 38 (90,4%) mulheres relataram um período sem anormalidades e 04 (9,5%) apresentaram comprometimento clínico. Dentre as complicações, houve predominância da Síndrome do Pânico. Entre estas últimas, todas tiveram a mesma síndrome, pois ao se depararem com a realidade de assumir uma responsabilidade tão grande ficaram assustadas e com medo. O período após o parto é um momento de grande adaptação e enfrentamento de novos desafios, não só fisiológicos como também psicológicos em que é necessário adaptar-se a uma nova realidade. A mulher passa a ter uma nova rotina, altera seus hábitos, passa a ter novas responsabilidades inerentes à maternidade[14].

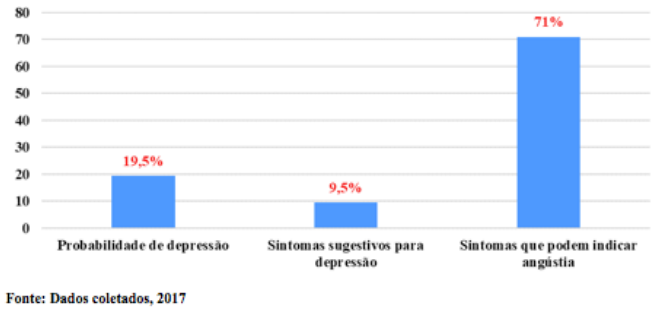
	Respostas									
	0		1		2		3		4	
Perguntas	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Humor ansioso	17	40,4	2	4,7	8	19	5	11,9	10	23,8
Tensão	20	47,6	5	11,9	9	21,4	3	7,1	5	11,9
Medo	27	47,6	4	9,5	3	7,1	2	4,7	6	14,2
Insônia	31	73,8	0	0	1	2,3	3	7,1	7	16,6
Intelectuais	25	59,5	3	7,1	6	14,2	3	7,1	5	11,9
Dificuldades humor depressivo	26	61,9	8	19	2	4,7	4	9,5	2	4,7
Sintomas somáticos gerais musculares	25	59,5	3	7,1	8	19	2	4,7	4	9,5
Sintomas somáticos gerais sensoriais	32	76,1	2	4,7	5	11,9	2	4,7	1	2,3
Sintomas cardiovasculares	34	80,9	2	4,7	5	11,9	0	0	1	2,3
Sintomas respiratórios	32	76,1	1	2,3	5	11,9	3	7,1	1	2,3
Sintomas gastrointestinais	34	80,9	2	4,7	2	4,7	3	7,1	1	2,3
Sintomas genitourinários	31	73,8	2	4,7	3	7,1	2	4,7	4	9,5
Sintomas do sistema nervoso autônomo	26	61,9	4	9,5	8	19	0	0	4	9,5
Comportamento na entrevista	27	64,2	4	9,5	4	9,5	5	11,9	2	4,7

Fonte: Dados coletados, 2017

TAB. 1 Resultados levantados entre as mulheres participantes do estudo através da Escala de Hamilton (Ansiedade). Jacuí-MG, 2017.

Conforme resultado do escore da Escala de Ansiedade de Hamilton (TAB.1), pode-se observar que houve predominância do humor ansioso.10 (23,8%) entrevistadas relataram estarem apreensivas quanto ao presente e futuro, inquietas, com temor do pior e se irritando com facilidade, 07 (16,6%) relataram sintomas de insônia, dificuldade de adormecer e quando conseguem dormir tem sonos penosos e devido a isso tem o sono interrompido, o que faz com que seu sono seja insatisfatório, 06 (14,2%) relataram sintomas relacionados ao medo, como por exemplo, medo de ser abandonada pelo companheiro e não conseguir cuidar do filho sozinha e 05 (11,9%) relataram sintomas relacionados à tensão, como choro fácil, e incapacidade de relaxar. Criada há várias décadas, a Escala de Ansiedade de Hamilton avalia o grau de ansiedade e, é muito usada no meio psiquiátrico. Compreende 14 grupos de sintomas subdivididos em dois grupos, sete relacio-

nados a sintomas de humor ansioso e sete relacionados a sintomas físicos de ansiedade. Cada item é avaliado segundo uma escala que varia de zero (0) a quatro (4) de intensidade, onde zero representa ausência de sintomas; um representa intensidade leve; dois representa intensidade média; três representa intensidade forte e quatro representa intensidade máxima. A pontuação varia de zero (0) a 56 pontos[15]. Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população, e os sintomas ansiosos estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos da vida. A ansiedade é um estado emocional que tem componentes fisiológicos e psicológicos, que abrangem sensações de medo, insegurança e antecipação apreensiva, pensamento dominado por ideias de catástrofe ou incompetência pessoal, aumento do estado de vigília, tensão e dor muscular, sensação de constrição respiratória, tremor e inquietação e vários desconfortos somáticos consequentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo[16]. De acordo com o escore das entrevistadas, 19 (45,2%) mulheres não apresentaram nenhum sintoma de ansiedade, 10 (23,8%) apresentaram depressão leve, 06 (14,3%) apresentaram-se moderadamente deprimidas e 07 (16,6%) apresentaram-se gravemente deprimidas. Pesquisas mostram o quanto a ansiedade pode ser prejudicial às novas mães. Ela é mais comum do que o estado depressivo. O desconforto emocional causado pela ansiedade pode interferir na liberação de ocitocina, um hormônio que age na contração dos ductos mamários e permite que o leite seja expulso do peito. Uma das consequências dessa mudança pode ser o aumento da dificuldade de liberar leite, obrigando o bebê a sugar com mais força. Se a mulher ficar ainda mais ansiosa ao perceber que o bebê precisa se esforçar muito para mamar, cria-se um ciclo que pode desencadear outras respostas do organismo[17]. Foi possível observar que a maioria das entrevistadas apresentou sintomas sugestivos de ansiedade, totalizando 23 (54,7%) mulheres. A ansiedade faz parte do ser humano, principalmente quando há algo novo para acontecer. Cabe aos profissionais de saúde, especificamente o enfermeiro, saber conduzir essas mulheres a reconhecerem esses sintomas, a aprenderem a lidar com seu estado emocional, e quando este deixar de ser um estado normal, procurarem ajuda na ESF. A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburg tem como objetivo auxiliar profissionais de saúde da rede primária a detectar mães que estejam mais propensas a desenvolver a depressão no período pós-parto. Dessa forma desenvolveram um instrumento de autoaplicação simples, de fácil e rápido preenchimento, que não necessita da presença de um especialista em psiquiatria para sua avaliação. Essa escala é composta por dez enunciados, cujas opções são pontuadas de acordo com a presença ou intensidade do sintoma. Cada resposta pode ser pontuada de zero (0) - para a ausência de sintomas - a três (3) pontos - para maior gravidade e duração dos sintomas. A somatória dos pontos obtidos perfaz um escore total de pontos. Escores de 00 a 09 pontos podem indicar a presença de alguns sintomas de angústia, geralmente de curta duração e menor probabilidade de interferir na capacidade funcional diária em casa ou no trabalho. Entretanto, se esses sintomas persistirem por mais de duas semanas, uma investigação mais aprofundada se justifica. Escores de 10 a 12 pontos indicam a presença de sintomas que podem ser desconfortáveis; nesses casos, são aconselhados o monitoramento regular e a repetição da escala em duas semanas. Reforça que, escore acima de 12 pontos indicam a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade, não devendo ser substituída pela avaliação clínica[18,19].



Fonte: Dados coletados, 2017

GRÁF. 1 Resultados levantados entre as mulheres participantes do estudo através da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburg. Jacuí-MG, 2017.

Após a aplicação da escala foi obtido o seguinte escore (GRÁF.1) : 08 (19,5%) mulheres apresentaram uma pontuação que pode indicar a probabilidade de depressão (tristeza, sentimentos de inutilidade, irritabilidade e intolerância com os outros, choro frequente, sentimento de culpa, dificuldade em tomar decisões, pensamentos de suicídio), 04 (9,5%) apresentaram sintomas sugestivos para depressão (insegurança, tristeza, cansaço fácil, pensamentos negativos e 30 (71%) apresentaram sintomas que podem indicar angústia (dor no peito com sensação de aperto, taquicardia, dispnéia, cefaléia, ansieda-

de). A gestação e, principalmente, o nascimento de um bebê, podem ser considerados um evento propício ao surgimento de questionamentos e problemas emocionais, pois são marcados por profundas mudanças e existência de sentimentos ambivalentes (a mãe sente vontade de chorar, de se isolar e, ao mesmo tempo, não tem como explicar sua alegria e satisfação). A mulher encontra-se mais exposta ao aparecimento de transtornos mentais, em relação a outras fases da vida, tendo em vista que as suas defesas tanto físicas quanto psicossociais estão direcionadas à proteção e vulnerabilidade do bebê[14]. A manifestação do quadro de depressão pós-parto acontece geralmente a partir das primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê, alcançando sua intensidade máxima durante os seis primeiros meses posteriores. Ela atinge de 10% a 20% das mães em pelo menos uma gravidez e, em aproximadamente um terço destas, persiste por toda a vida. As mães deprimidas também sofrem grandes influências de suas próprias expectativas podendo sentir-se preocupadas por não conseguirem ser a mãe ideal que esperavam, ou sentirem-se frustradas por notarem que sua vida como mãe não é como elas imaginavam[20]. Tendo em vista que ainda há um número considerável de mulheres com pouco conhecimento sobre cuidados no pós-parto, destaca-se a importância de os profissionais de saúde estarem atentos aos aspectos que permeiam o período do puerpério, a fim de planejar e realizar ações educativas que possibilitem às puérperas realizarem o cuidado de si no domicílio[21].

Considerações Finais

O presente estudo contribuiu para o conhecimento da realidade vivenciada pelas mulheres no período pós-parto e esclarecimento sobre a importância da assistência a essas mulheres a partir do primeiro trimestre de gestação, tanto por familiares quanto pelas equipes de ESF, amparando-as com a equipe multiprofissional disponível. O trabalho com essas mulheres deve ser minucioso, realizado no dia a dia observando sinais de estresse, cansaço e sofrimento psíquico. Devem ser preparadas no pré-natal, afim de poderem obter meios para enfrentar à uma nova realidade e responsabilidade em cuidar de um novo ser, tendo estes cuidados e atenção também devam ser estendidos no período do puerpério. Observando o perfil das mulheres entrevistadas, concluiu-se que a sintomatologia da depressão pós-parto não difere diante de condições sociais, financeiras e escolares, tendo assim, que mulheres em período de gestação devem ser assistidas igualmente. Torna-se necessário que outros estudos relacionados a esse tema sejam realizados e discutidos, pois, apesar de ser um acontecimento comum na vida das mulheres em período pós-parto, esta situação ainda é muito mal compreendida e enfrentada pela sociedade e serviços de saúde.

Referências

1 GOMES, Lorena Andrade; et al. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. Rev. Rene, v. 11, n. especial., p.117-123, 2010. Disponível em: < http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4689>. Acesso em: 10 mar. 2017.

2 SARAIVA, Evelyn Rúbia Albuquerque; COUTINHO, Maria da Penha Lima. A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. Psico-USF, v.12, n.2, Itatiba, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712007000200020>. Acesso em: 13 abr. 2017.

3 SILVA, Djamara Souza da. A prevalência de sofrimento mental em mulheres durante a gestação, parto e puerpério. IN: XV Semana Acadêmica de Ensino, Pesquisa e Extensão-SAEPE - A Universidade e suas práticas no Contexto Regional: construindo diálogos. Anais. v. 1, n. 1, 2010. Disponível em: < https://portal.uneb.br/>. Acesso em: 13 abr. 2017.

4 VIEIRA, Sônia Maria; et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de Saúde no pré-natal. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 20, n. esp., p. 255-262, 2011. Disponível em: < http://www.index-f.com/textocontexto/2011pdf/20s-255.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2017.

5 RAMOS, Ana Raquel Xavier; et al.O acolhimento como estratégia de diagnóstico e intervenções oportunas do sofrimento psíquico entre mulheres no pré e pós-natal: propostas de intervenção em enfermagem. IN: Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde, v. 1, n. 2, 2014. Disponível em: < http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/o-acolhimento-como-estratgia-de-diagnstico-e-intervenes-oportunas-do-sofrimento-psquico-entre-mulheres-no-pr-e-ps-natal-propostas-de-intervenes-em-enfermagem-9705>. Acesso em: 13 abr. 2017.

6 SANTOS, Flávia Andréia Pereira Soares; MAZZO, Maria Helena Soares da Nóbrega; BRITO, Rosineide Santana. Sentimentos vivenciados por puérperas durante o pós-parto. Rev enferm UFPE on line, Recife, v.9, n.2, p.858-863, 2015. Disponível em: < https://periodicos.ufpe.br › revistaenfermagem › article › download>. Acesso em: 10 mar. 2019.

7 RODRIGUES, Olga Maria Piazentin Rolim; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. Rev. Bras. Ginecol. Obstet, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000900006>. Acesso em: 13 abr. 2017.

8 FONSECA, Vera Regina; SILVA, Gabriela Andrade da; OTTA, Emma. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n.4, p. 738-746, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 14 mar. 2017.

9 SILVA, Francisca Cláudia Sousa da; et al. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. Acta paul. enferm., v. 23, n. 3, p. 411-416. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002010000300016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 14 mar. 2017.

10 AGUIAR, Denise Tomaz; SILVEIRA, Lia Carneiro; DOURADO, Sandra Mara Nunes. A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro v.15, n.3, 2011. Dis-

ponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300026>. Acesso em: 20 ago. 2017.

11 PESSOA, Isabela Nogueira; et al. Percepção de puérperas sobre assistência de enfermagem na gravidez. Ciênc. cuid. saúde, v.8, n.2, 2009. Disponível em: < http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/8204/4596>. Acesso em: 13 abr. 2017.

12 SOUZA, Zanete Nilda Rebelo de; ROSA, Maria Catarina da; BASTIANI, Janelice de Azevedo Neves. Maternidade: percepções de gestantes primíparas usuárias do Serviço Básico de Saúde. J Health Sci Inst., v. 29, n.4, p. 272-275, 2011. Disponível em: < https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/04_out-dez/V29_n4_2011_p272-275.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2017.

13 MELO, Mônica Cecília Pimentel de; et al. Vivências do puerpério: construção de significados por mães adolescentes. Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador, v.12, n.3, p.350-358, 2013. Disponível em: < https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/7700/6674>. Acesso em: 24 ago 2017.

14 FERNANDES, Francielle Caroline; COTRIN, Jane Teresinha Domingues. Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. Revista Panorâmica Online, Barras de Garças, v.14, p. 14-34, 2013. Disponível em: <https://www.imed.edu.br/Uploads/micimed2014_submission_157.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

15 FREIRE, Manoela Ávila; et al. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. J. bras. bsiquiatr., v. 63, n. 4, p. 281-289,2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852014000400281&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 26 ago. 2017.

16 GUIDOLIN, Bruno Luiz; CÉLIA, Salvador Antônio Hackmann. Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, v.33, n.2, p. 80-86, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101810820110002000004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 ago. 2017.

17 DIAS, Larissa Oliveira; COARACY, Thalissa Mayara Sousa. Produção científica com enfoque na depressão pós-parto: fatores de risco e suas repercussões. R. Interd., v.6, n.4, p.205-215,2013. Disponível em: < https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/185/pdf_20>. Acesso em: 12 maio. 2017.

18 MARINI, Flávia Casasanta. Estudo dos fatores relacionados à pontuação na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: < http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS9Q3J9W/tese_flavia_marini___final.pdf?sequence=1>. Acesso em: 01 ago. 2017.

19 MALLOY-DINIZ, Leandro Fernandes; et al. Escala de Depressão de Edimburg: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v.32, n.3, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000300018>. Acesso em: 19 ago. 2017.

20 SANTOS JÚNIOR, Hudson Pires de Oliveira; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Depressão pós-parto: um problema latente. Rev. gaúcha enferm., Porto Alegre, v.30, n.3, p.516-524, 2009. Disponível em: < https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8062/6997>. Acesso em: 13 abr. 2017.

21 TEIXEIRA, Elizabeth; et al. Tecnologia educativa sobre cuidados no pós-parto: construção e validação. Rev. baiana de enferm., Salvador, v.30, n.2, p.1-10, 2016. Disponível em: <