

Detecção precoce da depressão pós-parto na atenção básica

Early detection of postpartum depression in primary health care

Detección precoz de depresión posparto en atención primaria de salud

Teixeira, Mayara Gonçalves¹; Carvalho, Cláudia Maria Sousa de²; Magalhães, Juliana Macêdo³; Veras, Juscélia Maria de Moura Feitosa⁴; Amorim, Fernanda Cláudia Miranda⁵; Jacobina, Pabline Kaiane Ferreira⁶

RESUMO

Objetivo: detectar a prevalência de depressão pós-parto e fatores sociodemográficos em puérperas atendidas em uma unidade por equipes de Saúde da Família. **Método:** estudo observacional descritivo, com abordagem quantitativa. Participaram 92 puérperas atendidas pelas Equipes Saúde da Família do município de Teresina, Piauí. A coleta ocorreu de dezembro 2018 a abril 2019. Aplicou-se um questionário envolvendo variáveis socioeconômicas, junto Escala Edimburgo. Os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva. **Resultados:** a prevalência de depressão pós-parto nas puérperas foi 39,13%. Predominaram as puérperas com união estável (36,96%), na faixa etária 18 a 22 anos (44,57%), a maioria declarou cor/raça parda (76,9%) e ocupação do lar (77,17%). **Conclusão:** a elevada prevalência da Depressão Pós-Parto aponta para a necessidade de provocar mudanças no modelo assistencial destinado à mulher no ciclo gravídico-puerperal, com ênfase na promoção de intervenções que possam minimizar os fatores de risco para este agravo.

Descritores: Depressão; Período pós-parto; Atenção primária à saúde

ABSTRACT

Objective: to detect the prevalence of postpartum depression in puerperal women attended in a unit by Family Health teams. **Method:** descriptive observational study, with a quantitative approach. The participants were 92 puerperal women attended by the Family Health Strategy Teams of the municipality of Teresina, Piauí. Data was collected from December 2018 to April 2019. A questionnaire socioeconomic was applied, in addition to the Edinburgh Postnatal Depression Scale.

1 Centro Universitário de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (UNINOVAFAPI). Teresina, Piauí (PI). Brasil (BR). E-mail: mayarakely@outlook.com ORCID: 0000-0001-7991-0696

2 Centro Universitário de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (UNINOVAFAPI). Teresina, Piauí (PI). Brasil (BR). E-mail: cmcarvalho@uninovafapi.edu.br ORCID: 0000-0001-8901-3390

3 Centro Universitário de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (UNINOVAFAPI). Teresina, Piauí (PI). Brasil (BR). E-mail: julianamdem@uninovafapi.edu.br ORCID: 0000-0001-9547-9752

4 Centro Universitário de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (UNINOVAFAPI). Teresina, Piauí (PI). Brasil (BR). E-mail: jusceliafeitosa@yahoo.com.br ORCID: 0000-0001-9198-177X

5 Centro Universitário de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (UNINOVAFAPI). Teresina, Piauí (PI). Brasil (BR). E-mail: famorim@uninovafapi.edu.br ORCID: 0000-0002-1648-5298

6 Centro Universitário de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (UNINOVAFAPI). Teresina, Piauí (PI). Brasil (BR). E-mail: pablinekaiane016@hotmail.com ORCID: 0000-0002-6087-2404

Como citar: Teixeira MG, Carvalho CMS, Magalhães JM, Veras JMMF, Amorim FCM, Jacobina PKF. Detecção precoce da depressão pós-parto na atenção básica. J. nurs. health. 2021;11(2):e2111217569



The results were analyzed by means of descriptive statistics. **Results:** the prevalence of postpartum depression was verified in 39.13%. Puerperal women with a stable union predominated (36.96%), aged between 18 and 22 years old (44.57%), the majority declared color / brown race (76.9%) and home occupation (77.17%). **Conclusion:** the high prevalence of Postpartum Depression points to the need to provoke changes in the model of care for women in the pregnancy-puerperal cycle, with emphasis on the promotion of interventions that can minimize this condition.

Descriptors: Depression; Postpartum period; Primary health care

RESUMEN

Objetivo: detectar prevalencia de depresión posparto en puérperas atendidas en una unidad por equipos de Salud de la Familia. **Método:** estudio observacional descriptivo, con abordaje cuantitativo. Los participantes fueron 92 puérperas atendidas por los Equipos de Estrategia de Salud de la Familia en la ciudad de Teresina, Piauí. La recolección de datos se llevó a cabo desde diciembre de 2018 hasta abril de 2019. Se aplicó un cuestionario socioeconómico, además de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva. **Resultados:** la prevalencia de depresión posparto en 39,13%. Predominaron las mujeres puerperales con unión estable (36,96%), con edades comprendidas entre 18 y 22 años (44,57%), la mayoría declaró color / raza morena (76,9%) y ocupación domiciliaria (77,17%). **Conclusión:** la alta prevalencia de depresión posparto apunta a la necesidad de generar cambios en el modelo de atención a la mujer en el ciclo embarazo-puerperal, con énfasis en promover intervenciones que minimicen esta condición.

Descriptores: Depresión; Periodo posparto; Atención primaria de salud

INTRODUÇÃO

A gravidez representa um período marcado por significativas alterações físicas e psicológicas para a mulher que podem desencadear sentimentos positivos de alegria, satisfação e prazer; mas, também, sentimentos negativos de medo, insegurança, ansiedade diante da aproximação do parto e, com ele, das mudanças no estilo de vida da mulher que podem resultar em sofrimento psíquico.¹

O puerpério compreende a fase do ciclo gravídico-puerperal que se inicia após o nascimento do bebê e se estende até a completa recuperação do organismo materno, coincidindo com o retorno da ovulação. Esta fase dura seis ou mais semanas e é dividida em puerpério imediato, tardio e remoto, durante a qual a mulher vivência a

necessidade de adaptação, não só corporal como emocional.²

Diante disso, o período puerperal representa uma fase na qual a mulher se torna mais vulnerável a variados graus de sofrimento psíquico, pois esta se mostra mais sensível às mudanças no estilo de vida e, muitas vezes, os recursos de enfrentamento para essas situações faltam, predispondo-a ao aparecimento de transtornos mentais, dos quais os sintomas depressivos são comuns em cerca de 70,00% a 90,00% das mulheres.³

A depressão é um transtorno psiquiátrico que se manifesta por episódios depressivos recorrentes, mas se não tratado, pode ter um curso crônico, caracterizada pela presença de humor deprimido, perda de energia e de

prazer pelas atividades, sentimento de culpa, resultando na inutilidade, alterações de apetite, peso e sono, além de dificuldades de concentração e tomada de decisões, pensamentos de morte incluindo ideação suicida, planos e tentativas de suicídio.⁴

Tal transtorno representa um grave problema de saúde pública, principalmente, quando se trata de mulheres no período pré-natal e após o parto (puerpério), pois afeta a saúde tanto da mãe, quanto o desenvolvimento do recém-nascido.⁵

No Brasil, a prevalência de Depressão Pós-Parto (DPP) é cerca de 26,00%, sendo mais elevada que a média estimada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para países de baixa renda, equivalente a quase 20,00% e, aproximadamente, 25,00% das puérperas apresentam sintomas de depressão, no período de seis a 18 meses pós-parto.⁶

Considerando que a etiologia da DPP é multifatorial, estudo de revisão da literatura revelou que condições, tais como: histórico de depressão, estresse e ansiedade, baixo suporte social e familiar, falta de apoio do parceiro e falta de apoio social no puerpério, são fatores que aumentam o risco para o desenvolvimento de DPP. Por outro lado, a participação em programas de pré-natal, relacionamento saudável com suas próprias mães, suporte social na gestação e no puerpério e relações sociais positivas constituem fatores de proteção para DPP.⁷

A atenção primária à saúde, desenvolvida por equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem entre as

estratégias de organização o diagnóstico territorial e o acolhimento às demandas da comunidade, o que possibilita identificar as situações de risco e vulnerabilidade aos quais estão expostos os usuários sob a responsabilidade das equipes. Estudos evidenciam que a DPP é um problema frequente no cotidiano de trabalho dos profissionais da Atenção Básica (AB), sendo este um nível com elevado potencial para detectar e intervir precocemente no problema, evitando agravamento do caso.

Diante disso, o objetivo do estudo foi detectar a prevalência de depressão pós-parto e fatores sociodemográficos em puérperas atendidas em uma unidade por equipes de Saúde da Família.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional do tipo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com puérperas atendidas pelas equipes de ESF em uma UBS na zona leste do município de Teresina-PI, sob a gestão da Fundação Municipal de Saúde (FMS).

A rede básica do município de Teresina é composta por 91 (noventa e uma) UBS, distribuídas nas regiões norte, sul, leste e sudeste do município. Todas as UBS's encontravam-se em funcionamento com o trabalho das equipes de ESF. Sendo que, na UBS cenário da pesquisa, existiam três equipes de saúde da família.

A escolha da UBS selecionada para o desenvolvimento deste estudo se justifica pelo fato desta estar entre as unidades que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) e,

por isso, verificam-se melhores e maiores condições de acesso do usuário e qualidade no atendimento, propiciando condições favoráveis ao desenvolvimento da proposta de pesquisa. A coleta dos dados foi realizada no período de dezembro 2018 a abril de 2019.

Participaram do estudo por 92 puérperas, residentes na área e que procuraram a UBS para atendimento no ano, até o período da coleta, e que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Sendo assim, participaram da pesquisa puérperas que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: puérperas com até 45 dias pós-parto, com 18 anos ou mais de idade e ser cadastrada na UBS cenário da pesquisa; e excluídas puérperas que, ocasionalmente, buscaram atendimento na unidade básica selecionada para estudo, mas que pertenciam a outro território da atenção básica.

O cálculo do tamanho da amostra considerou uma margem de erro de 5% e nível de confiança de 95,00%. A escolha das mulheres foi feita por meio de uma amostragem não probabilística do tipo intencional, ou seja, na medida em que a mulher fosse atendida a mesma seria convidada a participar da pesquisa.

Para a realização do estudo, foram utilizados dois instrumentos para coleta dos dados. O primeiro foi um questionário que levantou dados do perfil sociodemográfico das participantes e o segundo foi a Escala de Depressão Pós-parto de *Edimburg* (EDPPE) para o rastreamento de risco de DPP.

A referida escala é um instrumento autoaplicável, composto por 10 itens relacionados aos sintomas depressivos presentes na fase do puerpério com índice de sensibilidade de 86,4% e 91,1% de especificidade revelados em estudo sobre as propriedades psicométricas da escala.⁸

Os dados levantados foram registrados em uma planilha *Microsoft Excel* para então ser exportada para o programa *IBM SPSS Statistics 20* que foi feito o processamento dos dados e o teste estatístico. A análise dos dados foi de forma descritiva e inferencial. Por meio da leitura das frequências absoluta, relativas e teste do qui-quadrado, com nível de significância de 5%.

Esse estudo foi autorizado em 29 de outubro de 2018 pela Comissão de Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde (FMS), instituição mediadora da pesquisa selecionada para conhecimento do conteúdo científico-metodológico. O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (UNINOVAFAPI), sob parecer nº 3.042.853 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 02764418.8.0000.5210, atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais de uma pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A Tabela 1 descreve o perfil das puérperas participantes do estudo. Os resultados revelaram predominância de mulheres jovens com até 30 anos

(79,35%); que declararam cor/raça parda (76,10%); situação conjugal com companheiro (tipo união estável ou casadas) (71,74%); terem apenas um filho (44, 56%) e composição familiar constituída por marido e filhos (68,48%). Quanto a renda 71,74%, disseram viver com de menos de um salário mínimo e 77,17% referiram ter ocupação do lar

(77,17%). Além disso, 67,39% referiram ser da religião católica.

Quanto à possibilidade de desenvolver DPP, com a aplicação da EDPPE, os resultados revelaram que 39,13% das puérperas participantes do estudo têm maior probabilidade para o problema. A Tabela 2 apresenta as variáveis analisadas na EDPPE.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico das puérperas atendidas em uma UBS. Teresina, Piauí, 2019. N=92

Variáveis	Nº	%
Faixa etária (em anos)		
18 a 22	41	44,57
23 a 30	32	34,78
31 a 38	16	17,39
39 a 46	03	3,26
Cor / raça		
Branca	05	5,43
Parda	70	76,10
Amarela	02	2,17
Negra	15	16,30
Situação conjugal		
Solteira	22	23,91
Casada	32	34,78
União estável	34	36,96
Divorciada	02	2,17
Outra	02	2,17
Ocupação		
Do lar	71	77,17
Outras	21	22,83
Religião		
Católica	62	67,39
Adventista	01	1,09
Outra	29	31,52
Renda familiar (SM)		
<1	66	71,74
1 a 3	23	25,00
4 a 6	03	3,26
Nº de filhos		
1	41	44,56
2	34	36,96
3	11	11,96
4 ou +	06	6,52
Composição familiar		
Sozinho	06	6,52
Marido/companheiro e filhos	63	68,48
Outros familiares	23	25,00
Total	92	100,0

Fonte: Dados primários da pesquisa, 2019.

Tabela 2: Escala de depressão pós-parto de Edimburgo, segundo probabilidade para desenvolver depressão pós-parto. Teresina, Piauí, 2019. N=92. p< 0,05

Variáveis sociodemográficas	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo					
	Normal		Probabilidade de depressão		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Faixa etária						
18 a 22	31	33,70	10	10,87	41	44,57
23 a 30	19	20,65	13	14,13	32	34,78
31 a 38	5	5,43	11	11,96	16	17,39
39 a 46	1	1,09	2	2,17	3	3,26
Cor / raça						
Branca	1	1,09	4	4,35	5	5,43
Parda	45	48,91	25	27,17	70	76,10
Amarela	2	2,17	-	-	2	2,17
Negra	8	8,70	7	7,61	15	16,30
Situação conjugal						
Solteira	11	11,96	11	11,96	22	23,91
Casada	18	19,57	14	15,22	32	34,78
Divorciada	1	1,09	1	1,09	2	2,17
União estável	24	26,09	10	10,87	34	36,96
Outra	2	2,17	-	-	2	2,17
Ocupação						
Do lar	43	46,74	28	30,43	71	77,17
Outras	13	14,13	8	8,70	21	22,83
Religião						
Católica	33	35,87	29	31,52	62	67,39
Adventista	1	1,09	-	-	1	1,09
Outra	22	23,91	7	7,61	29	31,52
Renda familiar (SM)						
< 1	40	43,48	26	28,26	66	71,74
1 a 3	15	16,30	8	8,70	23	25,00
4 a 6	1	1,09	2	2,17	3	3,26
Nº de filhos						
1	23	25,00	18	19,57	41	44,56
2	21	22,83	13	14,13	34	36,96
3	7	7,61	4	4,35	11	11,96
4 ou +	5	5,43	1	1,09	6	6,52
Composição familiar						
Sozinho	2	2,17	4	4,35	6	6,52
Marido/companheiro e filhos	39	42,39	24	26,09	63	68,48
Outros familiares	15	16,30	8	8,70	23	25,00
Total	56	60,87	36	39,13	92	100,0

Fonte: Dados primários da pesquisa, 2019.

Assim, o perfil das puérperas com maior probabilidade de desenvolver DPP foi caracterizado por: faixa etária de 23 a 30 anos (14,13%); cor autodeclarada parda (27,17%); casada (15,22%); ocupação do lar (30,43%); religião católica (31,52%); renda familiar de menos de um salário mínimo (28,26%); apenas um filho (19,54%) e composição familiar formada por marido/companheiro e filhos (26,90%).

DISCUSSÃO

A probabilidade para DPP em puérperas atendidas em uma UBS, verificada neste estudo, corrobora com o percentual encontrado em outras pesquisas que verificaram prevalência em torno 7,20% a 39,40%.⁹

Autores elucidam que a prevalência de DPP é bastante variável na literatura, fator que pode ser explicado pela escolha do instrumento de avaliação adotado, pelo período de coleta de dados, bem como pelo tipo de amostra e aculturação.⁹

Ademais, estudos revelam que nos países em desenvolvimento, incluindo os trabalhos nacionais, as taxas de prevalência em sua maioria encontraram-se por volta de 20,00%. Nos países desenvolvidos, a prevalência encontrada variou de 5,00% a 30,00%. No Brasil, os estudos apontam que cerca de 30% a 40% das mulheres atendidas em UBS, na ESF ou com perfil socioeconômico baixo, indicam elevado índice de sintomas depressivos em média, oito meses após o parto.⁹

Outro estudo, por meio da EDPPE, investigou sintomatologia depressiva em grupo de 30 mães trabalhadoras,

primigestas, com bebês entre dois e seis meses. Neste estudo, os dados apontaram prevalência de 13,30% de DPP entre as participantes.¹⁰

Ainda corroborando com os estudos acerca da DPP, 70,00% das gestantes que indicam depressão durante o pré-natal continuam com sofrimento psíquico no período pós-parto e nos primeiros anos de vida da criança.¹¹ Outros autores são de acordo com o achado anterior e abordam que a DPP é um problema de saúde pública, pois sua frequência é relevante, o que pode-se perceber em uma pesquisa realizado em Uberaba (MG), com 66 puérperas, o qual identificou que 19,70% apresentaram sintomas de depressão após o nascimento do recém-nascido.¹²

A partir desses dados e do resultado de prevalência verificado neste estudo, que foi de 39,13%, destaca-se a importância de atenção à mulher após o nascimento do bebê, acreditando-se que as iniciativas devem ser implementadas desde o pré-natal. Muitas iniciativas constituem relevantes estratégias na prevenção da DPP. O programa de Pré-Natal Psicológico representa uma dessas estratégias com potencial preventivo e de promoção à saúde por proporcionar um espaço de escuta e atenção às necessidades identificadas no contexto de vida da gestante.¹³

A depressão consiste em uma doença de complexo diagnóstico, que tem preocupado os profissionais de saúde. De acordo com dado da Organização Mundial de Saúde (OMS),¹⁴ a referida doença é a principal causa de incapacitação em todo o mundo e, até

2030, estima-se que se tornará o mal mais prevalente no planeta.

A depressão pode atingir mulheres com as mais diferentes classes sociais, cor e raça, todavia, as mais predispostas são aquelas com maior nível de pobreza e com falta de apoio psicológico, sendo mais suscetíveis as primíparas de baixa renda.¹²

Neste sentido, verifica-se que existe uma relação com a depressão pós-parto e o nível socioeconômico das gestantes, salientando-se a importância de um olhar atento à essas mulheres, visto os impactos da depressão, também, para a saúde do bebê.

Para que fosse possível analisar os fatores envolvidos na prevalência de depressão pós-parto, nesta pesquisa, também se verificou o perfil sócio demográfico das puérperas. Os resultados da pesquisa não apontaram significativa prevalência de perfil social em relação à DPP; contudo foi possível estabelecer uma associação entre as variáveis estudadas e a DPP comparando a outros estudos.

Assim, quanto à faixa etária das participantes, não foram verificadas diferenças percentuais relevantes entre puérperas com maior probabilidade para desenvolver DPP. Contudo, a faixa etária de 23 a 30 anos, seguida da faixa de 31 a 38 anos tiveram maior percentual com 14,13% e 11,96%, respectivamente.

Estudo com 176 puérperas de uma maternidade no município de Teresina-PI evidenciou maiores prevalências de sintomas depressivos em puérperas de faixas etárias extremas no público pesquisado. Nesse estudo, a maior

prevalência foi verificada em participantes de 38 a 41 anos (36,36%), seguida das puérperas de 18 a 21 anos com 29,03%.¹⁵

Elevados índices de DPP nesse público podem estar associados à sentimentos de medo e preocupação acerca da criação do filho, presentes nas puérperas de idade mais avançada, somados à percepção de julgamentos de terceiros em relação à idade para a maternidade. Por outro lado, entre puérperas jovens, o desencadeamento de DPP pode estar relacionado à fatores como: exigências relacionadas ao papel de cuidar do próprio filho, assumindo novo papel, além de preocupações desencadeadas pela falta de estabilidade financeira em fase precoce da vida.¹³

Em outro estudo, autores explicam que entre mulheres muito jovens o surgimento de DPP pode estar relacionado à falta de maturidade afetiva e nos relacionamentos, enquanto em mulheres em idade avançada pode ser motivada pelo estresse com preocupações relacionadas à gravidez, como a maior probabilidade de necessidades de intervenções obstétricas e morbidades mais severas.¹⁶

Ainda como fatores de risco para DPP em mulheres que engravidam após os 34 anos de idade estão as complicações obstétricas em decorrência do envelhecimento ovariano e da frequência aumentada de doenças crônicas pré-existentes que aumentam ao longo da idade, verificando-se que essas mulheres apresentam maior frequência de complicações perinatais adversas, destacando-se a prematuridade, baixo peso ao nascer,

hipertensão/pré-eclâmpsia e índice de *Apgar* baixo.¹⁷

No que diz respeito à cor/raça das puérperas que participaram desta pesquisa verificou-se que a maior parte delas autodeclararam-se pardas (76,09%), fator que reflete a realidade brasileira, considerando que, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a maior parte da população (46,70%) também se autodeclara como parda.¹⁸ Sendo assim, este dado não associa à ocorrência de DPP; embora, entre as participantes com maior risco para o agravo, 27,17% declararam-se da cor parda.

O resultado identificado nesta pesquisa não encontrou respaldo em outras pesquisas realizadas sobre o assunto, visto que poucos são os autores que consideram essa variável e aqueles que consideraram não identificaram relação entre cor/raça e risco de depressão pós-parto.¹²

As participantes foram bem distribuídas quanto à análise sobre a situação conjugal. No estudo predominou situação conjugal do tipo união estável (36,96%) e casada (34,78%) entre as participantes. Entretanto, sobre a relação entre a situação conjugal e o índice de probabilidade para depressão pós-parto, neste estudo não foram observadas diferenças estatísticas significativas que pudessem apontar uma correlação. Contudo, vale destacar que 50,00% das mulheres solteiras apresentaram maior probabilidade para depressão pós-parto; enquanto, 43,75% das mulheres casadas, 50% das divorciadas e 29,41% das mulheres em união estável apontam para a mesma condição.

Alguns autores salientam que houve uma reviravolta no percentual de mulheres grávidas que eram tidas como solteiras a partir do momento em que, também, se passou a considerar a união estável para designar mulheres na condição de casadas, situação que foi verificada neste estudo.¹⁹

Chama atenção o resultado de uma pesquisa que apontou que a depressão pós-parto mais do que associada à situação conjugal da mulher, está associada à satisfação com essa situação conjugal. Portanto, entende-se que não é o estado civil que exerce influência para o desenvolvimento de depressão pós-parto; isso vai além do fato de ter ou não um parceiro, para como a mulher está se sentindo em relação a essa situação conjugal.²⁰

Entretanto, estudo desenvolvido em uma maternidade, no interior do Maranhão, com uma amostra de 280 puérperas, ressaltou a importância do estabelecimento de uma relação estável e efetiva, seja com seus parceiros ou com seus pais no sentido de oferecer segurança e conforto, sendo esse fator fundamental para o desenvolvimento psicológico e intelectual normal da puérpera.²¹

Quanto à ocupação foi possível verificar que a maioria das puérperas que participaram desta pesquisa intitularam-se como “do lar”, correspondendo a 77,17% do total de participantes e 30,43% do total com probabilidade para DPP. As outras ocupações emergidas no estudo, como costureira, faxineira, manicure e outras, foram muito diversificadas e em percentual muito pequeno; por isso,

neste estudo, optou-se por agregar em única categoria (“outras”). Apesar de se verificar uma mudança cultural em relação ao assunto, de acordo com dados do IBGE²² ainda é mais alto o índice de mulheres responsáveis pelo cuidado do lar e das crianças. Os dados revelaram que 83,6% das crianças menores de 4 anos no Brasil tem como principal responsável uma mulher.

A variável ocupação não tem sido explorada para traçar o perfil de puérperas com sinais de DPP. Provavelmente por estar muito próxima de condições financeiras, muitos estudos não associam a DPP com o tipo de ocupação.

Acrescenta-se aos estudos analisados, que não trouxeram informações sobre a relação entre a ocupação da mulher e a depressão pós-parto que as estruturas familiares foram modificadas, as mulheres assumiram papéis sociais até então somente ocupado pelos homens, fazendo cada vez mais parte do mercado de trabalho, enquanto muitos homens passaram a assumir o papel de cuidadores da família, ficando em casa com os filhos; enfim, mudanças que exigiram das pessoas uma adaptação aos novos estilos de vida. Relacionar trabalho e família passou a ser algo inevitável, as pessoas passaram a necessitar conciliar esses dois papéis, buscando o êxito em ambas as atividades.

Outra realidade brasileira refletida nessa pesquisa foi observada nos dados sobre religião. No estudo, 67,39% do total de puérperas pesquisadas e 31,52% das puérperas com probabilidade para DPP, identificaram-se como seguidoras da religião católica. De acordo com o

último censo realizado no país, o Brasil é a maior nação católica do mundo, apesar de se verificar uma transição religiosa no país que aponta para a diversidade, o número de católicos ainda é maioria com 64,6,0% da população.²³

Não foram encontradas pesquisas com resultados semelhantes a este estudo; todavia, estudos evidenciam que a religiosidade constitui importante recurso de apoio à depressão, enfatizado que o fato de seguir uma religião é um requisito valioso de proteção.²⁴

Quando se analisa a renda familiar das mulheres que participaram desta pesquisa foi possível observar que a maioria tem renda de menos de 1 salário mínimo, o equivalente a 71,74% das participantes e 28,26% das participantes com probabilidade para desenvolver DPP. Este é um resultado que reflete a situação de muitas realidades brasileiras. Estudo desenvolvido no Brasil, com 23.894 puérperas de diferentes regiões brasileiras, revelou que puérperas de classe econômica inferior estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de DPP.⁷

O número de filhos, também, foi considerado neste estudo, verificando-se que os resultados coincidem com o perfil demográfico verificado na tendência do censo de 2010, de acordo com o IBGE,²² os resultados demonstraram que a taxa de fecundidade no país vem caindo desde a década de 1970 de 5,76 filhos para 1,90 em 2010.

Assim, este estudo revelou maiores prevalências de DPP em puérperas com 1(19,57%) ou 2 (14,13%) filhos, mostrando-se menores em puérperas com maior número de filhos. Embora

este dado, isoladamente, não permita correlacionar com DPP, resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos que revelaram que mulheres com três ou mais filhos apresentaram menor prevalência de DPP quando comparado à mulheres com apenas um filho.²³ Neste contexto, autores explicam que entre as transições do ciclo de vida das famílias, a transição para a parentalidade, principalmente quando o filho é primogênito, representa a fase mais significativa e estressante e, por isso, propulsora de DPP.²¹

Em contrapartida, outros estudos revelam que mulheres com múltiplos filhos estão mais vulneráveis ao DPP, provavelmente associado ao estresse ocupacional e à sobrecarga familiar.⁵

Quanto à composição familiar, o estudo revelou maior índice de puérperas com probabilidade de DPP entre aquelas que vivem na companhia de marido/companheiro (26,09%). Ressalta-se um estudo que revelou que mulheres em famílias nucleares apresentaram menor incidência de depressão pós-parto, enquanto mulheres em famílias mononucleares apresentaram maior incidência.²³

Contudo, merece destacar que o modo como os genitores compartilham o cuidado com os filhos representa importante fator de proteção relacionado a DPP. Estudo desenvolvido com 11 famílias com bebês no primeiro ano de vida, em que a mãe apresentava depressão pós-parto revelou sintomas de DPP marcados por relatos de pouco apoio e depreciação coparental, além de fragilidades na comunicação e no relacionamento da tríade mãe-pai-bebê.

Elevadas taxas de prevalência da DPP apontam para a necessidade de implementação de medidas de prevenção no âmbito da atenção básica. Para isso, a rede básica de saúde deve estar organizada para garantir o acolhimento e acompanhamento da mulher durante a gestação, parto e puerpério com o propósito de ofertar intervenções abrangendo grande número de pessoas, podendo ser adaptado à realidade de cada comunidade.¹⁸

Importante mencionar que a ESF trabalha a promoção da saúde como possibilidade de articulação transversal, o que confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas, com vistas ao desenvolvimento de intervenções para minimizar os fatores de risco e vulnerabilidades, com equidade e estímulo à participação popular na gestão em saúde.²⁴

Vale ressaltar as fragilidades e avanços proporcionado por este estudo. Entre os aspectos que merecem destacar como fragilidades referem-se à limitação dos pesquisadores acerca de obter informações precisas sobre o histórico progresso das participantes sobre episódios depressivos. Além disso, estabelecer uma correlação fiel entre a DPP e os fatores associados representa uma limitação, pois o adoecimento psíquico, geralmente, é multicausal, não possibilitando, em muitas situações, aos investigadores, identificar a causa ou fator desencadeante.

Entretanto, o estudo possibilitou realizar um mapeamento de puérperas

que manifestaram sinais de DPP, no cenário onde foi desenvolvida a pesquisa, e caracterizar as condições sociodemográficas deste público, o que poderá sensibilizar gestores e profissionais de saúde e áreas afins para o desenvolvimento de intervenções que possam contribuir para assistência de qualidade à mulher nesse ciclo de desenvolvimento.

CONCLUSÃO

Neste estudo identificou-se elevada taxa de prevalência de DPP (39,13%) quando comparada às médias encontradas em estudos brasileiros, que variam de 15% a 30%, e verificou-se que, apesar da etiologia não ser completamente definida, existe uma relação de múltiplos fatores que podem desencadear a DPP, possibilitando destacar um perfil majoritário no grupo estudado. Desse modo, puérperas com idade entre 23 e 30 anos, de cor autodeclarada parda, casada, de ocupação do lar, religião católica, renda familiar de menos de 1 salário mínimo, vivendo com marido/companheiro e apenas 1 filho compõem o grupo de puérperas que revelaram possibilidade de DPP neste estudo.

Desta forma, este estudo contribui para estimular a investigação quanto a presença dos fatores de risco para DPP ainda nas consultas de pré-natal, introduzindo questionamento acerca da aceitação, presença do parceiro ou da família, com vistas ao desenvolvimento de uma atenção integral à saúde da mulher, voltada tanto à saúde física como mental da mulher e da criança, buscando intervir nos fatores de risco para DPP e fortalecendo os fatores de proteção.

Para isso, é importante ressaltar que o nível atenção primária à saúde representa importante componente da rede de atenção à saúde, com potencialidades para o desenvolvimento de cuidados ampliados à saúde e garantir assistência integral à mulher nas diferentes fases do desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- 1 Diuana V, Ventura M, Simas L, Larouze B, Correa M. Women's reproductive rights in the penitentiary system: tensions and challenges in the transformation of reality. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2016[cited 2020 Mar 31]; 21(7):2041-50. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.21632015>
- 2 Santos MAR, Goetz ER, Sicco GP, Fernandes HGS, Medeiros M, Melo NEB, et al. Perfil epidemiológico de puérperas com quadro de depressão pós-parto, em unidades de saúde um município da serra catarinense, SC. *Rev. AMRIGS.* [Internet]. 2017[acesso em 2021 abr 29];61(1):30-4. Disponível em: <https://anyflip.com/stzd/kdez/>
- 3 Andrade M, Demitto M, Dell Agnolo C, Torres M, Carvalho M, Pelloso S. Tristeza materna em puérperas e fatores associados. *Rev. port. enferm. saúde mental.* [Internet]. 2017[acesso em 2020 mar 31];(18):8-13. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n18/n18a02.pdf>
- 4 Krob AD, Godoy J, Leite KP, Mori SG. Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto. *Rev. Psicol. Saúde.* [Internet]. 2017[acesso em 2020 mar 31];9(3):3-16. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v9n3/v9n3a01.pdf>

5 Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública (Online)*. [Internet]. 2017[acesso em 2020 mar 31];33(9):e00094016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094016>

6 Theme Filha MM, Ayers S, da Gama SG, Leal Mdo C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J. affect. disord.* [Internet]. 2016[cited 2020 May 07];194:159-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>

7 Arrais AR, Araujo TCCF. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Psicol. saúde doenças*. [Internet]. 2017[acesso em 2020 mar 31];18(3): 828-45. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180316>

8 Figueira Seixas J, Silveira F, Silveira R, Ribeiro C, Zile, L. Depressão pós-parto: incidência no ambulatório de puerpério do Centro Universitário de Valença baseada na escala de Edimburgo. *Revista Saber Digital* [Internet]. 2019[acesso em 2020 mar 31];12(2):53-62. Disponível em: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/SaberDigital/article/view/792>

9 Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública (Online)*. [Internet]. 2017[acesso em 2020 mar

31];33:e00094016. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094016>

10 Manente MV, Rodrigues OMPR. Maternidade e trabalho: associação entre depressão pós-parto, apoio social e satisfação conjugal. *Pensando fam.* [Internet]. 2016[acesso em 2020 mar 31];20(1):99-111. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v20n1/v20n1a08.pdf>

11 Arrais AR, Araujo TCCF, Schiavo RA. Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. *Rev. Psicol. Saúde*. [Internet]. 2019[acesso em 2020 mar 31];11(2):23-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706>

12 Moll MF, Matos A, Rodrigues TDA, Martins TDS, Pires FC, Pires NADS. Tracking postpartum depression in young women. *Rev. enferm. UFPE on line*. [Internet]. 2019[cited 2020 Mar 31];13(5):1338-44. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239181/32251>

13 Benincasa Miria, Romagnolo Adriana Navarro, Januário Bruna Setin, Heleno Maria Geralda Viana. O pré-natal psicológico como um modelo de assistência durante a gestação. *Rev. SBPH*. [Internet]. 2019[acesso em 2021 mar 20];22(1):238-57. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v22n1/v22n1a13.pdf>

14 Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação internacional de doenças e

problemas relacionados à saúde: CID 10. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 2015.

15 Soares YKC; Gonçalves NPC; Carvalho, CMS. Avaliação da depressão pós-parto: prevalência e fatores associados. *Revista Interdisciplinar* [Internet]. 2015[acesso em 2020 mar 31];8(4):40-6. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/520/pdf_260

16 Marques LC, Silva WRV, Lima VP, Nunes JT, Ferreira AGN, Fernandes MNF. Saúde mental materna: rastreando os riscos causadores da depressão pós-parto. *J. Health NPEPS*. [Internet]. 2016[acesso em 2020 mar 31];1(2):145-59. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1588/1514>

17 Alves NCC, Feitosa KMA, Mendes MES, Caminha MFC. Complications in pregnancy in women aged 35 or older. *Rev. gaúch. enferm.* [Internet]. 2017[cited 2020 Mar 31];38(4):e2017-0042. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0042>

18 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2009[acesso em 2021 abr 29]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>

19 Araújo EC, Monte PCB, Haber ANCA. Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*

[Internet]. 2018[acesso em 2020 mar 31];9(1):33-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232018000100005>

20 Arante FO. Associação entre depressão puerperal e confiança materna em mulheres com histórico de depressão na gravidez [dissertação] [Internet]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2017[acesso em 2020 mar 31]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-25102017-095819/publico/FlaviaOliveiraAranteVersaoCorrigida.pdf>

21 Cowan PA, & Cowan CP. Transições familiares normativas, qualidade da relação do casal e desenvolvimento sadio dos filhos. In: Walsh F. *Processos normativos da família: Diversidade e complexidade*. Porto Alegre: Artmed; 2016. p.428-51.

22 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2011[acesso em 2021 abr 29]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf

23 Felipe RP. Caracterização das relações entre depressão pós-parto, modelos culturais de self, etnoteorias e práticas maternas em uma amostra paulistana atendida pelo sistema público de saúde [tese] [Internet]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2014[acesso em 2020 mar 31]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponi>

10 Anos

JONAH

Journal of
Nursing and
Health

Faculdade de Enfermagem | UFPel

ISSN: 2236-1987

J. nurs. health.

veis/47/47132/tde-02062014-
162633/publico/defelipe_do.pdf

24 Frizzo GB, Schmidt B, Vargan, V.
Piccinini AC. Coparentalidade e
depressão pós-parto. Psico-USF.
[Internet]. 2019[acesso em 2020 mar
31];24(1):85-96. Disponível em:
[http://dx.doi.org/10.1590/1413-
82712019240107](http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712019240107)

Data de submissão: 11/07/2019
Data de aceite: 19/04/2021
Data de publicação: 11/05/2021