

LEVANTAMENTO DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

FERREIRA, Arnaldo de Celis¹
FERREIRA, Lais Bergamini Maschio¹
PLÁCIDO FILHO, José Alexandre¹
SANTOS, Kenady Oliveira¹
BOTARO, Maria Carolina Albuquerque²

RESUMO: A Depressão Pós-parto (DPP) é um transtorno psiquiátrico de alta prevalência que promove alterações cognitivas, emocionais, comportamentais e físicas com várias repercussões negativas sobre a paciente e as relações familiares, surgindo geralmente duas semanas após o parto, podendo perdurar por anos e estando relacionada a um aumento no risco de outros quadros depressivos recorrentes. O impacto sobre a criança também é significativo, pois a doença limita a habilidade da mãe de responder à demanda envolvida nos cuidados e sua capacidade de engajamento positivo e contato emocional com o bebê. O presente estudo teve como objetivo levantar os fatores protetivos e de risco para depressão pós-parto, bem como descrever as características sociodemográficas das participantes. Trata-se de um estudo transversal, observacional-descritivo, de metodologia quantitativa com amostra de conveniência. Fizeram parte da pesquisa 137 mães paulistas que possuíam filhos de 60 dias a 18 meses. Foi aplicado um formulário unificado composto por questionário sociodemográfico e de possíveis fatores de risco e protetivos elaborado pelos próprios autores, seguido da Escala de Edimburgo para a filtragem das puérperas com sintomatologia, destas, 75 mulheres apresentaram resultado positivo para DPP e 62 não. Por meio do questionário, foram investigados fatores como idade materna, condição do relacionamento, apoio do parceiro, moradia, renda, histórico de doença psiquiátrica prévia, estresse, preocupação financeira e conjugal, pré-natal, acompanhamento psicológico na gestação, número de gestações, aborto anterior, tipo de parto, acompanhante no parto, rede de apoio, gestação planejada ou não, parto prematuro e período de amamentação. Os resultados apontaram como fatores protetivos, presença de rede de apoio, planejamento da gestação e acompanhamento psicológico na gestação, já como fatores de risco foram indicados histórico de transtorno psiquiátrico prévio, parto cesariano, ser primípara e amamentação por mais de seis meses.

Palavras-chave: Depressão; Pós-parto; Fatores de risco; Fatores protetivos.

¹ Graduandos do Curso de Psicologia da Fundação Educacional de Fernandópolis – FEF.

² Psicóloga pela Fundação Educacional de Fernandópolis – FEF. Mestre em Psicologia e Saúde pela FAMERP. Docente e Supervisora do Curso de Psicologia da Fundação Educacional de Fernandópolis – FEF.

SURVEY OF RISK AND PROTECTIVE FACTORS FOR POSTPARTUM DEPRESSION

ABSTRACT: Postpartum Depression (PPD) is a highly prevalent psychiatric disorder that promotes cognitive, emotional, behavioral and physical changes with several negative repercussions on the patient and family relationships, generally appearing two weeks after birth, and can last for years and being related to an increased risk of other recurrent depressive conditions. The impact on the child is also significant, as the disease limits the mother's ability to respond to the demands involved in care and her capacity for positive engagement and emotional contact with the baby. The present study aimed to identify protective and risk factors for postpartum depression, as well as describe the sociodemographic characteristics of the participants. This is a cross-sectional, observational-descriptive study, using quantitative methodology with a convenience sample. 137 mothers from São Paulo who had children aged 60 days to 18 months took part in the research. A unified form consisting of a sociodemographic questionnaire and possible risk and protective factors prepared by the authors themselves was applied, followed by the Edinburgh Scale to filter out postpartum women with symptoms. Of these, 75 women tested positive for PPD and 62 did not. Through the questionnaire, factors such as maternal age, relationship status, partner support, housing, income, history of previous psychiatric illness, stress, financial and marital concerns, prenatal care, psychological support during pregnancy, number of pregnancies, previous abortion, type of birth, birth companion, support network, planned or unplanned pregnancy, premature birth and breastfeeding period. The results highlighted the presence of a support network, pregnancy planning and psychological support during pregnancy as protective factors, while risk factors included a history of previous psychiatric disorder, cesarean section, being primiparous and breastfeeding for more than six months.

Keywords: Depression; Post childbirth; Risk factors; Protective factors.

Introdução

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2010), a depressão pós-parto (DPP) é um transtorno psiquiátrico de alta prevalência que promove alterações cognitivas, emocionais, comportamentais e físicas com várias repercussões negativas sobre a paciente, a criança e as relações familiares surgindo na maioria das vezes duas semanas após o parto, podendo durar vários anos e estando relacionada a um aumento no risco de outros quadros depressivos recorrentes. O impacto sobre a criança também é significativo, pois a doença limita a habilidade da mãe de responder à demanda envolvida nos cuidados e sua capacidade de engajamento positivo e contato emocional com o bebê, além de promover um desgaste progressivo na relação com os familiares.

A DPP é uma condição prevalente que afeta globalmente as mulheres puérperas. Se não tratada, aumenta o risco de suicídio materno e pode prejudicar a capacidade de desenvolvimento de vínculo entre mãe e filho, com efeitos adversos resultantes no desenvolvimento da prole (ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2018; BOTTINO, 2011).

O impacto do nascimento de um filho provoca uma profunda mudança na vida da mulher. A maternidade geralmente está associada a um momento de realização e felicidade, porém pode ser uma experiência de sofrimento emocional, marcada pela ambivalência entre o desejo e o medo de ser mãe. Alguns fatores como as mudanças corporais, a troca de papel social, mudanças nas rotinas diárias e a responsabilidade de cuidar de uma criança tornam-se potencialmente estressantes, aumentando a possibilidade de ocorrência de episódios de ansiedade e depressão (ZANATTA; PEREIRA; ALVES, 2017).

De acordo com DSM-V-TR (APA, 2023), a DPP foi incluída na seção de transtornos depressivos e passou a se enquadrar como um especificador do Transtorno Depressivo Maior. Os critérios diagnósticos incluem humor deprimido ou perda de interesse ou prazer, e quatro ou mais dos seguintes sintomas: perda ou ganho significativo de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, capacidade diminuída para concentração e pensamentos recorrentes de morte, ideação ou tentativa de suicídio. Sintomas estes presentes por mais de duas semanas que tragam sofrimento

cl clinicamente significativo que não seja atribuível à outra condição ou melhor explicado por outro transtorno.

O aumento de aproximadamente 40% nos casos de DPP hoje tem sido um dado alarmante. Em consequência da DPP, a baixa responsiva da mãe pode ter efeitos insatisfatórios no desenvolvimento infantil, podendo resultar em desordens linguísticas, físicas, cognitivas e sociais, além do abandono da amamentação (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Vale salientar que durante toda a gestação os níveis hormonais produzidos pelo corpo feminino se tornam também um gatilho para a DPP além dos gatilhos emocionais. Dificuldade com o sono, devido às mamadas frequentes do bebê, agravadas pela depressão, podem impedir seu descanso e prejudicar a execução de sua rotina. Os sintomas de irritabilidade podem fazer com que fique menos tolerante, gerando brigas frequentes com o parceiro, prejudicando a vida conjugal (KROB *et al.*, 2017).

Fatores de risco para depressão pós-parto

Quando se fala em fatores de risco relacionados a DPP, é de suma importância considerar que eles se referem a uma sintomatologia. Esses fatores são eventos ou situações já estabelecidas propícias ao surgimento de problemas físicos, psicológicos e sociais, que apresentam maior chance de surgir e maior intensidade no período gravídico-puerperal (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2007).

Dentre os fatores de risco encontrados na literatura estão: histórico de episódios depressivos anteriores, presença de estresse na gestação, baixo apoio social e familiar, conflito e insatisfação conjugal, falta de apoio do parceiro, idade materna, baixa escolaridade, desemprego ou subemprego, complicação/intercorrência médica na gestação, gravidez não planejada, história de aborto espontâneo, não amamentar e falta de acompanhamento pré-natal (ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2018).

Fatores protetivos para depressão pós-parto

Os fatores de proteção são medidas preventivas, ou situações já estabelecidas que minimizem o impacto dos fatores de risco ou potencializam as influências positivas que melhoram respostas pessoais. Existem fatores psicológicos/psiquiátricos, no qual a mulher participe de um pré-natal baseado em

uma abordagem psicológica, fatores de relação/ligação, consistindo na relação sadia entre gestantes e suas próprias mães, fatores sociodemográficos/contextual, relacionados ao nível escolar, fatores obstétricos, consistindo em analgesia de parto, amamentação ininterrupta, parto via vaginal, e fatores social/interpessoais pautados em suporte social durante a gestação, apoio social no puerpério e relações sociais positivas (ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2018).

Santos e Neto (2019), corroboram os fatores de proteção destacando a melhoria da qualidade de vida da mulher, o pré-natal psicológico complementar ao pré-natal comum, suporte social, apoio emocional do companheiro, estabilidade financeira e apoio familiar.

De acordo com Zamorano (2021), é de suma importância identificar precocemente possíveis sintomas e fatores de risco, contribuindo assim, para amenizar o sofrimento psíquico da parturiente e familiares através de tratamento medicamentoso e ações sociais e terapêuticas.

O presente estudo teve como objetivo levantar os fatores protetivos e de risco para depressão pós-parto, bem como descrever as características sociodemográficas das participantes.

Método

Trata-se de um estudo transversal, observacional-descritivo, de metodologia quantitativa com amostra de conveniência. Fizeram parte da pesquisa mães que possuíam filhos de 60 dias a 18 meses.

Para a coleta de dados da pesquisa foi aplicado um formulário unificado composto por Questionário Sociodemográfico elaborado pelos próprios autores, seguido da Escala de Edimburgo para a filtragem das puérperas com sintomatologia de depressão pós-parto. O questionário foi elaborado no formato *Google Forms*, divulgado por redes sociais como *Instagram* e *Facebook*. Ao todo a plataforma computou 162 formulários respondidos. Dentre esses, 26 formulários apresentaram localização fora do Estado de São Paulo e, portanto, não foram considerados para melhor profundidade e contextualização da pesquisa. Dessa forma, participaram da pesquisa efetivamente 137 mães.

Questionário Sociodemográfico: Foi desenvolvido pelos próprios autores com o objetivo de caracterizar a população estudada com dados relacionados a gestação como condição de relacionamento, idade, renda mensal, moradia, preocupação relacionada à estabilidade e relacionamento conjugal e a intensidade dessas preocupações durante a gestação.

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo – EPDS: Esta se trata de uma escala desenvolvida na Grã-Bretanha, por Cox e Holden (2003), para especificamente rastrear sintomas de depressão pós-parto. É um instrumento validado no Brasil, de auto registro, que segundo Cantilino *et al.* (2010), contém dez questões de sintomas comuns de depressão e utiliza um formato de respostas do tipo *likert*. A formatação do resultado obtido nele é baseado em um ponto de corte correspondente a 10 para rastreamento positivo de DPP.

Após o cadastramento do projeto, a coleta de dados foi feita durante sete dias via *Google Forms*. Os objetivos da pesquisa foram esclarecidos pelos pesquisadores por meio do cabeçalho do formulário, seguido da Carta de Informação ao Participante da Pesquisa, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), modelo em acordo com a Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde (CNS) com caixa de seleção obrigatória. Em seguida estavam organizadas as questões para a coleta dos dados.

A análise dos dados foi realizada mediante o programa *Microsoft Excel®* 2016. As frequências dos dados obtidos foram descritas em sua forma absoluta e relativa (porcentagens). Assim feito, foram analisados de forma conjunta para a interpretação.

Resultados e Discussão

A amostra contou com 137 mães de filhos de 60 dias a 18 meses de vida, residentes no Estado de São Paulo.

Na Tabela 1 é apresentada a presença ou ausência de sintomas depressivos nas puérperas de acordo com a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS).

TABELA 1 – SINTOMAS DEPRESSIVOS DE ACORDO COM A ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO (EPDS).

Sintomas Depressivos	N = 137 %
Presentes	75 (54,7%)
Ausentes	62 (45,3%)

Fonte: Próprios autores.

Após a correção da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, os resultados apontaram que 54,7% das mães tiveram sintomatologia de depressão pós-parto enquanto 45,3% da amostra selecionada não. De acordo com Lima *et al.* (2023), a prevalência de depressão pós-parto no Brasil se encontra entre 10,8% até 42,8%, apontando assim intervalo de prevalência menor do que o encontrado na presente amostra.

Os resultados obtidos na presente amostra também superaram o encontrado por Abuchaim *et al.* (2016), em seu estudo realizado com 208 puérperas em São Paulo. O autor identificou a prevalência de sintomas de DPP em 31,25% de sua amostra, em análise, o grupo do presente trabalho indicou 23,45% a mais de resultados positivos.

A Tabela 2 apresenta as características sociodemográficas das participantes em números absolutos e porcentagens incluindo idade materna, qual a gestação referida, condição de relacionamento, moradia durante a gestação e renda mensal.

TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES EM SUA TOTALIDADE E DA AMOSTRA COM SINTOMATOLOGIA DE DPP.

Variáveis	Total N = 137 %	Apresentaram sintomatologia de DPP N = 75 %
Idade materna		
Menor de 18 anos	5 (3,6%)	4 (5,3%)
19 a 25 anos	28 (20,5%)	16 (21,3%)
26 a 30 anos	37 (27%)	19 (25,4%)
31 a 35 anos	52 (38%)	27(36%)
De 36 a 40 anos	13 (9,5%)	9(12%)
Acima de 40 anos	2 (1,4%)	0(0%)
Gestação		
Primeira	97 (70,8%)	46(61,3%)
Segunda	29 (21,2%)	20(26,2%)
Terceira	9 (6,5%)	7(9,3%)

Quarta ou mais	2 (1,5%)	2(2,6%)
Condição de Relacionamento		
União estável/Casada com o pai da criança	123 (89,8%)	66(88%)
Namorando o pai da criança	10 (7,3%)	6(08%)
Solteira	3 (2,2%)	2(2,7%)
Outro parceiro	1 (0,7%)	1(1,3%)
Moradia		
Casa própria	79 (57,7%)	38 (50,7%)
Casa alugada	43 (31,4%)	27 (36%)
Casa de algum familiar	15 (10,9%)	10 (13,3%)
Renda mensal		
Até1 salário	9 (6,6%)	6(8%)
2 a 3 salários	60 (43,8%)	30(40%)
4 a 7 salários	51 (37,2%)	29(38,7%)
Acima de 8	16 (11,7%)	9(12%)
Sem renda	1 (0,7%)	1(1,3%)

Fonte: Próprios autores.

De acordo com os resultados apontados na Tabela 2, da amostra total, 38% se encontram na faixa etária de 31 a 35 anos, 27% no intervalo de 26 a 30 anos, e 20,5% de 19 a 25 anos, enquanto 9,5% de 36 a 40 anos, 3,6% menor de 18 anos e 1,4% acima de 40 anos. Dessa forma, na presente amostra é observável prevalência nas faixas de 26 a 35 anos.

Dentre as mulheres que apresentaram depressão pós-parto, 5,3% se encaixam na faixa etária menor de 18 anos, 21,3% se encontravam no intervalo de 19 a 25 anos, 25,4% de 26 a 30 anos, 36% de 31 a 35 anos, 12% de 36 a 40 anos e nenhuma estava acima de 40 anos. Resultados estes apontaram maior incidência de DPP em mulheres de 31 a 35 anos, contrapondo os resultados apontados por Santos *et al.* (2017), no qual realizou um estudo na cidade de Cariacica-ES, o qual contou com a participação de 330 mulheres, sendo que 121 exibiam sintomas depressivos pós-parto. O autor destacou uma prevalência maior de sintomas depressivos pós-parto nas puérperas de 14-19 anos (48,8%).

Quanto a gestação descrita, da amostra total 70,8% descreveram a primeira gestação, já 21,2% a segunda, 6,5% a terceira e 1,5% a quarta ou mais, apresentando prevalência das mulheres quanto à primeira gestação, assim como

também foi encontrado por Moll *et al.* (2023), em sua pesquisa com 123 puérperas sendo 38,51% primíparas, com associação da DPP.

Em relação ao grupo positivo à sintomatologia, 61,3% das puérperas descrevem ser a primeira gestação, 26,2% a segunda, 9,3% a terceira e 2,6% a quarta ou mais, dessa forma nota-se a prevalência dos sintomas quando se trata da primeira gestação. No estudo de Arrais (2015), realizado com 198 gestantes de uma maternidade pública do Distrito Federal, foi observado que a ser primípara se encaixa como fator de risco para depressão pós-parto.

Na condição de relacionamento, da amostra total os resultados apontaram que 89,8% das mulheres se encontram em união estável ou casada com o pai da criança, 7,3% namorando o pai da criança, 2,2% solteira e 0,7% com outro parceiro. Conquanto observa-se que quase 90% do total de mulheres da amostra se apresenta em união estável ou casada, assim como os achados de Moll *et al.* (2023), no qual não foi encontrada associação entre estado civil e provável depressão pós-parto.

Quanto à amostra positiva, 88% se encontram casadas ou em união estável com o pai da criança, 8% namorando o pai da criança, 2,7% solteira e 1,3% com outro parceiro. Assim observa-se que a condição de relacionamento não está associada a manifestação da patologia, assim como também aponta Arrais, Araújo e Schiavo (2018).

Em relação a moradia da amostra total, 57,7% afirmaram possuir casa própria, 31,4% casa alugada e 10,9% moram em casa de algum familiar.

Foi possível observar, que dentre as mulheres que apresentaram resultado positivo para a sintomatologia que 50,7% vivem em imóvel próprio, 36% em casa alugada e 13,3% na casa de algum familiar, indicando que a condição de moradia não se apresenta como fator de risco ou protetivo na amostra. Resultados estes que contrapõem Monteiro *et al.* (2018), em sua pesquisa realizada com 204 puérperas atendidas em um hospital público em Barra do Garças/MT onde concluiu que a moradia se caracteriza como fator de risco.

Ao se tratar da renda mensal, do total de mulheres apenas 6,6% se encontram com até 1 salário mínimo, 43,8% de 2 a 3 salários mínimos, 37,2% de 4 a 7 salários mínimos, 11,7% acima de oito e apenas 0,7% sem renda. Tais resultados configuram a presente amostra concentrada entre 2 a 7 salários, para Adams *et al.*, (2012), em seu trabalho realizado com 110 mulheres, eventos estressores,

especialmente relacionados à situação financeira, estariam associados ao desenvolvimento de sintomas depressivos entre puérperas.

Observa-se que, na amostra positiva, 8% possui até 1 salário, 40% de 2 a 3 salários, 38,7% de 4 a 7 salários, 12% acima de 8 salários e 1,3% sem renda, o que corrobora a pesquisa realizada por Orlandini *et al.* (2021), onde participaram 110 puérperas com cerca de 32 anos, 57,3% da mostra total contava com renda mensal de até 4 salários mínimos, sendo que, apenas 6% da amostra apresentaram sintomas de DPP, contudo o autor afirma que não houve relação entre a presença de sintomas depressivos e renda.

Além das informações sociodemográficas também foram avaliados os fatores psicológicos, de suporte social e relações interpessoais, e, fatores físicos e obstétricos. Os resultados foram compilados na Tabela 3.

TABELA 3 – CARACTERÍSTICAS AGRUPADAS EM FATORES.

Variáveis	Apresentaram sintomatologia de DPP N = 75 %
<u>Fatores Psicológicos</u>	
Histórico	
Ansiedade	28 (37,4%)
Depressão	12 (16%)
Outro	1 (1,3%)
Nenhum	34 (45,3%)
Estresse	
Sim	30 (40%)
Não	45 (60%)
Preocupação Financeira Significativa	
Sim	19 (25,3%)
Não	56 (74,7%)
Preocupação com o relacionamento	
Sim	23 (30,7%)
Não	52 (69,3%)
Acompanhamento Psicológico	
Sim	11 (14,7%)
Não	64 (85,3%)
Acompanhante no parto	
Sim	66 (88%)
Não	9 (12%)
Rede de Apoio	
Não teve	13 (17,3%)
Primeiros dias	39 (52%)
Longo tempo	23 (30,7%)

Apoio do parceiro	
Sim	60 (80%)
Não	15 (20%)
<u>Fatores Físicos e obstétricos</u>	
Aborto anterior	
Sim	16 (21,4%)
Não	59 (78,6%)
Gestação Planejada	
Sim	29 (38,7%)
Não	46 (61,3%)
Fez pré-natal	
Sim	75 (100%)
Não	0 (0%)
Parto	
Cesárea	65 (86,7%)
Natural normal	10 (13,3%)
Parto prematuro	
Sim	6 (08%)
Não	69 (92%)
Amamentação	
Até 1 mês	10 (13,3%)
Até 3 meses	12 (16%)
Até 6 meses	8 (10,7%)
Por mais de 6 meses	40 (53,3%)
Não amamentou	5 (6,7%)

Fonte: Próprios autores.

Fatores psicológicos/psiquiátricos

Na Tabela 3 foi observado que 37,4% das mulheres que apresentaram DPP possuíam histórico de ansiedade, 16% de depressão e 1,3% de outro transtorno e 45,3% não apresenta nenhum. Tal resultado corrobora o apontado pela pesquisa descritiva qualitativa de Rodrigues, Carvalho e Buchli (2022), que por meio de uma ampla revisão bibliográfica, descrevem que o histórico de ansiedade e depressão são predominantes fatores de risco para o desenvolvimento de DPP, uma vez que, a sintomatologia desta, se intensifica com as mudanças biológicas que a mulher enfrenta no puerpério.

Dentre as mulheres que apresentaram a sintomatologia, 40% afirmaram a presença de estresse durante a gestação e 60%, contrapondo o apontado por Souza, Araújo e Passos (2020), no qual, em uma pesquisa de aprofundamento bibliográfico, acentuou que a intensidade e frequência de eventos estressantes na gestação é um importante componente dos fatores de risco para DPP. Segundo os

autores, uma vez que, níveis mais altos de ansiedade e estresse são experienciados pela gestante as tornam mais vulneráveis à evolução de um quadro de depressão pós-parto.

Observou-se que 25,3% das mulheres que apresentaram sintomatologia de DPP apontaram preocupação financeira significativa, quanto 74,7% não, reafirmando o apontado por Arrais, Araujo e Schiavo (2018), onde em sua pesquisa com amostra final de 76 mulheres, concluíram que, tal fator se fez presente em um nível baixo de frequência nas respostas das participantes.

Na amostra, 30,7% das mulheres com sintomatologia de DPP apresentaram preocupação frequente sobre seu relacionamento conjugal, e 69,3% não, contrapondo os resultados encontrados por Masmoudi *et al.* (2014), em sua pesquisa onde o relacionamento conjugal ruim se caracterizou como um fator de risco para DPP.

Em relação ao acompanhamento psicológico, 14,7% afirmaram tê-lo, enquanto 85,3% não. Resultados estes que são coerentes a investigação de Collado *et al.* (2014), que avaliou o impacto de um programa de pré-natal com base numa abordagem psicossomática à gravidez e ao parto. Quanto ao risco de DPP, teve como resultado que a abordagem psicossomática pode ser mais útil para a população de baixa renda do que os programas de pré-natal padrão.

Quanto ao acompanhante durante o parto, 88% das mulheres o tiveram, enquanto 12% não. Resultados estes que não configuram fator de risco ou protetivo na amostra, embora Hartmann, Mendonza-Sassi e Cesar (2017), observaram um aumento do efeito protetor na medida em que este era acompanhamento é intensificado, havendo uma redução de 18% quando parcial e de 53% quando permanente, comparando-se às que não foram acompanhadas.

Sobre a rede de apoio, 52% das puérperas a tiveram apenas nos primeiros dias, 30,7% a tiveram por longo tempo e 17,3% não o tiveram, assim o apoio familiar ou do parceiro a longo prazo configura-se como fator protetivo, também apontado por Souza, Araújo e Passos (2020), sendo esses fatores do âmbito social que possuem forte impacto sobre a prevalência da depressão pós-parto, sendo esses fatores de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto. A falta de apoio familiar apresenta dados substanciais sobre como o suporte familiar é importante na prevenção da depressão pós-parto o que corrobora com os resultados da pesquisa, onde 80% das mulheres com sintomatologia de DPP apresentaram apoio do

parceiro, contrapondo 95% das mulheres com ausência dos sintomas. Quanto ao apoio familiar (rede de apoio), os resultados apontam que o tempo de apoio tem efeito protetivo a DPP.

Fatores Físicos e obstétricos

Os fatores físicos e obstétricos investigados foram: presença de aborto anterior, gestação planejada ou não, realização de pré-natal, tipo de parto ocorrido, prematuridade e amamentação. Dentre esses, os resultados apontados em histórico de aborto, tipo de parto, prematuridade e amamentação se mostraram significativamente semelhantes entre os grupos, não apontando qualquer fator de risco ou proteção nesta amostra.

Dentre os fatores físicos e obstétricos, Arrais, Araújo e Schiavo (2018) observaram que o histórico de aborto espontâneo anterior é um fator de risco. Não foi observada relação entre aborto anterior com sintomatologia de DPP na amostra pesquisada, já que 21,4% das mulheres com sintomatologia de DPP sofreram aborto e 78,6% não.

Quanto ao planejamento da gravidez, os resultados obtidos indicaram que 38,7% das mulheres que apresentaram sintomatologia de DPP planejaram a gestação, e 61,3% não, assim observa-se que o não planejamento da gravidez é um forte indicador de risco para DPP, esse resultado é concorde com as investigações de Arrais, Araújo e Schiavo (2018), Castro *et al.* (2015), Rojas *et al.* (2010), e Turkcapar *et al.* (2015), que encontraram dados semelhantes. Segundo Hartmann, Mendonza-Sassi e Cesar (2017), o planejamento da gestação foi fator de proteção para depressão, diminuindo cerca de 30% o risco de a puérpera desenvolver a doença.

Em relação ao pré-natal, 100% da amostra o realizou, dessa maneira não foi possível estabelecer correlação com fator de risco ou protetivo.

Quanto a via de parto, 86,7% das mulheres foram submetidas a cesárea e 13,3% a parto natural, sendo então, o parto cesariano um fator de risco para DPP, condizentes com os achados de Arrais, Araújo e Schiavo (2018).

Da amostra, 8% das mulheres relataram parto prematuro, enquanto 92% não, não configurando fator de risco.

Em relação a amamentação, 13,3% das mulheres amamentaram até um mês, 16% até três meses, 10,7% até seis meses, 53,3% por mais de 6 meses e 6,7% não

amamentaram, nesse sentido pode-se dizer que a amamentação por mais de seis meses, nesta amostra, indicou ser um fator de risco, contrapondo a pesquisa bibliográfica de Costa *et al.* (2023), onde foi evidenciado que a grande variedade de estudos comprova que o curto período de amamentação está diretamente relacionado a maior ocorrência de depressão pós-parto, contudo, reafirma o apontado por Silva *et al.* (2023), no qual descreve associação significativa entre a dificuldade para amamentar e sintomas depressivos mais altos.

Conclusão

A depressão pós-parto é ainda uma doença subdiagnosticada com aproximadamente 20% das mulheres com diagnóstico realizado, além deste, leva a certo estigma social, uma vez que há uma ideia enraizada e difundida na sociedade de que a maternidade é vista de forma romantizada como o destino da mulher.

Como apresentado, a amostra apontou como fatores protetivos: a rede de apoio a longo prazo, planejamento da gestação e acompanhamento psicológico na gestação. Já como fatores de risco foram indicados histórico de transtorno psiquiátrico prévio, ser primípara, parto cesariana e amamentação por longo prazo.

Conforme levantado, sobre os fatores protetivos observa-se que planejamento e idade materna se configuram como pontos determinantes para a patologia. Sobre estes a informatização por meio de políticas públicas divulgadas na rede de saúde e educação se apresenta como medida plausível para trabalhar com a demanda.

Além deste, a implantação de programas de saúde-assistenciais com psicoterapeutas especializados no pré-natal se mostra como fator amenizador da incidência da patologia, uma vez que, acolhendo as demandas trazidas durante a gestação se promoveria suporte para o enfrentamento das aflições e preocupações incidentes.

Sabe-se que o subdiagnóstico é prejudicial a mãe e ao bebê e com o intuito de ajudar, o presente trabalho levantou os fatores de risco e proteção para DPP de mulheres paulistas.

Frente aos resultados apresentados, se faz necessário fazer um adendo à alguns pontos que seriam acrescentados para complementar a discussão acima apresentada. Seriam estes a escolaridade e presença de plano de saúde e

dificuldade de amamentação, visto que foi observada que a amostra captada configurou distância em relação ao apontado pela literatura, e caracterizá-la nestes fatores complementariam a discussão.

Referências

- ABUCHAIM, E. S. V. *et al.* Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 29, n.6, p. 664–670, dez 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600093>. Acesso em: 22 nov 2023.
- ADAMS, S. S. *et al.* Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55 814 women. **Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v.119, n.3, p.298-305, fev 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed revisada. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- ARRAIS, A. R.; ARAUJO, T. C. C. F.; SCHIAVO, R. A. Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**. São Paulo, v. 38, n. 4, p. 711–729, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003342016>. Acesso em: 15 abr. 2023.
- ARRAIS, A. R. **Rastreamento dos fatores de risco e proteção à depressão pós-parto em gestantes de uma maternidade pública do Distrito Federal**. In: **Encontro Científico De Pesquisas Aplicadas às Políticas Públicas em Saúde**. Brasília: Fiocruz, v. 1, p. 23, nov 2015.
- BOTTINO, M. N. **Aspectos evolutivos da depressão pós-parto e fatores associados**. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva)- Instituto de Medicina Social, Universidade Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, abr 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o programa trabalhando com parteiras tradicionais e experiências exemplares**. Brasília (DF), Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Editora do Ministério da Saúde; 2010a. 90 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf. Acesso em: 27 mai. 2023
- BRASIL.Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): MS; 2012.
- CALVETTI, P.U; MULLER M. C; NUNES, M. L.T. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 27, n. 4, p. 706–717, dez, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/R7zYRDfw7HddrVvHFdRnNSQ/?lang=pt#>. Acesso em: 27 mai. 2023
- CANTILINO, A. *et al.* Depressão pós-parto em Recife - Brasil: Prevalência e associação com fatores biossociodemográficos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, p.1-9, mai 2010.

CASTRO, *et al.* Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: The role of sociodemographic and psychosocial factors. **Archive of Women's Mental Health**, v.18, n.3, p.463-471, nov 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0472-...> Acesso em: 22 nov 2023.

COLLADO, M. A. O. *et al.* Antenatal psychosomatic programming to reduce postpartum depression risk and improve childbirth outcomes: A randomized controlled trial in Spain and France. **BioMed Central Pregnancy & Childbirth**, v.14, p.22, jan 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-22> Acesso em 21 nov 2023.

COSTA, L. N. O. *et al.* Puérperas com depressão pós-parto frente ao aleitamento materno: uma revisão narrativa da literatura. **Revista Enfermagem: autonomia e processo de cuidar**. Cap 4. p.41-53, 2023. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/catalogo/download-post/73896> Acessado em: 16.set.2023.

COX, J.; HOLDEN, J. **Perinatal mental health: A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**. London: Royal College of Psychiatrists, Gaskell, 2003.

HARTMANN, J. M.; MENDONZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.33, mai 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VqTcfSwmyjxB8CRCDCrJjYf/?lang=pt#> Acesso em: 17 set. 2023.

KROB, A. D. *et al.* Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 9, n. 3, p. 3-16, dez 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2017000300001. Acesso em: 25 abr. 2023.

LIMA R. V. *et al.* Transtorno depressivo em mulheres no período pós-parto: análise segundo a raça/cor autorreferida. **Acta Paul Enferm**, jul 2023.

MASMOUDI, J. *et al.* Postpartum depression: Prevalence and risk factors: A prospective study concerning 302 tunisian parturients. **Tunis Medicine**, v. 92, n.10, p. 615-621, oct 2014.

MOLL, M. F. *et al.* Ocorrência e fatores associados à depressão pós parto em uma área urbana do Brasil. **Revista Eletronica Trimestral de Enfermagem**. n.69, jan 2023. disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v22n69/pt_1695-6141-eg-22-69-134.pdf. Acesso em: 21 nov. 2023.

MONTEIRO, K. A. *et al.*, Evidências de Sintomatologia Depressiva no Pós-Parto

Imediato. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 4, p. 379- 388, jun 2018.

ORLANDINI, P. O., *et al.* Depressão pós-parto segundo a Escala de Edimburgo. **XXIX Congresso de Iniciação Científica da UNICAMP**. p1-5, nov 2021.

RODRIGUES, W. L. da C. *et al.* Consequências da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil: **Revisão integrativa. Nursing**, São Paulo, v. 250, n. 22, p. 2728-2733, mar. 2019. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/250/pg24.pdf> . Acesso em: 23 out. 2019.

RODRIGUES, . L. P. dos S. .; CARVALHO, . L. V. de .; BUCHLI, . Indicadores De Depressão Pós-Parto No Brasil: Uma Revisão Bibliográfica. **Revista Saúde Multidisciplinar**, [S. l.], v. 11, n. 1, mai 2022. DOI: 10.53740/rsm.v11i1.354. Disponível em: <http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/354>. Acesso em: 17 set. 2023.

ROJAS, G., *et al.* (2010). Caracterización de madres deprimidas em el pos parto. **Revista Médica de Chile**, 138(5), 536-542, dez 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000500002> <https://doi.org/10.4067/S0034-9887201000...> Acesso em 21 nov 2023

SANTOS, D. F. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos pós-parto e sua associação com a violência: estudo transversal, Cariacica, Espírito Santo, 2017. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, n. 4, e20201064, dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400002>. Acessos em 13 set. 2023

SANTOS, J. E. S.; NETO, J. L. S. Depressão pós-parto: fatores emocionais da gestação e puerpério. **Psicologia.pt - O Portal dos Psicólogos**, mar 2019. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1395.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2023

SILVA, V. C., *et al*; **Amamentação e Depressão Pós-Parto: Revisão Integrativa**. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama, v.27, n.5, p. 2330-2353, mai 2023.

SOUZA, E. R. de .; ARAÚJO, D. .; PASSOS, S. G. de . FATORES DE RISCO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos** , Brasil, São Paulo, v. 3, n. 7, p. 463–474, dez 2020. DOI: 10.5281/zenodo.4275879. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/76>. Acesso em: 17 set. 2023.

TURKCAPAR, A. F. *et al.* (2015). Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: A prospective study. **BioMed Central Pregnancy & Childbirth**, v.15, p.108, mai 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0532-1> <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0532-...> Acesso em: 21 nov 2023.

ZAMORANO, A. A. Depressão Pós-Parto: Um enfoque à saúde mental da puérpera sob a perspectiva da enfermagem. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Pulo, v.7, n.9, p. 92-108, set, 2021. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/2171>. Acesso em: 1 mai 2023.

ZANATTA, E; PEREIRA, C. R. R; ALVES, A. P. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. **Pesqui. prá. Psicossociais**. São João del-Rei, v. 12, n. 3, p. 1-16, dez. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 jun. 2023.