

# Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde

Volume 17



Periodicojs  
EDITORA ACADÊMICA

## **Equipe Editorial**

Abas Rezaey

Izabel Ferreira de Miranda

Ana Maria Brandão

Leides Barroso Azevedo Moura

Fernando Ribeiro Bessa

Luiz Fernando Bessa

Filipe Lins dos Santos

Manuel Carlos Silva

Flor de María Sánchez Aguirre

Renísia Cristina Garcia Filice

Isabel Menacho Vargas

Rosana Boullosa

## **Projeto Gráfico, editoração e capa**

Editora Acadêmica Periodicojs

### **Idioma**

Português

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

E82 Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde - volume 17. / Filipe Lins dos Santos.  
(Editor) – João Pessoa: Periodicojs editora, 2023.

E-book: il. color.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-6010-025-1

1. Estudos interdisciplinares. 2. Ciências da Saúde. I. Santos, Filipe Lins dos. II. Título.

CDD 610

Elaborada por Dayse de França Barbosa CRB 15-553

Índice para catálogo sistemático:

1. Ciências da Saúde: estudos 610

**Obra sem financiamento de órgão público ou privado**

**Os trabalhos publicados foram submetidos a revisão e avaliação por pares (duplo cego), com respectivas cartas de aceite no sistema da editora.**

**A obra é fruto de estudos e pesquisas da seção de Estudos Interdisciplinares em Ciências das Saúde da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza**



**Filipe Lins dos Santos  
Presidente e Editor Sênior da Periodicojs**

**CNPJ: 39.865.437/0001-23**

**Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil  
website: [www.periodicojs.com.br](http://www.periodicojs.com.br)  
instagram: [@periodicojs](https://www.instagram.com/periodicojs)**



**Capítulo 26**

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO**



## DEPRESSÃO PÓS-PARTO

### BABY BLUES

Célia Vanuza Barbosa Rocha <sup>1</sup>

Geissa Chagas da Silva <sup>2</sup>

Keliane Santos Biângulo <sup>3</sup>

Letícia Diniz dos Santos<sup>4</sup>

Maria Luiza de Menezes Duarte <sup>5</sup>

Rosiane Ferreira de Melo<sup>6</sup>

Rosangela Thomé da Silva<sup>7</sup>

Francilene Monteiro Viana<sup>8</sup>

Alessandro Temóteo Galhardo<sup>9</sup>

**Resumo:** Depressão pós-parto é uma condição que pode acometer a mulher no período puerperal e pode durar meses ou anos por diversos fatores. A condição pode ser definida como profunda tristeza, popularmente conhecida como melancolia pós-parto. Mulheres que enfrentam tal patologia correm risco de apresentar depressão em algum momento da vida. Os tratamentos variam de acordo com a gravidade para cada paciente, dentre estes tratamentos que são fornecidos e que podem ser citados neste trabalho: terapia, tratamento psicológico e psiquiátrico, podendo se considerar o uso de medi-

---

1 Técnico em Enfermagem pelo Instituto de Educação Profissional

2 Técnico em Enfermagem pelo Instituto de Educação Profissional

3 Técnico em Enfermagem pelo Instituto de Educação Profissional

4 Técnico em Enfermagem pelo Instituto de Educação Profissional

5 Técnico em Enfermagem pelo Instituto de Educação Profissional

6 Técnico em Enfermagem pelo Instituto de Educação Profissional

7 Professora do curso Técnico em Enfermagem pelo Instituto de Educação Profissional

8 Professora do curso Técnico em Enfermagem pelo Instituto de Educação Profissional

9 Professora do curso Técnico em Enfermagem pelo Instituto de Educação Profissional



camentos. Ainda não existe uma causa específica para depressão pós-parto, pois podem estar associados a fatores emocionais e qualidade de vida, porém a depressão pós-parto pode estar relacionado a causas antes da gestação que podem ter sido agravadas durante a gestação. Fatores como gravidez na adolescência, falta de apoio familiar e, em alguns casos, pacientes que já tratavam da depressão.

**Palavras-Chave:** Depressão; Mulheres; Parto; Gestação; Tratamento; Psicológico.

**Abstract:** Postpartum depression is a condition that can affect women during the postpartum period and can last for months or years due to various factors. The condition can be defined as deep sadness and is popularly known as postpartum melancholy. Women who face this pathology are at risk of experiencing depression at some point in their lives. Treatments vary according to the severity for each patient, among these treatments that are provided and that can be mentioned in this work are therapy, psychological and psychiatric treatment and the use of medications may be considered. There is still no specific cause for postpartum depression, as they may be associated with emotional factors and quality of life, but postpartum depression may be related to causes before pregnancy that may have been aggravated during pregnancy, factors such as pregnancy during adolescence, lack of family support, and in some cases patients who were already dealing with depression.

**Keywords:** Depression; Women; Birth; Pregnancy; Treatment; Psychological.

## INTRODUÇÃO

Um filho é sempre motivo de grande felicidade, mas a realidade não é sempre assim, dados apontam que cerca de 26,3% das mulheres apresentam sintomas de depressão após o parto, devido a uma queda drástica de hormônios, estrogênio e progesterona que pode resultar na depressão pós-par-



to.

Esse quadro clínico é caracterizado por mudanças no sono, perda da libido e apetite. Também pode surgir sintomas como baixa autoestima, choros constantes, culpa excessiva e, muitas vezes, pensamento suicidas. Dito isso, é sempre importante observar os sinais para este estado não evolua para um quadro de depressão psicótica (situação em que a mãe passa a rejeitar criança).

Para elaboração desse estudo realizamos pesquisas tanto em livros como também em artigos. Foi realizado um estudo de caso para obtermos o máximo de informações relevantes sobre o tema e, conseqüentemente, entender sobre o real sentimento da paciente e como é o tratamento desse caso nos dias de hoje.

Esse artigo sobre depressão pós-parto está organizado em 3 capítulos: o primeiro falamos um pouco sobre a anatomia humana, anatomia sistêmica, sistema reprodutor feminino e a gestação em si, o segundo capítulo trouxemos um pouco sobre a saúde mental e como ocorre o diagnóstico da depressão pós-parto e, para fechar o nosso tema, finalizamos o terceiro capítulo com um estudo de caso.

## **ANATOMIA HUMANA**

A palavra anatomia vem do grego e, em outras palavras significa, dividir em partes ou cortar. É a área da biologia que estuda o corpo humano, tanto interno quanto externo. A fisiologia é um estudo das funções do organismo e como ela funciona. Para estudarmos a anatomia humana precisamos da ajuda da fisiologia para entendermos os organismos vivos (CORRÊA, 2010).

## **ANATOMIA SISTÊMICA**

Anatomia sistêmica em conjunto funciona como uma cooperativa, preenchendo cada uma sua própria função. Todos trabalham em conjunto para manter a saúde e a eficácia. Ao todo são 10 sistemas: digestório, esquelético, sistema muscular, nervoso, circulatório, cardiovascular, endócrino,



urinário e reprodutor (PARKER, 2014).

## **SISTEMA REPRODUTOR FEMININO**

O sistema reprodutor feminino é composto de um par de ovários, duas tubas uterinas, útero, vagina, vulva e duas glândulas mamárias. Certos escritores acreditam que as glândulas fazem parte desse sistema, pois passam por modificações devido a ações hormonais concebidas pelas gônadas femininas e, mesmo depois da formação e o nascer do feto, esse ainda depende dessas glândulas para desenvolver (MUNIZ, 2019).

Os ovários formam gametas femininos, já o par de tubas uterinas (trompas de falópio) transferem os ovócitos dos ovários até o útero, cada uma tem cerca de 10cm de comprimento e 0,7cm de diâmetro (GRAAFF, 2003).

O útero é um órgão musculoso, vazio e de imensa flexibilidade, com formato de uma pêra, com a extremidade mais afinada para cima. É o órgão receptor do óvulo (MUNIZ, 2019).

A vagina é o órgão que recebe o esperma. O conjunto dos órgãos genitais visíveis da mulher recebem o nome de vulva (GRAAFF, 2003).

O Sistema reprodutor feminino é composto por dois ovários (ou gonodas), dois ovidutos (também chamados de trompas de Falópio, ou tubas uterinas), útero, vagina, vulva e duas glândulas mamárias. Alguns autores consideram-nas como parte do sistema reprodutor, pois sofrem alterações devido as ações hormonais desenvolvidas pelas gonodas femininas e, mesmo após a reprodução e o nascimento do feto, o nascituro ainda depende dessas glândulas para se desenvolver (MUNIZ, 2019).





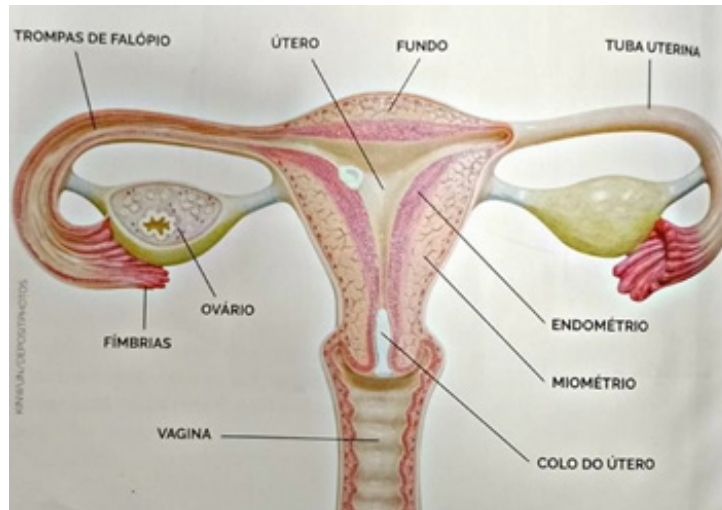


Figura 1 – Sistema Reprodutor feminino (Fonte: MUNIZ, 2019, p. 184).

## **GESTAÇÃO**

A gravidez compreende o início da gestação até a expulsão do feto, o início primário da assistência pré-natal é de extrema importância. É orientável que a análise e a atenção primária ao pré-natal seja até a décima segunda semana de gestação. A reprodução do óvulo acontece em regra nas primeiras frações da tuba uterina. Determinado espermatozóide penetra a membrana levando com ele 23 cromossomos não casados, rapidamente os cromossomos sozinhos determinam junto com os demais 23 cromossomos, levando a juntar um conjunto de 46 cromossomos divididos em 23 pares. Dando início a um sistema de desdobramento celular, resultando em um crescimento da criança (BITENCOURT; CONCEIÇÃO, 2017).

O desenvolvimento inicia-se com a fecundação, logo o espermatozóide se une ao óvulo dando surgimento a um ovo, célula que exibe um aparecimento do ser novo. Clínicos e embriologistas permanecem firmando demarcações de prazo, assim o responsável pela obstetrícia afirma que a gestação dá início no final da menstruação, já os embriologistas falam sobre 2 semanas depois, ao período



de fertilização (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2018).

## **ALTERAÇÕES DE 1 ATÉ 38 SEMANAS**

Na primeira semana, à medida que o zigoto passa pelas trompas de falópio rumo ao útero, martiriza-se ágil separações celulares, no terceiro dia localiza-se com 16 células e é apelidado de “mórula”, ocasião em que penetra na cavidade uterina. Ao sétimo dia, o trofoblasto revestido de células externas, externas do zigoto, inicia ao adentrar o epitélio do endométrio, onde estabelece. A implantação no endométrio caracteriza como “nidação” (BITENCOURT; CONCEIÇÃO, 2017).

Na segunda semana, planeja-se duas camadas bem diversificadas: o citotrofoblasto e o sinciciotrofoblasto. O sinciciotrofoblasto se desenvolve em lacunas logo se forma o saco vitelino (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2018).

Na terceira semana, tempo de desenvolvimento rápido, coincide com o atraso da primeira menstruação. Geram-se às primeiras três camadas germinativas: o endoderma e ectoderma e mesoderma (BITENCOURT; CONCEIÇÃO, 2017).

Entre a quarta e oitava semanas, os principais órgãos e sistemas serão formados a partir das três camadas que germinarão durante as primeiras cinco semanas. No começo da quarta semana iniciará a formação da curvatura cefálica, laterais e caudal, a partir daí surge uma sequência continua de episódios continuos que irão, por fim, delimitar o embrião na vesícula vitelina. É introduzido ao embrião, durante o desenvolvimento, dando origem ao primeiro intestino e o restante implementa a vesícula e do saco embrionário secundário (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2018).

Entre a nona e décima segunda semanas, o crescimento da cabeça diminui em relação ao corpo, se diferencia a genitália do feto em sexo masculino do feminino, ao fim da décima segunda semana (BITENCOURT; CONCEIÇÃO, 2017).

Entre a décima terceira e décima sexta semanas, especialmente ao corpo, o feto cresce muito rápido. Ocorre o surgimento dos focos do sistema ósseo, iniciada a partir da décima sexta semana



(MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2018).

Entre a décima sexta e vigésima semanas, iniciam-se os primeiros movimentos fetais perceptíveis pela mãe. Mas podem ser iniciados, também, entre a oitava e décima segunda semanas, porém por conta do feto ser pequeno não era notado os movimentos. A partir da vigésima semana surge a penugem e os primeiros fios de cabelo, sua pele ficará coberta por uma secreção gordurosa da glândula sebáceas, conhecido por vernix caseosa e tem por objetivo proteger a pele do feto (BITENCOURT; CONCEIÇÃO, 2017).

Entre a vigésima segunda e vigésima quarta semanas, o feto é inábil a vida extra uterina, apesar dos órgãos estarem totalmente desenvolvidos por conta da imaturidade do sistema respiratório, porém a existência aos conceitos pré-natais têm aumentado consideravelmente a sobrevivência de fetos prematuros (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2018).

A partir de 37<sup>a</sup> a 42<sup>a</sup> semanas de gestação o tecido adiposo passa a se desenvolver continuamente, o feto passa a ter aspecto rechonchudo e pele íntegra, a partir daí os órgãos se preparam e se envolvem em prol da transição do feto a vida intrauterina para o nascimento (BITENCOURT; CONCEIÇÃO, 2017).



Figura 2 – Estágios do feto (Fonte: MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2018, p.27)



## **PRÉ-NATAL**

A consulta inicial deve acontecer no primeiro trimestre, em virtude da grande demanda de informações. É de extrema importância a data da última menstruação para se calcular a idade gestacional (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2018).

A diminuição da mortalidade materna e neonatal está relacionada com acesso das grávidas ao atendimento pré-natal, por isso é importante que estados e municípios organizem rede de apoio obstétrica (BRASIL, 2013).

De acordo com programa humanização do Brasil (2013), é de extrema importância a solicitação dos exames abaixo:

- Sorologia para sífilis;
- Urina tipo 1;
- Hemoglobina e hematócrito (hb/ht);
- Glicemia de jejum;
- Teste HIV;
- IGM;
- Hepatite B.

Brasil (2022), recomenda as seguintes vacinas:

- Influenza;
- Hepatite B;
- DTPA – Difteria, Tétano e Coqueluche.

## **COMPLICAÇÕES**



As complicações ocorrem, normalmente, em 1 a cada 200 gestações que chegam no terceiro trimestre de gestação. É definida como placenta prévia, a placenta que se implanta parcialmente ou totalmente no segmento inferior do útero, podendo ser classificada em três modos: baixa, marginal, completa. O principal e maior risco para a placenta prévia é a cesariana em curto intervalo interpartal, curetagem e miomectomia também são causas de intervenção uterinas prévias (BRASIL, 2010).

A pré-eclâmpsia ou toxemia gravídica é uma patologia multissistêmica que costuma ocorrer no segundo trimestre da gestação, classificada por hipertensão e perda de proteína na urina (proteinúria). Em casos mais graves, instala-se a convulsão. (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2018).

## **SAÚDE MENTAL**

A definição de saúde mental anunciada pela Organização Mundial da Saúde - OMS é um estado de bem-estar físico, mental e social abrangente e não apenas a ausência de doença. Tem sido alvo de inúmeras críticas porque assim definido parece ideal e inatingível (GAINO et al, 2018).

A intervenção em saúde mental visa promover novas possibilidades de mudança e melhoria de estilos de vida, orientadas pela formação da vida e da saúde, ao invés de limitar o tratamento das doenças, o que significa acreditar que a vida existe em diversas formas para as pessoas viverem e conhecerem. No entanto, ainda é necessário olhar para este tema a partir de diferentes dimensões, desde anseios e vontades, valores e escolhas, com foco básico na melhoria e intervenção da saúde mental (BRASIL, 2013).

## **DEPRESSÃO**

A depressão é uma patologia comum em todo o mundo, estimando-se que mais de 300 milhões de pessoas são afetadas pela depressão. Esta condição difere das alterações normais de humor ou das reações emocionais temporárias ou das adversidades da vida diária. A depressão pode causar



um sério problema de saúde, principalmente quando dura muito tempo e tem força moderada ou grave. Pode causar preocupação significativa e prejuízo funcional no ambiente de trabalho, nos estudos ou em casa para as pessoas que são atingidas por esse transtorno. Nos piores casos, a depressão pode levar a morte. Cerca de 800.000 pessoas falecem por suicídio todos os anos – a segunda principal causa de morte entre pessoas com idades entre 15 e 29 anos (OPAS, 2020).

É crucial diferenciar a tristeza patológica daquela passageira causada por eventos desafiadores e desagradáveis, o quais são inerentes à existência de todas as pessoas. Esses eventos podem incluir a perda de um ente querido, a falta de emprego, os contratempos amorosos, os conflitos familiares, as dificuldades econômicas, dentre outros (BRUNA, 2013).

## **DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Mesmo que a depressão pós-parto (DPP), já no século XIX, seja familiar a maioria dos clínicos, desde a década de 1950 que começaram a ocorrer estudos contendo quadros moderados de transtornos de humor. Rice Pitt em 1968 fez um dos primeiros estudos, no qual apresentou um quadro clínico de 33 mulheres com depressão no pós-parto e sugeriu especificá-lo como "depressão atípica", por ter descoberto um percentual delas com altos escores para neuroticismo (CANTILINO et al, 2010).

A depressão pós-parto (DPP) pode se iniciar após ou depois de seis meses a um ano do parto. Apesar de atualmente encontrarmos poucas pesquisas sobre as causas da depressão pós-parto, coincide que existem várias causas que tornam a nova mãe ainda sensível a apresentar a doença. Mas à frente veremos, mas detalhado sobre as causas e sintomas (HARVEY, 2002).

Os fatores mais associados a depressão pós-parto são história pessoal da depressão, caso depressivo e ansioso na gravidez, caso de vida estressante, pouco suporte social e financeiro e relacionamento conjugal conflituoso. História familiar de transtornos psiquiátricos e episódios de maternity blues são prováveis fatores de risco; padrões de cognição negativos, características de personalidade



e baixa autoestima (CANTILINO et al, 2010).

Nova mãe mais suscetível a desenvolver a doença, o que é abordado de maneira mais detalhada no próximo capítulo. Os sintomas variam bastante (veja "Sintomas da depressão", abaixo), mas a emoção constante é um baixo-astral ininterrupto. Além disso, ocorre uma perda na capacidade de interessar-se por ou animar-se com alguma coisa, e tudo na vida torna-se de um cinza lúgubre; lidar com o bebê é difícil, e qualquer contratempo é suficiente para desencadear melancolia, frustração ou letargia. Pode haver uma raiva ou frustração irracional, às vezes direcionada ao companheiro. É normal que aconteça um afastamento de contatos sociais, e a mãe prefira ficar com o bebê, evitando deliberadamente outras pessoas (HARVEY, 2002, pp.16 e 17).

## **SINAIS E SINTOMAS**

A depressão pós-parto é considerada um quadro clínico sério e agudo que necessita de tratamento psicológico e psiquiátrico, em decorrência da gravidade dos sintomas, pode-se considerar o uso de medicamentos (IACONELLI, 2005).

Os sintomas podem variar bastante, em particular o sintoma que se apresenta constante em vários casos é baixo astral sem fim, ou seja, a paciente em questão sente-se inapta a ter ânimo ou prazer em realizar tarefas simples do cotidiano (HARVEY, 2002)

É comum surgirem sintomas como tristeza profunda, falta de ânimo para realizar atividades do dia a dia, mudanças repentinas de humor, sentir-se inapta a cuidar do próprio filho ou sequer criar laços com ele (IACONELLI, 2005).

Segundo Harvey (2002), também é comum apresentar cinco ou mais sintomas a seguir:

- Perda ou aumento de apetite;
- Ganho ou perda de peso;
- Insônia ou dormir demais;
- Cansaço excessivo;
- Acordar repentinamente e não conseguir dormir novamente;



- Sentir-se inquieta ou agitada;
- Dificuldade em concentrar-se;
- Sentir que não é boa mãe;
- Sentir-se inútil;
- Sentir-se culpada;
- Sentir que o mundo está desmoronando;
- Considerar morte, suicídio.

O diagnóstico precoce é imprescindível e, para esse resultado, é preciso o devido acompanhamento em todo período gravídico-puerperal sendo a melhor maneira para prevenir e diminuir a duração da DPP (IACONELLI, 2005).

## **DIAGNÓSTICO**

Resumindo o exposto sobre os dois manuais citados acima, verificamos que o manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V) traz o conceito de depressão pós-parto (DPP) como especificador, o tempo para o diagnóstico deve ser desde a gravidez até quatro (4) semanas após o parto (COX, 2004).

Os sentimentos produzidos pela depressão necessariamente têm um efeito sobre a mãe e o bebê. Evidentemente o sentimento mais incessante é a tristeza, falta de prazer e o sentimento de fracasso. Esses sentimentos se expressam de várias formas, principalmente em si própria por se sentir incapaz de atender as necessidades do bebê. Às vezes a frustração não tem motivos, é apenas uma euforia interior que nos envolve, assim ficamos decepcionados por não conseguir viver de acordo com nossos altos ideais. Por não conseguir interagir com as pessoas que a cercam, nem mesmo com seus filhos, isso pode acarretar sensação de vazios, culpa e desespero (HARVEY, 2002).

A depressão pós-parto tem sido considerada um problema de saúde pública, entre outras





coisas: dificuldades diagnósticas, o aumento da prevalência e o impacto no desenvolvimento infantil. Dentro dessa perspectiva, destacamos a necessidade da identificação precoce do diagnóstico, tornando-o um fator de proteção (BRUM, 2017).

## **CID**

A Classificação Internacional de Doenças conhecido como CID tem como objetivo identificar estatisticamente a saúde no mundo todo, como ferramenta principal de codificação de agravos da mortalidade e morbidade, podendo dá um norte nas políticas que planejam mudanças impactantes e concretas quando o assunto é saúde pública (ALMEIDA et al, 2020).

O CID-11 busca por simplicidade de registro e consulta, a atualização é toda digital, assim facilitando a divulgação e diminuindo os erros de notificação e firmamento da versão nova, a qual vem com mudanças temática e apresentação do formato, assim trazendo novas ferramentas. Com as alterações, o maior avanço é acatar ideias propostas dos usuários da CID, por via do programa formado para revisão. A fixação de um sistema de cifragem complexo e amplo de doenças classificadas exige muita atenção assim diz os obstáculos naturais. A OMS relata sobre a transição do CID-10 ao CID-11 que dura em torno de 2 a 3 anos, podendo prologar essa duração ainda mais em locais com pouco recursos tecnológicos ou de logística. A efetivação do CID-11 no Brasil tornar-se-á um desafio grande, as características contrárias de início é o idioma, a língua portuguesa não é oficial para OMS, assim sendo uma grande dificuldade que demandará tempo. (ALMEIDA et al, 2020).

A 10º classificação de transtornos mentais e comportamentais (CID-10), na seção intitulada “síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e fatores físicos” codificados como F53, devem somente para doenças que começaram dentro de seis semanas após o nascimento e quando outros aspectos clínicos forem considerados a presença de características especiais que justifiquem a classificação como outras localização inadequadas. O início da doença pós-parto, conforme definido pelo DSM-IV e CID-10, está associado ao que foi descrito e estudado. Além disso, há uma



falta de distinção entre estas entendidas de classificação de doenças levar aos descuidos e falhas, compreensão dos médicos sobre essas doenças características clínicas. Portanto, foi sugerido modificar a classificação dos transtornos psiquiátricos pós-parto pelo DSM- V e CID-11 (CANTILINO, 2010).

## **ESTUDO DE CASO**

### **PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

Paciente:	C. S.
Sexo:	Feminino
Idade:	28 anos
Estado Civil:	Casada
Profissão:	Vendedora

**Quadro 1 – Dados da paciente (Fonte: Autor)**

Paciente C.S, já tinha um filho de 7 anos e planejava uma nova gestação a mais ou menos 2 anos, realizou vários testes de gravidez na esperança de um tão sonhado “positivo”. No dia 10/01/2023, a paciente realizou o exame beta HCG, a qual foi constatado positivo. Muito feliz, todos ao seu redor começaram a comprar mimos e, a mesma com seu esposo, entusiasmados com a notícia montaram o enxoval, comprando berço, carrinho, bebê conforto e entre outros.

Após um mês C.S sofreu um aborto espontâneo, passando assim por um período depressivo, o bebê já estava sendo gerado há 2 meses onde ocorreu uma negligência em seu atendimento, quando apresentava sangramento e muitas dores na região lombar e cólicas. A paciente relata que as dores era comparadas as contrações. Desta forma, procurou atendimento inicialmente no Hospital Universitário de Brasília - HUB, onde relataram que provavelmente estava evoluindo para um aborto e mandou



retornar para sua casa informando que nada poderia ser feito, em momento de desespero a paciente procurou atendimento no Hospital Materno-Infantil de Brasília - HMIB, onde o médico pediu para realizar um ultrassom (a qual eles poderiam ter feito no mesmo local), e retornar no outro dia. A paciente continuou com sangramentos e, muito abalada com o diagnóstico, realizou a ultrassom e procurou atendimento no Hospital Regional de Brazlândia – HRBZ, o médico a avaliou e explicou a condição no qual a paciente se encontrava, prescreveu uma medicação para aliviar a dor e a paciente retornou para sua casa. No dia seguinte, continuou sentindo dores, como se o corpo estivesse expulsando o bebê, em seguida foi ao banheiro e ocorreu o aborto. A paciente continuou se queixando de muita dor e procurou atendimento para verificar se realmente tinha ocorrido o aborto. Retornando ao HMIB fizeram um ultrassom para confirmar o diagnóstico, no qual foi constatado que não era necessário a curetagem, a paciente retornou para casa muito abalada, onde não queria comer e nem se levantar da cama. Diante do quadro, sua sogra muito preocupada, procurou o apoio da família para tentar aliviar a dor da paciente.

No dia 20/04/2023 foi descoberto uma nova gestação, conhecido popularmente como “bebê arco-íris”, cujo bebê será um símbolo de esperança após a tormenta de vários abortos espontâneos anteriores, representando luz e beleza.



**LAUDO MÉDICO**

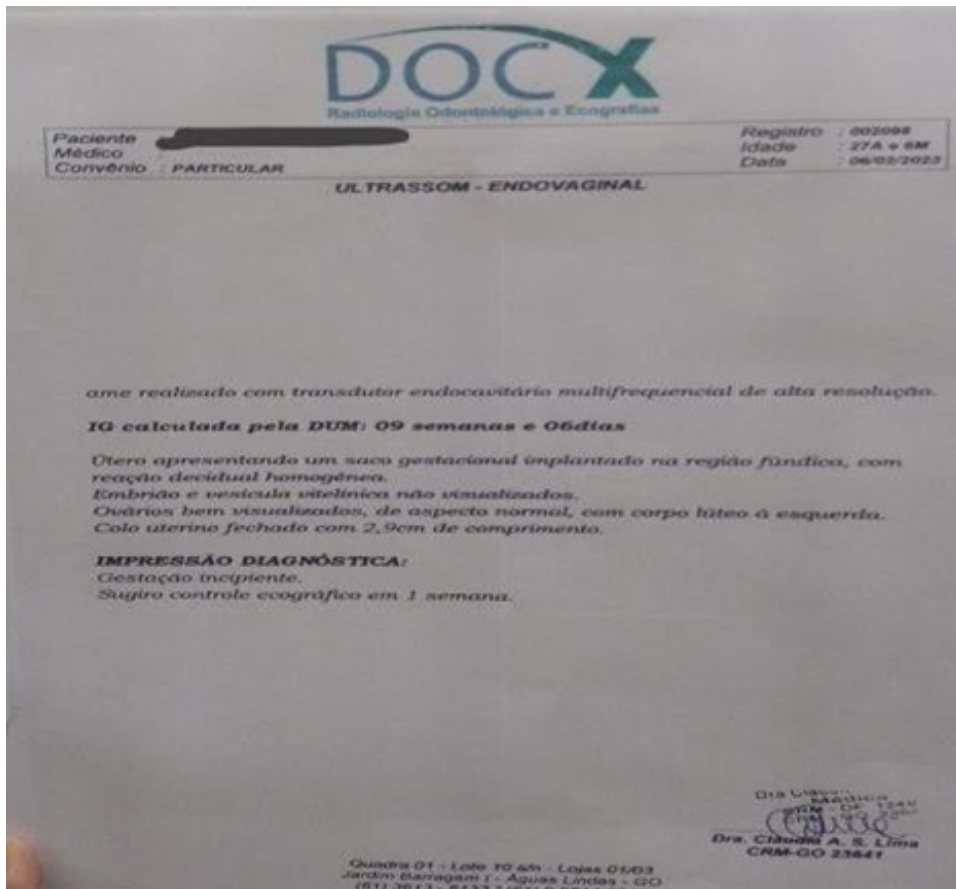


Figura 3 – Laudo do exame de ultrassom realizado em 6 de fevereiro de 2023, durante uma consulta médica para a avaliação diagnóstica de uma possível interrupção da gravidez (Fonte: Arquivo pessoal da família, 2023).



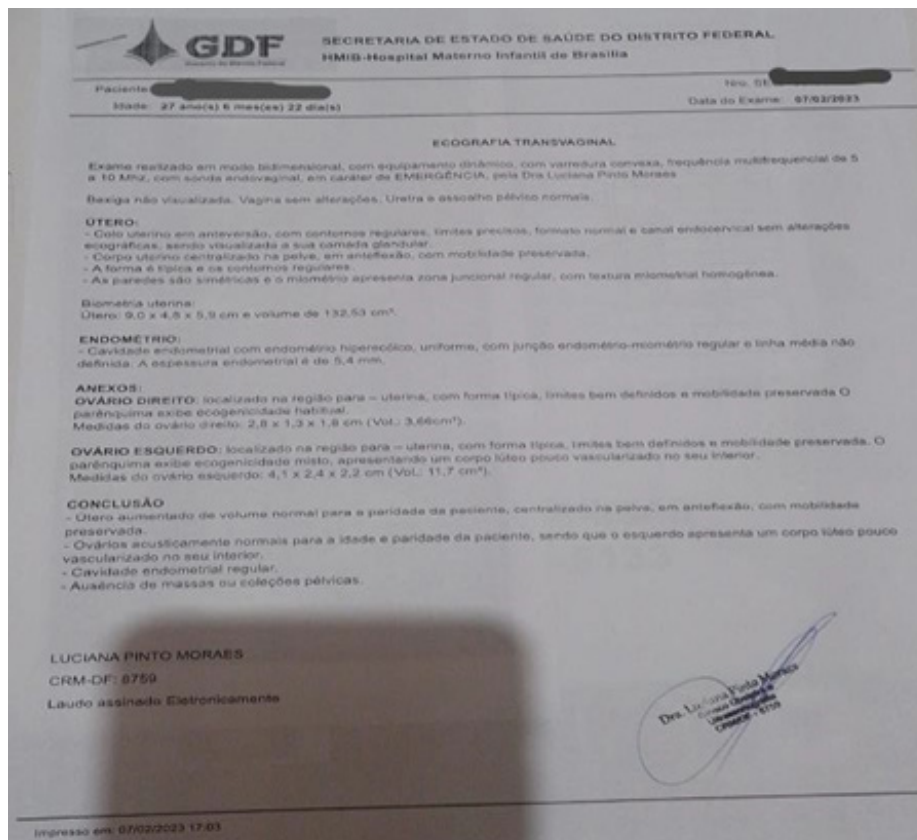


Figura 4 – Laudo do exame de Ultrassonografia conduzido em 7 de fevereiro de 2023, no qual foi confirmada a ocorrência de um aborto (Fonte: Arquivo pessoal da família, 2023).





Figura 5 – Saco gestacional expelido em 7 de fevereiro de 2023 (Fonte: Arquivo pessoal da família, 2023).

## QUESTIONÁRIO

Questionário realizado com a paciente objeto do caso de estudo:

1 - Qual foi o maior desafio que você enfrentou durante a gestação?

R. Medo para enfrentar a segunda gestação após a perda do primeiro.

2- Quais foram os recursos disponíveis que foram suporte para o tratamento da depressão?

R. Apoio da família, do meu esposo e minha avó.

3- Em relação ao tratamento da depressão pós-parto, foi o que você esperava? Você achou que real-



mente deram atenção devida a suas dores?

R. Não foi o que eu esperava, pois eu não estava pronta para tal tratamento.

4- Quais sentimentos você sentiu durante esse período?

R. Medo e culpa.

5- Você teve rede de apoio?

R. Sim.

5- Hoje em dia você faz acompanhamento? Se sim, com psicólogo ou psiquiatra?

R. Não, e não me sinto à vontade para falar sobre o assunto.

6- Como você faz para lidar com a depressão?

R. Não conversar sobre o assunto.

7- Qual foi a conduta que o psicólogo passou para você?

R. Escrever uma carta de despedida para meu filho. Mas não fiz, pois não me sinto pronta para me despedir.

8- Após a perda, qual foi a conduta do seu companheiro?

R. Me deu assistência, mas também ficou muito abalado.

9- Qual foi a sensação de descobrir a nova gestação?

R. Me sentir realizada e feliz. Sonhei que fui fazer um ultrassom e o médico mostrou que eu estava grávida de gêmeos, e ele falou que um não iria evoluir e não ia para frente e logo em seguida eu tive o aborto e após 2 meses engravidei novamente.



10 - A gestação na qual houve o aborto foi planejada?

R. Sim, planejamos a quase 2 anos.

11 - Você considera que a conduta a qual os médicos tiveram em relação ao aborto foi violência obstétrica?

R. Sim, talvez se os médicos tivessem dado a devida atenção a minha condição eu estivesse com o meu filho hoje.

## **LEI**

A legalização do aborto até a 12<sup>a</sup> semana de gravidez, em análise virtual pelo Supremo Tribunal Federal (STF) desde a madrugada de 22 de setembro, gera controvérsias entre grupos conservadores, incluindo os evangélicos e movimentos de esquerda mais progressistas. A ministra Rosa Weber, presidente do STF e relatora do processo, expressou seu voto favorável a não criminalização da prática na sexta-feira (22). O ministro Luís Roberto Barroso solicitou a suspensão do julgamento e a transferência para o plenário físico. A nova data para o julgamento presencial ainda está pendente (STF, 2023).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Buscando entender a depressão puerperal, é notável que dados epidemiológicos mencionados nesse artigo destacam a necessidade de avaliação da depressão durante a gravidez. Uma vez identificado o quadro depressivo na gestante ou puérpera, torna-se possível realizar intervenções, como um dos principais objetivos oferecer apoio durante esse momento importante de transição. Da mesma





forma, ter conhecimento sobre os diversos transtornos psicoafetivos da mãe após o nascimento do bebê, possibilitando a realização de intervenções multidisciplinares assim que os sintomas são percebidos. Conforme indicado pelo artigo, fica claro que a depressão, como manifestação do sofrimento e da angústia da mulher, atinge durante o período puerperal acompanhada por sintomas biopsicossociais ligados a eventos estressantes.

Nesse contexto, a depressão puerperal representa um adoecimento que impacta a saúde da mulher, influenciando a interação social entre a mãe, seu bebê e toda a família. Esta situação destaca a necessidade de abordagem em programas de saúde pública, destinados não apenas à reprodução feminina, mas também à saúde integral da mulher. Portanto, as mudanças de humor no puerpério requerem uma análise no contexto da depressão pós-parto, visando uma compreensão inclusiva das mulheres, afastando do padrão e patologia desse tipo de depressão.

Considero o tema bastante intrigante e aprendi algumas informações valiosas durante a pesquisa. Penso que as pessoas que lidam com depressão pós-parto poderiam receber mais assistência, pois muitas vezes há uma carência nesse apoio.

A professora é excelente, atenciosa e fornece o suporte necessário para realizarmos esse trabalho. No entanto, apesar da instituição ser boa, a biblioteca carece de uma variedade significativa de livros e os poucos disponíveis não podem ser levados para casa, o que dificultou o adiantamento do trabalho. Tivemos que recorrer à busca e download de livros em formato PDF para conseguir avançar na pesquisa, já que quase nenhum livro útil foi encontrado na biblioteca.

Sugiro considerar as seguintes abordagens para lidar com a depressão pós-parto:

- Promover campanhas de conscientização sobre a depressão pós-parto para desmistificar estigmas e encorajar a procura por ajuda;
- Oferecer palestras educativas em unidades de saúde, escolas e comunidades para aumentar o entendimento sobre os sintomas e tratamentos disponíveis;
- Estabelecer grupos de apoio para mães que enfrentam a depressão pós-parto, proporcionando um ambiente seguro para compartilhar experiências e estratégias de enfrentamento;



- Disponibilizar serviços de aconselhamento psicológico acessíveis, tanto individualmente quanto em grupo, para ajudar as mães a lidar com o impacto emocional da depressão;
- Implementar programas de rastreamento durante a gestação para identificar precocemente mulheres em risco de desenvolver depressão pós- parto;
- Garantir acesso fácil a profissionais de saúde mental especializados para realizar avaliações e intervenções assim que os sintomas surgirem;
- Educar parceiros, familiares e amigos sobre como oferecer apoio emocional e prático às mães que enfrentam a depressão pós-parto;
- Incentivar a participação de parceiros em sessões terapêuticas e grupos de apoio para fortalecer o sistema de suporte;
- Desenvolver aplicativos e plataformas online que forneçam informações confiáveis, ferramentas de rastreamento de sintomas e recursos de autocuidado para as mães;
- Oferecer treinamento regular a profissionais de saúde para melhor reconhecimento e manejo da depressão pós-parto.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALMEIDA, Manuella Santos Carneiro; et al. Classificação Internacional das Doenças – 11ª revisão: da concepção à implementação. *Revista de Saúde Pública*, 54, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dsS4mjDwZsNQ4BGZRnpXjSs/?lang=pt#>. Acesso em: 26 de janeiro de 2024.

BITENCOURT, José Jardes da Gama. CONCEIÇÃO, Sandra Maria da Penha. *Didático de Enfermagem: Teoria e Prática*. Vol. III, 1ªed. Editora: Eureka Soluções Pedagógicas LTDA, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção ao Pré-natal de baixo risco*. Cadernos de Atenção Básica. 1ªed. revista. Brasília-DF, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em: 25 de janeiro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual Técnico: Gestação de Alto Risco*. Secretaria de Atenção à



Saúde. 5ªed. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília-DF: MS, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf). Acesso em: 21 de janeiro de 2024.

BRASIL. Serviços de Informações do Brasil. Saiba quais vacinas devem ser administradas durante a gestação. Reportagem, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/11/saiba-quais-vacinas-devem-ser-administradas-durante-a-gestacao>. Acesso em: 27 de janeiro de 2024.

BRUM, Evanisa Helena Maio de. Depressão Pós-Parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, v.17, n.2, pp. 92 - 100, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1519-03072017000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-03072017000200009). Acesso em: 19 de janeiro de 2024.

BRUNA, Maria Helena Varella. Depressão. 2013. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/depressao/>. Acesso em: 21 de janeiro de 2024.

CANTILINO, Amaury; et al. Transtornos Psiquiátricos no Pós-Parto. Revisões de Literatura. Archives of Clinical Psychiatry, São Paulo 37(6), 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/afnfBndszPxxgSTqkh9zXgpnjK/#>. Acesso em: 23 de janeiro de 2024.

CORRÊA, Maria Bethânia Ribeiro. Radiologia. São Paulo: DLC, 2010.

COX, J. Postnatal mental disorder: towards ICD-11. World Psychiatry, v.3, n.2, p.96- 97, 2004.

GAINO, Loraine Vivian; et al. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, v.14, n.2. Ribeirão Preto-SP, 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762018000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000200007). Acesso em: 28 de janeiro de 2024.

GRAAFF, Kent M. Van de. Anatomia Humana. 6ªed. Barueri, SP: Manole, 2003.

HARVEY, Érika. Depressão Pós-Parto: esclarecendo suas dúvidas. Guias Ágora. São Paulo: Ágora, 2002.

IACONELLI, Vera. Depressão Pós-Parto, Psicose Pós-Parto e Tristeza Materna. Revista Pediatria 570



Moderna, v.41, n.4, 2005.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. *Obstetrícia Fundamental*. 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

MUNIZ, Geovana. *Anatomia do Corpo Humano*. São Paulo: Pae Editora, 2019.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Depressão*. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 25 de janeiro de 2024.

PARKER, Steve. *O Livro do Corpo Humano*. Edição: London, Neu York: Ciranda Cultural, 2014.

STF. Supremo Tribunal Federal. Relatora vota pla descriminalização do aborto até 12 semanas de gestação; julgamento é suspenso. Reportagem. 2023. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=514619&ori=1>. Acesso em: 27 de janeiro de 2024.

