



Câmara Municipal de Londrina

Estado do Paraná

PROJETO DE LEI Nº _____/2022

SÚMULA: "INSTITUI, NA CIDADE DE LONDRINA, O MÊS MAIO FURTA-COR DEDICADO ÀS AÇÕES DE CONSCIENTIZAÇÃO, INCENTIVO AO CUIDADO E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL MATERNA".

CÂMARA MUNICIPAL DE LONDRINA, assinado e datado eletronicamente.

FLÁVIA CABRAL
VEREADORA

LENIR DE ASSIS
VEREADORA

DANIELE ZIOBER
VEREADORA

Texto do Projeto de Lei anexo



Câmara Municipal de Londrina

Estado do Paraná

PROJETO DE LEI Nº _____/2022

SÚMULA: "INSTITUI, NA CIDADE DE LONDRINA, O MÊS MAIO FURTA-COR DEDICADO ÀS AÇÕES DE CONSCIENTIZAÇÃO, INCENTIVO AO CUIDADO E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL MATERNA".

A CÂMARA MUNICIPAL DE LONDRINA, ESTADO DO PARANÁ, APROVOU E EU, PREFEITO DO MUNICÍPIO, SANCIONO A SEGUINTE

LEI:

Art. 1º Institui, no âmbito do Município de Londrina, o mês Maio Furta-cor, dedicado às ações de conscientização, incentivo ao cuidado e promoção da saúde mental materna.

Artigo 2º As ações de conscientização, incentivo ao cuidado e promoção do tema objeto desta lei poderão ser desenvolvidos por meio de reuniões, palestras, cursos, oficinas, seminários, distribuição de material informativo, entre outras, sempre com as seguintes prioridades:

I – a conscientização da população sobre a importância da saúde mental materna;

II – o incentivo aos órgãos da administração pública municipal, empresa, entidades de classe, associações, federações e à sociedade civil organizada para se engajarem nas campanhas sobre o tema objeto desta lei.

Art. 3º O mês Maio-furta cor passa a integrar o Calendário Oficial de Eventos da Cidade de Londrina.

Art. 4º O Poder Executivo Municipal poderá constituir parcerias com a iniciativa privada para desenvolver em conjunto as atividades e os serviços correspondentes às ações de conscientização do mês Maio Furta-cor.

Art. 5º As despesas decorrentes da execução da presente lei ocorrerão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas, se necessário.

Art. 6º O Poder Executivo poderá regulamentar a presente lei no que lhe couber, no prazo de 90 (noventa) dias.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

CÂMARA MUNICIPAL DE LONDRINA, assinado e datado eletronicamente.

FLÁVIA CABRAL
VEREADORA

LENIR DE ASSIS
VEREADORA

DANIELE ZIOBER
VEREADORA





Câmara Municipal de Londrina

Estado do Paraná

PROJETO DE LEI Nº _____/2021

JUSTIFICATIVA

O presente projeto de lei tem como objetivo instituir Campanha dedicada às ações de conscientização e incentivo ao cuidado e promoção da saúde mental materna no Município de Londrina, a ser desenvolvido no mês de maio. A escolha da data se justifica pela celebração nacional do dia das mães no mês de maio, e a cor, em virtude da sua tonalidade que altera de acordo com a luz que recebe, não havendo uma cor absoluta para aquela que lança o olhar.

Apesar de o tema não chamar muita a atenção no cotidiano, os dados sobre saúde mental materna representam a necessidade do diálogo. Afinal, 7 em cada 10 mulheres ocultam ou minimizam seus sintomas, segundo estimativas do World Maternal Mental Health Day (WMMHD).

A Organização Mundial da Saúde define saúde mental como "(...) estado de bem-estar em que o indivíduo é consciente de suas próprias capacidades, pode lidar com o estresse normal da vida, trabalhar de maneira produtiva, e contribuir para sua comunidade".¹

Contudo, o bem-estar não é frequentemente avaliado, e muitas gestantes e puérperas que estão sob risco não são diagnosticadas quando em estado negativo de bem-estar, e, portanto, perde-se a oportunidade de identificar situações de ansiedade, estresse e problemas de enfrentamento. Contudo, a depressão pós-parto está sendo objeto de avaliação em muitos países e em alguns, inclusive, há suporte para diagnóstico da depressão pré-natal, conforme afirma a Dra. Adriana Amorim Francisco e Mary Steen em seu artigo "Bem-estar e saúde mental materna".²

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, cerca de 10% das

¹ <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> consulta realizada em 25/04/2022 às 20h45

² <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900049> consulta realizada em 26/04/2022 às 08h12



Câmara Municipal de Londrina

Estado do Paraná

mulheres grávidas e 13% das puérperas apresentam um transtorno mental, e a depressão pós-parto pode atingir de 10 a 20% das puérperas³.

No Brasil, em cada quatro mulheres, mais de uma apresenta sintomas de depressão no período de 6 a 18 meses após o nascimento do bebê. A constatação é do estudo *Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012*, realizado pela pesquisadora Mariza Theme, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), e publicado na edição de abril de 2016 do *Journal of Affective Disorders*. A prevalência desse distúrbio no país foi mais elevada que a estimada pela Organização Mundial da Saúde para países de baixa renda, em que 19,8% das parturientes apresentaram transtorno mental, em sua maioria a depressão⁴.

A pesquisa desenvolvida no âmbito da pesquisa Nascer no Brasil, no ano de 2016, maior estudo a respeito de parto e nascimento já desenvolvido no Brasil, entrevistou 23.896 mulheres no período de 6 a 18 meses após o nascimento do bebê e indicou números alarmantes: “A prevalência global de sintomas de depressão pós-parto foi de 26,3%, mas a comparação entre os períodos de 6 a 9 meses (25,7%) e de 9 a 12 meses (27,1%) não indicou diferença significativa no desenvolvimento do transtorno mental”.

Devido à alta prevalência das alterações mentais puerperais, é de fundamental importância conhecer e diagnosticar precocemente sinais e sintomas de depressão pós-parto, na assistência à saúde da mulher, além da necessidade de políticas mais abrangentes do que as existentes.

É importante avaliar o bem-estar das mulheres durante o período pré-natal e pós-parto e, desse modo, possibilitar que procurem apoio de profissional de saúde ou busque ajuda de membros da família ou amigos, o que será estimulado com a campanha proposta. É importante considerar a promoção do bem-estar e de ações que ajudem a mantê-lo, além de

³ <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/cZGPcGychPVNvphzrZDQcQz/?lang=pt&format=pdf> pesquisado em data de 25/04/2022 às 21h43.

⁴ <https://portal.fiocruz.br/noticia/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil> pesquisado em data de 25/04/2022 às 22h32.





Câmara Municipal de Londrina

Estado do Paraná

desenvolver estratégias de enfrentamento e formas para lidar com situações de ansiedade e estresse, e também como construir redes de apoio, o que será possível com os convênios e parcerias criadas por meio da presente proposta.

A Dra. Adriana Amorim Francisco e Mary Steen afirma que:

“A assistência continuada à saúde e o apoio de grupos da comunidade podem auxiliar as gestantes e as novas mães no desenvolvimento da confiança para relatarem qualquer problema de saúde mental, aquisição de resiliência e na prevenção do isolamento social. O aumento da consciência do conceito de igualdade de oportunidades e de que a saúde mental requer o mesmo cuidado que a saúde física ajudará as mães a manter-se resilientes e satisfeitas.”

Sendo assim, cresce a necessidade de discutirmos formas de conscientização permanente da população sobre a saúde mental materna. Em virtude disso, a presente proposição visa estabelecer normas gerais a serem seguidas em âmbito municipal, que poderão ser regulamentadas e concretizadas pelo Poder Executivo por meio de provisões especiais, conforme a conveniência e oportunidade da Administração Pública, além de convênios e parcerias com universidades, sociedade civil organizada e outros órgãos e apoiadores da causa.

No aspecto formal, o projeto encontra respaldo nos artigos 30, I, da Constituição Federal, segundo o qual compete ao Município legislar sobre assunto de interesse local, não havendo iniciativa reservada para a matéria, a saber:

Art. 30. Compete aos Municípios:
I- legislar sobre assuntos de interesse local;

Há que se destacar, ademais, que não decorre nenhuma inconstitucionalidade do fato de o projeto de lei dispor, em seu objeto, sobre a instituição de uma política pública destinada à conscientização, incentivo ao cuidado e promoção da saúde mental materna no Município de Londrina.

Isso porque o Supremo Tribunal Federal pacificou o entendimento de que, no tocante à reserva de iniciativa referente à organização administrativa, a reserva de lei de iniciativa do Chefe do Poder Executivo, prevista no art. 61, § 1º, II, b, da Constituição, somente se



Câmara Municipal de Londrina

Estado do Paraná

aplica aos Territórios federais (ADI 2.447 Rel. Min. Joaquim Barbosa, Tribunal Pleno, DJe 4.12.2009).

No mesmo sentido, ao analisar a Lei nº 2.067/2015, do Município de Conchal, que também instituiu uma campanha municipal permanente, o E. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo reconheceu a constitucionalidade da iniciativa parlamentar para dispor sobre o tema, a saber:

Ação direta de inconstitucionalidade. Lei municipal de origem parlamentar que institui Campanha permanente de orientação, conscientização, combate e prevenção da dengue nas escolas do Município de Conchal. Inconstitucionalidade. Inocorrência. Inexistência de vício de iniciativa: o rol de iniciativas legislativas reservadas ao chefe do Poder Executivo é matéria taxativamente disposta na Constituição Estadual. Inexiste ofensa às iniciativas legislativas reservadas ao Chefe do Executivo, ademais, em razão da imposição de gastos à Administração. Precedentes do STF. Não ocorrência de ofensa à regra da separação dos poderes. Inexistência de usurpação de quaisquer das competências administrativas reservadas ao Chefe do Poder Executivo, previstas no artigo 47 da Constituição do Estado de São Paulo. Precedentes deste Órgão Especial. Improcedência da ação. (Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, Órgão Especial, ADI nº 2056678-45.2016.8.26.0000, Rel. Des. Márcio Bartoli, 24 de agosto de 2016

Nas palavras do Relator Desembargador Márcio Bartoli:

Limitando-se a norma atacada a (i) instituir campanha de caráter educativo a ser inserida no programa curricular municipal (artigo 1) e (ii) definir princípios, objetivos e diretrizes do referido programa (artigo 2º), impossível falar-se na excessiva concretude de suas disposições.

Aliás, o artigo 140, inciso V da Lei Orgânica Municipal garante acesso aos serviços de promoção e recuperação da saúde, senão vejamos:

Art. 140 O direito à saúde implica os seguintes direitos fundamentais:

V - acesso universal e igualitário de todos os habitantes do Município às ações e aos serviços de promoção e recuperação da saúde sem qualquer discriminação.

As ações preventivas, aliás, são fundamentos do Município de Londrina,



Câmara Municipal de Londrina

Estado do Paraná

conforme previsto no artigo 142 da Lei Orgânica Municipal:

Art. 142 As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem o Sistema Único de Saúde, organizado- no Município- com as seguintes diretrizes: II - atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

O artigo 148 da Lei Orgânica de Londrina

Art. 148. Ao Sistema Único de Saúde no Município, compete:

VI – o desenvolvimento, a formulação e a implantação de medidas que garantam à mulher:

- a) a saúde em todas as fases do seu desenvolvimento;
- g) a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério.

Ademais, o Poder Executivo já possui em seu orçamento recursos destinados à promoção da saúde e à publicidade de campanhas educativas, sendo autorizada sua veiculação, nos termos previstos no artigo 62 da Lei Orgânica de Londrina, o que viabiliza a implantação da presente proposta.

Por todo exposto, acreditamos e defendemos que Londrina e suas mulheres merecem a criação de um mês dedicado às ações de conscientização e incentivo ao cuidado e promoção da saúde mental materna, razão pela qual rogamos apoio aos Nobres Pares para a aprovação da proposta em tela.

CÂMARA MUNICIPAL DE LONDRINA, assinado e datado eletronicamente.

FLÁVIA CABRAL
VEREADORA

LENIR DE ASSIS
VEREADORA

DANIELE ZIOBER
VEREADORA



Publicado pelo Portal *Portal Fiocruz* (<https://portal.fiocruz.br>)

[Início](#) > Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil

Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil

No Brasil, em cada quatro mulheres, mais de uma apresenta sintomas de depressão no período de 6 a 18 meses após o nascimento do bebê. A constatação é do estudo *Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012*, realizado pela pesquisadora Mariza Theme, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), e publicado na edição de abril do *Journal of Affective Disorders*. A prevalência desse distúrbio no país foi mais elevada que a estimada pela OMS para países de baixa renda, em que 19,8% das parturientes apresentaram transtorno mental, em sua maioria a depressão.

O trabalho foi desenvolvido no âmbito da pesquisa *Nascer no Brasil*, maior estudo a respeito de parto e nascimento no país já ocorrido. Coordenado pelas pesquisadoras Maria do Carmo Leal e Silvana Granado, a pesquisa apontou número excessivo de cesarianas (52% no total, contra 88% no setor privado) e ainda a persistência de intervenções dolorosas e desnecessárias no parto (como a episiotomia e a manobra de Kristeller, uso de ocitocina, menor frequência da utilização de analgesia obstétrica, dentre outros).

“O estudo *Nascer* destacou o elevado número de cesarianas e os efeitos que o parto no Brasil tem sobre a mulher e o bebê. Sabíamos, por exemplo, da associação entre a cesariana e o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático, mas não era isso que desejávamos analisar. O que ainda não havia sido investigado era se tal modelo de parto, com muitas intervenções desnecessárias, poderia ser um desencadeador do quadro depressivo dessas mães. Esse foi um dos pontos de partida da pesquisa”, explicou Mariza.

A depressão pós-parto traz inúmeras consequências ao vínculo da mãe com o bebê, sobretudo no que se refere ao aspecto afetivo. A literatura cita efeitos no desenvolvimento social, afetivo e cognitivo da criança, além de sequelas prolongadas na infância e adolescência. “A mulher depressiva, normalmente, amamenta pouco e não cumpre o calendário vacinal dos bebês. As crianças, por sua vez, têm maior risco de apresentar baixo peso e transtornos psicomotores”, esclareceu.

Depressão pós-parto atinge mulheres pardas e de baixa escolaridade

A pesquisa entrevistou 23.896 mulheres no período de 6 a 18 meses após o nascimento do bebê. A prevalência global de sintomas de depressão pós-parto foi de 26,3%, mas a comparação entre os períodos de 6 a 9 meses (25,7%) e de 9 a 12 meses (27,1%) não indicou diferença significativa no desenvolvimento do transtorno mental.

Foram analisadas variáveis sociodemográficas, individuais e obstétricas. Com o intuito de verificar se o uso de intervenções durante o trabalho de parto, particularmente o trabalho de parto muito doloroso e sem analgesia, estaria associado ao desenvolvimento de sintomas depressivos, foi criado um indicador de “trabalho de parto doloroso” que incluía as mulheres submetidas ao uso de medicação para acelerar o trabalho de parto, e que referiram aumento significativo da dor; que não tiveram acesso a nenhum tipo de analgesia; e que passaram pela manobra de kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê). Além disso, o histórico de perda fetal ou neonatal; complicações na gravidez, parto e pós-parto (incluindo a realização de histerectomia) e se a gravidez foi planejada estiveram no escopo das entrevistas.

“Observamos que essas variáveis da intervenção no parto não mostraram associação com a depressão pós-parto. O resultado nos leva a algumas hipóteses, entre elas o fato de haver uma aceitação como “normal” o modelo atual de atenção ao parto ainda realizado no Brasil. Em outras palavras, será que essas manobras já estão tão assimiladas que não funcionariam como um possível fator que levaria à depressão?”, questionou.

As mães que apresentaram sintomas de depressão pós-parto, de acordo com o modelo final da análise, são da cor parda, de baixa condição socioeconômica, com antecedentes de transtorno mental, com hábitos não saudáveis, como o uso excessivo de álcool, paridade alta e que não planejaram a gravidez “Os resultados são muito coerentes com o que a literatura internacional demonstra”, disse.

Por último, chamou a atenção da equipe de trabalho uma pergunta sobre a avaliação do atendimento na maternidade, na ocasião da alta médica. As mulheres que desenvolveram sintomas de depressão foram aquelas que avaliaram pior seu atendimento. “Isso suscitou algumas interpretações, mas, como a investigação da depressão foi realizada num único momento, não sabemos se a avaliação foi ruim porque a mulher estava deprimida ou se o atendimento, de fato, foi inadequado e desencadeou o surgimento dos sintomas. As mulheres que fizeram má avaliação do atendimento tiveram probabilidade duas vezes maior de apresentar os sintomas depressivos do que aquelas que avaliaram como muito bom.”

Vídeo: Nascer no Brasil ^[1]

Nascer no Brasil: pesquisadora comenta resolução da Agência Nacional de Saúde ^[2]

Cadernos de Saúde Pública lança especial sobre a pesquisa Nascer no Brasil ^[3]

Informe Ensp ^[4]
Journal of Affective Disorders ^[5]

Peso:

1

Data de publicação:

segunda-feira, 18 Abril, 2016

Crédito:

Por: Filipe Leonel (Ensp/Fiocruz)

.node-unpublished { background-color: #fff !important; }

 **FIOCRUZ DE A A Z** 

- [Acesso aberto](#)
- [Acesso ao patrimônio genético e ao conhecimento tradicional associado](#)
- [Agenda Jovem Fiocruz](#)
- [Banco de imagens](#)
- [Banco de Leite Humano](#)
- [Canal Saúde](#)
- [Carta de Serviços Fiocruz](#)
- [Castelo: Patrimônio da ciência](#)
- [Centro de Relações Internacionais em Saúde](#)
- [Ciência aberta](#)
- [Coleções biológicas](#)
- [Comitê Pró-Equidade de Gênero e Raça](#)
- [Congresso Interno](#)
- [Conselho Superior](#)
- [Controle de qualidade](#)
- [Coordenação de Cooperação Social](#)
- [Coronavírus](#)
- [Cursos](#)
- [Dengue](#)
- [Editora Fiocruz](#)
- [Escola Politécnica](#)
- [Fiocruz Vídeo](#)
- [Galeria de Honra](#)
- [Galeria de presidentes](#)
- [Gestão de pessoas](#)
- [História](#)
- [IdeiaSUS](#)
- [Lei da Biodiversidade](#)
- [Licitações](#)
- [Monitores e observatórios](#)
- [Mulheres e meninas na ciência](#)
- [Museu da Vida](#)
- [Organograma](#)
- [Oswaldo Cruz](#)
- [PenseSUS](#)
- [Portfólio de inovação](#)
- [Produção audiovisual](#)
- [Programa Inova Fiocruz](#)
- [Programa Inova Fiocruz](#)
- [Programa Institucional Violência e Saúde](#)
- [Programas sociais](#)
- [Publicações](#)
- [Rede de Bibliotecas](#)
- [Relações internacionais](#)
- [Repositório institucional - Arca](#)
- [Sergio Arouca](#)
- [Unidades e escritórios](#)
- [Vacinas](#)
- [VideoSaúde Distribuidora](#)
- [Visite a Fiocruz: endereços e contatos](#)
- [VPAAPS: Água & Saneamento](#)

Campus Sede:

Av. Brasil, 4365 - Manguinhos, Rio de Janeiro - CEP: 21040-900 - Tel: (0xx21) 2598-4242

- Índice alfabético
- Expediente

Este portal é regido pela Política de Acesso Aberto ao Conhecimento, que busca garantir à sociedade o acesso gratuito, público e aberto ao conteúdo integral de toda obra intelectual produzida pela Fiocruz.

 O conteúdo deste portal pode ser utilizado para todos os fins não comerciais, respeitados e reservados os direitos morais dos autores.



URL: <https://portal.fiocruz.br/noticia/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil>

Links

- [1] <https://portal.fiocruz.br/content/video-nascer-no-brasil>
- [2] <https://portal.fiocruz.br/content/nascer-no-brasil-pesquisadora-comenta-resolucao-da-agencia-nacional-de-saude>
- [3] <https://portal.fiocruz.br/content/revista-cadernos-de-saude-publica-lanca-suplemento-especial-sobre-pesquisa-nascer-no-brasil>
- [4] <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/>
- [5] <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032715306789>

Editorial

Bem-estar e saúde mental materna

O objetivo deste editorial é chamar a atenção às questões relacionadas à saúde mental e bem-estar materno. Durante a gravidez, parto, e após o parto nota-se aumento do risco de problemas de saúde mental entre puérperas. Normalmente, durante a gestação e no período pós-parto, observa-se aumento dos níveis de ansiedade e estresse. Tal aumento pode ser isolado ou vir acompanhado de outros problemas que afetam a saúde mental da mulher.⁽¹⁾

A saúde mental está relacionada ao estado emocional, psicológico e ao bem-estar dos indivíduos e pode, portanto, influenciar sentimento e o funcionamento de gestantes ou puérperas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde mental como “...estado de bem-estar em que o indivíduo é consciente de suas próprias capacidades, pode lidar com o estresse normal da vida, trabalhar de maneira produtiva, e contribuir para sua comunidade”.⁽²⁾

Contudo, o bem-estar não é frequentemente avaliado, e muitas gestantes e puérperas que estão sob risco não são diagnosticadas quando em estado negativo de bem-estar, e, portanto, perde-se a oportunidade de identificar situações de ansiedade, estresse e problemas de enfrentamento. Contudo, a depressão pós-parto (DPP) está sendo objeto de avaliação em muitos países e em alguns, inclusive, há suporte para diagnóstico da depressão pré-natal.⁽³⁻⁵⁾

Porém, algumas preocupações existem sobre a eficácia da estratégia de avaliação da depressão para detectar problemas de saúde mental entre gestantes e novas mães⁽⁶⁾, considerando que a avaliação é, em geral, realizada em um período específico e, portanto, tem limitações e pode disponibilizar somente uma descrição do estado emocional dos indivíduos. Além disso, há também dúvidas de que a avaliação das mulheres colabora para medicalização do parto e da maternidade,⁽⁷⁾ sendo importante reconhecer que há um possível estigma associado a identificação da DPP.^(8,9)

Portanto, não seria melhor avaliar o estado de bem-estar e permitir as mulheres grávidas um auto-acompanhamento e possibilidade de continuar seguimento após o parto?

A escala de bem-estar mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS, abreviatura em inglês)⁽¹⁰⁾ foi utilizada com eficácia por gestantes e novas mães em estudo conduzido na Inglaterra que mediu o bem-estar por meio de investigação de como a resiliência para melhoria a saúde mental.⁽¹¹⁾ A WEMWBS é baseada em cinco conceitos principais: satisfação com relacionamentos interpessoais, funcionamento positivo, afeto positivo, perspectiva hedônica e perspectiva eudemônica.

Há também estudos recentes realizados na Austrália que indicam o potencial positivo do auto-acompanhamento do bem-estar materno. A ferramenta visual “Capture My Mood” (CMM) (registro de estado de ânimo) que inclui cinco descritores (conexão, segurança, animação, satisfação e capacidade) está alinhada aos cinco principais conceitos da WEMWBS mencionados acima e possuem designação específica em relação as mulheres para que realizem auto-acompanhamento de seu bem-estar durante e após o parto.⁽⁷⁾ A ferramenta CMM tem sido utilizada como piloto, sendo que outros avanços e pesquisas estão em andamento para disponibilizar versão online já que muitas gestantes e novas mães possuem celulares e acesso à internet.

É interessante notar que o conceito “igualdade de oportunidades” tem sido relatado.⁽¹⁾ Esse conceito enfatiza a importância de avaliar a saúde mental e dar importância similar aos problemas de saúde física. A piora na saúde física materna após o parto pode levar a problemas de saúde mental e piora da saúde mental pode levar a problemas de saúde física, considerando que essas questões são inter-relacionadas. Por exemplo, quando o indivíduo está ansioso e estressado, muitos sintomas físicos poderão estar presente como, tensão muscular, tontura, enxaquecas, palpitações, problemas gástricas e urinárias, inquietação, insônia, e aumento da susceptibilidade à dor.⁽¹²⁾ Durante a gravidez, os altos níveis de cortisol podem aumentar as chances das mulheres de desenvolverem hipertensão, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento uterino, nascimento de feto prematuro e também dificuldade durante o parto.⁽¹³⁾

Portanto, é vital que os *links* entre a saúde mental e saúde física sejam levadas em consideração na gestação e após o parto no momento da assistência à saúde materna. Parece ser evidente a necessidade de disponibilizar importância igualitária a saúde mental e a saúde física da mulher, também como promover o bem-estar durante a gravidez e após o parto.

Promovendo a saúde mental maternal

A depressão é um dos distúrbios mentais mais prevalentes na gravidez e no pós-parto, afetando cerca de um quinto das mulheres.⁽¹⁴⁾ A depressão pré-natal é o principal fator de risco para depressão pós-parto, e é geralmente uma continuidade da depressão que se iniciou no período pré-natal.⁽¹⁵⁻¹⁸⁾

No Brasil, a prevalência das depressões pré-natais é cerca de 20%⁽¹⁹⁾ o que é similar em países de alta renda, e considerando os problemas de algumas mulheres em idade reprodutiva que tem de enfrentar problemas para acessar o sistema de saúde, a assistência pré-natal é vital para prevenção da depressão pós-parto e promoção do bem-estar mental das gestantes e puérperas.

Um importante aspecto da assistência materna é o apoio à gestante para capacidade de adquirir, desenvolver e manter a resiliência e estratégias de enfrentamento para promoção da saúde e bem-estar. Ser resiliente contribui para gestante desenvolver estratégias de enfrentamento, lidar com a ansiedade e estresse, reduzir o medo associado ao parto e ajuda-las a manter saúde e bem-estar ao longo da maternidade.⁽¹¹⁾

É, portanto, muito importante considerar a promoção do bem-estar e as formas de mantê-lo tais como as “cinco formas de bem-estar”⁽²⁰⁾ e também a assistência contínua à saúde.⁽²¹⁾

O estado de saúde mental de uma mãe afeta o desenvolvimento físico, emocional e psicológico da criança e deve ser considerado durante a assistência à saúde materna.⁽²²⁾

Em síntese

É importante avaliar o bem-estar das mulheres durante o período pré-natal e pós-parto. O auto-acompanhamento pode ser benéfico e as ferramentas como o “CMM” podem auxiliar no reconhecimento dos indivíduos que estão sob risco e, deste modo, possibilitar que procurem apoio de profissional de saúde ou busque ajuda de membros da família ou amigos. É importante considerar a promoção do bem-estar e de ações que ajudem a mantê-lo. Além disso, devem-se desenvolver estratégias de enfrentamento e formas para lidar com situações de ansiedade e estresse, e também como construir redes de apoio. A assistência continuada à saúde e o apoio de grupos da comunidade podem auxiliar as gestantes e as novas mães no desenvolvimento da confiança para relatarem qualquer problema de saúde mental, aquisição de resiliência e na prevenção do isolamento social. O aumento da consciência do conceito de igualdade de oportunidades e de que a saúde mental requer o mesmo cuidado que a saúde física ajudará as mães a manter-se resilientes e satisfeitas.

Mary Steen, PhD, RN, FAAN, FEANS, FRCN

Professora de Obstetrícia na Escola de Enfermagem e Obstetrícia, Divisão de Ciências da Saúde, University of South Australia, Adelaide, Austrália

Profª Drª Adriana Amorim Francisco

Departamento de Enfermagem na Saúde da Mulher, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-4705-6987>

DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900049>



Referências

1. Steen M, Steen S. Striving for better maternal mental health. *Pract Midwife*. 2014;17(3):11–4.

2. World Health Organization (WHO). Mental health: strengthening our response [Internet]. Genève: WHO; 2016. [cited 2019 May 13]. Available from: who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/
3. Perinatal Mental Health National Action Plan 2008-2010 [Internet]. [cited 2019 May 13]. Available from: [Beyondblue.org.au/docs/default-source/8.-perinatal-documents/bw0125-report-beyondblues-perinatal-mental-health-\(nap\)-full-report.pdf?sfvrsn=2](http://Beyondblue.org.au/docs/default-source/8.-perinatal-documents/bw0125-report-beyondblues-perinatal-mental-health-(nap)-full-report.pdf?sfvrsn=2)
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (clinical guideline CG192). London: NICE; 2014. [cited 2019 May 13]. Available from: nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-cgwave0598
5. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2016;315(4):388–406.
6. Austin MP, Middleton PF, Highet NJ. Australian mental health reform for perinatal care. *Med J Aust*. 2011;195(3):112–3.
7. Brealey SD, Hewitt C, Green JM, Morrell J, Gilbody S. Screening for postnatal depression – is it acceptable to women and healthcare professionals? A systematic review and meta-synthesis. *J Reprod Infant Psychol*. 2010;28(4):328–44.
8. McKellar L, Steen M, Lorensuhewa N. Capture my mood: a feasibility study to develop a visual scale for women to self-monitor their mental wellbeing following birth. *Evid Based Midwifery*. 2017;15(2):54–9.
9. Steen M, Jones A. Maternal mental health: stigma and shame. *Pract Midwife*. 2013;16(6):5.
10. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, et al. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5(1):63.
11. Steen M, Robinson M, Robertson S, Raine G. Pre- and post-survey findings from the Mind 'Building resilience programme for better mental health: pregnant women and new mothers'. *Evid Based Midwifery*. 2015;13(3):92–9.
12. Wood L. Psychological interventions in anxiety and depression. In: Smith G, editors. *Psychological interventions in mental health nursing*. United Kingdom: Open University Press/McGraw Hill Education Maidenhead; 2012.
13. Steen M, Green B. (Mental Health during pregnancy and parenthood. In: *Mental health: Across the Lifespan*. Steen M, Thomas M, editors. London, UK: Taylor & Francis; 2016.
14. Limlomwongse N, Liabsuetrakul T. Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6-8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Women Ment Health*. 2006 May;9(3):131–8.
15. Alami KM, Kadri N, Berrada S. Prevalence and psychosocial correlates of depressed mood during pregnancy and after childbirth in a Moroccan sample. *Arch Women Ment Health*. 2006;9(6):343–6.
16. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(8):937–44.
17. Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician*. 2005;51:1087–93.
18. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V; ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*. 2004;80(1):65–73.
19. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalence of gestational depression and associated factors. *Rev Psiq Clín*. 2008;35(4):144–53.
20. New Economic Foundation. Five ways to wellbeing [Internet]. London: New Economic Foundation; 2008. [cited 2019 May 13]. Available from: neweconomics.org/projects/entry/five-ways-to-well-being
21. Care Quality Commission (CQC). National findings from the 2013 survey of women's experiences of maternity care. London: CQC; 2013.
22. Steen M, Jones A, Woodsworth B. Anxiety, bonding and attachment during pregnancy, the transition to parenthood and psychotherapy. *Br J Midwifery*. 2013;21(12):768–74.

A depressão pós-parto em mulheres que sobreviveram à morbidade materna grave

Postpartum depression in women who survived severe maternal morbidity

Mônica Silva Silveira¹, Ricardo Queiroz Gurgel¹, Íkaro Daniel de Carvalho Barreto¹,
Leda Maria Delmondes Freitas Trindade²

Resumo

Introdução: A morbidade materna grave é cada vez mais conhecida como um indicador útil de segurança e de qualidade do cuidado materno e pode afetar a saúde mental da mãe. **Objetivo:** Avaliar a relação entre a morbidade materna grave (near miss) e os sintomas da depressão pós-parto. **Método:** Estudo descritivo de coorte prospectivo. A amostra foi constituída por 549 mulheres puérperas em duas maternidades públicas do Estado de Sergipe. Foi aplicada a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) para identificar os sintomas de depressão no pós-natal. Para a análise estatística, aplicaram-se os testes do Qui-quadrado, de U-Mann-Whitney e o coeficiente de correlação de postos de Spearman, e considerou-se o nível de significância de $\alpha \leq 0,05\%$. **Resultados:** 156 (56%) das mães expostas à MMG/NM e 45 (17%) das não expostas revelaram forte associação com depressão pós-parto e maior chance (ORC: 24,0; IC95%: 7,23-79,7) de desenvolvê-la. **Conclusão:** A MMG/NM tem impacto negativo na saúde mental da mulher e eleva a sua vulnerabilidade para a doença mental. É fundamental para a qualidade da assistência materno-infantil a implantação de políticas públicas que assegurem prevenção e estratégias de enfrentamento.

Palavras-chave: morbidade; near miss; saúde materna; depressão; depressão pós-parto.

Abstract

Background: Severe maternal morbidity is increasingly known as a useful indicator of the safety and quality of maternal care, and may affect the mother's mental health. **Objective:** To evaluate the relationship between severe maternal morbidity (near miss) and symptoms of postpartum depression. **Method:** Descriptive study of prospective cohort. The sample consisted of a total of 549 puerperal women from two public maternity hospitals in the state of Sergipe. We applied the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to identify the prevalence of postpartum depression. The statistical analysis was performed using chi-square test of U-Mann-Whitney and the Spearman rank correlation coefficient, with significance level of $\alpha \leq 0.05\%$. **Results:** 156 (56%) of the mothers exposed to severe maternal morbidity, and 45 (17%) of the non-exposed mothers showed a strong association and greater chance (ORC: 24.0; 95% CI: 7.23-79.7) to develop postpartum depression. **Conclusion:** Severe maternal morbidity has a negative impact on women's mental health, and increases the vulnerability to mental illness. It is fundamental for the quality of maternal and child care to implement public policies that ensure prevention and coping strategies.

Keywords: morbidity; near miss; maternal health; depression; postpartum depression.

¹Programa de Pós-graduação e Pesquisa em Ciências da Saúde (PPGCS), Universidade Federal de Sergipe (UFS) - Aracaju (SE), Brasil.

²Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe (UFS) - Aracaju (SE), Brasil.

Trabalho realizado na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes e no Hospital e Maternidade Santa Isabel - Aracaju (SE), Brasil.

Endereço para correspondência: Mônica Silva Silveira – Rua João Gêiton da Costa, 400, Bloco 02, ap. 03, térreo, Condomínio Natura Ville – Bairro Jabotiana – CEP: 49095-796 – Aracaju (SE), Brasil – Email: mssdoutora@gmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.



INTRODUÇÃO

A morbidade materna grave é cada vez mais conhecida como um indicador útil de segurança e qualidade do cuidado materno, por isso o conhecimento dos seus fatores de risco e de suas consequências pode contribuir para a definição de políticas públicas e estratégias na saúde integral. Apesar do número estimado de mulheres que sofrem de complicações maternas, pouco se sabe sobre os seus efeitos na saúde mental^{1,2}.

A morbidade materna grave, também conhecida como *near miss*, é um evento de quase morte causado por complicações graves ocorridas com a mulher durante a gravidez, parto ou puerpério³. Os critérios desse diagnóstico representam identificadores clínicos, laboratoriais e de gerenciamento aplicáveis tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento⁴.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os diagnósticos de morbidade materna grave e *near miss* (MMG/NM) podem incluir várias patologias, tais como distúrbios hemorrágicos, distúrbios hipertensivos e outras doenças sistêmicas, edema pulmonar, insuficiência respiratória e convulsão durante a gravidez, além de indicadores de cuidados críticos, de transfusão de sangue, histerectomia e unidade de terapia intensiva⁴.

Conforme Furruta et al.¹, a morbidade materna grave causa prejuízos psicológicos e sociais a longo prazo para a mulher e toda a família. Considera-se que a morbidade materna grave pode repercutir no estado emocional da mulher em diversos aspectos, além de afetar negativamente a sua qualidade de vida por um longo período após o evento^{5,6}. De acordo com a OMS, cerca de 10% das mulheres grávidas e 13% das puérperas apresentam um transtorno mental, e a depressão pós-parto pode atingir de 10 a 20% das puérperas⁷.

Segundo a American Psychiatric Association⁸, 50% dos episódios de depressão que ocorrem no puerpério se desenvolveram no início da gravidez. Por essa razão, o especificador “com início no pós-parto” para os transtornos depressivos e bipolares foi substituído para “com início periparto”. Os sintomas assemelham-se aos transtornos depressivos existentes em outros períodos da vida, além de poder afetar a relação e a qualidade da interação entre a díade mãe-filho⁹.

Entre os fatores significativos que contribuem para o surgimento da depressão pós-parto, incluem-se depressão pré-natal, ansiedade, história psiquiátrica pregressa, relacionamento conjugal conflituoso, eventos estressantes, atitude negativa em relação à gravidez e falta de apoio social¹⁰.

Diante do exposto, por se tratar de um tema recente, pouco se sabe sobre as repercussões da morbidade materna grave na saúde mental das mães. Este estudo tem por objetivo avaliar a relação entre a morbidade materna grave (MMG/NM) e os sintomas da depressão pós-parto.

MÉTODO

Estudo de coorte prospectivo, constituído por puérperas das duas maternidades de referência para médio e alto risco obstétrico do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de Sergipe, Nordeste do Brasil. A coleta de dados foi realizada de janeiro a maio do ano de 2013.

Para a seleção da amostra dos casos elegíveis, foi realizada, a cada 48 horas, a busca ativa nas duas maternidades de referência do Estado de Sergipe, por meio do livro de registro de internação hospitalar das enfermarias de obstetrícia, do puerpério e da análise dos prontuários, a fim de que pudessem ser identificadas e entrevistadas as puérperas. Não houve perda durante a coleta de dados.

O total da amostra foi de 549 sujeitos, constituídos em dois grupos: o grupo de risco, com 277 mulheres expostas à morbidade materna grave e *near miss*, que preenchem os critérios atuais de diagnóstico, de acordo com a Organização Mundial da Saúde⁴; e o grupo controle, com 272 puérperas não expostas, sem intercorrência de complicação obstétrica relacionada ao mesmo quadro.

Considerou-se como critérios de exclusão, independentemente do grupo, as puérperas que não residiam no Estado de Sergipe, que tiveram bebês com grave deficiência, que ficaram hospitalizados ou foram a óbito, e as puérperas com restrição médica devido ao seu estado de gravidez. Justificam-se as últimas exclusões pelo fato de que essas situações já provocam o comprometimento do estado emocional, dificultando relacioná-lo à situação de morbidade materna grave e *near miss*, além de agir como variável de confundimento.

Foram aplicados dois instrumentos por um psicólogo e pesquisador devidamente habilitados: um questionário para avaliar o perfil sociodemográfico, composto pelas variáveis procedência da residência fixa (capital ou interior), idade, escolaridade, situação conjugal, primípara, acompanhamento do pré-natal, trabalho remunerado, uso de álcool, tabagismo e as características clínico-obstétricas; e outro para identificar sintomas de depressão no pós-natal por meio da Escala de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), que consiste em uma escala de autopreenchimento.

A EPDS é composta por dez itens que recebem a pontuação de 0 a 3, de acordo com a intensidade relatada do sintoma depressivo no pós-natal¹¹. A pontuação total da escala varia de 0 a 30 pontos. No Brasil, foi validada e traduzida por Santos et al.¹² Os autores sugeriram ponto de coorte de 11/12, valor utilizado no presente estudo¹².

Para delimitação do cálculo amostral, considerou-se um tamanho de efeito de 0,14, significância de 5% e poder de 90%, levando a uma amostra de 536 indivíduos. Foram entrevistados 549 indivíduos, o que levou a um tamanho de efeito de 0,138, muito próximo ao estipulado inicialmente.

Os dados foram analisados pelo software R Core Team 2017, com aplicação das frequências simples e percentual, das médias, do desvio-padrão das variáveis, do teste do Qui-quadrado de Pearson para associação entre variáveis categóricas, do teste de U-Mann-Whitney (média) para identificar as diferenças de média entre os grupos e do coeficiente de correlação de postos de Spearman (Rho). Adotou-se nível de significância de $\alpha \leq 0,05\%$.

Todas as puérperas, após aceitarem participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) segundo Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa

Envolvendo Seres Humanos da Universidade de Federal de Sergipe (Processo nº 0284.1.107.000/2011).

RESULTADOS

Do total da amostra, foram incluídas 549 participantes. Quanto às características sociodemográficas, clínico-obstétricas e hábitos sociais (álcool e tabagismo) (Tabela 1), foi observado que 182 (66%) puérperas expostas à MMG/NM eram provenientes do interior do Estado de Sergipe, sendo estatisticamente significativo ($p < 0,001$).

Os grupos estudados de expostas e não expostas à MMG/NM apresentaram faixa etária abaixo de 35 anos, escolaridade abaixo

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica, clínica, obstétrica e hábitos da amostra de mulheres com e sem morbidade materna grave/near miss (MMG/NM), Sergipe, Brasil, 2013

Variáveis	Grupos		p-valor
	Com MMG/NM (n = 277)	Sem MMG/NM (n = 272)	
	n (%)	n (%)	
Procedência			
Capital	95 (34)	200 (74)	0,046
Interior	182 (66)	72 (26)	
Idade média (DP)	28,15 (7,75)	26,77 (7,75)	0,038*
≥ 35	70 (25)	53 (20)	0,104
< 35	207 (75)	219 (80)	
Escolaridade			
< 8 anos	198 (53,5)	172 (46,5)	0,039
≥ 8 anos	79(44,1)	100 (55,9)	
Situação conjugal			
Solteira	59 (21)	75 (28)	0,087
Casada	218 (79)	197 (72)	
Trabalho			
Não	222 (80)	185 (68)	<0,001
Sim	55 (20)	87 (32)	
Pré-natal			
Não	26 (9)	3 (1)	<0,001
Sim	251 (91)	269 (99)	
Paridade			
Primípara	43 (16)	32 (12)	0,200
1 ou mais parto	234 (84)	240 (88)	
Bebida alcoólica			
Não	192(69)	243 (89)	<0,001
Sim	85(31)	29 (11)	
Tabagismo			
Não	261 (94)	263 (97)	0,166
Sim	16(6)	9 (3)	

Teste Qui-Quadrado de Pearson; *Teste de Mann-Whitney; DP – Desvio Padrão

de oito anos e não tinham atividade laboral remunerada. Entre as puérperas expostas à MMG/NM, foi estatisticamente significativo ($p < 0,001$) mulheres que não fizeram acompanhamento do pré-natal e mulheres que fizeram uso de bebida alcoólica durante a gestação.

Utilizando a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Tabela 2), identificou-se que 156 (56%) expostas e 45 (17%)

não expostas sinalizaram sintomas de depressão pós-natal (OR: 6,5; IC95%: 4,37-9,69). A análise a partir da regressão logística da amostra de expostas e não expostas à MMG/NM, referente à depressão pós-parto, observou uma forte associação (ORC: 24,0; IC95%: 7,23-79,7) com a depressão no pós-parto no grupo de expostas à MMG/NM.

Tabela 2. Associação logística da amostra de mulheres com e sem morbidade materna grave/near miss (MMG/NM), referente à depressão pós-parto (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS), Sergipe, Brasil. 2013

Variáveis	Grupos		p-valor	OR (IC95%)	ORC (IC95%)
	Com MMG/NM n (%)	Sem MMG/NM n (%)			
EPDS					
≥12	156 (56)	45 (17)	<0,001	6,5 (4,37-9,69)	24,0 (7,23-79,7)
<12	121 (44)	227 (83)			

OR = *odds ratio*; ORC = *odds ratio* controlada para variáveis demográficas; IC95% = intervalo de confiança (95%). ($p < 0,05$)

DISCUSSÃO

No presente estudo, a maioria das mulheres expostas à morbidade materna grave e *near miss*, em comparação às não expostas, era advinda de cidades afastadas dos centros urbanos, não teve assistência de pré-natal e tinha o hábito de consumir bebida alcoólica e tabaco. O perfil das mulheres com morbidade materna grave e *near miss* encontrado neste estudo é concordante com o de outras pesquisas¹³⁻¹⁶.

Pode-se observar que foram encontrados maior presença de sintomas da depressão pós-parto no grupo de expostas à morbidade materna grave e *near miss* e elevado risco de chance do seu desenvolvimento, em comparação ao grupo de não expostas. Pressupõe-se que a condição clínica da morbidade materna grave e *near miss* possa aumentar sobremaneira a chance desenvolvimento de depressão pós-parto. A mulher que apresenta o evento da morbidade materna grave pode ser acometida pela depressão pós-natal. Segundo Filippi et al.¹⁷, as mulheres com complicações obstétricas graves foram significativamente mais propensas a ter depressão e ansiedade do que as mulheres com parto não complicado, constatando-se o efeito negativo da morbidade materna em suas vidas em todos os momentos da gravidez até o pós-natal.

Em uma revisão sistemática da saúde mental perinatal na África, foram relatadas taxas de prevalência da depressão na gravidez de 11,3 a 18,3% no pós-natal. Os fatores associados mais citados referentes à piora da saúde mental foram as complicações obstétricas, a falta de apoio e os conflitos conjugal e familiar^{18,19}.

Estudo de coorte prospectivo realizado por Kirti Yyengar et al.², com uma população de puérperas que apresentou complicação obstétrica grave durante e após o parto, indicou a prevalência de depressão pós-parto em torno de 33,3% e de 18,5% em mulheres sem complicações obstétricas. Os autores evidenciaram inúmeras dificuldades em função dessa complicação, tais como problemas

sociais e financeiros, devido ao afastamento do mercado de trabalho e ao alto custo do tratamento médico.

Diversos estudos revelaram uma associação entre sintomas depressivos pós-parto e as complicações na gravidez e no parto. Para Burgut et al.¹⁹, em estudo realizado no Oriente Médio, essa associação teve uma prevalência de 17,6%. Na Argentina, Mathisen et al.²⁰ constataram 37,2% dessa associação entre as mulheres puérperas. Outro dado importante sobre essa associação observado por Norhayati et al.¹⁰ foi a presença de fatores de risco relacionados a problemas de saúde, complicações obstétricas e baixo apoio social²¹.

Os fatores pré-natais, perinatais e pós-natais causam consequências negativas, podendo levar a óbito materno e infantil ou causar morbidades e deficiências durante o período pós-parto prolongado, em média de até um ano, que impactam negativamente na saúde do bebê, na saúde de outros filhos e na posição social e econômica da família⁶. Ou seja, o evento da morbidade materna grave e *near miss* na vida dessas mulheres pode repercutir mesmo após resolução do processo da doença.

As situações de gravidade, como sobrevivência da morbidade materna grave, atinge três dimensões que interagem entre si: a primeira diz respeito à ruptura da integridade física por meio das lesões, doença permanente e perda da força e resistência; a segunda abrange a economia doméstica por intermédio dos gastos com problemas de saúde e a perda da capacidade produtiva; a terceira abrange a interrupção da vida social, relacional/conjugal e familiar e as consequências negativas nos cuidados e na relação da díade mãe-bebê²²⁻²⁵.

Os estudos que apontam para a relação significativa entre a ocorrência da depressão e alterações na relação entre a díade mãe-bebê sinalizam que os efeitos da depressão materna podem resultar negativamente no desenvolvimento da criança, potencializando desordens linguísticas, comportamentais,

afetivas, cognitivas e sociais²⁶. Nesse contexto, as síndromes depressivas que acometem mulheres nos primeiros meses após o parto afetam diretamente toda a família⁷.

Portanto, os achados deste estudo têm implicações importantes para o atendimento voltado à saúde mental de mulheres com morbidade materna grave e *near miss*, principalmente por ser pouco frequente a existência de registros na literatura brasileira sobre estratégias específicas para lidar com esse problema na atenção primária no contexto da saúde pública.

Algumas limitações devem ser consideradas nesta pesquisa, como o fato de não terem sido identificados na coleta dados específicos sobre os antecedentes de transtornos mentais anterior à gravidez e dados da história pessoal e familiar que pudessem influenciar nos aspectos psicológico e comportamental. Todavia,

cabe ressaltar que o estudo mantém boa relevância científica, ao avaliar a relação entre a morbidade materna grave e *near miss* e a saúde mental das puérperas.

Tendo em vista a alta prevalência da depressão pós-parto no grupo de expostas à morbidade materna grave e *near miss*, os dados indicaram que a depressão causa vulnerabilidade psicossocial e afeta negativamente o estado emocional da mulher, ao mesmo tempo que reforça o seu significado como problema de saúde pública. Programas resultantes de políticas públicas, que visem a intervenções e estratégias de enfrentamento com equipe multiprofissional, por meio de instrumentos de rastreamento e identificação precoce dos sintomas, tornam-se importantes na rotina de protocolos de cuidado que favoreçam à atenção primária à saúde materna.

REFERÊNCIAS

1. Furuta M, Sandall J, Cooper D, Bick D. The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6-8 weeks postpartum: a prospective cohort study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(133):1-14. PMID:24708797.
2. Iyengar K, Yadav R, Sen S. Consequences of maternal complications in women's lives in the first postpartum year: a prospective cohort study. *J Health Popul Nutr*. 2012;30(2):226-40. <http://dx.doi.org/10.3329/jhpn.v30i2.11318>. PMID:22838164.
3. Geller SE, Rosenberg D, Cox SM, Kilpatrick S. Defining a conceptual framework for near miss maternal morbidity. *J Am Med Womens Assoc*. 2002;57(3):135-9. PMID:12146602.
4. Say L, Souza JP, Pattinson RC. WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23(3):287-96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007>. PMID:19303368.
5. Silva DVR, Silveira MFA, Gomes-Sponholz FA. Experiences with severe maternal morbidity: a qualitative study on the perception of women. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(4):618-24. PMID:27508470.
6. Koblinsky M, Chowdhury ME, Moran A, Ronsmans C. Maternal morbidity and disability and their consequences: neglected agenda in maternal health. *J Health Popul Nutr*. 2012;30(2):124-30. <http://dx.doi.org/10.3329/jhpn.v30i2.11294>. PMID:22838155.
7. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020 [online]. 2013 [citado em 2017 Mar 5]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/
8. American Psychiatric Association. DSM-V. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5th ed. Porto Alegre: ARTMED; 2014.
9. Letourneau NL, Dennis CL, Benzies K, Duffett-Leger L, Stewart M, Tryphonopoulos PD, et al. Postpartum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues Ment Health Nurs*. 2012;33(7):445-57. <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2012.673054>. PMID:22757579.
10. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. A Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord*. 2015;175:34-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041>. PMID:25590764.
11. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150(6):782-6. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>. PMID:3651732.
12. Santos MFS, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin (Santiago)*. 1999;26(2):90-5.
13. Karlsen S, Say L, Souza JP, Hogue CJ, Calles DL, Gülmezoglu AM, et al. The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Public Health*. 2011;11:606. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-606>. PMID:21801399.
14. Rosendo TMSS, Roncalli AG. Prevalence and factors associated with Maternal Near Misses: a survey of the population in a capital city of the Brazilian Northeast. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015;20(4):1295-304. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.09052014>. PMID:25923639.
15. Adeoye IA, Onayade AA, Fatusi AO. Incidence, determinants and perinatal outcomes of near miss maternal morbidity in Ile-Ife Nigeria: a prospective case control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(1):93. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-93>. PMID:23587107.
16. Pacheco AJC, Katz L, Souza RSA, Amorim MMR. Factors associated with severe maternal morbidity and near miss in the São Francisco Valley, Brazil: a retrospective, cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):91. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-91>. PMID:24576223.
17. Filippi V, Ganaba R, Baggaley RF, Marshall T, Storeng KT, Sombié I, et al. Health of women after severe obstetric complications in Burkina Faso: a longitudinal study. *Lancet*. 2007;370(9595):1329-37. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61574-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61574-8). PMID:17933647.
18. Sawyer A, Ayers S, Smith H. Pre- and postnatal psychological wellbeing in Africa: a systematic review. *J Affect Disord*. 2010;123(1-3):17-29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.027>. PMID:19635636.
19. Burgut FT, Bener A, Ghuloum S, Sheikh J. A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2013;34(2):1-8. <http://dx.doi.org/10.3109/0167482X.2013.786036>. PMID:23701432.

20. Mathisen SE, Glavin K, Lien L, Lagerløv P. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *Int J Womens Health*. 2013;5:787-93. <http://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S51436>. PMID:24294009.
21. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Aniza AA, Asrenee AR. Severe Maternal Morbidity and Postpartum Depressive Symptomatology: a prospective double cohort comparison study. *Res Nurs Health*. 2016;39(6):415-25. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.21741>. PMID:27367484.
22. Firoz T, Chou D, von Dadelszen P, Agrawal P, Vanderkruik R, Tunçalp O, et al. Measuring maternal health: focus on maternal morbidity. *Bull World Health Organ*. 2013;91(10):794-6. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.117564>. PMID:24115804.
23. Tunçalp O, Hindin MJ, Souza JP, Chou D, Say L. The prevalence of maternal near miss: a systematic review. *BJOG*. 2012;119(6):653-61. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03294.x>. PMID:22489760.
24. Storeng KT, Murray SF, Akoum MS, Ouattara F, Filippi V. Beyond body counts: a qualitative study of lives and loss in Burkina Faso after 'near-miss' obstetric complications. *Soc Sci Med*. 2010;71(10):1749-56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.056>. PMID:20541307.
25. Assarag B, Dujardin B, Delamou A, Meski F-Z, De Brouwere V. Determinants of maternal near-miss in morocco: too late, too far, too sloppy? *PLoS One*. 2015;10(1):e0116675. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0116675>. PMID:25612095.
26. Ikeda M, Hayashi M, Kamibeppu K. The relationship between attachment style and postpartum depression. *Attach Hum Dev*. 2014;16(6):557-72. <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2014.941884>. PMID:25098625.

Recebido em: Mar. 08, 2018

Aprovado em: Ago. 16, 2018