



Avaliação da depressão no puerpério imediato e tardio

Evaluation of postpartum depression in the immediate and late puerperium

Evaluación de la depresión posparto en el puerperio inmediato y tarde

Ana Carolina Proxedes de Castro¹, Acsa Gabriela dos Reis Silva¹, Ana Clara Pereira Abrantes Couy¹, Krísicia Lúcia da Cruz¹, Valéria Gomes Ventura¹, Vitória Helena Carvalho Furtado de Mendonça^{2,3}, Juliana Barroso Zimmermann^{1,2,3}.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a frequência de depressão pós-parto em puérperas atendidas em puerpério recente e tardio. **Métodos:** Foram estudadas 99 puérperas atendidas em puerpério recente e tardio para avaliação de sintomas de depressão pós-parto. Para tanto, foi utilizada a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS). A seguir, o questionário foi reaplicado no período de puerpério tardio. Considerou-se com sintomas depressivos aquelas pacientes que somaram ≥ 12 pontos no questionário aplicado. Todas as respostas foram transcritas em Excel e os dados estatísticos foram avaliados através do software Jamovi para Mac. Considerou-se $p < 0,05$. **Resultados:** Na avaliação no puerpério imediato, verificou-se que 31,3% ($n=31$) foram classificadas com sintomas depressivos e 68,7% ($n=68$) não apresentavam estes sintomas. A média de pontos identificados no EDPS foi de $9,49 \pm 9,00$ pontos. No puerpério tardio, foi possível avaliar dados de 78 pacientes, já que 12 pacientes não foram localizadas. A avaliação, neste período, identificou 23 pacientes com sintomas depressivos (29,5%) e 55 pacientes sem sintomatologia depressiva (70,5%). A média de pontos foi de $9,04 \pm 5,95$. **Conclusão:** A depressão pós-parto é presente na população e deve ser uma preocupação no atendimento destas pacientes.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal, Depressão pós-parto, Transtorno depressivo.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the frequency of postpartum depression in puerperal women treated in the early and late puerperium. **Methods:** Ninety-nine puerperal women treated in the early and late puerperium were studied to assess symptoms of postpartum depression. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was used for this purpose. The questionnaire was then reapplied in the late puerperium. Patients who scored > 12 points on the questionnaire were considered to have depressive symptoms. All responses were transcribed into Excel and statistical data were evaluated using Jamovi software for Mac. Was considered $p < 0.05$. **Results:** In the evaluation in the immediate postpartum period, it was found that 31.3% ($n = 31$) were classified as having depressive symptoms and 68.7% ($n = 68$) did not present these symptoms. The average points identified in the EDPS was 9.49 ± 9.00 points. In the late postpartum period, it was possible to evaluate data from 78 patients, since 12 patients were not located. The evaluation, in this period, identified 23 patients with depressive symptoms (29.5%) and 55 patients without depressive symptoms (70.5%). The average score was

¹ Faculdade de Medicina de Barbacena (Fame/Barbacena), Barbacena - MG.

² High Risk Prenatal Care Grupo (CNPq), Juiz de Fora - MG.

³ Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/EBSERH), Juiz de Fora - MG.

9.04 ± 5.95. **Conclusion:** Postpartum depression is present in the population and should be a concern in the care of these patients.

Keywords: Prenatal care, Postpartum depression, Depressive disorder.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la frecuencia de depresión posparto en puérperas atendidas en el posparto reciente y tardío. **Métodos:** Se estudiaron 99 puérperas atendidas en el puerperio reciente y tardío para evaluar los síntomas de depresión posparto. Para ello se utilizó la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS). Luego, el cuestionario se volvió a aplicar en el posparto tardío. Se consideró que los pacientes que obtuvieron ≥ 12 puntos en el cuestionario tenían síntomas depresivos. Todas las respuestas se transcribieron en Excel y los datos estadísticos se evaluaron utilizando el software Jamovi para Mac. Se consideró $p < 0,05$. **Resultados:** En la evaluación en el puerperio inmediato se encontró que el 31,3% ($n=31$) fueron clasificados como con síntomas depresivos y el 68,7% ($n=68$) no presentaron estos síntomas. El número medio de puntos identificados en el SEPD fue de 9,49 + 9,00 puntos. En el posparto tardío fue posible evaluar los datos de 78 pacientes, ya que 12 pacientes no fueron localizadas. La evaluación, durante este período, identificó 23 pacientes con síntomas depresivos (29,5%) y 55 pacientes sin síntomas depresivos (70,5%). La puntuación media fue de 9,04 + 5,95. **Conclusión:** La depresión posparto está presente en la población y debe ser una preocupación en la atención de estas pacientes.

Palabras clave: Atención prenatal, Depresión posparto, Trastorno depresivo.

INTRODUÇÃO

Os problemas de saúde mental materna são considerados um grande desafio para saúde pública e o tema ainda é amplamente ignorado, tanto na atenção ao pré-natal como no pós-parto. Os transtornos mentais perinatais não estão relacionados apenas à depressão, já que há uma série de problemas de saúde mental que podem ocorrer na gravidez e puerpério, como, por exemplo, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, psicose pós-parto, transtorno de pânico e fobias (FEBRASGO, 2021). A depressão é um dos distúrbios mentais mais prevalentes na gravidez e no pós-parto, afetando cerca de um quinto das mulheres e é geralmente uma continuidade da depressão que se iniciou no período pré-natal, sendo que no Brasil a prevalência das depressões pré-natais é cerca de 20%, muito similar aos países de alta renda (STTEN M e FRANCISCO AA, 2019).

Os principais sintomas da depressão pós-parto estão associados à ansiedade, dificuldades no relacionamento com o recém-nascido, sentimentos de culpa e impotência frente às demandas, distúrbios do sono (insônia ou excesso de sono) lentidão ou agitação incomum e até pensamentos recorrentes de morte (BRASIL, 2023). O estado de saúde mental de uma mãe afeta também o desenvolvimento físico, emocional e psicológico da criança e deve ser considerado durante a assistência à saúde materna. Por isso, existem preocupações sobre a eficácia da estratégia de avaliação da depressão para detectar problemas de saúde mental entre gestantes e puérperas, considerando que a avaliação é, em geral, realizada em um único momento, e, portanto, teria limitações, além de colaborar para medicalização da maternidade (BRASIL, 2023)

No Brasil, o mês de setembro é o mês da prevenção do suicídio, campanha desenvolvida pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Existem sete testes de rastreamento recomendados pela American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), validados para uso durante a gestação e após o parto, entretanto o instrumento mais utilizado na identificação dos sintomas depressivos é a EPDS ou Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EDPE). No Brasil, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), recomenda o uso de métodos de rastreio para a DPP utilizando, principalmente, a EDPE (FEBRASGO, 2020; COUTINHO M, et al., 2008). A EPDS foi desenvolvida na Grã-Bretanha (Escócia) para fins de clínica e pesquisa. Estudos conduziram análises fatoriais para testar sua eficiência operacional na avaliação da depressão pós-parto (DPP), identificando sensibilidade e especificidade de 70 a 85%, respectivamente. A versão brasileira dessa escala não alterou o contexto dos ingleses, ou seja, ocorreu uma tradução das perguntas e alternativas de resposta (COX JL, et al., 1987;

MALLOY DINIZ L, 2009; SANTOS IS, et al., 2007). Baseado no exposto, nos propomos avaliar a saúde mental materna no período pós-parto, em dois momentos distintos (puerpério imediato e tardio) verificando os principais e sinais e sintomas presentes na vida destas puérperas.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo longitudinal com pacientes em puerpério imediato e remoto. As pacientes foram recrutadas em um hospital do estado de Minas Gerais, após parto recente, sendo submetidas a avaliação inicial através da Escala de Edimburgo. Dentre os critérios de inclusão considerou-se apenas puérperas atendidas em regime hospitalar para parto e como critérios de não inclusão aquelas que não quiseram participar do estudo. A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) é um questionário com dez itens, sendo desenvolvido para identificar as mulheres que apresentaram depressão pós-parto (sentimentos de culpa; distúrbios do sono; baixa energia; anedonia (perda da capacidade de sentir prazer comuns nos estados gravemente depressivos e ideação suicida).

Pode ser utilizada dentro de 8 semanas pós-parto e ser aplicada para triagem de depressão durante a gravidez. Além disso, é um instrumento de autoavaliação e que também pode ser aplicado por terceiros. O resultado não afirma o diagnóstico de depressão, mas a necessidade de cuidar dos próprios sentimentos e da situação emocional da família (MONTEIRO FNS, et. al., 2020). A escala é apresentada na (Tabela 1).

Tabela 1 – Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo.

Avaliações		Quase sempre/ tanto quanto antes	Menos que antes/ Sim, às vezes.	Muito menos que antes/ Sim, às vezes.	Nunca
1	Tenho sido capaz de rir e ver o lado bom e divertido das coisas?	0	1	2	3
2	Tenho tido esperança no futuro?	0	1	2	3
3	Tenho me culpado sem necessidade quando as coisas não correm bem?	3	2	1	0
4	Tenho ficado ansiosa ou preocupada por razões bobas/ sem motivos?	3	2	1	0
5	Tenho ficado assustada ou com medo por razões bobas/sem motivos?	3	2	1	0
6	Tenho me sentido tão infeliz que durmo mal?	3	2	1	0
7	Tenho me sentido triste ou muito infeliz?	3	2	1	0
8	Tenho me sentido tão infeliz que choro?	3	2	1	0
9	Tenho ideias de fazer mal a mim mesma?	3	2	1	0
10	Tenho sentido que as coisas são demais para mim e tenho dificuldade em resolver questões?	3	2	1	0

Fonte: Castro ACP, 2024. Adaptado de Cox JL, et al., 1987; Malloy Diniz L, 2009; Santos IS, et al., 2007.

A avaliação foi realizada pela soma dos pontos para cada pergunta e índices mais altos indicam sintomas mais depressivos. A somatória dos pontos perfaz escore de 30, sendo considerado sintomatologia depressiva valores iguais ou superiores a 12. Quanto maior for o resultado do teste, maior será a chance de estar-se enfrentando um quadro de depressão pós-parto. Após 4-8 semanas do parto, o questionário foi novamente aplicado (puerpério tardio) e as respostas anotadas. Os dados foram armazenados e exportados para o Microsoft Jamovi para avaliação estatística. A partir das variáveis estudadas foram produzidas tabelas

compostas com frequência absoluta e relativa, calculadas medidas de posição, tendência central e dispersão. A existência de relação entre as variáveis foi definida por teste qui-quadrado, exato de Fischer, teste T ou Kruskal Wallis conforme indicação. Foram consideradas significativas as diferenças com valor de $p \leq 0,05$. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina de Barbacena, CAAE 70632023.4.0000.8307 sob o parecer número 6162897.

RESULTADOS

Foram estudadas 99 puérperas no pós-parto imediato, na Santa Casa de Misericórdia. Em relação aos dados epidemiológicos, identificaram-se que a maioria das pacientes tinha ensino médio completo (54,5%), não trabalhavam com carteira assinada (54,5%), a gravidez não foi planejada (61,6%), com renda familiar < R\$1500,00 (56,3%) e a maioria se declarou branca (44,4%), conforme a (Tabela 2).

Tabela 2 – Dados epidemiológicos das puérperas estudadas.

Variáveis	%	N
Instrução		
Superior completo	13,1	13
Superior incompleto	5,1	5
Médio completo	54,5	54
Médio incompleto	16,2	16
Fundamental completo	3	3
Fundamental incompleto	8,1	8
Nenhum	5,1	5
Cor		
Branca	44,4	44
Preta	20,2	20
Amarela	6,1	6
Outra	29,3	29
Renda familiar (R\$)		
< 1500	56,3	56
1500-2000	19,8	20
2001-3000	18,8	18
> 3000	5,2	5
Estado civil		
Casada	35,4	35
Solteira	41,4	41
Amigada	19,2	19
Outras	4	4
Trabalha com carteira assinada		
Sim	30,3	30
Não	54,5	54
Não trabalho fora	15,2	15

Fonte: Castro ACP, 2024.

Quando se avaliou os dados obstétricos, verificou-se que a maioria não planejou a gravidez (61,6%), mas 97% fizeram pré-natal e a maioria com número de consultas \geq de 6 (75,5%). O parto mais frequente foi a cesariana (55,2%). Quando se avaliou o suporte para a puérpera, 82,8% afirmaram que tinham suporte, sendo a figura materna da puérpera a mais frequente responsável por esse suporte (58,6%). A maioria já tinha filhos vivos em casa (64,3%), conforme a (Tabela 3). Quando se avaliaram as perguntas de forma isolada, identificaram-se os seguintes aspectos 66,7% mantinham a capacidade de divertir-se, 77,6% tinham esperança no futuro, 39,4% se culpavam algumas vezes, 40,4% se sentiam ansiosas, 35,4% não ficam assustadas sem motivo, 39,4% resolvem as coisas de forma fácil, 52% não se sentem infelizes a ponto de prejudicar o sono e 50,5% não se sentem infelizes, 52,5% não se sentem infelizes para chorarem e 75,8% não pensam em fazer mal a si mesma.

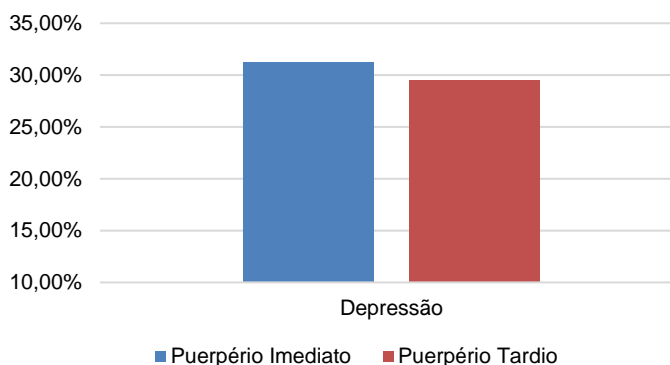
Tabela 3 – Aspectos obstétricos das puérperas estudadas.

Variáveis	%	N
Gravidez Planejada		
Sim	38,4	38
Não	61,6	61
Pré-natal		
Sim	97	96
Não	3	3
Número de consultas pré-natal		
< 6 consultas	24,5	24
>6 consultas	75,5	75
Tipo de parto		
Cesariana	55,2	54
Parto normal	44,8	45
Suporte		
Sim	82,8	82
Não	17,2	17
Quem oferece suporte?		
Mãe	58,6	58
Pai	6,9	7
Sogra	6,9	7
Irmã	4,6	4
Outros	23	23
Filhos vivos em casa		
Sim	64,3	64
Não	35,7	35
Filhos vivos em casa		
1	55,2	55
2	32,8	32
3	11,9	12

Fonte: Castro ACP, 2024.

Na avaliação no puerpério imediato, verificou-se que 31,3% (n=31) foram classificadas com sintomas depressivos e 68,7% (n=68) não apresentavam estes sintomas, conforme questionário aplicado. A média de pontos identificados no questionário aplicado, neste período, foi de $9,49 \pm 9,00$ pontos. Para a avaliação puerperal tardia identificaram-se 78 questionários, já que 12 pacientes não foram localizadas. Neste período, identificou 23 pacientes com sintomas depressivos (29,5%) e 55 pacientes sem sintomatologia depressiva (70,5%). A média de pontos foi de $9,04 \pm 5,95$. Na **Figura 1 e Tabela 4** são apresentadas as frequências das respostas no puerpério imediato e tardio.

Figura 1 – Frequência de sintomas depressivos em mulheres no pós-parto imediato e tardio.



Fonte: Castro ACP, 2024.

Tabela 4 - Frequências das respostas maternas no puerpério imediato (momento 1) e no tardio (momento 2).

Avaliações	Momento 1				Momento 2			
	Quase sempre	Menos que antes	Muito menos que antes	Nunca	Quase sempre	Menos que antes	Muito menos que antes	Nunca
Tenho sido capaz de rir e ver o lado bom e divertido das coisas?	66,7%	18,2%	10,1%	5,1%	74,4%	17,1%	6,1%	2,4%
Tenho tido esperança no futuro?	Tanto como sempre tive	Menos que costumava ter	Muito mesmo que antes	Quase nenhuma	Tanto como sempre tive	Menos que costumava ter	Muito mesmo que antes	Quase nenhuma
	77,6%	12,2%	10,2%	0%	78%	17,1%	3,7%	1,2%
Tenho me culpado sem necessidade quando as coisas não correm bem?	Sim, na maioria das vezes	Sim, algumas vezes	Raramente	Nunca	Sim, na maioria das vezes	Sim, algumas vezes	Raramente	Nunca
	20,2%	39,4%	16,2%	24,2%	22,2%	43,2%	17,3%	17,3%
Tenho ficado ansiosa ou preocupada por razões bobas/ sem motivos?	Sim, muitas vezes	Sim, por vezes	Raramente	Nunca	Sim, muitas vezes	Sim, por vezes	Raramente	Nunca
	40,4%	29,3%	14,1%	16,2%	31,7%	36,6%	9,8%	22%
Tenho ficado assustada ou com medo por razões bobas/sem motivos?	17,2%	24,2%	23,2%	35,4%	11%	18,3%	35,4%	35,4%
Tenho me sentido tão infeliz que durmo mal?	12,2%	11,2%	24,5%	52%	0%	15,4%	29,5%	55,1%
Tenho me sentido triste ou muito infeliz?	11,1%	9,1%	29,3%	50,5%	11,3%	7,5%	37,5%	55%
Tenho ideias de fazer mal a mim mesmo?	6,1%	7,1%	11,1%	75,0%	2,6%	5,0%	6,3%	6,3%
Tenho me sentido tão infeliz que choro?	Sim, quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Sim, quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
	9,1%	13,1%	25,3%	52,5%	12,5%	31,3%	5,0%	51,2%
Tenho sentido que as coisas são demais para mim e tenho dificuldade em resolver questões?	Sim, na maioria das vezes não consigo resolvê-las	Sim, por vezes não consigo resolver como antes	Não, na maioria das vezes resolvo facilmente	Não, resolvo tão bem quanto antes	Sim, na maioria das vezes não consigo resolvê-las	Sim, por vezes não consigo resolver como antes	Não, na maioria das vezes resolvo facilmente	Não, resolvo tão bem quanto antes
	25,3%	14,1%	39,4%	21,2%	12,3%	42%	27,2%	18,5%

Fonte: Castro ACP, 2024.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a depressão pós-parto em mulheres no puerpério imediato e tardio. Observou-se que a maioria das mulheres eram brancas, relataram ser casadas ou tinham algum tipo de relacionamento, possuíam ensino médio completo, não trabalhavam formalmente e apresentavam renda abaixo de 1500,00 reais e tiveram uma gravidez não planejada. A baixa renda e a atividade de trabalho não formalizadas associadas a uma gravidez não planejada são importantes fatores que se relacionam com maior risco de depressão pós-parto (ANDREWS FC, 1999; BOYCE PM, 2003). Apesar destes dados epidemiológicos, acredita-se que o histórico de doenças psiquiátricas na família possa ser um importante fator de risco.

Metanálise realizada em 2022 incluindo 26 estudos com informações sobre 100.877 mulheres, mostrou um aumento do OR de desenvolver depressão pós-parto quando as mães tinham histórico familiar de transtornos psiquiátricos (OR, 2,08; IC de 95%, 1,67-2,59; I² = 57,14%) correspondendo a uma razão de risco de 1,79 (IC de 95%, 1,52-2,09), assumindo uma prevalência de depressão pós-parto de 15% na população em geral (KJELDSEN MMZ, et al., 2022). Outra metanálise envolvendo estudos de vários países identificou os seguintes riscos de DPP: diabetes mellitus gestacional (OR = 2,71, IC 95% 1,78-4,14, I² = 0,0%), depressão durante a gravidez (OR = 2,40, IC 95% 1,96-2,93, I² = 96,7%), mulheres grávidas dão à luz meninos (OR = 1,62; IC 95% 1,28-2,05; I² = 0,0%), histórico de depressão durante a gravidez (OR = 4,82, IC 95% 1,32-17,54, I² = 74,9%), histórico de depressão (OR = 3,09, IC 95% 1,62-5,93, I² = 86,5%) e anestesia peridural durante o parto (OR = 0,81, IC 95% 0,13-4,87, I² = 90,1%) (LIU X, et al., 2022).

Ao avaliar a depressão pós-parto (DPP) em diferentes momentos do puerpério, observou-se ocorrência de 31,3% no puerpério imediato e de 29,5% no puerpério tardio. Houve uma leve redução no período de 2 meses, o que demonstra que as novas mães ainda apresentavam sintomas significativos de declínio de humor. Ao analisar a literatura é perceptível que tal declínio é esperado, tendo em vista que o puerpério imediato pode ser marcado pelo blues puerperal, condição que leva a estados psíquicos semelhantes a depressão maior, mas não é classificado como patologia depressiva pela sua regressão (CHANDRAM M, et al., 2003). Levando em consideração estas frequências elevadas, afirma-se que a DPP ainda é um problema de saúde pública e deve ser rastreada no puerpério e pré-natal (ZINGA D, et al., 2005). Na construção de um panorama sobre a prevalência da DPP, é relevante identificar possíveis grupos mais vulneráveis ao desenvolvimento dos sintomas, com o objetivo de melhorar as estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Nesse sentido, destaca-se que os fatores socioeconômicos podem exercer influência sobre a ocorrência de sintomas depressivos nas gestantes e puérperas, gerando consequências que podem afetar todo o núcleo familiar e constituem um problema no âmbito da saúde pública (CERNADAS JMC, et al., 2020). Desse modo, é crucial levar em conta as características das amostras populacionais analisadas. A depressão pós-parto configura-se como uma condição multifatorial, influenciada por uma complexa interação de elementos, incluindo alterações hormonais, predisposições genéticas e um histórico pessoal de transtornos psiquiátricos. Além disso, variáveis sociais, econômicas e demográficas desempenham um papel significativo. Todos esses aspectos devem ser analisados, com o objetivo de entender tal acometimento psíquico de forma ampla, não só generalizando sintomas, mas visando, também, entender a paciente de forma abrangente.

Nesse cenário, nenhuma estratégia isolada de prevenção se revelou eficaz, uma vez que a condição está intimamente relacionada ao estado físico, mental e ao estilo de vida da puérpera. (Oliveira TA et al., 2022). Percebe-se, portanto, que a análise da amostra de pacientes deve ser feita de forma vasta, com o objetivo de atingir uma leitura de dados mais complexa, não só levando em conta sinais e sintomas, mas também o perfil social analisado. Neste estudo, identificou-se frequência mais elevada de pacientes com sintomas depressivos, acima do citado na literatura que variou de 10% a 15% (LOBATO L, et al., 2011). Entretanto, segundo Falana SD e Carrington JM, 2019, a depressão pós-parto pode afetar até 20% das mulheres no primeiro ano após o parto e 25% além do primeiro ano. Apesar dos avanços no diagnóstico

e tratamento, continua sendo subdiagnosticada em muitos serviços e até mal compreendida. As mulheres nem sempre apresentam sinais de DPP durante o atendimento para o parto do bebê e podem não discutir as mudanças de humor com seu médico de atenção primária na alta e na primeira consulta pós-parto. Identificar opções de triagem e tratamento para profissionais não-médicos de saúde mental talvez seja uma estratégia a ser avaliada.

Além disso, outro fator que pode ter incrementado a frequência de DPP neste estudo, foi a característica da amostra, com pacientes usuárias do sistema público de saúde e com menor renda familiar, o que pode ter gerado maior frequência de DPP. Outro estudo realizado no Brasil e em unidades básicas de saúde identificou prevalência de 30 a 40% de mulheres com sintomas depressivos, semelhante aos resultados encontrados na pesquisa atual (FARIAS SCS, et al., 2024). Foram analisados aspectos emocionais, sendo que nas diferentes fases houve uma significativa proporção de mulheres que mantinham a capacidade de rir e ver o lado positivo da vida, ainda que outros sintomas como a culpa e a ansiedade estivessem presentes. Ressalta-se que tanto no puerpério imediato, quanto no puerpério tardio, foram identificados sinais de declínio de humor (não ver o lado positivo de situações, culpa excessiva, falta de esperança para o futuro, medo, choro fácil e dificuldade para resolver problemas).

Tais dados são compatíveis com o citado na literatura que relata que os sintomas da DPP podem ser semelhantes aos de uma depressão maior e geralmente também incluem preocupações e medos sobre ser mãe. Se a depressão persistir após os primeiros meses, os psiquiatras tendem a prescrever antidepressivos, que podem ser benéficos, e as melhorias podem ser observadas aproximadamente em 30 dias. Uma condição ainda mais grave, mas muito incomum, também pode ocorrer, conhecida como psicose pós-parto ou psicose puerperal, que requer tratamento psiquiátrico assim que detectada. Além disso, vários estudos apontaram que o risco maior ocorre quando a depressão pós-parto ocorre principalmente quando a depressão já estava presente durante a gravidez e foi deixada sem tratamento (CERNADAS JMC, 2020; SARAIVA ERA, COUTINHO MPL, 2011).

Levando em conta que 97% realizaram pré-natal e 82,8% tiveram suporte durante a gravidez e no pós-parto, pode-se supor que além da rede de apoio, uma gestação bem acompanhada e segura são fatores que podem contribuir para o bem-estar mental, de modo que o suporte emocional é essencial para mitigação do estresse e dos sintomas depressivos (GARFIELD L, et al, 2015). Como demonstrado pelos autores Iseki A e Ohashi K (2014), o apoio do núcleo familiar, principalmente a figura materna da gestante, surge como uma ferramenta essencial para estabilização emocional das puérperas. A presença de uma rede de apoio forte garante para paciente qualidade de suporte, tanto durante a gestação quanto no pós-parto, fatores esses, diretamente relacionados com o bem-estar psíquico dessas mulheres. Familiares presentes são sinônimo de amparo, acolhimento, estabilidade, o que garante, maior estrutura emocional e social durante essa etapa.

É evidente que os membros da família são figuras que podem diminuir a sobrecarga da puérpera, tanto físico como mental, auxiliando nos cuidados com o recém-nascido e propiciando um ambiente adequado para o estabelecimento do vínculo materno infantil. Entretanto, apesar de todo esse apoio, a frequência de sintomas depressivos foi elevada. Acredita-se que a depressão pós-parto esteja associada a uma série de alterações e dentre elas destacam-se os níveis dos hormônios gonadais. Embora, as mudanças consistentes nos níveis de hormônios reprodutivos não sejam associadas à depressão pós-parto, há evidências de que mulheres que sofrem de depressão pós-parto podem ser diferencialmente sensíveis aos efeitos de esteroides gonadais, uma vez que a retirada de doses fisiológicas de estradiol e progesterona aumentou os sintomas depressivos apenas em pacientes com histórico de depressão pós-parto. Outro aspecto relevante é a ocitocina, já que níveis mais baixos de ocitocina demonstraram ser um preditor de depressão pós-parto, bem como da gravidade dos sintomas (PAYANE J e MAGUIRE J, 2019).

Sendo assim, mulheres com fator de risco prévio, ao engravidar, teriam mais chances de desenvolver depressão pós-parto. O grupo analisado apresentou número de consultas pré-natais satisfatório. Entretanto, o acompanhamento longitudinal e contínuo deve ser também das doenças psíquicas. Este aspecto é importante pela grande frequência de sintomas depressivos diagnosticados no pós-parto. Por

isso, é fundamental que os médicos ajudem as mães, antes e depois do parto, especialmente no caso de obstetras e pediatras, que as mães conhecem e confiam para obter ajuda. Para isso, durante a consulta, os médicos devem implementar uma abordagem sensível e ouvir as mães o máximo possível; dessa forma, eles serão capazes de detectar qualquer sintoma de saúde mental. Se isso ocorrer durante as consultas de pós-parto, seja com o obstetra ou pediatra, eles precisarão realizar uma avaliação abrangente para que possam encontrar progressivamente os dois sintomas mais comuns, a depressão com mau humor e falta de interesse no bebê (CERNADAS JMC, 2020). Apesar do diagnóstico de depressão ser mais complexo que o abordado no DSM-V, o rastreamento de sintomatologia depressiva é de grande importância à medida que envolve não só a saúde da mãe, mas também dos recém-nascidos e lactantes, os quais estarão sob tutela dessas mães.

Neste cenário, observa-se a importância da identificação de mulheres com sintomas de depressão durante o puerpério considerando as possíveis consequências que podem acometer as mesmas, como a quebra de vínculo com seu bebê, levando a uma menor probabilidade de interação com o filho ou até mesmo enfraquecimento do vínculo com o cônjuge, evoluindo, em casos mais graves a formação de ideiação suicida. Além disso, também é passível de ter acometimento para a criança, ao passo que essa patologia interfere negativamente no processo de amamentação com redução do número e tempo de mamadas, alteração no temperamento do bebê, tendendo à agitação, irritação, sensibilidades sensoriais e comportamento exigente e até mesmo prejudicando seu desenvolvimento normal e comprometimento cognitivo (KIM JJ, et al., 2015; XIAO M, et al., 2022; DIAS CC e FIGUEIREDO B, et al., 2015; ROGERS A et al., 2020; LEBEL C et al., 2016; ALVES TV, et al., 2020). Este estudo traz uma relevância de dados para a literatura. Em 2011, uma revisão sistemática dos estudos sobre a magnitude da depressão pós-parto no Brasil evidenciou que 71,4% dos artigos analisados caracterizavam estudos observacionais, transversais, com os dados sendo obtidos em um único momento (LOBATO G, et al., 2011).

Assim, a escolha do desenho longitudinal para este estudo se mostrou oportuna para o contexto brasileiro. Entretanto, a desvantagem desse desenho é a perda de participantes ao longo do tempo, como ocorreu no presente trabalho, em que houve a perda de 12 pacientes no segundo momento. Outro dado importante, é que a pesquisa foi realizada com pacientes de uma única instituição, oriundas do sistema público de saúde e pode não representar as experiências de mulheres que se encontram em contextos distintos. Entretanto, os resultados têm relevância clínica e devem ser cuidadosamente avaliados. Sendo assim, pode-se dizer que a DPP é frequente na população e que obstetras, enfermeiros e pediatras devem estar atentos aos sintomas clínicos para uma abordagem adequada e resolução do problema que podem afetar a mãe e bebê.

CONCLUSÃO

Os dados refletem a importância de uma vigilância contínua da saúde mental das mulheres no período pós-parto, independentemente da fase, pois revelam que sintomas depressivos podem persistir tanto no puerpério imediato quanto no tardio, confirmando a necessidade de estratégias eficazes e de longo prazo para rastrear e tratar essas condições. Os achados reforçam a necessidade de intervenções precoces e de maior apoio social e psicológico, visando prevenir a evolução dos quadros depressivos no período puerperal.

REFERÊNCIAS

1. ALVES TV, BEZERRA MMM. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. *Rev. Psicol*, 2020; 14(49): 114–26.
2. ANDREWS-FIKE C. A review of postpartum depression. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 1999; 1(1): 9-14.
3. BOYCE PM. Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. *Arch Woman Mental Health*, 2003; 6: 43-50.
4. CERNADAS JMC. Postpartum depression: Risks and early detection. *Arch Argent Pediatr*. 2020; 118(3):154-155.
5. CHANDRAN M. Post-partum depression in a cohort of women from rural area of Tamil Nadu, India: incidence and risk factors. *British J Psychiatry*, 2002;181: 499-04.

6. COUTINHO MLP, SARAIVA ERA. As representações sociais da depressão pós-parto elaboradas por mães puérperas. *Psicol. Cienc. Prof*, 2008; 28 (2): 244-59.
7. COUTINHO MPL, SARAIVA RA. As representações sociais da depressão pós-parto. Universidade Federal da Paraíba. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 2008. Disponível online <https://www.scielo.br/jpcp/a/rQnTkNhp3cmcWPK9Cq5ZJq/?format=pdf&lang=pt>.
8. COX JL, et al. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987; 150(6): 782-6.
9. DIAS CC, FIGUEIREDO B. Breastfeeding and depression: a systematic review of literature. *Affect Disord*. 2015; 171: 142-54.
10. FALANA SD, CARRINGTON JM. Postpartum Depression: Are You Listening? *Nurs Clin North Am*. 2019; 54(4): 561-567.
11. FARIAS SCS, et al. Avaliação clínica e epidemiológica da depressão pós-parto no contexto brasileiro: uma revisão integrativa de literatura. *Braz J Implantol Health Sci*, 2024; 6(4): 2431-43.
12. FEBRASGO. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Depressão Pós-parto. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo Febrasgo de Obstetrícia, nº 3/Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério). Disponível online < <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/Depressao-Pos-parto-2021.pdf>> Acessado em outubro de 2024.
13. FEBRASGO. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Depressão pós-parto. *Femina*, 2020; 48(8): 454-61.
14. GARFIELD L, et al. Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low-birth-weight infants. *Adv Neonatal Care*. 2015; 15(1): E3-8.
15. ISEKI A, OHASHI K. Relationship in Japan between maternal grandmothers' perinatal support and their self-esteem. *Nursing and Health Sciences*, 2014: 16: 157-163.
16. KIM JJ, et al. Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screens. *Obstet Gynecol*, 2015; 125(4): 885-93.
17. KJELDTSEN MZ, et al. Family history of psychiatric disorders as a risk factor for maternal postpartum depression: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2022; 11(1): 68.
18. LEBEL C, et al. Sintomas depressivos maternos pré e pós-parto estão relacionados à estrutura cerebral das crianças na pré-escola. *Psiquiatria Biológica*, 2016; 80(11): 859-68.
19. LIU X, et al. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Clin Nurs*, 2022; 31(19-20): 2665-77.
20. LOBATO G, et al. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Saúde Matern Infant*. 2011; 11(4): 369-79.
21. MALLOY-DINIZ LF, et al. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. Disponível online < <https://www.scielo.br/jrbp/a/PkHvnnVVy4X9SssRV3nPWWj/?format=pdf&lang=pt>> Acessado em outubro de 2024.
22. MONTEIRO FNS, et al. Escala de depressão pós-parto de Edimburgo: revisão sistemática de estudos de validação em puérperas. 2020. Disponível online < <https://tcc.fps.edu.br/bitstream/fpsrepo/938/1/Escala%20de%20depress%3a%20p%3b3s-parto%20de%20Edimburgo%20revis%3a%20sistem%3a1tica%20de%20estudos%20de%20valida%3a7%3a%30%20em%20pu%3a9rperas.pdf>> Acessado em outubro de 2024.
23. OLIVEIRA TA, et al. Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2022; 44(5): 452-457.
24. PAYNE JL, MAGUIRE J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol*, 2019; 52: 165-180.
25. ROGERS A, et al. Associação entre depressão e ansiedade perinatal materna e desenvolvimento infantil e adolescente: uma metanálise. *JAMA Pediatr*, 2020; 174 (11): 1082-92.
26. SANTOS IS, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23(11): 2577-88.
27. SARAIVA ERA, COUTINHO MPL. A estrutura das representações sociais das mães puérperas acerca da depressão pós-parto. *Rev Psico USF*, 2011; 12(2): 319- 26.
28. STEEN M, FRANCISCO AA. Bem-estar e saúde mental materna. *Acta Paul Enferm*, 2019; 32 (4): 3-6.
29. XIAO M, et al. Prevalence of suicidal ideation in pregnancy and the postpartum: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022; 296: 322: 115467.
30. ZINGA D, et al. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Braz. J. Psiquiatr.*, 2005; 27: 56-64.