



Depressão pós-parto: uma investigação acerca de partos prematuros

Postpartum depression: an investigation into premature birth

Depresión posparto: una investigación sobre el parto prematuro

Giovanna de Oliveira Pereira¹, Flávia Moura dos Santos¹, Giullia de Oliveira Pereira¹, Laura Moura dos Santos¹, Luíla Santana Lobo¹, Flaviany Custódio Faria¹.

RESUMO

Objetivo: Identificar através da aplicação de questionários, os casos de depressão pós-parto (DPP) em uma maternidade, e avaliar possível relação com partos prematuros. **Métodos:** Estudo observacional, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com puérperas na Santa Casa de Misericórdia. A pesquisa foi realizada com uma amostra de conveniência, constituída por 245 puérperas. Foi aplicada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) para rastreamento de risco de DPP. **Resultados:** Este estudo incluiu 245 mulheres quer foram contatadas em média após $32,8 \pm 2,7$ dias do parto. A prevalência do risco de DPP de acordo com a pontuação na EPDS foi de 34,3%. A média da idade gestacional foi de $37,9 \pm 2,2$ semanas, 15,9% dos partos foram prematuros. Não foram encontradas diferenças para as informações gestacionais na comparação entre os grupos com e sem DPP. **Conclusão:** O presente estudo não demonstrou associação da DPP com parto prematuro. Entretanto, evidenciou uma alta prevalência de DPP, rastreada pela EPDS entre as mulheres entrevistadas. Adicionalmente, as mulheres com DPP apresentavam maior vulnerabilidade social, reforçando a importância de considerar fatores socioeconômicos no manejo dessa condição.

Palavras-chave: Depressão pós-parto, Prematuridade, Puérperas.

ABSTRACT

Objective: To identify, through the application of questionnaires, cases of postpartum depression (PPD) in a maternity and to evaluate a possible relationship with premature births. **Methods:** Observational, cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach, carried out with postpartum women at Santa Casa de Misericórdia. The research was carried out with a convenience sample of 245 postpartum women. The Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) was applied to screen for PPD risk. **Results:** This study included 245 women who were contacted on average 32.8 ± 2.7 days after delivery. The prevalence of PPD risk according to the EPDS score was 34.3%. The mean gestational age was 37.9 ± 2.2 weeks, and 15.9% of deliveries were premature. No differences were found in gestational information when comparing the groups with and without PPD. **Conclusion:** This study did not demonstrate an association between PPD and preterm birth. However, it showed a high prevalence of PPD, tracked by EPDS among the women interviewed. Additionally, women with PPD presented greater social vulnerability, reinforcing the importance of considering socioeconomic factors in the management of this condition.

Keywords: Postpartum depression, Prematurity, Puerperal women.

¹ Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME - FUNJOBE), Barbacena - MG.

RESUMEN

Objetivo: Identificar mediante la aplicación de cuestionarios, casos de depresión posparto (DPP) en una maternidad y evaluar posible relación con nacimientos prematuros. **Métodos:** Estudio observacional, transversal, descriptivo, con abordaje cuantitativo, realizado con puérperas de la Santa Casa de Misericórdia. La investigación se realizó con una muestra por conveniencia, constituida por 245 mujeres en postparto. Se aplicó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) para detectar el riesgo de DPP. **Resultados:** Este estudio incluyó 245 mujeres que fueron contactadas en promedio $32,8 \pm 2,7$ días después del parto. La prevalencia de riesgo de DPP según la escala EPDS fue del 34,3%. La edad gestacional media fue de $37,9 \pm 2,2$ semanas, el 15,9% de los partos fueron prematuros. No se encontraron diferencias en la información gestacional al comparar los grupos con y sin PPD. **Conclusión:** El presente estudio no demostró una asociación entre la depresión posparto y el parto prematuro. Sin embargo, se mostró una alta prevalencia de DPP, rastreada por la EPDS entre las mujeres entrevistadas. Además, las mujeres con depresión posparto eran más vulnerables socialmente, lo que refuerza la importancia de considerar los factores socioeconómicos al manejar esta condición.

Palabras clave: Depresión posparto, Prematuridad, Mujeres puerperales.

INTRODUÇÃO

A depressão é um grave problema de saúde pública, que impacta negativamente na vida de seus portadores. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), universalmente, 264 milhões de pessoas com idades variadas possuem depressão, colocando essa patologia como uma causa importante de incapacidade no mundo (BONATTI ADNT, et al., 2021). O número de pessoas com transtorno de ansiedade e depressão tem aumentado, o que está relacionado principalmente ao estilo de vida, tem predomínio no sexo feminino, e pode ter relação com a gravidez, parto e puerpério (MULLER EV, et al., 2021).

Estudos epidemiológicos nos Estados Unidos estimam que o risco de desenvolvimento do transtorno depressivo ao longo da vida é de 10% para homens e 20% para mulheres. No Brasil a depressão tem maior prevalência no sexo feminino, atingindo de 3,8 a 14,5% delas. Dentre os tipos de depressão que acometem as mulheres está a depressão pós-parto (DPP), que de acordo com um estudo transversal brasileiro, pode acometer de 6,8 a 16,5% das mulheres adultas e até 26% das adolescentes. Outro estudo brasileiro indica ainda que mulheres no 10º dia de puerpério obtiveram uma prevalência de 16% dos sintomas depressivos (CRUZ EBDS, et al., 2005).

A depressão pós-parto, se difere de outros casos de depressão, pois ela é considerada um transtorno, uma vez que seus sintomas têm intensidade e duração precisas, diferente dos outros tipos de depressão que têm sintomas moderados por tempo prolongado, não sendo classificados como transtornos psiquiátricos (MULLER EV, et al., 2021). Outrossim, há outros fatores que podem influenciar em seu surgimento, como transtornos psiquiátricos pré-gestacionais ou predisposição genética, o que afeta a interação entre mãe e filho após o nascimento, prejudicando o seu desenvolvimento neurobiológico e psíquico (FIGUEIRA P, et al., 2009).

A DPP gera ao longo do puerpério medo, dúvidas e angústias na genitora, se questionando se realmente está apta a cuidar de sua progênie, o que a deixa com ansiosos relacionados às novas mudanças que ocorreram em sua vida, impactando negativamente em sua saúde (SANTOS MLC, et al., 2022). É evidente que o apoio familiar é de suma importância para a mulher nesse período, entretanto quando ela desenvolve o transtorno depressivo, seus sintomas se espelham em toda a sua família, inclusive, em seu cônjuge, o tornando mais susceptível a desenvolver também depressão, piorando, dessa forma, a relação familiar (LOBATO G, et al., 2011).

Ademais, há estudos que relatam uma maior associação dos casos de depressão pós-parto quando os partos ocorrem antes do momento planejado (HELLE N, et al., 2015), as taxas de DPP chegaram a 40% no período puerperal inicial em mulheres com bebês prematuros. O parto prematuro acontece quando o bebê ainda não tem as 37 semanas completas de gestação, o que pode desestruturar a família, o neonato pode

precisar ficar internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e assim, as mães costumam desenvolver o sentimento de culpa pela separação precoce de seus bebês (FAVARO MDSF, et al., 2012; VIGOD SN, et al., 2010; SCHWENGBER DDDS, et al., 2003).

Anualmente, 15 milhões de bebês nascem prematuramente, e esse número é progressivo no mundo, em países com alta renda a evolução da medicina promoveu uma melhoria no tratamento dos bebês, obtendo resultados positivos, mas para os pais a prematuridade é um desafio, associado ao comprometimento de sua saúde mental, que induz à depressão pós-parto (PINTO ID, et al., 2009 e SEGRE LS, et al., 2014).

As duas principais atitudes de mães deprimidas (WOODWARD LJ, et al., 2014; HARRIS R, et al., 2017; FRIEDMAN SH, et al., 2013) têm sido o seguinte, a primeira possibilidade é a mãe se afastar de seu filho, uma vez que, prematuros normalmente possuem estado grave, e, por isso as mães se desvinculam afetivamente deles, como uma forma de autoproteção emocional, o que representa um luto antecipado, sendo uma forma de preparação dos pais para um provável óbito do bebê, o que prejudica sua evolução (PARK J, et al., 2016 e WERNET M, et al., 2015), e, a segunda possibilidade é a mãe se aproximar de seu filho, interagindo afetivamente com ele, o hiper estimulando, induzindo, assim, seu melhor desenvolvimento neurobiológico (WERNET M, et al., 2015).

Desse modo, a depressão é uma patologia que atinge cada vez mais pessoas no mundo, principalmente mulheres e se relaciona ocasionalmente com as fases da vida como gravidez, parto e puerpério, sendo assim, a investigação de depressão pós-parto é de suma importância, pois além de impactar diretamente a vida da mãe, interferindo no desenvolvimento e crescimento de seu filho, ainda repercute na vida de seus familiares, principalmente seu cônjuge. Nesse sentido, objetiva-se avaliar a prevalência de casos de depressão pós-parto em puérperas e analisar sua relação com os partos prematuros.

MÉTODOS

Estudo observacional, transversal, do tipo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com puérperas. A pesquisa foi realizada em uma maternidade no período de março de 2024 a julho de 2024. Os critérios de inclusão na pesquisa foram mulheres, puérperas até 45 dias pós-parto e que estivessem com o recém-nascido hospitalizado na Maternidade. Foram excluídas do estudo mulheres que não consentiram em participar do estudo, que não tinham condições físicas, emocionais e espirituais para responder aos questionários.

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 Edimburgo (EPDS) para o rastreamento de risco de DPP.

A referida escala é um instrumento autoaplicável desenvolvido na Grã-Bretanha para a pesquisa da depressão pós-parto, traduzido e validado em diversos países, inclusive no Brasil. O instrumento autoavaliativo é composto por 10 questões referentes aos sintomas depressivos presentes na fase do puerpério. Sua aplicação é rápida e simples, podendo ou não ser aplicada por profissionais da área da saúde, e não necessita da presença de um especialista em psiquiatria para a sua avaliação.

O instrumento é útil para a triagem da sintomatologia depressiva na assistência primária, bem como para a utilização em estudos acerca da DPP. O instrumento de autoavaliação contém dez perguntas com quatro opções que são pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, diminuição do desempenho, culpa e ideias de morte e suicídio.

Suas opções são pontuadas de zero a três, com pontuação mínimo de zero e máxima de 30 pontos. Cada um dos 10 itens contidos na escala poderia obter uma pontuação de 0 a 4 pontos, e no final da aplicação deveriam ser todos somados, caso a paciente obtivesse uma pontuação maior/ igual a 12 indicaria uma alta probabilidade de depressão pós-parto.

As entrevistadas que apresentam escores elevados são consideradas como do grupo de risco para desenvolver depressão, e ressalta-se que o escore alto encontrado na Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) é sugestivo de direcionamento e orientações para consultas psicológicas e psiquiátricas, devendo procurar um médico.

Durante o período de coleta de dados foram realizadas visitas diariamente ao hospital, no departamento de obstetria, durante turnos alternados pelos acadêmicos de medicina que participaram do estudo. As participantes foram informadas e questionadas sobre o seu interesse de participar da pesquisa, mediante explicação dos objetivos, métodos, riscos e benefícios.

Para devida participação, as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), feita assim a coleta com uso dos instrumentos supracitados. Para a pesquisa, foi necessário solicitar o número do telefone das puérperas no período de internação na maternidade.

Entre 30 a 45 dias pós-parto, elas foram contatadas por ligação telefônica para que pudessem responder aos questionários, além disso foram coletados a data de nascimento dos bebês e a respectiva idade gestacional. A entrevista telefônica foi realizada no momento mais oportuno para as puérperas.

Os dados levantados foram registrados em uma planilha Microsoft Excel para então ser exportada para o programa IBM SPSS *Statistics* 20, no qual foram feitos o processamento e a análise estatística dos dados.

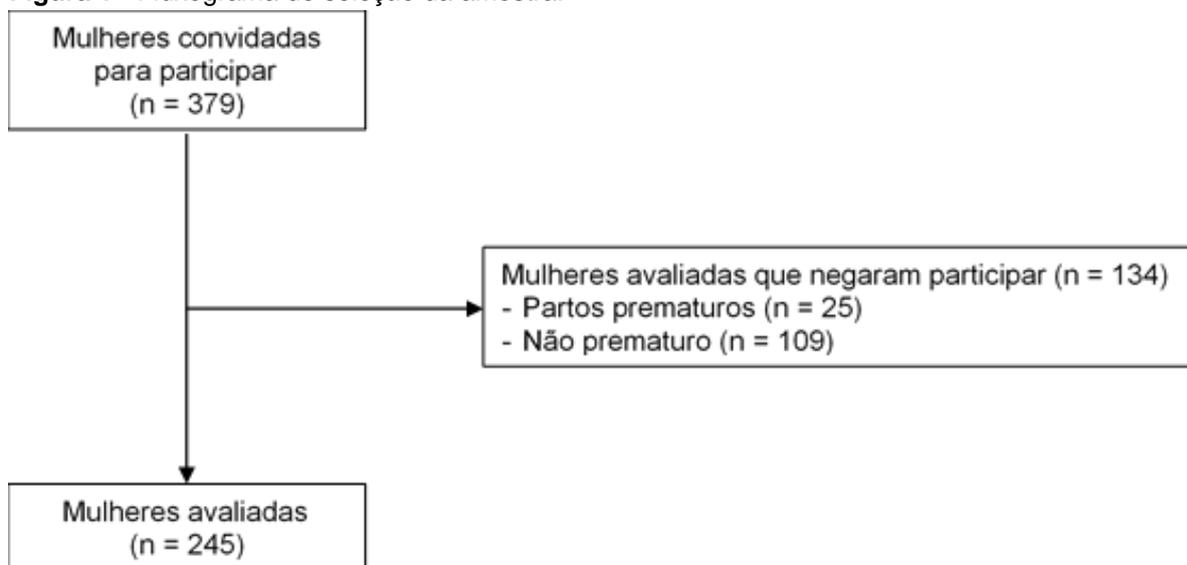
A análise dos dados foi realizada de forma descritiva e inferencial por meio da leitura de média e desvio padrão ou frequências absoluta e relativa. Foi realizada uma comparação dos dados avaliados entre os grupos de mulheres com risco de DPP (pontuação na EPDS ≥ 12) e sem risco de DPP (pontuação na EPDS < 12) utilizando o teste do Qui-quadrado para as variáveis categóricas e o teste T de *Student* para as variáveis numéricas. O nível de significância considerado foi de 5%.

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME). Número do parecer do CEP: 6.224.952 e CAAE: 70637923.8.0000.8307. As mulheres foram informadas pelos responsáveis da pesquisa sobre os objetivos e confidencialidade dos dados. Todos os aspectos éticos foram respeitados atendendo os requisitos fundamentais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466/12, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

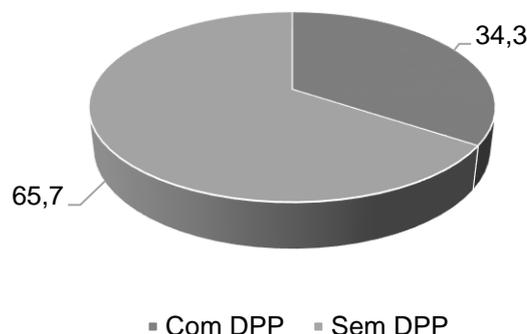
A seleção das participantes deste estudo ocorreu conforme o fluxograma apresentado na **Figura 1**. Foram convidadas a participar do estudo 379 mulheres, das quais 134 recusaram a participação, destaca-se que entre essas mulheres, 25 tiveram partos prematuros. Este estudo incluiu 245 mulheres que foram contatadas em média após $32,8 \pm 2,7$ dias do parto. A prevalência do risco de DPP de acordo com a pontuação na EPDS foi de 34,3%, como ilustrado na **Figura 1**.

Figura 1 - Fluxograma de seleção da amostra.



Fonte: Pereira GO, et al., 2025.

Figura 2 - Prevalência de Depressão Pós-Parto.



Fonte: Pereira GO, et al., 2025.

A média de idade do total das mulheres avaliadas foi de $29,1 \pm 6,2$ anos, 46,5% eram brancas, 55,7% completaram o Ensino Médio, 61,1% tinham o estado civil de casado ou união estável, 65,7% eram católicas e 57,6% residiam em Barbacena. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas comparações entre os grupos de mulheres com DPP e sem DPP para as características sociodemográficas. As características sociodemográficas dessas mulheres e as comparações das mesmas entre aquelas com e sem DPP estão apresentadas na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres e comparação entre grupos (n = 245).

Variáveis	Total (n = 245)	Com DPP (n = 84)	Sem DPP (n = 161)	P
Idade, anos	29,1 ± 6,2	29,7 ± 6,8	28,8 ± 5,8	0,291
Raça, n (%)				0,209
Branca	114 (46,5)	33 (39,3)	81 (50,3)	
Parda	96 (39,2)	35 (41,7)	61 (37,9)	
Preta	31 (12,7)	15 (17,9)	16 (9,9)	
Amarela	4 (1,6)	1 (1,2)	3 (1,9)	
Escolaridade, n (%)				0,135
Fundamental Incompleto	13 (5,5)	5 (6,1)	8 (5,2)	
Fundamental Completo	13 (5,5)	7 (8,5)	6 (3,9)	
Médio Incompleto	36 (15,2)	12 (14,6)	24 (15,5)	
Médio Completo	132 (55,7)	50 (61,0)	82 (52,9)	
Superior Incompleta	20 (8,4)	5 (6,1)	15 (9,7)	
Superior Completa	23 (9,7)	3 (3,7)	20 (12,9)	
Estado civil, n (%)				0,079
Casado ou União estável	149 (61,1)	46 (54,8)	103 (64,4)	
Solteiro	87 (35,7)	35 (41,7)	52 (32,5)	
Separado ou divorciado	6 (2,4)	1 (1,2)	5 (3,1)	
Viúvo	2 (0,8)	2 (2,4)	0 (0)	
Religião, n (%)				0,127
Católica	161 (65,7)	57 (67,9)	104 (64,6)	
Evangélica	44 (18,0)	12 (14,3)	32 (19,9)	
Cristã	16 (6,5)	3 (3,6)	13 (8,1)	
Umbanda	2 (0,8)	2 (2,4)	0 (0)	
Espírita	1 (0,4)	1 (1,2)	0 (0)	
Budista	1 (0,4)	1 (1,2)	0 (0)	
Não frequenta	20 (8,2)	8 (9,5)	12 (14,3)	
Procedência, n (%)				0,603
Barbacena	141 (57,6)	44 (52,4)	97 (60,2)	
Cidades Vizinhas	71 (29,0)	26 (31,0)	45 (28,0)	
Outras	33 (13,4)	14 (16,6)	19 (11,8)	

Valores expressos em média ± desvio padrão ou número de participantes (porcentagem).

Fonte: Pereira GO, et al., 2025.

No total das mulheres, observa-se que a renda familiar média foi de $1,6 \pm 1,0$ salários-mínimos, a ajuda familiar foi o tipo de ajuda financeira mais prevalente, para 15,5% delas, e que 84,9% recebiam assistência de saúde pelo SUS. Na comparação de grupos, as mulheres com DPP apresentaram menor renda familiar em relação aquelas sem DPP ($1,3 \pm 0,8$ vs. $1,8 \pm 1,1$; $p = 0,001$), além disso, a ajuda financeira fornecida pela prefeitura foi mais prevalente para as mulheres com DPP em relação aquelas sem DPP (21,4% vs. 10,6%, $p = 0,021$). As características econômicas das participantes e suas comparações entre os grupos estão na **Tabela 2**.

Tabela 2 - Características econômicas das mulheres e comparação entre grupos (n = 245).

Variáveis	Total (n = 245)	Com DPP (n = 84)	Sem DPP (n = 161)	P
Renda familiar, salários	$1,6 \pm 1,0$	$1,32 \pm 0,8$	$1,8 \pm 1,1$	0,001
Ajuda financeira, n (%)				
Familiar	38 (15,5)	9 (10,7)	29 (18,0)	0,134
Prefeitura	35 (14,3)	18 (21,4)	17 (10,6)	0,021
Amigo	6 (2,4)	4 (4,8)	2 (1,2)	0,091
Vizinho	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,6)	0,469
Assistência de Saúde, n (%)				0,248
SUS	208 (84,9)	75 (89,3)	133 (82,6)	
Convênio	11 (4,5)	2 (2,4)	9 (5,6)	
Particular	2 (0,8)	1 (1,2)	1 (0,6)	
SUS e convênio	15 (6,1)	2 (2,4)	13 (8,1)	
SUS e particular	8 (3,3)	3 (3,6)	5 (3,1)	
SUS, convênio e particular	1 (0,4)	1 (1,2)	0 (0)	

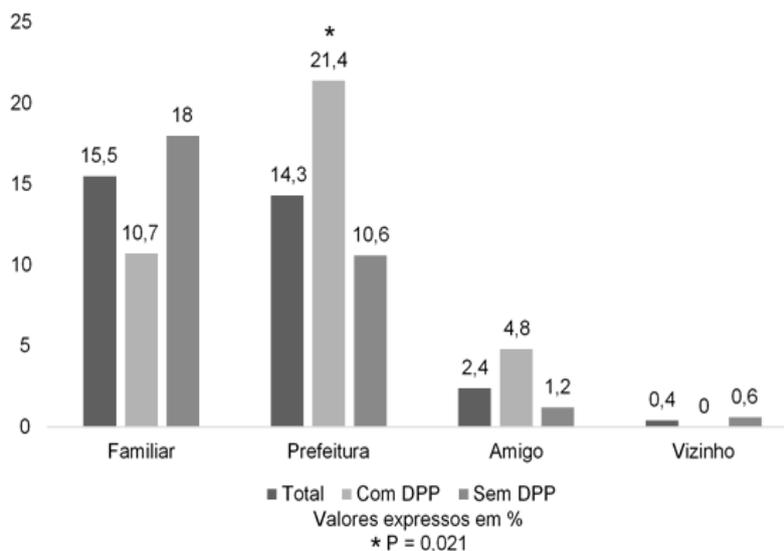
Valores expressos em média \pm desvio padrão ou número de participantes (porcentagem).

SUS: Sistema Único de Saúde.

Fonte: Pereira GO, et al., 2025

A **Figura 3** demonstra as prevalências dos tipos de ajuda financeira recebidos. Apesar da ajuda familiar ser prevalente em 15,5% do total das mulheres avaliadas, as mulheres com DPP recebem com maior prevalência a ajuda financeira da prefeitura comparadas as mulheres sem DPP, respectivamente, 21,4% e 10,6% ($p = 0,021$).

Figura 3 - Prevalência dos tipos de ajuda financeira e comparação entre grupos (n = 245).



Fonte: Pereira GO, et al., 2025.

A média da idade gestacional foi de $37,9 \pm 2,2$ semanas, 15,9% dos partos foram prematuros e cerca de 80% delas tinham até 2 filhos. Não foram encontradas diferenças para as informações gestacionais na comparação entre os grupos com e sem DPP.

Destaca-se que não foi encontrada diferença na pontuação da EPDS entre as mulheres com parto prematuro e não prematuro ($8,9 \pm 5,0$ vs. $9,9 \pm 5,3$, $p = 292$). Para o total de mulheres avaliadas, a EPDS revelou uma pontuação média de $9,8 \pm 5,2$ pontos. Enquanto ao comparar os grupos, a pontuação média dessa escala foi maior para as mulheres com DPP em relação as mulheres sem DPP, respectivamente, $15,5 \pm 3,4$ e $6,8 \pm 3,1$ pontos ($p < 0,001$).

A **Tabela 3** apresenta a prevalência dos sintomas depressivos avaliados pela EPDS. Observa-se que não houve diferença entre as respostas na comparação entre os grupos de mulheres com parto prematuro e não prematuro.

Tabela 3 - Respostas para a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo das mulheres e comparação entre grupos parto prematuro e não prematuro (n = 245).

Variáveis	Total (n = 245)	Prematuro (n = 39)	Não prematuro (n = 206)	P
1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas				0,743
Tanto como antes	159 (64,9)	26 (66,7)	133 (64,6)	
Menos do que antes	78 (31,8)	11 (28,2)	67 (32,5)	
Muito menos do que antes	7 (2,9)	2 (5,1)	5 (2,4)	
Nunca	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,5)	
2. Tenho tido esperança no futuro				0,791
Tanta como sempre tive	154 (62,9)	26 (66,7)	128 (62,1)	
Menos do que costumava ter	70 (28,6)	10 (25,6)	60 (29,1)	
Muito menos do que costumava ter	17 (6,9)	3 (7,7)	14 (6,8)	
Quase nenhuma	0 (0)	0 (0)	4 (1,9)	
3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal				0,140
Sim, a maioria das vezes	48 (19,6)	3 (7,7)	45 (21,8)	
Sim, algumas vezes	97 (39,6)	16 (41,0)	81 (39,3)	
Raramente	78 (31,8)	17 (43,6)	61 (29,6)	
Não, nunca	22 (9,0)	3 (7,7)	19 (9,2)	
4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo				0,373
Não, nunca	25 (10,2)	2 (5,1)	23 (11,2)	
Quase nunca	64 (26,1)	13 (33,3)	51 (24,8)	
Sim, por vezes	110 (44,9)	19 (48,7)	91 (44,2)	
Sim, muitas vezes	46 (18,8)	5 (12,8)	41 (19,9)	
5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo				0,066
Sim, muitas vezes	14 (5,7)	2 (5,1)	12 (5,8)	
Sim, por vezes	64 (26,1)	4 (10,3)	60 (29,1)	
Não, raramente	80 (32,7)	18 (46,2)	62 (30,1)	
Não, nunca	87 (35,5)	15 (38,5)	72 (35,0)	
6. Tenho sentido que são coisas demais para mim				0,336
Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las	35 (14,3)	2 (5,1)	33 (16,0)	
Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes	113 (46,1)	20 (51,3)	93 (45,1)	
Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente	64 (26,1)	12 (30,8)	52 (25,2)	
Não, resolvo-as tão bem como antes	33 (13,5)	5 (12,8)	28 (13,6)	
7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal				0,651
Sim, quase sempre	24 (9,8)	4 (10,3)	20 (9,7)	
Sim, por vezes	43 (17,6)	5 (12,8)	38 (18,4)	
Raramente	73 (29,8)	10 (25,6)	63 (30,6)	
Não, nunca	105 (42,9)	20 (51,3)	85 (41,3)	
8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz				0,979
Sim, quase sempre	20 (8,2)	3 (7,7)	17 (8,3)	
Sim, muitas vezes	38 (15,5)	6 (15,4)	32 (15,5)	
Raramente	100 (40,8)	15 (38,5)	85 (41,3)	
Não, nunca	87 (35,5)	15 (38,5)	72 (35,0)	
9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro				0,858
Sim, quase sempre	15 (6,1)	2 (5,1)	13 (6,3)	
Sim, muitas vezes	20 (8,2)	3 (7,7)	17 (8,3)	
Só às vezes	106 (43,3)	15 (38,5)	91 (44,2)	
Não, nunca	104 (42,4)	19 (48,7)	85 (41,3)	
10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma				0,570
Sim, muitas vezes	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,5)	
Por vezes	10 (4,1)	1 (2,6)	9 (4,4)	
Muito raramente	29 (11,8)	7 (17,9)	22 (10,7)	
Nunca	205 (83,7)	31 (79,5)	174 (84,5)	

Fonte: Pereira GO, et al., 2025.

DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo demonstraram que depressão e ansiedade devem ser analisados no puerpério com cautela e atenção, e que mães que tiveram seus filhos prematuros passam muito tempo no hospital cuidando dos seus filhos e normalmente a sua saúde mental é deixada em segundo plano (PINTO ID, et al., 2009).

Os esforços para atender as necessidades psicológicas dos pais tendem a ser preteridos em relação aos cuidados médicos do recém-nascido (SEGRE LG, et al., 2014 e VIGOD SN, et al., 2010) apesar das evidências mostrarem que a saúde mental materna é um fator importante para o desenvolvimento socioemocional do bebê e a relação parental.

Na análise e pontuação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), já é esperado que as mulheres que tem depressão pós-parto apresentem escore maior, e sabe-se que a prevalência da depressão pós-parto (DPP) no Brasil varia entre 20% e 40%, dependendo da população estudada e do período pós-parto (PINTO ID, et al., 2009). Para o total de mulheres avaliadas no presente estudo, a EPDS revelou uma pontuação média de $9,8 \pm 5,2$ pontos. Enquanto que ao comparar os grupos, a pontuação média dessa escala foi maior para as mulheres com DPP em relação as mulheres sem DPP, respectivamente, $15,5 \pm 3,4$ e $6,8 \pm 3,1$ pontos ($p < 0,001$).

Destaca-se que não foi encontrada diferença significativa na pontuação da EPDS entre mulheres que tiveram parto prematuro e aquelas com parto a termo ($8,9 \pm 5,0$ vs. $9,9 \pm 5,3$; $p = 0,292$). Importante ressaltar que das 379 mães contatadas por telefone, 134 não aceitaram participar do estudo. Dentre essas 134 mães que não responderam ao questionário, 25 tiveram partos prematuros e 109 tiveram partos a termo. Sugere-se que, entre as mães que recusaram a participação, poderiam estar aquelas com maior presença de sintomas de ansiedade e depressão, o que pode ter influenciado nos resultados obtidos no presente estudo.

Alguns fatores de risco para a depressão pós-parto (DPP) foram identificados na literatura, sendo a prematuridade, a baixa renda, o nascimento de bebês com muito baixo peso, histórico prévio de depressão, eventos estressantes na vida e a falta de apoio social, especialmente do cônjuge. O apoio paterno também é apontado como um fator importante para identificar os riscos relacionados à mãe (GARFIELD L, et al., 2015 e PARK J, et al., 2016).

Nesse sentido, o presente estudo, além de avaliar a prematuridade, investigou fatores sociais que podem influenciar o desenvolvimento da DPP. Observou-se que mulheres com DPP, quando comparadas àquelas sem a condição, apresentavam baixa renda e, em sua maioria, recebiam auxílio financeiro da prefeitura, evidenciando sua maior vulnerabilidade social.

Identificar a condição socioeconômica da mãe, seu relacionamento com o parceiro e os níveis de ansiedade e estresse pode ser fundamental para auxiliar os profissionais de saúde no encaminhamento dessas mulheres aos serviços de apoio psicológico, visando prevenir possíveis sequelas decorrentes da DPP.

Em relação ao rastreamento de fatores sociodemográficos que poderiam representar risco para a DPP, o presente estudo não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de mulheres com e sem a condição. Entretanto, ao avaliar o total de mulheres entrevistadas, observou-se que a maioria era branca, havia concluído o Ensino Médio e estava casada ou em união estável.

Apesar de não ter sido observadas diferenças entre as mulheres com DPP e sem DPP nos sintomas rastreados com EPDS, observou-se que os sintomas mais prevalentes no presente estudo foram sentimento de se sentirem culpadas sem necessidade quando as coisas correm mal, ansiedade, no quesito de estarem ansiosas ou preocupadas sem motivo e sentirem que são coisas demais para elas. Nesse estudo, as mães relataram insegurança, fragilidade e cobrança perante a vivência puerperal.

A prematuridade é uma condição especial que causa nos pais descrença em suas capacidades de lidar com a nova situação. Destaca-se a descoberta de um mundo cheio de dúvidas, incertezas no qual a participação familiar e apoio da equipe que assiste ao recém-nascido é fundamental. Esses fatores são importantes para a prevenção de complicações em relação a DPP (WERNET M, et al., 2015; Baltazar DVS, et al., 2010; FRIEDMAN SH, et al., 2013; PARK J, et al., 2016).

CONCLUSÃO

O presente estudo não demonstrou associação da DPP com parto prematuro. Entretanto, evidenciou uma alta prevalência de DPP, rastreada pela EPDS entre as mulheres entrevistadas. Adicionalmente, as mulheres com DPP apresentavam maior vulnerabilidade social, reforçando a importância de considerar fatores socioeconômicos no manejo dessa condição. Estudos que investigam os fatores associados à DPP são essenciais para orientar as equipes de saúde na implementação de estratégias eficazes de prevenção e tratamento, visando minimizar os impactos dessa condição na saúde materna e infantil.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às pacientes (puérperas) que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa. Suas disponibilidades e colaborações foram fundamentais para a concretização deste trabalho, permitindo que contribuíssemos para o avanço do conhecimento na área.

REFERÊNCIAS

1. BALTAZAR DVS, et al. Atuação do psicólogo em unidade neonatal: rotinas e protocolos para uma prática humanizada. *Revista da SBPH*, 2010; 13(1), 02–18.
2. BONATTI ADT, et al. Do depressive symptoms among pregnant women assisted in Primary Health Care services increase the risk of prematurity and low birth weight? *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021; 29:e3480.
3. CRUZ EBDS, et al. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia*. abril de 2005;27(4):181–8.
4. FAVARO MDSF, et al. Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. *Psico-USF*. dezembro de 2012;17(3):457–65.
5. FIGUEIRA P, et al. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública*. agosto de 2009;43(suppl 1):79–84.
6. FRIEDMAN SH, et al. Delivering perinatal psychiatric services in the neonatal intensive care unit. *Acta Pediátrica*.2013. 392–397.
7. FRIZZOGG, et al. Maternidade adolescente: a matriz de apoio e o contexto de depressão pós-parto. *Psicol, Teor Pesqui*. 2019; 35:e3533.
8. GARFIELD L. et al. Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low-birth-weight infants. *Advances in Neonatal Care*, 2015. 15(1), E3–E8.
9. HARRIS R. et al. Maternal mental health during the neonatal period: Relationships to the occupation of parenting rachel. *Physiology & Behavior*, 2017. 176(5), 139–148.
10. HELLE N, et al. Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *J Affect Disord*. julho de 2015;180:154–61.
11. LOBATO G, et al. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Materno Infant*. dezembro de 2011;11(4):369–79.
12. MULLER EV, et al. Prevalence of anxiety and depression disorder and associated factors during postpartum in puerperal women. *Rev Bras Saúde Materno Infant*. dezembro de 2021;21(4):995–1004.
13. PARK J, et al. Effects of Psychological Distress on Mothers' Feeding of Their Preterm Infants 28th Annual. *Nursing Research*, 2016. 65(2), E67–E67.
14. PINTO ID, et al. Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. *Psicol Teor E Pesqui*. março de 2009;25(1):75–83.
15. SANTOS MLC, et al. Sintomas de depressão pós-parto e sua associação com as características socioeconômicas e de apoio social. *Esc Anna Nery*. 2022; 26:e20210265.
16. SCHWENGBER DDDS, PICCININI CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estud Psicol Natal*. dezembro de 2003; 8(3): 403–11.
17. SEGRE LS, et al. Depression and anxiety symptoms in mothers of newborns hospitalized on the neonatal intensive care unit. *Nursing Research*, 2014; 63(5): 320–332.
18. VIGOD SN. et al. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2010. 117(5), 540–550.
19. WERNET M, et al. Reconhecimento materno na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2015. 68(2), 228–234.
20. WOODWARD LJ, et al. Very preterm birth: Maternal experiences of the neonatal intensive care environment. *Journal of Perinatology*, 2014. 34(7), 555–561.