

Maternidade e Trabalho: Associação entre Depressão Pós-parto, Apoio Social e Satisfação Conjugal

Milena Valelongo Manente¹

Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues²

Resumo

Investigou-se entre mães trabalhadoras aspectos relacionados aos direitos, conjugalidade, apoio social, prevalência de depressão pós-parto e a sua relação com as variáveis pesquisadas. Participaram 30 primigestas com bebês entre dois e seis meses. Os instrumentos utilizados foram: Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e um protocolo de entrevista. Os dados apontaram que durante a fase gestacional, as participantes desconheciam as políticas de proteção materno-infantil, mas reconheciam a presença do apoio social, principalmente do companheiro e da genitora. Houve prevalência de sintomatologia depressiva entre 13,3% das mães. Confirmaram-se associações entre DPP e saúde emocional na gestação ($p=0,008$); sentir falta de ajuda ($p=0,026$) e pretensão de retorno ao trabalho ($p=0,001$). Verificou-se satisfação com o apoio social disponível e preservação da satisfação conjugal. Os resultados apontam para a importância de atendimento psicológico à mulher na gestação e puerpério, assim como esclarecê-las de seus direitos.

Palavras-chave: mães trabalhadoras; depressão pós-parto; apoio social; conjugalidade.

Motherhood and Work: Association with Postnatal Depression, Support Available and Marital Satisfaction

Abstract

We investigated, among working mothers, aspects related to rights, relationship between couples, social support, prevalence of postpartum depression and its relationship with the variables studied. A total of 30 first-time-mothers with babies from two to six months took part. The instruments used were: Postpartum Depression Scale of Edinburgh and an interview protocol. Data showed that during the gestational phase, participants were unaware of maternal and child protection policies, but acknowledged the presence of social support, especially the fellow and mother. Depressive symptoms prevailed among 13.3% of mothers. Associations between DPP and emotional health during

¹ Psicóloga, artigo baseado na dissertação de mestrado defendida pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" – UNESP – Bauru (SP), Brasil.

² Co-orientadora do estudo, docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" – UNESP – Bauru (SP), Brasil.

pregnancy (p = 0.008); lack of assistance (p = 0.026) and intention of returning to work (p = 0.001) were confirmed. Satisfaction with social support available and preservation of marital satisfaction were observed. The results show the importance of psychological care for women during pregnancy and postpartum, as well as information about their rights.

Keywords: *working mothers; postnatal depression; social support; relationship between couples.*

Introdução

De acordo com a revisão histórica de Gradwohl, Osis e Makuch (2014) a mulher, entre os séculos XVII e XIX, torna-se sinônimo de maternidade, sendo a maternagem uma tarefa exclusiva da mãe. A mulher contemporânea convive com uma multiplicidade de papéis, nos quais alguns ajustes são importantes neste período, principalmente ao considerarmos que as responsabilidades na vida doméstica e familiar ainda são desiguais em relação aos homens (Badinter, 2011).

A gravidez, sendo uma fase transitória do ciclo vital, induz a mulher a reorganizar sua identidade. Além das variáveis psicológicas e biológicas da gravidez, há ainda a situação socioeconômica, considerando que atualmente a mulher possui atividades profissionais e/ou sociais que lhe impossibilitam doação integral de tempo à maternidade, quadro que pode induzir ao aumento da tensão emocional.

O puerpério é um período no qual o corpo da mulher se recupera do desgaste físico da gravidez e do parto, e pode estar mais vulnerável à manifestação de transtornos mentais (Cantilino et al, 2010). Trata-se de um período negligenciado de assistência direcionada para a mãe, sendo a maior parte das atenções voltadas ao bebê, desconsiderando as transformações psicológicas que permeiam o período gravídico puerperal. Culturalmente, parece que há uma expectativa da mulher assumir prontamente a maternidade, sem grandes dificuldades, desempenhando bem o seu papel (Salim, Araújo & Gualda, 2010; Gutman, 2010; Iaconelli, 2005).

A melancolia da maternidade ou *baby blues* caracteriza-se como um quadro reativo, transitório, com presença de depressão leve concomitante com as mudanças neurofisiológicas do período, acometendo boa parte das mulheres no pós-parto (Iaconelli, 2005). Para Frizzo e Piccinini (2005), Schwerngber e Piccinini (2004) e Póo et al.(2008), a depressão pós-parto (DPP), constitui um quadro clínico e agudo mais persistente e está associado com fatores de risco, como: conflitos conjugais, histórico de depressão e carência socioeconômica. O impacto da depressão materna na parentalidade já vem sendo estudado, comprometendo desde a garantia do aleitamento (Figueiredo, 2013), até problemas externalizantes e internalizantes em longo prazo, na vida da criança (Matijasevich, 2015).

A prevalência da depressão pós-parto referenciada na literatura é muito diversa, variando entre 6,5% a 53%, de acordo com a população de mulheres investigadas no mundo. Explicações possíveis para este fenômeno envolvem a escolha do instrumento de avaliação adotado, divergência no

período de realização da coleta, quantidade da amostra e aculturação (Costa, Pacheco & Figueiredo, 2007; Póo et al., 2008).

Num estudo epidemiológico brasileiro recente, a prevalência apontou um caso de depressão pós-parto para cada quatro nascimentos. Na amostra, destacavam-se os sintomas entre as mulheres das classes média e baixa, cor parda, com histórico de uso de álcool e com transtornos mentais (Filha, Ayers, Gama & Carmo Leal, 2016).

A presença do apoio social servirá como fator de proteção à maternidade. As mães precisam de uma rede de apoio que lhes ofereça ajuda nos cuidados domésticos, com o bebê e também na esfera do cuidado afetivo, de assistência para a mulher, companhia, encorajamento, disponibilidade, sem desautorizar, julgar ou se intrometer na relação da mãe e seu bebê (Filha, Ayers, Gama & Carmo Leal, 2016; Gutman, 2010).

Em um trabalho de revisão de literatura sobre apoio social e maternidade (Rapoport & Piccinini, 2006), verificaram como são reduzidos os estudos sobre apoio social no Brasil e, os poucos trabalhos que abordam a fase complexa da maternidade, geralmente avaliam a rede de apoio das mães até o primeiro ano de vida dos seus bebês. Os autores concluem que a nova mãe precisa de apoio social para lidar com as inseguranças esperadas no período. Entretanto, atualmente no meio urbano, é frequente que as redes de apoio se encontrem reduzidas, deixando a mãe solitária com o seu bebê. Rapoport e Piccinini (2011), avaliando 39 primíparas adultas, encontraram dificuldades de amamentação, cansaço materno e a responsabilidade de cuidar do bebê, com situações estressantes no período pós-parto. A pesquisa destaca a essencialidade do apoio para estas mães, que pode ser intermediado por políticas públicas que implementem trabalhos preventivos para o fortalecimento da díade mãe-bebê. Os autores concluíram que o apoio social melhora a responsividade materna, e, que dentre a amostra avaliada, as principais pessoas disponíveis como apoio social eram o cônjuge e os avós maternos.

Almeida (2007) investigou comparativamente dois grupos de mães, de classe média e popular, que trabalhavam fora, e com bebês em fase de adaptação na creche. Percebeu que era semelhante, nos grupos, o sentimento de culpa por trabalhar fora, mesmo que os motivos da locação no mercado de trabalho sejam diferentes (para as mães da classe média trata-se de um projeto de vida; já, para a classe baixa é por subsistência).

O presente trabalho buscou descrever, entre mães trabalhadoras, ainda em licença maternidade, aspectos sociodemográficos da mãe (escolaridade, tipo de família, idade) e do bebê (sexo, idade gestacional, peso), e aspectos relacionados à gestação (conhecimento de direitos durante a gestação e logo após o nascimento do bebê, participação em grupos, presença de transtornos mentais), ao puerpério (conjugalidade, rede de apoio, expectativas de volta ao trabalho) e ao bebê (cuidados, aleitamento). Também, avaliou a ocorrência de depressão pós-parto, verificando associações entre o índice e as variáveis sociodemográficas da mãe e do bebê e aspectos da gestação, puerpério e cuidados com o bebê.

Método

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP-Bauru (Processo nº 11323/46/01/12). Por ocasião do aceite em participar da presente pesquisa, foram dadas todas as informações sobre os objetivos e atividades do projeto, da ausência de qualquer ônus para a participação na pesquisa e do sigilo das informações fornecidas, na apresentação dos dados dessa pesquisa em eventos e publicações da área. A partir do aceite e redimidas todas as dúvidas, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do CONEP.

O estudo foi transversal e investigou 30 mães trabalhadoras, remetendo a aspectos envolvendo apoio social e trabalho durante a fase gestacional. Os critérios de inclusão das participantes no estudo foram: primíparas, cujos bebês deveriam estar, por ocasião da coleta de dados, entre o segundo e sexto mês de vida, e trabalhar fora. A amostra foi de conveniência, composta por funcionárias de uma instituição de saúde (24 participantes), de um projeto de extensão de uma universidade pública que acompanha o desenvolvimento de bebês (duas participantes). As demais foram indicadas por uma *doula* e pessoas do contato das pesquisadoras. As entrevistas ocorreram nas salas da instituição de saúde e nas residências das mães.

Seguido do aceite, todas as mães assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A aplicação dos instrumentos ocorreu em uma única etapa, durando em média 40 minutos.

Dos instrumentos aplicados, utilizou-se o *Inventário de dados da gestação, convivência com o bebê: satisfação conjugal e qualidade do apoio social*, elaborado pelas autoras para este estudo. Uma aplicação piloto auxiliou no redimensionamento das questões. O mesmo contemplava dados demográficos e seis itens sobre o histórico da gravidez: parto, puerpério, maternidade, apoio social disponível, satisfação conjugal e volta à vida ocupacional. Era composto por perguntas abertas e fechadas. As questões fechadas foram contabilizadas e transformadas em frequência, e as abertas foram categorizadas. Em seguida aplicou-se a Escala de Depressão Pós-parto (EPDS).

Os dados do EPDS foram analisados considerando a nota de corte com pontuação 11, de acordo com a versão brasileira deste instrumento proposta por Santos, Martins e Pasquali (1999). De acordo com os autores, esta pontuação em puérperas é indicativa para encaminhamento e avaliação de profissionais da saúde mental.

Os dados do EPDS foram posteriormente associados com variáveis levantadas, tais como: escolaridade materna, sexo do bebê, peso do bebê, saúde física e emocional na gestação, planejamento da gestação, participação em grupos, informações sobre direitos e amamentação na gestação, satisfação conjugal e rede de apoio na gestação, tipo de parto, se foi o tipo desejado, primeiro contato com o bebê, informação sobre amamentação na maternidade, sentimentos nos 45 dias pós-parto, se recorreu ao Banco de Leite, amamentação no momento, partilha sentimentos,

frequência em grupo no momento, sente falta de ajuda, cuidado conjugal, satisfação na comunicação entre o casal, colaboração nas tarefas domésticas, apoio do trabalho durante a gestação, pretensão de voltar a trabalhar e expectativas com o retorno ao trabalho.

Os dados obtidos a partir do *Inventário de dados da gestação, convivência com o bebê, satisfação conjugal e qualidade da rede de apoio* e do EPDS, foram categorizados, e, quando possível, analisados por meio do programa estatístico SPSS, for Windows, versão 17.0, adotando o teste Qui-Quadrado, e quando necessário, o teste de Fisher para associações, considerando $p < 0,05$ como nível de significância.

Resultados e discussão

A Tabela 1 mostra os dados sociodemográficos das participantes. Dentre elas, 57% tinham até 29 anos, e predominantemente, Ensino superior completo (70%). Todas tinham união estável com o pai do bebê. Quanto à profissão, a maioria exercia cargos no setor de saúde (54%). Dos bebês, 57% eram meninos e tinham entre quatro e seis meses (67%).

Tabela 1. Descrição das características sociodemográficas da amostra de participantes

| Características da amostra | | N | % |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|-----|
| Idade | 25 a 29 anos | 17 | 57 |
| | 30 a ou mais | 13 | 43 |
| Escolaridade | Ensino Médio Completo | 09 | 30 |
| | Ensino Superior Completo | 21 | 70 |
| Estado Civil | União estável | 30 | 100 |
| Profissões desempenhadas | | | |
| Profissionais da área da saúde (Técnica de enfermagem/Enfermeira/Fisioterapeuta/TO/Médica/Farmacêutica/Técnica de farmácia) | | 16 | 54 |
| Serviço administrativo/Administradora/Empresária/Supervisora jurídica | | 08 | 26 |
| Psicóloga/ Assistente Social/ Professora | | 05 | 17 |
| Serviços gerais | | 01 | 03 |
| Sexo do bebê | Masculino | 13 | 43 |
| | Feminino | 17 | 57 |
| Idade do bebê | Até 3 meses | 10 | 33 |
| | De 4 a 6 meses | 20 | 67 |

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde no Brasil (2010) recomendam o aleitamento materno exclusivo por seis meses, sendo o recebimento de informação sobre as

vantagens da amamentação durante a gravidez estratégica para a garantia destas recomendações. A Tabela 2 mostra desinformação sobre os direitos da mulher trabalhadora no período gravídico-puerperal como o período garantido de afastamento ocupacional e horário especial de aleitamento, entre 60% das participantes. Também se verificou que somente 40% da amostra recebeu informação sobre aleitamento no período gestacional. Por ocasião da entrevista, 30% das participantes relataram aleitamento materno exclusivo, 43% realizavam aleitamento parcial, ou seja, complementando a amamentação com outros alimentos, como leite artificial e 27% das mães ofereciam exclusivamente leite artificial. Bernardi, Jordão e Barros Filho (2009) e Almeida e Novak (2004), também apontam a diminuição do índice da aleitamento exclusivo ao longo dos primeiros meses de vida do bebê, sendo que em média, apenas 30% das mães mantém essa prática até o sexto mês.

Tabela 2. Informações sobre os direitos da maternidade e aleitamento.

| Sobre direitos | | N | % |
|---------------------------------------------------------|-----|----------|----------|
| Recebeu informação sobre amamentação durante a gestação | Sim | 12 | 40 |
| | Não | 18 | 60 |
| Recebeu informação sobre direitos durante a gestação | Sim | 12 | 40 |
| | Não | 18 | 60 |
| Amamentando no momento | | | |
| Aleitamento exclusivo | Sim | 09 | 30 |
| Complementando com leite artificial | Sim | 13 | 43 |
| Somente leite artificial | Não | 08 | 27 |

A Tabela 3 apresenta os fatores de proteção para a saúde emocional da mulher no período gravídico-puerperal. A participação em grupos informativos e de apoio à maternidade se restringiu ao período gestacional compondo 53% da amostra, reduzindo esta frequência para 13% no pós-parto. Os resultados referentes à conjugalidade no período revelaram que dentre as participantes, 77% percebem preocupação do parceiro com elas e 90% estavam satisfeitas com a comunicação entre o casal. As participantes mostraram ainda que a relação com o parceiro pode prover ajuda, configurando-se como uma rede de apoio importante; 77% informaram que o parceiro colabora nas tarefas de cuidados com o bebê. Tal rede de apoio pode ser complementada por auxílios vindos de outras fontes, como: família estendida ou de profissionais configurando-se como ações protetivas que podem ocorrer durante o período. As participantes se sentiam apoiadas na fase da coleta, pelo marido (96%), seus pais (66%) e outros familiares (40%).

Tabela 3. Descrição dos aspectos protetivos (participação em grupos, apoio geral e conjugalidade)

| Aspectos avaliados | N | % |
|----------------------------------------------------|----------|----------|
| Participou de grupos durante a gestação | | |
| Sim | 16 | 53 |
| Não | 14 | 47 |
| Participando de grupo no pós-parto | | |
| Sim | 04 | 13 |
| Não | 26 | 87 |
| Percebe preocupação do parceiro com ela | | |
| Sim | 23 | 77 |
| Às vezes | 07 | 23 |
| Considera a comunicação satisfatória entre o casal | | |
| Sim | 27 | 90 |
| Não | 03 | 10 |
| Parceiro colabora nas tarefas com o bebê | | |
| Sim | 23 | 77 |
| Não | 07 | 23 |
| Por quem se sente apoiada no momento (68) | | |
| Marido/companheiro | 29 | 96% |
| Pais | 20 | 66% |
| Outros familiares | 12 | 40% |
| Outras mães/Amigas | 4 | 13% |
| Babá/Creche | 2 | 6,6% |
| Profissional de Saúde | 1 | 3,3% |

Estudos apontam que a vida conjugal é afetada com o gerar dos filhos, seja pela busca do momento perfeito para o casal se tornar pais (Matos & Magalhães, 2014) ou pelas tarefas multiplicadas e redução no diálogo durante a transição (Barbieiro & Baumgarten, 2015). De acordo com os dados apresentados na Tabela 3, a conjugalidade se mostrou preservada durante a transição parental da amostra avaliada.

A Tabela 4 apresenta informações sobre a relação ocupacional e a maternidade. Os principais direitos da mulher que trabalha estão contidos na cartilha do Ministério da Saúde que destaca a garantia do aleitamento por seis meses para mães com contrato de trabalho formal, estabelecendo horário especial de amamentação até o bebê completar seis meses (Brasil, 2010). Apesar do avanço nas políticas materno-infantil do país com a lei de ampliação do período de licença (nº 11.770 de 9/9/2008), esse benefício parece não atender a maioria das trabalhadoras do país, não fazendo parte da realidade da amostra de mães trabalhadoras investigadas no estudo. De acordo com as

percepções das mães sobre a fase gestacional e recebimento de apoio pelo ambiente de trabalho, 70% relataram tê-lo recebido de alguma forma. Para 90% delas, a intenção de retornar ao trabalho estava presente. Todavia, entre a amostra que pretendia regressar às atividades ocupacionais, para 83% delas o retorno era motivo de preocupação em razão da crença de “deixar o bebê” (47%); e a preocupação quanto à “adaptação do bebê com cuidadores substitutos” (37%). Entre as que apresentaram justificativas de despreocupação com o retorno ao trabalho, estavam: “julgo ter uma boa rede de apoio” (60%), ou “não pretendo retornar” (20%). Das participantes, 57% ainda apresentavam expectativa de apoio à maternidade, mediante o retorno da licença maternidade.

Tabela 4. Aspectos relacionados ao trabalho apresentados pelas mães investigadas

| Aspectos analisados | N | % |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| Recebeu apoio do trabalho na gestação | | |
| Sim | 21 | 70 |
| Não | 9 | 30 |
| Pretende retornar ao trabalho | | |
| Sim | 27 | 90 |
| Não | 03 | 10 |
| Preocupa-se com o retorno ao trabalho | | |
| Sim | 25 | 83 |
| Não | 05 | 17 |
| Motivos de preocupação entre as que responderam (n=25) | | |
| Deixar o bebê/perda do vínculo | 14 | 47 |
| Adaptação com os cuidadores substitutos (babá/familiar/creche) | 11 | 37 |
| Ficar dividida entre o bebê e o trabalho | 2 | 7 |
| Vida financeira | 1 | 3 |
| Peso do bebê | 1 | 3 |
| Horário das mamadas | 1 | 3 |
| Motivos entre as mães que referiram despreocupação com o retorno ao trabalho (n=5) | | |
| Julgam ter uma boa rede de apoio | 3 | 60 |
| Não retornará | 1 | 20 |
| Sente falta do trabalho | 1 | 20 |
| Apresenta expectativa de apoio à maternidade no retorno ao trabalho | | |
| Sim | 17 | 57 |
| Não | 13 | 43 |

A Tabela 5 apresenta a prevalência de depressão pós-parto, avaliada pela escala aplicada, e se observou que 13% das participantes a apresentaram. Tal dado é coerente com o de outros estudos brasileiros que encontraram índices variáveis entre 12,5% Fonseca, Silva e Otta, (2010), 19,1% Figueira et al. (2011) e abaixo do encontrado por outros trabalhos brasileiros: 26, 3% Filha, Ayers, Gama e Carmo Leal (2016), 30,3% Morais, Lucci e Otta (2013) e 60,6% por Ruschi et al. (2007).

Tabela 5. Dados referentes à depressão pós-parto (DPP) segundo EPDS (Santos, Martins & Pasquali, 1999).

| Aspectos analisados | N | % |
|------------------------------|----|----|
| Presença de depressão (EPDS) | | |
| Sim | 04 | 13 |
| Não | 26 | 87 |

A Tabela 6 apresenta os resultados das comparações entre mães com e sem depressão, obtidas por meio do teste Fisher, considerando as variáveis maternas. Encontrou-se **associação entre relato de saúde emocional alterada da mãe na gestação e presença de depressão pós-parto (p=0,008)**. Este resultado é explicado, pois quatro das 10 mães que referiram saúde emocional alterada durante a gestação apresentaram indicação de sintomas de depressão, segundo o EPDS. A associação encontrada entre saúde emocional na gestação e *DPP* também colabora com outros trabalhos, Baptista, Baptista e Torres (2006), Faisal-Cury e Menezes (2012), Rodrigues e Schiavo (2011). O período de transição para a parentalidade pode ser um risco para a saúde emocional da mulher, principalmente para aquelas que apresentaram problemas de saúde mental na gestação, o que reforça, de acordo com os estudos de Folino (2014) e Silva (2008), as práticas de políticas públicas que viabilizam o acesso à assistência especializada no acompanhamento na saúde emocional materna no pré e pós-parto, e não apenas exclusivamente o desenvolvimento do bebê, como parece ocorrer nos serviços brasileiros (Brasil, 2005; Salim, Araújo & Gualda, 2010).

Houve **associação entre sentir falta de ajuda e manifestação de depressão (p=0,026) e entre retornar ao trabalho e presença de depressão (p=0,001)**. Esta última associação é notada pelo fato das três mães que afirmaram não pretenderem retornar ao trabalho apresentarem indicação pelo EPDS, de sintomas depressivos. Os dados encontrados da associação entre sentir falta de ajuda e depressão, parecem agregar a outros estudos que mostram semelhantemente haver uma correlação negativa entre suporte social e transtornos emocionais no período gravídico-puerperal (Filha, Ayers, Gama & Carmo Leal, 2016; Baptista, Baptista & Torres, 2006; Coutinho, Baptista & Morais, 2002). Dentre esses estudos, destaca-se o primeiro sobre os nascimentos no Brasil investigando fatores determinantes para a ocorrência dos sintomas depressivos nos pós-parto. Entre as 23.894 mulheres pesquisadas por telefone, entre os 45 dias e 6-18 meses, sobre os fatores de

risco, tais como: sociodemográficos, obstétricos e individuais, destacou-se o último envolvendo a companhia presente e o apoio nos cuidados recebidos pela dupla mãe e bebê.

Tabela 6. Associação entre variáveis sociodemográficas e de saúde pré e pós-gestacional e depressão pós-parto, utilizando o teste Fisher.

| Variável | DPP | | P |
|---------------------------------|-------------|-----------|--------------|
| | Com | Sem | |
| Saúde emocional na Boa gestação | 20 (100%) | 0 | 0,008 |
| | 6 (60%) | 4 (40%) | |
| Sente falta de ajuda | 9 (69,2%) | 4 (30,8%) | 0,026 |
| | 17 (100,0%) | 0 | |
| Pretensão/ retorno ao trabalho | 26 (96,3%) | 1 (3,7%) | 0,001 |
| | 0 | 3(100,0%) | |

Os resultados acima apresentados parecem ratificar estudos apontando que, entre os fatores de risco para a DPP, estão os transtornos mentais que ocorrem na fase gestacional (Silva, 2008; Martinez-Schallmoser, Tellen & Macmullen, 2003). Em razão disso, Schardosim e Heldt (2011), afirmam haver um desconhecimento dos profissionais de saúde quanto à importância do acompanhamento no período gestacional e pós-parto. Os autores sugerem maior utilização de instrumentos de avaliação da saúde emocional das mães nas rotinas de assistência nestes dois importantes períodos da vida da mulher: na gestação e puerpério. Tais medidas visam não somente proteger a mulher, mas garantir o desenvolvimento de seus bebês, conforme alertam Filha, Ayers, Gama e Carmo Leal (2016) e Pereira et al. (2014).

Considerações finais

O presente estudo pretendeu identificar, entre mães trabalhadoras, ainda em licença gestante, aspectos relacionados ao bebê (cuidados, aleitamento), relação conjugal, volta ao trabalho, rede de apoio e conhecimentos sobre seus direitos e a associação destes aspectos com a DPP. Entre os resultados positivos, verificou-se satisfação com a rede de apoio disponível durante as fases gestacional e puerperal. A conjugalidade também se manteve preservada em ambos os períodos. As mães se revelaram satisfeitas com o parceiro e ainda ressaltaram receber ajuda do marido nas tarefas com o bebê.

Alguns dos resultados encontrados podem estar relacionados ao fato de que a maioria das participantes estavam próximas do retorno ao trabalho. Tal fato pode explicar o baixo índice de amamentação exclusiva, todavia, o acesso aos direitos poderia alterar este quadro.

A depressão materna está presente em índices encontrados na população brasileira e indica que as mães brasileiras devem ser cuidadas, considerando as associações observadas em aspectos identificados desde a gestação, como a presença de transtornos mentais. Destacamos que a pesquisa em razão do número restrito de participantes e conveniência da amostra impede a generalização dos dados apresentados. Nas novas pesquisas, sugere-se uma investigação mais profunda sobre os fatores responsáveis pelo não acesso às informações sobre aleitamento e direitos maternos durante o pré-natal, e que os ambientes ocupacionais das mães sejam melhor investigados, a fim de verificar a valorização do aleitamento da mãe trabalhadora.

Todavia, o trabalho ressalta a importância da implantação de serviços de acompanhamento das mães para a garantia da saúde materna, e conseqüentemente, proteger o desenvolvimento do bebê.

Referências

- Almeida, L. S. D. (2007). Mãe, cuidadora e trabalhadora: as múltiplas identidades de mães que trabalham. *Rev. Dep. Psicol., UFF, 19(2)*, 411-422.
- Almeida, J. A. G. D., & Novak, F. R. (2004). Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Jornal de Pediatria, 80(5)*, 119-125.
- Badinter, E. (2011). *O conflito a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record.
- Barbiero, E. B., & Baumgarten, S. T. (2015). Somos pais, e agora? A história de nós dois depois dos filhos. *Pensando famílias, 19(1)*, 32-45.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D. & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psicologia, 7(1)*, 39-48.
- Brasil, Ministério da Saúde (2010). *Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2005). *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Bernardi, J. L. D., Jordão, R. E., & Barros Filho, A. A. (2009). Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. *Journal Pan American Journal of Public Health, 26(5)*, 405-411.
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B., & Rennó Jr, J. O. E. L. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica, 37(6)*, 288-94.
- Coutinho, D. S., Baptista, M. N., & Morais, P. R. (2002). Depressão pós-parto prevalência e correlação com o suporte social. *Revista Neuropsiquiátrica da Infância e Adolescência, 10(2)*, 63-71.
- Costa, R., Pacheco, A. & Figueiredo, B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34(4)*, 157-165
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2012). Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 34(4)*, 446-450.

- Filha, M. M. T., Ayers, S., da Gama, S. G. N., & do Carmo Leal, M. (2016). Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The birth in Brazil national research study, 2011/2012. *Journal of Affective Disorders*, 194, 159-167.
- Figueira, P. G., Diniz, L. M. & Silva-Filho, H. C. (2011). Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(2), 71-75.
- Figueiredo, B., Dias, C. C., Brandão, S., Canário, C., & Nunes-Costa, R. (2013). Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *Jornal de Pediatria*, 89(4), 332-338.
- Folino, C. S. G. (2014). *Sobre dores e amores: caminhos da tristeza maternal na elaboração psíquica da construção da parentalidade*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.
- Fonseca, V. R. J. M., Silva, G. A., & Otta E. (2010). Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 738-746.
- Frizzo, G. B. & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 47-55.
- Gradwohl, S., Mayumi Obana, Osis, M. J. D., & Makuch, M. Y. (2014). Maternidade e formas de maternagem desde a idade média à atualidade. *Pensando Famílias*, 18(1), 55-62
- Gutman, L. (2010). *A maternidade e o encontro com a própria sombra*. Rio de Janeiro: Best Seller.
- Iaconelli, V. (2005). Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Pediatria Moderna*, 41(4), 41-55.
- Matos, M. G. de, & Magalhães, A. S. (2014). Tornar-se pais: sobre a expectativa de jovens adultos. *Pensando Famílias*, 18(1), 78-91
- Martinez-Schallmoser, L., Telleen, S., & Macmullen, N. J. (2003). The effect of social support and acculturation on postpartum depression in Mexican American women. *Journal of Transcultural Nursing*, 14(4), 329-338.
- Matijasevich, A., Murray, J., Cooper, P. J., Anselmi, L., Barros, A. J., Barros, F. C., & Santos, I. S. (2015). Trajectories of maternal depression and offspring psychopathology at 6 years: 2004 Pelotas cohort study. *Journal of affective disorders*, 174, 424-431.
- Morais, M. L. S., Lucci, T. K., & Otta, E. (2013). Postpartum depression and child development in first year of life. *Estudos de Psicologia*, 30(1), 7-17.
- Rapoport, A. & Piccinini, C. A. (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF*, 16(2), 215-225.
- Rapoport, A. & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(1), 85-96.
- Rodrigues, O. M. P. R. & Schiavo, R. A. (2011). Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(9), 252-257.

- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Chambô Filho, A., Zandonade, E., & Lima, V. J. D. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, 29(3), 274-80.
- Salim, N. R, Araújo, N. M, & Gualda, D. M. R. (2010). Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 18(4), 732-739.
- Santos, M. F. S, Martins, F. C, & Pasquali, L. (1999). Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista Psiquiatria Clínica*, 26(2), 90-95.
- Schardosim, J. M., & Heldt, E. P. D. S. (2011). Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre*, 32(1), 159-166.
- Schwerngber, D. D, & Piccinini, C. A.(2004). Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 233-240.
- Silva, G. A.(2008). *Estudo longitudinal sobre prevalência e fatores de risco para depressão pós-parto em mães de baixa renda*. Dissertação de Mestrado. São Paulo Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.
- Pereira, V. A., Chiodelli, T., Rodrigues, O. M. P. R., Oliveira e Silva, C. S., & Mendes, V. F. (2014). Desenvolvimento do bebê nos dois primeiros meses de vida: variáveis maternas e sociodemográficas. *Pensando Famílias*, 18(1), 64-77.
- Póo, A. M., Espejo, C., Godoy, C., Hernández, T., & Pérez, C. (2008). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Revista Médica de Chile*, 136(1), 44-52.

Endereço para correspondência

E-mail: milamanente@yahoo.com.br

Enviado em 17/12/2015

1ª revisão em 17/05/2016

Aceito em 25/06/2016