

## Prevalência da sintomatologia de depressão pós-parto e fatores associados

### Prevalence of postpartum depression symptoms and associated factors

### Prevalencia de síntomas de depresión posparto y factores asociados

Recebido: 10/12/2022 | Revisado: 23/12/2022 | Aceitado: 26/12/2022 | Publicado: 01/01/2023

#### **Bruna Katerine Godinho Gomes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5288-03323>  
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil  
E-mail: [brunnahk@gmail.com](mailto:brunnahk@gmail.com)

#### **Bruna Rafaela Azevedo Martins**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3531-39424>  
Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna, Brasil  
E-mail: [rafaelaazeve04@gmail.com](mailto:rafaelaazeve04@gmail.com)

#### **Amanda Alcântara Santana**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2234-9759>  
Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna, Brasil  
E-mail: [amandaalcantar89@gmail.com](mailto:amandaalcantar89@gmail.com)

#### **Pâmela Scarlatt Durães Oliveira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6084-50112>  
Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna, Brasil  
E-mail: [pamela-scarlatt@bol.com.br](mailto:pamela-scarlatt@bol.com.br)

#### **Ronilson Ferreira Freitas**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9592-17741>  
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil  
E-mail: [ferreiraroniss02@gmail.com](mailto:ferreiraroniss02@gmail.com)

#### **Róbson de Souza França Ramos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4506-7060>  
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil  
E-mail: [robsonsframos30@gmail.com](mailto:robsonsframos30@gmail.com)

#### **Maria Luiza Silva Percídio**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2444-7096>  
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil  
E-mail: [malufaria@live.com](mailto:malufaria@live.com)

#### **Clara de Cássia Versiani**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9075-6781>  
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil  
E-mail: [claraversiani10@gmail.com](mailto:claraversiani10@gmail.com)

#### **Sibylle Emilie Vogt**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9553-4096>  
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil  
E-mail: [sibyllevogt2019@gmail.com](mailto:sibyllevogt2019@gmail.com)

#### **Viviane Alves Rodrigues**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9285-457X>  
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil  
E-mail: [viialvesr@gmail.com](mailto:viialvesr@gmail.com)

### **Resumo**

**Objetivo:** Identificar a prevalência de sintomas de depressão pós-parto e fatores associados em mulheres que tiveram filhos nos últimos 12 meses de 2019 na cidade de Montes Claros/MG. **Método:** Estudo exploratório analítico e transversal, composto por 236 mulheres que pariram nos últimos 12 meses de 2019. Para cálculo amostral, adotou-se a prevalência de 20%. Foram realizadas entrevistas domiciliares, e aplicada a Edinburgh Postnatal Depression Scale. Realizou-se análises descritivas e comparação bivariada a partir do teste de qui-quadrado. No modelo multivariado foram selecionadas as variáveis que apresentaram P valor <0,20, incluídas na Regressão de Poisson. Os resultados que foram apresentados em tabelas contendo P valor,  $\beta$ , Exponencial de  $\beta$  e intervalo de confiança (95%). **Resultados:** Encontrou-se a prevalência de sintomas depressivos em 32,2% das entrevistadas. Pode-se identificar os principais fatores de risco ao surgimento da DPP, como: ausência de parceiro, baixa renda familiar, baixo nível de escolaridade, menor número de consultas pré-natal realizadas e número de filhos. **Considerações finais:** Identificou-se, uma alta prevalência da sintomatologia, até maior que em estudos citados neste artigo, não obstante, caracterizou diversos fatores de risco que associados à mulher gestante ou com filho menor de um ano, colaboram para o desenvolvimento da depressão-pós parto.

**Palavras-chave:** Depressão pós-parto; Prevalência; Transtornos mentais.

### Abstract

**Objective:** To identify the prevalence of postpartum depression symptoms and associated factors in women who had children in the last 12 months of 2019 in the city of Montes Claros/MG. **Method:** Analytical and cross-sectional exploratory study, composed of 236 women who gave birth in the last 12 months of 2019. For sample calculation, a prevalence of 20% was adopted. Household interviews were conducted, and the Edinburgh Postnatal Depression Scale was applied. Descriptive analyzes and bivariate comparisons were performed using the chi-square test. In the multivariate model, the variables that presented P value  $<0.20$  were selected, included in the Poisson Regression. The results were presented in tables containing P value,  $\beta$ , Exponential of  $\beta$  and confidence interval (95%). **Results:** The prevalence of depressive symptoms was found in 32.2% of the interviewees. The main risk factors for the emergence of PPD can be identified, such as: absence of a partner, low family income, low level of education, lower number of prenatal consultations performed and number of children. **Final considerations:** A high prevalence of symptoms was identified, even higher than in studies cited in this article, however, it characterized several risk factors that associated with pregnant women or with a child under one year old, collaborate for the development of depression- post childbirth.

**Keywords:** Postpartum depression; Prevalence; Mental disorders.

### Resumen

**Objetivo:** Identificar la prevalencia de síntomas de depresión posparto y factores asociados en mujeres que tuvieron hijos en los últimos 12 meses de 2019 en la ciudad de Montes Claros/MG. **Método:** Estudio exploratorio analítico y transversal, conformado por 236 mujeres que dieron a luz en los últimos 12 meses de 2019. Para el cálculo de la muestra se adoptó una prevalencia del 20%. Se realizaron entrevistas en los hogares y se aplicaron a la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Los análisis descriptivos y la comparación bivariada se realizaron mediante la prueba de chi-cuadrado. En el modelo multivariado fueron seleccionadas las variables que presentaron valor de  $P < 0,20$ , incluidas en la Regresión de Poisson. Los resultados que se presentaron en tablas que contenían valor de  $P$ ,  $\beta$ , Exponencial de  $\beta$  e intervalo de confianza (95%). **Resultados:** La prevalencia de síntomas depresivos se encontró en el 32,2% de los entrevistados. Se pueden identificar los principales factores de riesgo para la aparición de DPP, tales como: ausencia de pareja, bajos ingresos familiares, bajo nivel educativo, menor número de consultas prenatales y número de hijos. **Consideraciones finales:** Se identificó una alta prevalencia de síntomas, incluso superior a la de los estudios citados en este artículo, sin embargo, caracterizó varios factores de riesgo que, asociados a la gestante o al niño menor de un año, colaboran para el desarrollo de la depresión- posparto.

**Palabras clave:** Depresión posparto; Predominio; Desordenes mentales.

## 1. Introdução

A gestação é um processo fisiológico-adaptativo, em que o corpo feminino se prepara para gerar um conceito. Como se trata de um fenômeno natural, em sua maioria, a evolução gestacional ocorre sem nenhuma intercorrência e dura em média 40 semanas (Brasil, 2012; Oliveira & Lima, 2017).

Na fase gestacional ocorrem inúmeras mudanças tanto sociais, físicas, hormonais quanto mentais/ emocionais que tendem a se intensificar durante o período gestacional e pós-parto, (Santos et al., 2022a). Porém, cada mulher vive esse momento de forma diferente devido a intensidade do processo, sendo positivo ou negativo, gerando amadurecimento e mudanças no pensar e na personalidade (Gonçalves & Almeida, 2019).

Devido a isso, a gravidez é um período de transição considerado crítico, capaz de gerar instabilidade emocional em virtude de tais mudanças sociais, de identidade, na rotina e no relacionamento familiar. Após o nascimento do filho, ocorre a mudança de foco para o bebê, no entanto, a mãe ainda precisa de cuidado devido à ansiedade que esse momento desperta. Surge então a vulnerabilidade psicológica materna (Kible & Wells, 2019).

A melancolia maternal, pode estar associada a uma combinação de perdas e adaptações vivenciadas pela puérpera, como as mudanças corporais, experiência com o bebê real e desconstrução do bebê imaginário, e as próprias necessidades que não podem ser atendidas em razão das demandas da maternidade. Este estado melancólico está relacionado ao baby blues, que ocorre nos primeiros dias após o parto, dura em média entre uma e duas semanas, e acomete de 50% a 80% das mães (Degner, 2017).

Os sintomas são ansiedade, exaustão, choro, tristeza, mudanças de humor, apetite diminuído, perda de interesse nas atividades habituais, problemas no sono e preocupação. No entanto, as mães não rejeitam ao bebê, e o tratamento pode ser feito

com apoio emocional (Bass & Bauer, 2018; Poles et al., 2018).

Já a depressão pós-parto (DPP), trata-se de uma doença que abala as expressões afetivas e o temperamento. Caracteriza-se por sua sintomatologia mais duradoura e grave, normalmente, requerem intervenção médica, e atinge em média 10 a 20% das puérperas nos seis primeiros meses pós parto (Freitas et al., 2014).

Os efeitos da DPP afetam tanto a saúde da mãe como sua relação com o filho, o parceiro e a família. O diagnóstico é de difícil realização, uma vez que muitos sintomas, como fadiga, alterações no padrão do sono e apetite sempre acontecem no puerpério e são semelhantes aos outros transtornos de humor (Abuchaim et al., 2016; Silva et al., 2020; World Health Organization, 2013).

Por outro lado, a doença apresenta sintomas graves como sentimento de culpa, tristeza constante e profunda, desmotivação, perda de concentração, pensamentos relacionados à incapacidade de cuidar ou do filho, rejeição ao bebê, ideias obsessivas e pensamentos suicidas (Oliveira & Dunningham, 2015).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014), a DPP, foi incluída na seção sobre os Transtornos Depressivos e passou a se enquadrar como um especificador do Transtorno Depressivo Maior, compreendendo o período gestacional e as quatro semanas iniciais após o parto. Cerca de 50% dos episódios depressivos maiores no pós-parto começam antes do parto propriamente dito, e por isso passaram a ser designados como episódios no periparto ou depressão perinatal. Entretanto, os sintomas depressivos podem surgir ainda no primeiro ano de vida do bebê (American Psychiatric Association, 2015; Lucci et al., 2016).

Os fatores de risco mencionados nos casos clínicos de DPP são baixa condição socioeconômica, violência doméstica, baixa escolaridade, gravidez indesejada, baixa idade materna, história prévia de depressão, disforia pré-menstrual, parto por cirurgia cesárea além de situações relacionadas diretamente ao bebê, como medo de malformações congênitas e prematuridade neonatal (Pires & Calil 1999; Santos et al., 2022b; Poles, 2018).

Além disso existem situações que podem tornar as mulheres mais vulneráveis à DPP como a predisposição genética, abortos espontâneos prévios, tentativa de aborto na gestação atual, expectativas pré-natais frustradas no pós-parto, história de problemas obstétricos, maior número de gestações e incapacidade de amamentar, e algumas questões psicossociais, a exemplo do luto, conflito marital, divórcio, não aceitação da gravidez, falta de apoio social, vivências estressantes nos últimos 12 meses (Brasil, 2019; Santos et al., 2022b).

Os sintomas da depressão pós-parto são semelhantes aos de outras formas de depressão, sendo definidos como distúrbio do humor depressivo, associado a desânimo persistente, falta de prazer em realizar atividades antes apreciadas, irritabilidade, perda de apetite, alterações do sono, cansaço, sentimento de culpa e perda da libido (Brasil, 2019).

A nova mãe também expressa sensação de inadequação, de inabilidade para cuidar do bebê, temor de machucar o filho e em alguns casos havendo desinteresse pelo mesmo. Podendo ainda apresentar, crises de choro, retraimento social, crises de pânico, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas (Both et al., 2016).

Além dos efeitos negativos da DPP no desenvolvimento adequado da criança e na relação afetiva entre mãe e filho observados pelos transtornos de atenção, aprendizagem, sociabilidade e insegurança. Mulheres com depressão pós-parto têm ainda maiores riscos de abandono, abuso e negligência do bebê (Pires & Calil 1999).

O conhecimento dos fatores de risco da DPP é importante para o planejamento e execução de ações preventivas, em especial durante os atendimentos de pré-natal e período pós parto. Uma vez identificado o risco é necessário a implementação de intervenção precoces nas situações problemáticas com acompanhamento de uma equipe multiprofissional para elaborar estratégias psicoterapêuticas específicas com o intuito reduzir a sintomatologia depressiva, prevenção e promover a saúde (Arrais & Araújo, 2016).

Essa promoção da integridade biopsicossocial da gestante e puérperas pode ser assegurada por meio de um

acompanhamento cuidadoso durante as consultas clínicas e de enfermagem, e potencializam o desenvolvimento de fatores protetores (Martins, 2018). Posto isto, este estudo tem como objetivo identificar a prevalência de sintomas da depressão pós-parto em um município no norte de Minas Gerais e seus fatores associados, buscando ajudar profissionais da saúde na identificação e tratamento precoce destes transtornos.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório analítico e transversal segundo Koche (2011), realizado na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais, entre os meses de setembro a novembro de 2019.

Para cálculo da amostra aleatória simples, considerou-se o número de nascidos vivos que estavam residindo no município, devido o dado do número de mulheres que pariram não existir. Conforme disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o município possuía em novembro de 2019 um total de 4.453 crianças menores de um ano de idade. O cálculo da amostra foi baseado na maior prevalência de depressão pós-parto esperada, que é de 20%, levando-se em consideração a precisão desejada de 5% e nível de confiança de 95%, sendo assim, calculou-se uma amostra de 234 mulheres mães para este estudo.

Para chegar com maior facilidade até os domicílios das respectivas participantes foi disponibilizada pela SMS uma listagem de todas as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), e após sorteio aleatório, foram elencadas 13 ESF's para o estudo, em cada uma delas levantou-se a relação nominal de crianças menores de 12 meses e suas respectivas mães, através de consulta das listas de crianças que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) possuíam como instrumento de trabalho.

As ESF's sorteadas continham um número semelhante de crianças, sendo que cada lista foi numerada separadamente de forma sequencial, e posteriormente realizado o sorteio de quais mulheres de cada unidade de saúde receberiam a visita domiciliar. A lista foi seguida proporcionalmente em cada ESF e continuou até se findar a amostra total, de forma que as mulheres das 13 ESF's fossem representadas.

O primeiro contato com as mães sorteadas foi através de ligação telefônica, para apresentação da pesquisa e agendamento da visita domiciliar. Nos casos em que as participantes não foram encontradas no domicílio mesmo com visita agendada no momento inicial da coleta de dados realizou-se uma segunda visita no prazo de sete dias de forma que todas as que aceitaram participar do estudo conseguiram responder todas as perguntas dos questionários, não ocorrendo desistência de nenhuma, sendo assim, não houve perdas na amostra.

Foram incluídas no estudo, mulheres que pariram nos últimos 12 meses em uma das três maternidades do município, que residiam atualmente na cidade e que aceitaram participar desse estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão foram as mulheres que possuem algum tipo de comprometimento mental e cognitivo comprovado, que impossibilite a compreensão e resposta dos questionários e puérperas menores de 18 anos.

Foi utilizado inicialmente como instrumento de coleta de dados, um questionário com as seguintes variáveis socioeconômicas; idade, estado civil, escolaridade e renda familiar, além de questões sobre os antecedentes obstétricos; presença ou ausência de sintomas depressivos, número de consultas pré-natal, peso ao nascer do último filho, filhos nascidos vivos, gestação planejada, pensamento ou tentativa de aborto, sexo da criança desejado, apoio paterno e apoio familiar.

Apesar do manual de diagnóstico DSM-IV16 defina que os transtornos mentais pós-parto devam se iniciar até quatro semanas após o parto e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) cite o período de até seis semanas após o parto, definições baseadas em consenso de experts da Sociedade Marcé defendem que transtornos pós-parto são aqueles iniciados no primeiro ano após o nascimento da criança. Por isto, nesta pesquisa são chamados pós-parto os transtornos encontrados até 12 meses após o nascimento da criança (Arrais; et al., 2018; Soares; et al., 2015).

Embora não se disponha de parâmetros fisiológicos para avaliar as manifestações clínicas da depressão, escalas de avaliação são usadas para medir e caracterizar os sintomas, mesmo não podendo ser utilizadas como critério diagnóstico. Nesse estudo foi utilizada a Escala validada de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (Brasil, 2019; Brasil, 2000).

A EPDS é um instrumento de fácil interpretação, e que mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias. Sua aplicação é rápida e simples, podendo ser utilizada por profissionais da área de saúde não-médicos. A mesma consiste em instrumento de auto registro composto de 10 enunciados, cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma.

Seus itens cobrem sintomas psíquicos como humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa, ideias de morte ou suicídio), perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, além de sintomas fisiológicos (insônia ou hipersônia) e alterações do comportamento (crises de choro) (Brasil, 2019).

A somatória dos pontos perfaz escore de 30. Pequenas diferenças relacionadas ao ponto de corte mais indicado para identificação da DPP, bem como a sua especificidade, foram verificadas em estudos realizados no Brasil (Soares; et al., 2015; Brasil, 2019; Brasil, 2000). A escala de auto registro e foi respondida nos domicílios.

As mulheres participantes foram classificadas com sintomas para DPP quando atingiram escores iguais ou maiores que 10 que significa um possível quadro depressivo (Arrais; et al., 2018). Esse ponto de corte foi fundamentado em um estudo realizado no Brasil, que demonstrou sensibilidade de 83%, especificidade de 88% e eficiência global de 83% para identificação correta de mulheres deprimidas (Hartmann; et al., 2017; Machado, 2019).

A escolha da EPDS como método de rastreamento de sintomas depressivos para este estudo baseou-se no fato de ser instrumento de auto avaliação específico para o pós-parto, com sensibilidade e especificidade superiores a outros métodos disponíveis, tais como: Inventário de Beck, Escala de Montgomery-Asberg e Escala de Raskin, como relatado por Harris em estudo comparativo (Arrais; et al., 2018).

O banco de dados foi digitado e armazenado no Microsoft Office Excel 2007®. A análise dos dados foi realizada no software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0. Inicialmente o banco de dados foi sintetizado em uma análise descritiva e uma comparação bivariada a partir do teste de qui-quadrado. Para o modelo multivariado foram selecionadas as variáveis que apresentaram P valor < 0,20, sendo essas incluídas no modelo de Regressão de Poisson. O modelo foi ajustado até ser alcançada a melhor combinação de resultados e os mesmos foram apresentados em tabelas contendo P valor,  $\beta$ , Exponencial de  $\beta$  e intervalo de confiança (95%).

O presente estudo seguiu os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos considerando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado CEP\SOEBRAS com parecer nº 3.267.548. Todas as participantes assinaram o TCLE, e todas as informações foram coletadas preservando o sigilo das participantes.

### **3. Resultados**

A amostra estudada estabeleceu-se 236 mulheres mães que se encontravam com filhos menores de um ano, das quais tiveram a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) respondidas. Dentre essas, encontrou-se a prevalência de sintomas depressivos nos últimos 7 dias em 32,2% das entrevistadas (Tabela 1).

**Tabela 1** - Prevalência de sintomas de Depressão pós-parto em mulheres mães com filhos menores de um ano, Montes Claros, 2019.

Variável	N	%
<b>Sintomas depressivos</b>		
Ausente	160	67,8
Presente	76	32,2

Fonte: Autores (2022).

A faixa etária da maioria das mães (46,6%) era de 21 aos 30 anos e 63,2% tinham parceiro fixo. Sobre a escolaridade, 99,6% eram alfabetizadas e mais de 50% tinham renda familiar superior a um salário mínimo (Tabela 2).

**Tabela 2** - Associação das variáveis sociodemográficas e econômicas com os sintomas de Depressão pós-parto em mulheres mães com filhos menores de 1 ano, Montes Claros, 2019.

Variáveis		Sintomas de Depressão pós-parto				P-valor
		Não deprimida		Deprimida		
		N	%	n	%	
<b>Faixa etária</b>	≤ 20 anos	29	56,9	22	43,1	0,291
	21 – 30 anos	78	70,3	33	29,7	
	≥ 31 anos	53	71,6	21	28,4	
<b>Estado civil</b>	Casada	78	82,1	17	17,9	0,000*
	Amigada	36	66,7	18	33,3	
	Separada	2	25,0	6	75,0	
	Viúva	0	0,0	2	100,0	
	Solteira	44	57,1	33	42,9	
<b>Escolaridade</b>	Superior completo	38	84,4	7	15,6	0,004*
	Superior incompleto	25	62,5	15	37,5	
	Médio completo	79	71,8	31	28,2	
	Médio incompleto	11	42,3	15	57,7	
	Fundamental completo	4	50,0	4	50,0	
	Fundamental incompleto	3	50,0	3	50,0	
	Analfabeto	0	0,0	1	100,0	
<b>Renda familiar</b>	Mais que dois salários mínimos	69	82,1	15	17,9	0,000*
	Entre um e dois salários mínimos	79	65,8	41	34,2	
	Menos que um salário mínimo	12	37,5	20	62,5	

Legenda: \* $p \leq 0,05$ . Qui-quadrado de Poisson (Valor de significância). Fonte: Autores (2022).

O perfil sociodemográfico predominante foi formado por adultas jovens (média de idade de 25,7 anos), e sem associação à DPP, no entanto o estudo em questão aponta uma incidência maior da sintomatologia naquelas mulheres que apresentam baixa escolaridade, comparando o Ensino Superior completo ao Ensino Médio incompleto ( $P = 0,004$ ).

Avaliando as informações sobre as variáveis gestacionais, identificou-se que 89,8% das mulheres realizaram mais de 5 consultas durante o pré-natal, apenas 7,6% fizeram menos de 5 consultas, 2,1% disseram não lembrar e não tinha a caderneta de gestante disponível e 0,4% não fez nenhuma consulta. Das crianças, 87,3% nasceram com peso igual ou superior a 2,500

kg, enquanto 12,7% nasceram com baixo peso, tais dados foram confirmados em cadernetas da gestante e da criança.

Encontrou-se um percentual de 57,6% de mulheres que afirmaram não ter planejado a última gestação, e 22,9% pensaram ou tentaram em algum momento em interromper a gravidez. Sobre o sexo da criança, 73,3% responderam terem sido correspondidas ao desejo. Com relação ao apoio paterno nos cuidados à criança, houve um achado positivo de 74,6% e este mesmo apoio, porém familiar, uma incidência de 81,8% ou seja, também positiva (Tabela 3).

**Tabela 3** – Associação das variáveis gestacionais com sintomas de Depressão pós-parto em mulheres mães com filhos menores de 1 ano, Montes Claros, 2019.

Variáveis		Sintomas de Depressão pós-parto				P-valor
		Não deprimida		Deprimida		
		N	%	n	%	
<b>Número de consultas de pré-natal</b>	Mais de 8	81	73,6	29	26,4	0,002*
	De 5-8	71	69,6	31	30,4	
	Menos que 5	5	27,8	13	72,2	
	Não sabe	2	40,0	3	60,0	
	Não fez	1	100,0	0	0,0	
<b>Peso ao nascer</b>	≥ a 2,500 kg	142	68,9	64	31,1	0,360
	< 2,500 kg	18	60,0	12	40,0	
<b>Filhos nascidos vivos</b>	1 - 2 filhos	145	70,4	61	29,6	0,175
	≥ 3 filhos	15	50,0	15	50,0	
<b>Gestação planejada</b>	Sim	73	73,0	27	27,0	0,142
	Não	87	64,0	49	36,0	
<b>Pensamento/tentativa de aborto</b>	Não	130	71,4	52	28,6	0,028*
	Sim	30	55,6	24	44,4	
<b>Sexo da criança desejado</b>	Sim	120	69,4	53	30,6	0,393
	Não	40	63,5	23	36,5	
<b>Apoio paterno nos cuidados à criança</b>	Sim	133	75,6	43	24,4	0,000*
	Não	7	35,0	13	65,0	
	Apenas ajuda financeira	12	54,5	10	45,5	
	Não conhece/não convive com o pai	8	44,4	10	55,6	
<b>Apoio familiar nos cuidados à criança</b>	Sim	126	65,3	67	34,7	0,175
	Não	32	78,0	9	22,0	
	Apenas ajuda financeira	2	100,0	0	0,0	

Legenda: \* $p \leq 0,05$ . Qui-quadrado de Poisson (Valor de significância). Fonte: Autores (2022).

#### 4. Discussão

Buscando identificar a prevalência de sintomas de DPP na população estudada, evidenciou-se que a doença estava presente em 32,2% das mulheres deste estudo, um valor muito próximo 31,25% foi encontrado em um estudo realizado com 208 puérperas em São Paulo, o objetivo do estudo foi identificar a prevalência de sintomas de DPP e o nível de auto eficácia para amamentar, entre puérperas atendidas num Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno (Abuchaim et al., 2016).

Os dados acerca da DPP no Brasil são alarmantes, em cada quatro mulheres, mais de uma apresenta sintomas de 6 a 18 meses após o nascimento do bebê. Isso reforça a carência de estratégias para prevenção e tratamento, diante dos desgastes físicos, emocionais e econômicos subsequente dos malefícios trazidos à mãe, criança, família e sociedade (Machado, 2019).

As complicações de uma não detecção precoce desta doença requer atenção importante, visto que aparentemente a porcentagem de mulheres com sinais do possível transtorno é mundialmente alta e sem observação de declínio. Os prejuízos deste transtorno exercem impacto em especial a saúde do bebê que necessita constantemente da figura materna (Machado, 2019).

Segundo o maior estudo já realizado sobre parto e nascimento “Nascer no Brasil”, a mulher que sofre com depressão após o nascimento, amamenta pouco ou não amamenta, além disso, não cumpri com calendário vacinal do filho. Dessa forma, as crianças, têm maior risco de desnutrição, baixo peso, transtornos psicomotores, desenvolvimento social, cognitivo e afetivo fragilizados, além de sequelas prolongadas na infância e adolescência (Leal & Gama, 2014).

Em relação ao estado conjugal, o índice foi elevado em mulheres com ausência de parceiro fixo ( $P=0,000$ ), esses dados se tratavam das mulheres que não planejaram a gestação. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado em uma maternidade de Salvador, que também utilizou a EPDS, nele os resultados apresentados demonstraram que ser solteira fazia parte do perfil das mulheres com sinais e suspeita de DPP, quando comparada as casadas, por outro lado um estudo que identificou os fatores de risco e de proteção associados à DPP, o estado civil não teve associação (Araújo et al., 2019; Both et al., 2016).

A associação entre ser mãe solteira ou mãe solo, com a DPP tem forte relação com o julgamento e preconceito da sociedade, que considera o modelo ideal de família sendo a nuclear composta por pai, mãe e filhos, e se casar antes de engravidar. Assim, o psicológico da mãe solo é colocado em risco, e as diversas situações do cotidiano tornam-se prejudiciais à saúde como a necessidade de criar e educar os filhos sozinha, jornada dupla de trabalho, esgotamento físico e mental e falta de tempo para os cuidados pessoais.

Outro fator que necessita ser abordado neste estudo foi a ausência no apoio paterno nos cuidados à criança, nesse quesito o valor de significância também foi grande ( $P=0,000$ ), uma explicação plausível pode ser o fato da maioria dos parceiros trabalharem fora de casa e não ter tempo ou disposição para cuidar do bebê ao chegar em casa.

Esse achado pode ser reforçado pelos resultados de estudo quantitativo realizado com 176 puérperas em Teresina, nele as mulheres que tiveram o apoio do companheiro apresentaram menor percentual de sintomas depressivos (Santos et al., 2022b). Portanto, vale lembrar que mesmo tendo um companheiro que queira ajudar, este precisa proporcionar uma relação conjugal saudável e oferecer apoio emocional.

Durante a gestação e principalmente no puerpério espera-se o apoio do parceiro para enfrentar uma nova etapa que se estabelece, mas muitas mulheres não contam com este aparato de apoio, desta forma, se apresentam mais predispostas ao desenvolvimento da DPP. O apoio do parceiro é de suma importância, não somente pelo suporte físico, mas também emocional, pois minimiza as angústias e inseguranças decorrentes do puerpério (Ferreira et al 2020).

Outro resultado de impacto desta pesquisa é um aumento na chance de ocorrência de DPP quando a renda familiar decresce, sendo aquelas com ganho menor a um salário-mínimo ( $P=0,000$ ). Contudo, deve-se levar em consideração que não

foi descrito no instrumento de coleta de dados da pesquisa, se o valor da renda se tratava de uma média percapta ou total, podendo haver adversidades na renda relatada.

Em um estudo realizado em Santa Catarina, a renda baixa também foi associada a maiores chances de apresentar DPP, a menor renda foi consequência de baixa escolaridade que consequentemente pode interferir na falta de acesso a ambientes sociais e dificulta o acesso à saúde, tornando-se ainda mais difícil a detecção precoce (Silva, 2020).

Além dos fatores socioeconômicos e demográficos, há também a influência dos fatores quanto aos antecedentes obstétricos, principalmente nas consultas de pré-natal, cuja a amostra apontou significância quando realizada menos de 5 consultas ( $P=0,002$ ), número este inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), que seriam necessárias no mínimo 6 para ser considerada de qualidade, sendo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação (Arrais & Araújo, 2016).

O pré-natal é considerado um instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil, e é importante que seja realizada adequadamente pois objetiva assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo além de um parto sem impacto para a saúde materna, promove o nascimento de um bebê saudável, inclusive abordando aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas. Além de tudo, em todas as consultas de pré-natal é realizada a estratificação de risco gestacional, permitindo a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez (Pessoa; et al., 2021).

Resultou-se que a rejeição à maternidade entendida pelo pensamento/tentativa de interrupção na gestação teve grande significância ( $P=0,028$ ), por mais que não foi o maior valor de significância neste estudo, o assunto apresenta uma questão social de risco a vida não só para o embrião/feto que seria abortado mas também para a mulher. Sem dúvida esse fator aumenta a chance de aparecimento de sintomas da depressão pós-parto.

No Brasil, o aborto por opção é ilegal, sendo assim, o que acontece no cenário atual é o aborto clandestino e inseguro. Na maioria das vezes, a mulher permanece em silêncio quando ela encontra uma forma de realizar o aborto, colocando sua vida em um risco muito elevado de morte por hemorragia, infecções e abortos incompletos. Essa atitude deixa em evidência às vulnerabilidades sociais, como falta de recursos próprios, ausência de participação e apoio da família, a solidão para alcançar seus objetivos e inexperiência frente à gravidez (Ferrari, 2020).

Diante do grande número de mulheres que apresentaram a sintomatologia da depressão pós-parto na amostra, corrobora que este é um problema sério de saúde pública e a EPDS pode auxiliar os profissionais da Atenção Primária de Saúde (APS) no reconhecimento precoce de sintomas do distúrbio supracitado, por ser um instrumento de fácil aplicação, reconhecimento internacional e eficácia. É importante salientar que, apesar da prestabilidade na identificação de alguns sintomas, se faz necessário uma avaliação clínica psiquiátrica para diagnóstico e tratamento.

Embora este estudo tenha suas limitações, como a amostra aleatória simples e período de tempo pós-parto de até um ano para aplicação da escala que pode ser um tempo longo para quem tem sinais e sintomas de DPP, o estudo foi de grande relevância ao contexto social e pode contribuir como subsídio teórico para profissionais de saúde da área, pois com os resultados alcançados ficou evidente que os fatores de risco podem ser variados.

Desta maneira, os instrumentos utilizados neste estudo confirmam a complexidade do tema, multiplicidade de fatores e prevalência alarmante de mulheres com sintomas de depressão pós-parto, que na maioria dos casos, não há diagnóstico patológico.

Como avanço científico para o conhecimento, este, foi o primeiro estudo realizado na cidade de Montes Claros com esse tema, na região não continha nenhum estudo com dados antigos muito menos atualizados sobre a prevalência de sintomas depressivos de mães. Sendo assim, fica a sugestão da realização de novos estudos com método comparativo com este mesmo trabalho, assim pode-se averiguar nos anos futuros se os resultados inda são negativos.

## 5. Considerações Finais

O estudo identificou, uma alta prevalência da sintomatologia para DPP, e caracterizou diversos fatores de risco que associados à mulher gestante ou com filho menor de um ano colaboram para o desenvolvimento da depressão-pós parto. Esta, por sua vez apresenta sintomas iniciais, com a suspeita, diagnóstico precoce e assistência qualificada, a instalação da patologia pode ser retardada. Com os achados desta pesquisa, enfatiza-se a importância de uma assistência mais atenciosa às mães, uma vez que este período é focado no desenvolvimento e crescimento do filho.

Considera-se que, assim que percebidos os sintomas de DPP, os profissionais inseridos nos serviços de saúde em que a mulher é atendida devem promover o acompanhamento com enfermeiro obstetra se possível, além de promover a saúde mental iniciando desde do pré-natal, assim seria possível detectar os fatores de risco em gestantes com potencial de desenvolver os sintomas depressivos pós-parto.

Por fim, os profissionais da atenção primária possuem um papel primordial, devido sua presença constante em todas as fases da vida da mulher, em especial gravídico-puerperal. Esse trabalho continuado favorece a construção de vínculo, assim a mulher e mãe consegue compartilhar sentimentos frente as diversidades, tornando possível o desenvolvimento de um plano de cuidados de acordo com as necessidades de cada mulher.

Faz-se necessário a atuação da equipe multidisciplinar visto que é uma doença psíquica que necessita de acolhimento, escuta qualificada e tratamento que pode ser medicamentoso. Os psicólogos, psiquiatras, enfermeiros em saúde mental, médicos e enfermeiros obstetras podem trabalhar em conjunto, a fim de ofertar assistência integral à mulher e à sua família nos serviços de saúde.

Por fim, um exemplo interessante a ser investigado em pesquisas futuras é, como é realizado o pré-natal de mulheres com história de DPP, depressão crônica e ansiedade que são problemas de saúde tratados como alto risco durante a gestação. Além disso, essa temática é encarada com preconceitos e estigmas pela sociedade e deve ser sempre investigada para melhorar a assistência à saúde das gestantes.

## Referências

- Abuchaim, E. S. V., Caldeira, N. T., Lucca, M. M. D., Varela, M., & Silva, I. A. (2016). Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(6), 664–70. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600093>.
- APA. (2015). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. American Psychiatric Association (APA). *ed. Artmed*, 28(3), 36-37.
- Araújo, I. S., Aquino, K. S., Fagundes, L. K. A., & Santos, V. C. (2019). Postpartum Depression: Epidemiological Clinical Profile of Patients Attended In a Reference Public Maternity in Salvador-BA. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia*, 41, 155-63. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676861>.
- Arrais, A. R., Araujo, T. C. C. F., & Schiavo, R. A. (2018). Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(4), 711-29. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003342016>.
- Bass, P., & Bauer, N. S. (2018). Parental postpartum depression: More than “baby blues”. *Contemporary Pediatrics*, 35(9), página inicial-final.
- Both, C. T., Numer, C., Silva, T. B. Q., Rosa, B., Sperling, A. O., & Cabri, F. B. (2016). Depressão pós-parto na produção científica da enfermagem brasileira: Revisão narrativa. *Revista Espaço Ciência & Saúde*, 4, 67-81. <https://doeplayer.com.br/43457255-Depressao-pos-parto-na-producao-cientifica-da-enfermagem-brasileira-revisao-narrativa.html>.
- Brasil. Ministério da Saúde (2000). Portaria nº 570, 1º de junho de 2000. Estabelece o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde (2012). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: *Editora do Ministério da Saúde*, 5ª. ed. 302p.
- Brasil. Ministério da Saúde (2019). Depressão pós-parto: causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao-pos-parto>.
- Degner, D. (2017). Differentiating between “baby blues,” severe depression, and psychosis. *BMJ*, j4692. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4692>.
- Ferrari, W., & Peres, S. (2020). Itinerários de solidão: aborto clandestino de adolescentes de uma favela da Zona Sul do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(suppl 1). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00198318>.

- Ferreira, G. R., Pires, B. S., Machado, L. C. C., Frade, R. I., & Ribeiro, M. de A. O. (2020). Identificação dos fatores desencadeantes da depressão no pós-parto. *Revista NBC*, 10(20), 1-11. <https://www.metodista.br/revistas-izabela/index.php/bio/article/view/2103>.
- Freitas, D. R., Vieira, B. D. G., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Leão, D. C. M. R., & Cruz, A. F. N. da (2014). Alojamento conjunto em um hospital universitário: depressão pós-parto na perspectiva do enfermeiro. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, 6(2), 1202-1211. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-25656>.
- Gonçalves, F. B. A. C., & Almeida, M. C. (2019). A Atuação da Enfermagem Frente à Prevenção da Depressão Pós-Parto. *Ensaio E Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias E Da Saúde*, 23(2), 140. <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2019v23n2p140-147>
- Hartmann, J. M., Mendoza-Sassi, R. A., & Cesar, J. A. (2017). Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(9). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00094016>. <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13625>.
- Kibler, N., & Wells, P. (2019). Beyond the Baby Blues. Cross-Cultural Perspective on Perinatal Mental Health. National Cross-Cultural Counseling and Education Conference for Research, Action, and Change. <https://digitalcommons.georgiasouthern.edu/cccec/2019/2019/19>.
- Koche, J. C. (2011). Fundamentos de metodologia científica. Petrópolis: Vozes. [http://www.adm.ufrpe.br/sites/ww4.deinfo.ufrpe.br/files/Fundamentos\\_de\\_Metodologia\\_Cienti%CC%81fica.pdf](http://www.adm.ufrpe.br/sites/ww4.deinfo.ufrpe.br/files/Fundamentos_de_Metodologia_Cienti%CC%81fica.pdf)
- Leal, M. do C., & Gama, S. G. N. da (2014). Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(suppl 1), S5-S5. <https://doi.org/10.1590/0102-311xed01s114>.
- Lucci, T. K., Otta, E. David, V. F., & Chelini, M. O. M. (2016). Depressão materna e concentração de cortisol de recém-nascidos em uma amostra brasileira. *Psico*, 47(2), 140. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.23655>.
- Machado, I. P. (2019). Atuação do enfermeiro na depressão pós-parto: uma revisão narrativa. *Repositorio.uniceub.br*. <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13625>.
- Martins, A. C. O. (2018). Promoção da saúde mental das puérperas da USF Leme, em contexto de visita domiciliária: intervenção do enfermeiro de família. *Ria.ua.pt*. <https://ria.ua.pt/handle/10773/25705?mode=full>.
- Oliveira, L. C. C., & Lima, G. M. B. (2017). Gestação de alto risco e o acompanhamento pré-natal no município de cuité-pb: um estudo na Zona Urbana. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*. 15(2).
- Oliveira, M. J. M., & Dunningham, W. A. (2015). Prevalência e fatores de risco relacionados a depressão pós-parto em Salvador. *Rev. Brasileira de Neurolog. e Psiq.* 19(2), 72-83. <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/158/69>.
- Pessoa, W. G. S., Lima, M. M. de F. B., & Tavares, L. de M. (2021). Conhecimento da gestante sobre a importância da consulta pré-natal: Revisão integrativa. *Revista Eletrônica da Estácio Recife*, 7(01). <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/554/251>.
- Pires, M. L. N., & Calil, H. M. (1999). Associação entre transtorno disfórico pré-menstrual e transtornos depressivos. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 21, 118-127. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000200011>.
- Poles, M. M., Carvalheira, A. P. P., Carvalhaes, M. A. de B. L., & Parada, C. M. G. de L. (2018). Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31, 351-358. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800050>.
- Santos, F. S., Siqueira, E. H., Aquino, J. V. R.N. M., & Aragão, I. P. B. de (2022a). Características clínicas e fatores de risco da depressão pós-parto: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 5, e10041. <https://doi.org/10.25248/reamed.e10041.2022>
- Santos, M. L. C., et al (2022b). Sintomas de depressão pós-parto e sua associação com as características socioeconômicas e de apoio social. *Escola Anna Nery [online]*, 26, e20210265. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0265>.
- Silva, A. M. (2020). Perfil das puérperas de um hospital universitário e sua relação com depressão pós-parto segundo a escala de depressão pós-parto de Edimburgo. (TCC de graduação em medicina) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Santa Catarina.
- Silva, C. R. A., Pereira, G. M., Jesus, N. B. de Souto., G. R., & Aoyama, E. de A. (2020). Depressão pós-parto: a importância da detecção precoce e intervenções de enfermagem. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde [internet]*, 2(2), 12-19. <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/82/115>.
- Soares, Y. K. C., Gonçalves, N. P. C., & Carvalho, C. M. S. de (2015). Avaliação da depressão pós-parto: prevalência e fatores associados. *R. Interd.*, 8, (4), 40-46. <https://sil0.tips/download/issn-avaliao-da-depressao-pos-parto-soares-y-k-c-gonalves-n-p-c-carvalho-c-m-s>
- World Health Organization (2013). Mental health action plan 2013-2020. *World Health Organization*, 50p.