

Recebido: 27.02.2021
Aceito: 08.06.2021

**Como citar
este artigo**

Costa EM, Tsunehiro MA,
Lima MOP, Bonadio IC..
[Sintomas depressivos
em puérperas e fatores
associados]. Rev Paul
Enferm [Internet]. 2021;32.
doi:10.33159/25959484.
repen.2020v32a49

Sintomas depressivos em puérperas e fatores associados

Depressive symptoms in postpartum women and associated factors

Síntomas depresivos en mujeres en el posparto y factores asociados

**Elisiany Mello Costa^I, Maria Alice Tsunehiro^{II},
Marlise de Oliveira Pimentel Lima^{III}, Isabel Cristina Bonadio^{IV}**

^I Enfermeira. Mestre em Ciências. Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), Lavras, MG, Brasil. E-mail: elisiany@unilavras.edu.br

^{II} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: tamnami@usp.br

^{III} Enfermeira. Doutora em Ciências. Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: moplma@usp.br

^{IV} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: ibonadio@usp.br

RESUMO

Objetivos: Identificar a frequência e os fatores associados à ocorrência de sintomas depressivos em puérperas. **Métodos:** Estudo transversal realizado com 302 mulheres residentes em Lavras, MG, utilizando a Edinburgh Postnatal Depression Scale aplicada no período entre a 6ª e 8ª semanas pós-parto. A associação entre as variáveis foi analisada por Qui-quadrado e regressão logística. **Resultados:** Observou-se que 11,9% das puérperas apresentaram sintomas depressivos. Mulheres de cor parda e preta tiveram 3,86 e 6,92 mais chances, respectivamente, de apresentarem sintomas depressivos. As fumantes e as que sofreram violência antes da gestação tiveram 3,43 e 25,02 mais chances, respectivamente, de manifestar sintomas depressivos. Ter parceiro fixo reduziu em 77% a sintomatologia depressiva; ter tido dois partos e amamentação ofereceu, para cada condição, diminuição de risco de 83%. **Conclusão:** A frequência de sintomas depressivos encontrada está dentro dos limites dos estudos nacionais. Deve-se destinar atenção especial às mulheres pretas/pardas, fumantes e que sofreram violência.

Descritores: Escala de depressão pós-parto de Edinburgh; Depressão pós-parto; Saúde mental; Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

Objectives: To identify the frequency of depressive symptoms in postpartum women, as well as the associated factors. **Methods:** Cross-sectional study conducted with 302 women living in Lavras, MG. The Edinburgh Postnatal Depression Scale was used between the 6th and 8th weeks postpartum. Chi-square and logistic regression were used to verify the association between variables. **Results:** 11.9% of

the women presented depressive symptoms. Brown and black women were 3.86 and 6.92 more likely to present depressive symptoms, respectively. Smokers and those who suffered violence before pregnancy were 3.43 and 25.02 more likely to manifest depressive symptoms, respectively. Being in a steady relationship reduced the occurrence of depressive symptoms by 77%; having two previous births and prior history of breastfeeding, for each condition, a decrease in risk of 83%. **Conclusion:** The frequency of depressive symptoms observed in this study is similar to results presented in other national studies. Black/brown women, smokers and those who have suffered violence should receive special attention for depressive symptoms.

Descriptors: Edinburgh Postpartum Depression Scale; Depression, Postpartum; Mental health; Obstetric nursing

RESUMEN

Objetivos: Identificar la frecuencia y los factores asociados a la ocurrencia de síntomas depresivos en mujeres en el posparto. **Métodos:** Estudio transversal realizado con 302 mujeres residentes en Lavras, MG, utilizando la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo aplicada entre la sexta y octava semana posparto. La asociación entre las variables se analizó mediante chi-cuadrado y regresión logística. **Resultados:** Se observó que el 11,9% de las mujeres en el posparto presentaban síntomas depresivos. Las mujeres de color morenas y negras tuvieron 3,86 y 6,92 más probabilidades, respectivamente, de presentar síntomas depresivos. Las fumadoras y las que sufrieron violencia antes del embarazo tuvieron 3,43 y 25,02 más probabilidades, respectivamente, de manifestar síntomas depresivos. Tener una pareja estable redujo los síntomas depresivos en un 77%; haber tenido dos partos y amamantar ofreció, para cada condición, una disminución del riesgo del 83%. **Conclusión:** La frecuencia de síntomas depresivos encontrada está dentro de los límites de estudios nacionales. Se debe prestar especial atención a las mujeres de raza negra/morena, a las fumadoras y a quienes sufrieron de violencia.

Descriptor: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo; Depresión posparto; Salud mental; Enfermería obstétrica.

INTRODUÇÃO

A saúde mental de mulheres no período gravídico-puerperal tem merecido destacada atenção no âmbito da saúde pública. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 10% das gestantes e 13% das mulheres que já pariram, são afetadas por transtornos mentais, sobretudo, a depressão. As taxas de prevalência de depressão no ciclo gravídico apresentam variação conforme o grau de desenvolvimento dos países; são maiores nos países em desenvolvimento, ou seja, 15,6% durante a gravidez e 19,8% após o parto⁽¹⁾. Recente revisão sistemática mostrou diferença estatística significativa na prevalência de depressão pós-parto entre regiões geográficas, o Oriente Médio apresentou a maior prevalência, 26% e a Europa a menor, 8%⁽²⁾.

Estudos realizados no Brasil apontam diferentes taxas de prevalências de depressão na gestação e no pós-parto; na gestante varia entre 20,7% e 37,9%⁽³⁻⁵⁾ e na puérpera pode oscilar entre 11,8% e 42,8%⁽⁶⁻⁸⁾.

De acordo com a avaliação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of American Psychiatric Association*, os sintomas pertinentes à depressão pós-parto não diferem dos apresentados fora desse período⁽⁵⁾. Incluem: humor deprimido, perda de interesse, alterações nos padrões de sono, alterações no apetite, sentimentos de inutilidade, incapacidade de concentração e ideação suicida. Podem ter sintomas psicóticos, como delírios e alucinações. Os transtornos depressivos na puérpera podem comprometer o comportamento parental, o relacionamento com o parceiro e familiares, o processo de formação do vínculo entre mãe e filho, o desenvolvimento cognitivo, motor e psicossocial da criança, o que justifica a importância de sua identificação o mais precocemente possível⁽⁹⁾.

Dada a sua alta prevalência e custos sociais, estão sendo recomendadas e implementadas iniciativas para identificação de mulheres em risco de desenvolver a depressão pós-parto⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Vários estudos já identificaram os fatores de risco para o surgimento de quadros depressivos como: baixa escolaridade, falta de apoio social, dependência de tabaco e álcool, história de violência doméstica, eventos de vida estressantes, histórico de depressão anterior, entre outros. Os resultados dos estudos, em sua maioria, consideram que tais fatores são inter-relacionados na gênese da depressão^(8,12,13).

Assim, a depressão pós-parto desponta como um tema que requer atenção especial, visto que a saúde materna está intimamente ligada às taxas de morbidade e mortalidade materna/fetal e infantil. Portanto, demanda estudos que investiguem a ocorrência de sintomas depressivos em diferentes contextos brasileiros, para que intervenções efetivas sejam implementadas antes do aparecimento da patologia e de suas consequências.

Diante do exposto e considerando que não foi encontrado estudo sobre a temática no interior do estado de Minas Gerais, a presente pesquisa tem como objetivos investigar a frequência e os fatores associados aos sintomas depressivos em mulheres no pós-parto residentes em um município dessa região.

MÉTODO

Estudo transversal realizado em Lavras, município situado no sul do estado de Minas Gerais, com população estimada em 2010 de 92.200 habitantes⁽¹⁴⁾. Conta com dois hospitais filantrópicos de nível terciário, um centro estadual de atendimento especializado, duas residências terapêuticas e dois centros de atenção psicossocial (CAPS). Os dois hospitais prestam atendimento obstétrico com média mensal de 80 e 50 partos, respectivamente. Nessa região, as mulheres com depressão pós-parto ou com sintomas indicativos de transtorno mental são encaminhadas ao CAPS pela unidade básica de referência de seu bairro. Caso haja uma evolução desfavorável do quadro clínico, são encaminhadas para tratamento na residência terapêutica ou hospital psiquiátrico conveniado com o município.

A população do estudo foi composta por puérperas de parto a termo, com feto vivo, sem malformação e que tiveram as Declarações de Nascidos Vivos (DNV) de seus filhos recolhidas à Vigilância Epidemiológica de Lavras, de agosto de 2011 a janeiro de 2012. Foram incluídas puérperas residentes na zona urbana e rural do município. A morte neonatal foi critério de exclusão.

O tamanho amostral mínimo foi calculado com base na fórmula: $n = z^2 (p.q) / e^2$, onde n = tamanho da amostra mínima; z = nível de confiança, valor adotado de 1,96 para um alfa de 0,05; p = prevalência do fenômeno estudado; q = porcentagem complementar ($1-p$); e^2 = erro máximo permitido (5%). Com base em estudo de validação que indicou prevalência de depressão pós-parto de 27%, adotou-se um valor de 0,27 o que equivale a maior relação entre p e q e precisão desejada de 5%⁽¹⁵⁾. Assim, para a amostra obteve-se $n=302$.

No período analisado ocorreram 902 partos em Lavras, 546 de residentes no município e 356 de outros municípios. Das residentes no município, foram excluídas cinco DNV em razão de malformação e prematuridade. Portanto, a população foi composta por 541 puérperas. Para atingir as 302 mulheres da amostra mínima foi necessária a seleção de 403 mulheres, pois 101 foram perdidas por: 31 recusas, 29 insucessos em três tentativas de encontrar a mulher no domicílio, 18 por endereços incorretos/incompletos, 15 por mudança de domicílio e 8 residentes em zona rural não localizadas.

Os instrumentos para a coleta de dados foram: Formulário destinado à obtenção de dados socioeconômico e obstétrico e a *Edinburgh Post-natal Depression Scale* (EPDS), versão traduzida e validada para o português falado no Brasil para avaliar a presença de sintomas

depressivos. A escala é autoaplicável, composta de dez enunciados com quatro alternativas de respostas que possuem uma pontuação de 0 a 3 pontos, de acordo com a intensidade dos sintomas apresentados nos últimos 7 dias, com uma pontuação total de zero a 30, por soma simples dos pontos de cada item. O instrumento abrange os seguintes sintomas: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, ideia de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa. O ponto de corte adotado foi a pontuação ≥ 13 considerado estado depressivo⁽¹⁵⁾.

Para a operacionalização da coleta de dados, foi obtida a autorização da Coordenação da Vigilância Epidemiológica de Lavras para o acesso às DNV das puérperas. Foram realizadas visitas semanais à sede da Vigilância Epidemiológica até a obtenção da amostra estimada. As mulheres foram visitadas nos endereços constantes nas DNV, entre as 6ª e 8ª semanas de pós-parto. No dia da visita eram expostos os objetivos do estudo e as mulheres eram convidadas a participar da pesquisa, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A seguir, a entrevista era realizada pela pesquisadora para obtenção dos dados do Formulário e solicitado o preenchimento da EPDS, ressaltando que as respostas dos itens deveriam corresponder a como ela se sentia nos últimos 7 dias. Caso houvesse alguma mulher analfabeta, a EPDS seria lida e preenchida a opção que a mulher escolhesse. No entanto, não foi registrado nenhum caso de analfabetismo na amostra.

À puérpera que obteve escore ≥ 13 na EPDS foi oferecido atendimento em serviço especializado em saúde mental vinculado a um centro universitário do município.

Os dados coletados foram armazenados com digitação em dupla entrada, por meio do Microsoft Office Excel 2007. As variáveis socioeconômicas e obstétricas foram analisadas por meio de estatística descritiva, conforme sua natureza, se quantitativa ou categórica, através de frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central e de dispersão. A confiabilidade da EPDS foi testada, utilizando-se o coeficiente de Alfa de Cronbach.

Para avaliar a associação entre as variáveis e a EPDS ≥ 13 utilizou-se o teste Qui-Quadrado de Pearson, adotando um nível de significância de 5%. As variáveis que apresentaram nível descritivo inferior a 0,20 foram selecionadas como candidatas para o modelo de regressão logística (método *stepwise backward* utilizando o critério de Akaike) com exceção das perguntas "sofreu violência na última gestação? E teve problemas psicológicos/psiquiátricos na última gestação?" por serem colineares com as questões "sofreu violência antes da última gestação? E teve problemas psicológicos/psiquiátricos antes da última gestação?"

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo nº1059/2011/CEP/EEUSP) e do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS Protocolo nº1059/2011) – CAAE 0066.0196.189-11.

RESULTADOS

As mulheres do estudo tinham as seguintes características: idade média de 27,04 (6,12) anos, mínima 16 e máxima 45 anos; 49,3% cor branca, 32,8% parda e 14,2% preta; 67,5% moravam na periferia do município, 26,5% na região central e 6,0% na zona rural. A média da escolaridade foi 10,44 (2,12), variando de 3 a 21 anos; 85,8% com parceiro fixo; 48,3% exerciam atividade remunerada. A média da renda familiar foi R\$1.732,52 (R\$1.150,28), mediana R\$1.500,00; 94,7% afirmaram apoio após o parto; 47,4% referiram 8 ou mais horas/noite de sono; 65,9% relataram descanso durante o dia, 34,1% disseram não ter tempo para descansar, por tarefas domésticas, cuidados com os filhos ou porque já estavam trabalhando fora do lar.

Os comportamentos de fumar e consumir bebida alcoólica foram encontrados em, respectivamente, 16,2% e 14,9% das puérperas. O uso de maconha foi referido por seis mulheres (2,0%), sem menção de outro tipo de droga.

Quanto aos dados obstétricos, 40,7% referiram uma gestação, 53,7% teve um parto, 28,8% dois partos, 95,0% aceitação da gestação, 90,1% desejo da gestação, 54,6% planejado a gravidez, 66,6% cesariana e 33,4% parto normal; 8,3% sofreram violência antes da gestação e, 10,6% durante a última gestação; a maioria dos agressores foi o parceiro/ex-parceiro; 90,4% das mulheres estavam amamentando.

A EPDS aplicada em 302 puérperas mostrou que 11,9% (36 mulheres) apresentaram sintomas depressivos. Os escores obtidos variaram entre 0 (53 mulheres - 17,5%) e 24 (uma mulher). As mulheres com escore ≥ 13 foram encaminhadas ao serviço especializado em saúde mental para diagnóstico e conduta, mas apenas três aceitaram a consulta oferecida. A consistência interna medida pelo coeficiente Alfa de Cronbach foi 0,85.

As Tabelas 1 e 2 mostram as variáveis maternas que apresentaram significância estatística com a EPDS.

Tabela 1. Distribuição das mulheres, conforme a associação entre as variáveis sociodemográficas que apresentaram significância estatística com a EPDS*. Lavras, 2011-2012

Variáveis	EPDS		p
	≤ 12 (n=266) n (%)	≥ 13 (n=36) n (%)	
Etnia			
Branca	139 (93,3)	10 (6,7)	0,032
Parda	83(83,8)	16(16,2)	
Preta	36 (83,7)	7(16,3)	
Amarela/Indígena	8(72,7)	3(27,3)	
Escolaridade			
1 - 7	26(66,7)	13(33,3)	<0,001
8 -10	73(91,3)	7(8,8)	
≥ 11	167(91,3)	16(8,7)	
Situação conjugal			
Com parceiro	238(91,9)	21(8,1)	<0,001
Sem parceiro	28(65,1)	15(34,9)	
Descanso			
Não	83(80,6)	20(19,4)	0,004
Sim	183(92,0)	16(8,0)	
Fumo			
Não	232(91,7)	21(8,3)	0,007
Sim	34(69,4)	15(30,6)	
Drogas			
Não	263(88,9)	33(11,1)	0,004
Sim	3(50,0)	3(50,0)	
Violência física/emocional antes da última gestação			
Não	258(93,1)	19(6,9)	<0,001
Sim	8(32,0)	17(68,0)	
Violência física/emocional na última gestação			
Não	247(91,5)	23(8,5)	<0,001
Sim	19(59,4)	13(40,6)	
Problema psicológico/psiquiátrico antes da gestação			
Não	258(90,8)	26(9,2)	<0,001
Sim	8(44,4)	10(55,6)	
Problema psicológico/psiquiátrico na última gestação			
Não	252(91,6)	23(8,4)	<0,001
Sim	14(51,9)	13(48,1)	
Problema de saúde do filho			
Não	243(90,7)	25(9,3)	<0,001
Sim	23(67,6)	11(11,9)	

*EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale

Tabela 2. Distribuição das mulheres, conforme a associação entre as variáveis obstétricas que apresentaram significância estatística com a EPDS*. Lavras, 2011-2012

Variáveis	EPDS		p
	≤12 (n=266) n (%)	≥13(n=36) n (%)	
Número de gestações			
Uma	125 (88,0)	17(12,0)	0,004
Duas	87(95,6)	4(4,4)	
Três ou mais	54(78,3)	15(21,7)	
Número de partos			
Um	142(87,7)	20(12,3)	<0,001
Dois	84(96,6)	3(3,4)	
Três ou mais	40(75,5)	13(24,5)	
Planejamento da gravidez			
Não	135(81,8)	30(18,2)	<0,001
Sim	131(95,6)	6(11,9)	
Aceitação da gravidez			
Não	7(46,7)	8(53,3)	<0,001
Sim	259(90,2)	28(9,8)	
Gestação desejada			
Não	19(63,3)	11(36,7)	<0,001
Sim	247(90,8)	25(9,2)	
Experiência do Pré-natal			
Satisfatória	249(89,6)	29(10,4)	0,007
Insatisfatória	17(70,8)	7(29,2)	
Experiência do parto			
Satisfatória	243(89,7)	28(10,3)	0,012
Insatisfatória	23(74,2)	8(25,8)	
Amamentação			
Não	21(72,4)	8(27,6)	0,006
Sim	245(89,7)	28(10,3)	
Problema de saúde do filho			
Não	243(90,7)	25(9,3)	<0,001
Sim	23(67,6)	11(11,9)	

*EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale

As variáveis que não apresentaram significância estatística foram: idade (p=0,43); local de residência (p=0,246); religião (p=0,082); renda familiar (p=0,121); aborto (p=0,146); tipo de parto (p=0,461); apoio pós-parto (p=0,143); horas de sono (p=0,139); bebida alcoólica (p=0,856).

A Tabela 3 apresenta os resultados das análises da regressão logística para ocorrência de sintomas depressivos e as variáveis estudadas. A estatística C, área sob a curva ROC do modelo final foi de 88%.

Tabela 3. Análise entre ocorrência de sintomas depressivos e preditores em modelo de regressão logística, Lavras, 2011-2012

Variáveis	OR	IC 95%
Raça/Cor		
Branca	1	
Amarela/Indígena	3,86	0,26 - 32,73
Parda	3,86	1,18 - 14,02
Preta	6,92	1,54 - 33,82

Continua

Continuação da Tabela 3

Variáveis	OR	IC 95%
Fumo		
Não	1	
Sim	3,43	1,03 – 11,02
Violência antes da gestação		
Não	1	
Sim	25,02	7,49 – 94,82
Número de partos		
Um	1	
Dois	0,17	0,03 – 0,76
Três ou mais	0,81	0,23 – 2,66
Situação conjugal		
Sem parceiro	1	
Com parceiro	0,23	0,08 – 0,65
Amamentação		
Não	1	
Sim	0,17	0,05 – 0,62

Os dados da Tabela 3 mostram que as mulheres de cor parda e preta tiveram mais chances de apresentarem sintomas depressivos, 3,86 e 6,92, respectivamente, quando comparadas às brancas. Também, as fumantes e as que sofreram violência antes da gestação tiveram mais chances de manifestação dos sintomas (3,43 e 25,02, respectivamente) se comparadas às não fumantes e às que não sofreram violência.

Os fatores de proteção aos sintomas depressivos identificados foram: ter parceiro fixo, que reduziu em até 77% a sintomatologia depressiva; ter tido dois partos e a amamentação ofereceu, para cada condição, uma diminuição de risco de 83%.

A pontuação obtida pelas mulheres conforme os enunciados da EPDS constam da Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição dos enunciados da EPDS, conforme a pontuação das mulheres. Lavras, 2011-2012

Variáveis – Enunciados	Média Dp	Pontuação da EPDS			
		0 n(%)	1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)
1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.	0,35 (0,65)	220(72,9)	61(20,2)	17(5,6)	4(1,3)
2. Eu tenho pensado no futuro com alegria.	0,31 (0,70)	241(79,8)	39(12,9)	12(4,0)	10(3,3)
3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão erradas.	0,75 (0,96)	171(56,6)	54(17,9)	60(19,9)	17(5,6)
4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.	1,07 (1,07)	128(42,4)	60(19,9)	80(26,5)	34(11,2)
5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.	0,35 (0,75)	241(79,8)	23(7,6)	32(10,6)	6(2,0)
6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia.	1,10 (1,01)	108(35,8)	89(29,5)	72(23,8)	33(10,9)
7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir.	0,37 (0,79)	239(79,2)	24(7,9)	29(9,6)	10(3,3)
8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal.	0,39 (0,74)	223(73,9)	48(15,9)	23(7,6)	8(2,6)
9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado.	0,46 (0,73)	199(65,9)	75(24,8)	21(7,0)	7(2,3)
10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.	0,09 (0,43)	287(95,0)	6(2,0)	6(2,0)	3(1,0)

*EPDS - Edinburgh Post-natal Depression Scale

A pontuação zero predominou para a maioria dos enunciados da EPDS, excetuando-se os de números 4 e 6, cujas médias das pontuações são as maiores e alusivas à ansiedade e sobrecarga, respectivamente.

DISCUSSÃO

O desenho transversal do estudo constitui um fator limitante, por não permitir observar as modificações na ocorrência de sintomas depressivos ao longo do puerpério. No entanto, a pesquisa mostrou aspectos importantes sobre os fatores que predisõem as mulheres do município ao desenvolvimento de sintomas depressivos no pós-parto.

No presente estudo, a sintomatologia depressiva em puérperas foi investigada por meio da EPDS, uma ferramenta de rastreamento amplamente utilizada em vários países. A alta consistência interna do instrumento (0,85), medida pelo coeficiente Alfa de Cronbach, mostrou-se similar aos encontrados em estudos nacionais (0,80 a 0,87) e internacional (0,85)^(4,16,17,18). Na literatura, há um predomínio do uso da EPDS como instrumento de aferição para os sintomas depressivos no pós-parto, porém, com diferenças no ponto de corte e no momento de aplicação da escala.

A ocorrência de sintomas depressivos encontrada (11,9%) foi relativamente mais baixa do que a de estudos nacionais realizados no mesmo período pós-parto e até 18 meses, uso da EPDS e ponto de corte (≥ 13), que relataram uma incidência de 16,7% e 26,3%^(7,19). Estudos nacionais utilizando a EPDS aplicada no pós-parto imediato (2 e 3 dias pós-parto) com ponto de corte ≥ 10 encontraram resultados variando de 14,8% a 24,5%^(12, 20-21).

Estudo que incluiu trabalhos de 40 países, inclusive brasileiros, concluiu que as diferenças metodológicas, sociais, culturais e econômicas das populações estudadas justificam a ampla variação nas prevalências encontradas (0% a 60%)⁽²²⁾.

O presente estudo evidenciou que para as mulheres da região estudada, os fatores de risco para desenvolver sintomatologia depressiva foram ser preta/parda, ser fumante e sofrer violência doméstica, enquanto ter parceiro fixo, ter dois partos e estar amamentando foram fatores de proteção.

Na literatura, são controversos os resultados sobre a vulnerabilidade das mulheres pretas e pardas para desenvolver a depressão pós-parto. Estudo de base nacional mostrou que ser parda foi fator de risco⁽⁷⁾. Estudo de revisão mostrou que mulheres afro-americanas tem uma probabilidade maior de apresentar depressão pós-parto⁽²³⁾. No entanto, em outras pesquisas a variável raça/etnia, apesar de apresentar significância estatística, em modelos múltiplos não permaneceu como fator associado para desenvolver depressão puerperal⁽¹²⁾.

Em alguns estudos, a escolaridade mostrou forte associação com depressão. O risco de depressão pós-parto diminuiu, conforme aumentaram os anos de estudo das mães⁽¹²⁾. Mulheres que apresentavam nível educacional mais baixo possuíam estratégias de enfrentamento menos desenvolvidas e maior propensão a ocorrência desse transtorno mental⁽²⁴⁾. No presente estudo, a escolaridade foi uma das variáveis que apresentou significância estatística, mas, no modelo múltiplo, não se confirmou como fator associado.

O bom nível de instrução e ter parceiro fixo são fatores que contribuem para a melhor adaptação da mulher a seu novo papel social – ser mãe. Neste estudo, as mulheres que possuíam parceiro tiveram menos chances de apresentarem sintomas depressivos quando comparadas àquelas sem parceiro. Esse achado confirma os resultados de outros estudos que indicam a convivência com o parceiro/ter parceiro, como fator de proteção à depressão^(12,19,25).

Estudos internacionais mostraram que a gestação não planejada e sentimentos de infelicidade sobre estar grávida são fatores de risco para a depressão perinatal^(26,27). No presente estudo, apesar da significância estatística relacionada com o planejamento da gestação, no modelo múltiplo

não se confirmou. Assim, é válido mencionar que, para a maioria das mulheres, apesar da falta de planejamento da gravidez, se, após o impacto da notícia, a gestação foi aceita e desejada, mostra que elas assumiram seu papel de mãe e as mudanças que um filho traz na sua vida.

Outro fator associado aos sintomas depressivos no presente estudo foi o tabagismo. Essa relação foi observada em outras pesquisas que destacam como fatores de risco associados à depressão no ciclo gravídico-puerperal, problemas com o uso de tabaco^(5,17,19). A dependência ao tabaco pode acarretar danos ao desenvolvimento fetal e à saúde materna⁽²⁸⁾. A necessidade da abordagem e orientação sobre o tabagismo, sobretudo nos serviços de pré-natal é enfatizada na literatura, visto que a gravidez é uma condição que leva as mulheres a procurar por ajuda profissional e essa oportunidade não deve ser desperdiçada⁽²⁹⁾.

A variável que apresentou forte associação com sintomas depressivos no presente estudo foi violência física e emocional, ou seja, a exposição à depressão foi 25 vezes maior para as mulheres com experiência de violência física/emocional. Sabe-se que a gestação pode tanto ser um fator impeditivo como desencadeante da violência. A violência era perpetrada com mais frequência pelo companheiro. Resultados semelhantes já foram observados em outras pesquisas sobre o tema^(5,21). Estudo de associação entre depressão pós-parto e violências físicas, sexuais e psicológicas desencadeadas pelo parceiro, encontrou que gestantes que sofrem violência psicológica têm grandes chances de desenvolver depressão, independente de terem sofrido violência física e sexual⁽³⁰⁾.

Esta pesquisa mostrou a amamentação como fator protetor aos sintomas depressivos no puerpério. Estudo de revisão aponta que, além da amamentação fornecer uma ampla quantidade de benefícios para a criança e à mãe, pode proteger a mulher da depressão pós-parto. Os hormônios da lactação - ocitocina e prolactina – estão associados a efeitos antidepressivos e antiansiolíticos⁽³¹⁾. A associação entre o abandono do aleitamento materno exclusivo com os sintomas depressivos foi descrita em um estudo nacional de coorte, que apontou a necessidade de identificação e tratamento precoce das nutrizas com sintomatologia depressiva, como forma de promover maior duração do aleitamento materno exclusivo⁽³²⁾.

Na análise da pontuação obtida nos enunciados da EPDS, alguns merecem atenção, como os números 4 (sentir ansiedade e preocupação) e 6 (sentir-se sobrecarregada pelas tarefas do dia a dia) que obtiveram as maiores médias. As mudanças ocorridas na vida da mulher com a chegada do bebê e todas as obrigações que a maternidade impõe, aumentam as responsabilidades e os esforços para dedicar mais atenção aos filhos, marido, tarefas domésticas e profissionais. Assim, tornar-se mãe é um ritual de transição e envolve uma reorganização de todos os papéis que integram o autoconceito da mulher. O período puerperal é marcado por diversos sentimentos positivos e negativos que se mesclam no decorrer dos dias como os observados em alguns estudos. Dentre eles, pode-se destacar a responsabilidade com o filho, euforia, medo, ansiedade, insegurança, satisfação, vulnerabilidade, limitações, sentimento mágico, ansiedade, entre outros⁽³³⁾.

Em geral, esses sentimentos podem ser considerados pelas mulheres como próprios do período puerperal, o que explicaria a pouca adesão ao encaminhamento ao serviço especializado em saúde mental das mulheres com escore ≥ 13 . Aquelas que não aceitaram, alegaram que eram capazes de superar as dificuldades sem ajuda profissional. Algumas mulheres consideram que os sintomas depressivos fazem parte do processo da maternagem e que são passíveis de adaptação com o passar do tempo⁽³⁴⁾.

A pontuação do enunciado número 10 (ideação suicida) obteve a menor média. Entretanto, é preciso atenção especial às mulheres que o assinalaram, pois essa condição causa muito sofrimento e incapacidade no cuidar da criança e de si mesma. A OMS tem destacado o suicídio como importante causa de morte entre mulheres no período gravídico-puerperal⁽¹⁾. Estudo chinês encontrou incidência de 11,7% de mulheres com ideação suicida no puerpério imediato⁽³⁵⁾.

O presente estudo mostrou que um número significativo de mulheres apresentou escores sugestivos de depressão puerperal e evidenciou que mulheres pretas/pardas, fumantes e que sofreram violência física/emocional tiveram mais chances de desenvolver a depressão puerperal. Esses achados, bem como outras variáveis que apresentaram associação significativa com os sintomas depressivos sinalizam a importância da detecção de possíveis situações de risco para a depressão pós-parto e de intervenção precoce, visando a promoção do vínculo mãe-filho. Os profissionais de saúde que estão envolvidos em trabalhos com gestantes e puérperas desempenham um papel importante nesse reconhecimento e, quando necessário, o encaminhamento aos serviços especializados em saúde mental.

Os dados evidenciaram que a raça/cor preta e parda influenciou na presença de depressão puerperal. Sugere-se que mais pesquisas sejam feitas para esclarecer se de fato essa relação permanece em novos estudos, uma vez que na literatura consultada esse fator de risco só foi relatado por um estudo de base nacional⁽⁷⁾.

Além disso, situações que representam ameaça à saúde pública como a atual pandemia do coronavírus, tornaram-se novos desafios para ampliar as investigações que envolvem não só as repercussões na saúde mental das populações, mas, sobretudo às mulheres que vivenciam o processo da maternidade.

Vale ressaltar que a EPDS como instrumento de rastreio de sintomas depressivos mostrou-se apropriado dado à facilidade de aplicação e compreensão pelas mulheres estudadas. Assim, sugere-se sua utilização na prática obstétrica, em unidades de atenção básica. Ressalta-se, também a importância do ensino em enfermagem abranger os aspectos psicoemocionais da mulher no puerpério.

CONCLUSÃO

A ocorrência de sintomas depressivos no pós-parto em 11,9% da amostra encontra-se dentro dos limites dos estudos nacionais. As mulheres pretas e pardas, fumantes e que sofreram violência antes da última gestação tiveram mais chances de apresentarem sintomas depressivos. Os fatores protetores a essa condição foram ter parceiro fixo, dois partos e estar amamentando.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Maternal and child mental health. Geneva: WHO; 2021. [acesso em 2021 mai 12]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/maternal-mental-health>
2. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, ChanYH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2018; 104: 235-248.
3. Arrais AR, Araújo TCCF, Schiavo RA. Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. *Revista Psicologia e Saúde.* 2019; 11(2): 23-34. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706>
4. Lima MOP, Tsunehiro MA, Bonadio IC, Murata M. Depressive symptoms in pregnancy and associated factors: longitudinal study. *Acta Paul Enferm.* 2017; 30(1): 39-46.
5. Monteiro KA, Godoi BN, Toledo OR, David FL, Avelino MM, Moraes EV. Evidências de sintomatologia depressiva no pós-parto imediato. *Rev Bras Ciências da Saúde.* 2018; 22(4): 379-388.
6. Silva CS, Lima MC, Sequeira-de-Andrade LA, Oliveira JS, Monteiro JS, Lima NM, et al. Association between postpartum depression and the practice of exclusive

- breastfeeding in the first three months of life. *J Pediatr*. 2017; 93: 356-64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.08.005>
7. Theme Filha MM, Ayers S, Gama SGND, Leal MDC. (2016). Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 194:159-167. doi: 10.1016/j.jad.2016.01.020
 8. Morais MLS, Fonseca LAM, David VF, Viegas LM, Otta E. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estudos de Psicologia*. 2015; 20(1): 40-49.
 9. Mughal S, Azhar Y, Siddiqui W. Postpartum depression. [Update 2020 July]. Em: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. [acesso em 2020 ago 24]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>
 10. 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.
 11. Bina R, Glasser S, Honovich M, Levinson D, Ferber Y. Nurses perceived preparedness to screen, intervene, and refer women with suspected postpartum depression. *Midwifery*, 2019; 132-141.
 12. Hartmann JM, Mendonza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(9):e00094016
 13. Melo SB, Jordão RR, Guimarães FJ, Perrelli JGA, Sougey ACEB. Sintomas depressivos em puérperas atendidas em Unidades de Saúde da Família. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2018; 18(1): 171-177.
 14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Minas Gerais 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/lavras/panorama>> Acesso em: 14 mar. 2019.
 15. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(11): 2577-88.
 16. Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(Supl 1): 79-84.
 17. Morais AODS, Simões VMF, Rodrigues LDS, Batista RFL, Lamy ZC, Carvalho CA, Silva AAM, Ribeiro MRC. Maternal depressive symptoms and anxiety and interference in the mother/child relationship based on a prenatal cohort: an approach with structural equations modeling. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(6): e00032016.
 18. Lydsdottir LB, Howard LM, Olafsdottir H, Thome M, Tyrfinngsson P, Sigurdsson J F. The psychometric properties of the Icelandic version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) when used prenatal. *Midwifery* 2019; 69: 45-51.
 19. Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012; 34: 143-8.
 20. Ferreira C, Silva V, Guerra C, Silva AI, Rosário R. (2018). Depressão pós-parto: detecção precoce e fatores associados. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2018; 12(4): 262-267.
 21. Poles MM, Carvalheira APP, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. *Acta Paul Enferm*. 2018; 31(4): 351-8.
 22. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2006; 91: 97-111.

23. Cannon C, Nasrallah HA. A focus on postpartum depression among African American women: A literature review. *Ann Clin Psychiatry*. 2019; 31(2): 138-143.
24. Silva EBC, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(4): 181-8.
25. Singh DR, Sunuwar DR, Adhikari S, Singh S, Karki K. Determining factors for the prevalence of depressive symptoms among postpartum mothers in lowland region in southern Nepal. *PLoS ONE*. 2021; 16(1): e0245199. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245199>
26. Surkan PJ, Strobino DM, Mehra S, Shamim AA, Rashid M, Wu LSF et al. Unintended pregnancy is a risk factor for depressive symptoms among socio- economically disadvantaged women in rural Bangladesh. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2018; 18:490. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2097-2>
27. Fiala A, Svancara J, Klanova J, Kasperek T. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry*. 2017; 17: 104 DOI 10.1186/s12888-017-1261-y
28. Porto RAF, Maranhão TLG, Félix WM. Aspectos psicossociais da depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Id on Line Rev Psic*. 2017; 11(34): 219-245.
29. Lopes NMC, Tsunechiro MA, Oliveira AAP, Chiesa AM. Tabagismo entre gestantes em maternidade filantrópica do Município de São Paulo. *O Mundo da Saúde*. 2015; 398(1): 102-12.
30. Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro, SA, Araújo TVB, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *The Lancet*. 2010; 376(9744), 903-910.
31. Figueiredo B, Dias CC, Brandão S, Canário C, Nunes-Costa R. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *J Pediatr*. 2013; 89: 332-8.
32. Vieira ES, Caldeira NT, Eugênio DS, Lucca MM, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018; 26:e3035. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2110.303533>.
33. Merighi MAB, Gonçalves R, Rodrigues IG. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. *Rev. bras. enferm*. 2006; 59(6): 775-779.
34. Carrascón A, Garcia S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el postparto. *Matronas Profesion*. 2006; 7(4): 5-11.
35. Shi P, Ren H, Li H, Dai Q. Maternal depression and suicide at immediate prenatal and early postpartum periods and psychosocial risk factors. *Psychiatry Res*. 2018; 261:298-306. doi: 10.1016/j.psychres.2017.12.085. Epub 2018 Jan 3.