



ARTIGO ORIGINAL

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS SINTOMAS SUGESTIVOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO PÓS-PARTO**PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH SYMPTOMS SUGGESTIVE OF ANXIETY AND POSTPARTUM-DEPRESSION**

Thalia Taís Giraldi¹
Juliana Amaral da Silva Zaro²
Cristina Bichels Hebeda³
Franciani Rodrigues da Rocha⁴
José Eduardo Lobato D'Agostini⁵

RESUMO

Introdução: A depressão pós-parto (DPP) é um problema de saúde pública, de alta prevalência e que não é facilmente diagnosticável. Tem como principais sintomas humor flutuante, preocupação exagerada com o bem-estar do bebê, bem como sua competência como mãe, medo de ficar sozinha ou de machucar o seu filho, ansiedade e dor de cabeça. Tendo em vista isso, é de suma importância estudar a prevalência e fatores associados aos sintomas sugestivos de depressão e ansiedade pós-parto, correlacionando com a relação mãe-bebê. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional com delineamento epidemiológico do tipo transversal, realizado com gestantes, com 40 dias a 12 meses pós-parto, por meio de um questionário, enviado de maneira remota, contendo 2 escalas validadas e um instrumento de pesquisa elaborado pelos autores. **Resultados:** 47,6% das mulheres entrevistadas, com 40 dias a um ano de pós-parto, possuíam sintomas sugestivos de depressão e 98,7% de sintomas sugestivos de ansiedade; 90,9% relataram não fazer uso de antidepressivos no momento da entrevista/questionário e 75,3% não possuíam histórico de depressão. Possuir o ensino médio completo (RP: 0,73) e 3 ou mais gestações prévias (RP: 0,65) apresentaram papel protetivo sobre os sintomas sugestivos de depressão. **Conclusões:** na região geográfica avaliada, os sintomas sugestivos de DPP são subdiagnosticados e a saúde mental das mulheres é muitas vezes desprezada.

Descritores: Depressão Pós-Parto; Estudo Transversal; Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS).

ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression (PPD) is a highly prevalent public health problem that is not easily diagnosable. Its main symptoms are fluctuating mood, exaggerated concern for the baby's well-being,

¹ Discente do Curso de Medicina. Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI – Rio do Sul, SC, Brasil. E-mail: thalia.giraldi@unidavi.edu.br.

² Médica Ginecologista e Obstetra. Hospital Regional Alto Vale. Rio do Sul, SC, Brasil. E-mail: zarojuliana@gmail.com.br

³ Doutorado em Toxicologia e Análises Toxicológicas, pela Universidade de São Paulo, São Paulo, SP Brasil. Professora do curso de medicina do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, UNIDAVI, Rio do Sul, SC, Brasil. E-mail: cristina.hebeda@unidavi.edu.br

⁴ Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil. Professora do curso de medicina do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, UNIDAVI, Rio do Sul, SC, Brasil. E-mail: franciani@unidavi.edu.br

⁵ Médico Psiquiatra. Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI – Rio do Sul, SC, Brasil. E-mail: josedagostini@unidavi.edu.br



as well as her competence as a mother, fear of being alone or of hurting her child, anxiety and headache. In view of this, it is extremely important to study the prevalence and factors associated with symptoms suggestive of postpartum depression and anxiety, correlating with the mother-baby relationship. Methods: This is an observational study with a cross-sectional epidemiological design, carried out with pregnant women, from 40 days to 12 months postpartum, through a questionnaire, sent remotely, containing 2 validated scales and a research instrument prepared by the authors. Results: 47.6% of the women interviewed, with 40 days to one year of postpartum, had symptoms suggestive of depression and 98.7% of symptoms suggestive of anxiety; 90.9% reported not using antidepressants at the time of the interview/questionnaire and 75.3% had no history of depression. Having completed high school (PR: 0.73) and 3 or more previous pregnancies (PR: 0.65) had a protective role on symptoms suggestive of depression. Conclusions: in the geographic region evaluated, symptoms suggestive of PPD are underdiagnosed and women's mental health is often neglected.

Keywords: Postpartum Depression; Cross-Sectional Study; Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS).

INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) é um problema de saúde pública que atinge mulheres no puerpério e, após ele, em um período de doze meses (1). Ela não é facilmente diagnosticada devido a estigmas da sociedade em relação à saúde mental, principalmente na gestação e após ela, havendo uma interpretação errônea dos sintomas e dificuldade em correlacionar com a situação pós-parto (2).

Em 2016, a prevalência global dos sintomas de DPP foi de 26,3%. No Brasil, ela atinge mais de 25% das mães no período de 6 a 18 meses pós-parto. Entre junho e dezembro de 2020, durante a pandemia do COVID-19, a DPP aumentou de 25% para 38,8%, sugerindo que a ansiedade gerada neste período contribuiu para o aumento de casos. Não foram encontrados dados de DPP em mulheres de Santa Catarina (3).

Flutuações de humor, preocupação exagerada com o bem-estar do bebê e sua competência como mãe, medo de ficar sozinha ou de machucar o bebê, ansiedade e dor de cabeça são alguns dos sintomas envolvidos na DPP (2,4,5). Por conta disso, há uma dificuldade de estabelecer vínculo com a criança, tendo uma menor interação e pouca estimulação da mãe para com a criança, afetando seu desenvolvimento. A mulher tem mais dificuldade em amamentar a criança, gerando fragilidade do vínculo entre a mãe e o bebê, com isso a criança pode apresentar dificuldade em seu desenvolvimento (1,6,8).

A existência de diversos fatores de risco, como má convivência familiar, falta de apoio do seu cônjuge, trabalho estressante, abortos prévios, primiparidade, medo da via de parto e gravidez não planejada aumentam a chance de DPP (7). Fatores de proteção como um pré-natal realizado de forma multidisciplinar minimiza os danos, pois previne a depressão ou ajuda a detectar de forma precoce (8). Dessa forma, considerando que a depressão pós-parto prejudica a mãe, sua relação conjugal e com seu bebê, o presente estudo teve como objetivo analisar a prevalência dos sintomas de depressão e ansiedade



de 40 dias a 12 meses pós-parto em mulheres que tiveram seus filhos em um hospital do Alto Vale do Itajaí. Os dados obtidos foram correlacionados com a qualidade cognitivo-afetiva da relação mãe-bebê.

MÉTODOS

Esta pesquisa é do tipo observacional com delineamento epidemiológico do tipo transversal. O estudo foi realizado a partir de gestantes (SUS, convênios e particular), procedentes de Rio do Sul, admitidas para parto, entre março de 2022 e dezembro de 2022 no Hospital Regional do Alto Vale do Itajaí, registrados no prontuário eletrônico. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, a partir da consulta nos prontuários, foi verificado o número da população, e em seguida realizado o cálculo amostral, com IC 95%. O tamanho amostral foi de 231 pacientes.

Foram incluídas nesta pesquisa as pacientes que foram admitidas no centro obstétrico, com idade entre de 18 a 39 anos, cujos bebês nasceram com 34 a 42 semanas de gestação e que realizaram a assinatura do TCLE, previamente enviado de maneira remota, que foi aplicado em fevereiro e março de 2023. Foram investigadas a relação mãe-bebê, bem como o perfil epidemiológico da doença, depressão prévia, via de parto, amamentação, aborto prévio, planejamento da criança e realização do pré-natal. Os impactos e prejuízos cognitivos e comportamentais na criança como consequência dos sintomas da DPP foram investigados e discutidos.

Foram excluídas desta pesquisa pacientes que possuíram parto prematuro com idade gestacional menor que 34 semanas, gestantes que não aceitaram participar da presente pesquisa, complicações maternas, partos fora do centro obstétrico, comprometimento da vitalidade do RN, que não atenderam a 3 tentativas de contato em horários distintos e não respondentes do questionário.

Foi aplicado um questionário, enviado de maneira remota, contendo 2 escalas validadas. A escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS) foi validada no Brasil por Santos et al., (1999). Esta escala é empregada para o rastreamento e detecção dos sintomas da DPP. A outra escala é a versão portuguesa da *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ), traduzida por Nazaré et al. (2011). Este último é um questionário de autorresposta que pretende constituir um indicador de perturbações na relação mãe-filho através da avaliação da frequência de respostas emocionais e cognitivas da mãe para com o seu bebê.

Dados adicionais foram coletados para complementar as escalas aplicadas, sendo elaborado um instrumento de pesquisa pelos autores. Este instrumento contempla questões referente: dados epidemiológicos para a caracterização da amostra (idade, estado civil, raça, escolaridade), características da gestação (aborto prévio, número de gestações, gravidez planejada, realização de pré-natal, via de parto) e características do pós-parto (histórico prévio de depressão, uso de antidepressivo atualmente e amamentação). As escalas e este instrumento possuem 48 questões.



A EPDS é uma escala de autoavaliação contendo dez perguntas com quatro opções que são pontuadas de 0 a 3, seus itens cobrem sintomas de humor deprimidos, distúrbio do sono, perda do prazer, ideias de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa que são frequentes no puerpério. A somatória dos pontos perfaz escore de 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 12, analisando sintomas de ansiedade e depressão nos últimos sete dias.

A versão portuguesa do *Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)* - Ligação ao Bebê após o Nascimento é composta de 25 questões, contendo 6 opções, variando de 0 (nunca) a 5 (sempre) e é dividida em 4 fatores. O fator 1 é a ligação bebê danificada, o 2 é rejeição e raiva patológica, o 3 é ansiedade em relação a prestação de cuidados e o 4, risco de abusos. Os pontos de corte para cada fator são: fator 1 = 11, fator 2 = 16, fator 3 = 9 e fator 4 = 2, considerando-se números acima destes pontos de corte como sendo resultado de prejuízo. Tem-se como objetivo aplicar as duas escalas para analisar a relação dos sintomas da depressão pós-parto com a ligação mãe e filho bem como analisar os dados epidemiológicos e antecedentes pessoais da mãe.

Os dados desta pesquisa foram analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 26.0)*. Para análise descritiva do perfil epidemiológico desta pesquisa as variáveis foram expressas por média e desvio-padrão (\pm DP), mediana e intervalo interquartil (IIQ), número absoluto e porcentagem (%).

Para a verificação dos possíveis fatores associados aos sinais sugestivos de ansiedade e depressão, as variáveis estudadas nesta pesquisa foram dicotomizadas. Após foi realizada a análise univariada (Razão de Prevalência: RP Bruto) utilizando-se da regressão logística de *Poisson*. Em todas as análises foi adotado como nível para significância estatística um p-valor $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$). O estudo foi pautado pelas normas éticas para pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário para o desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (Parecer nº 5.777.995).

RESULTADOS

Os dados obtidos foram organizados e demonstrados em tabelas para melhor compreensão. Inicialmente foi realizada uma caracterização sociodemográfica da população estudada. Neste estudo, a idade de maior prevalência de puérperas foi de 26 a 30 anos. A maioria das mulheres relatou ser casada ou estar em união estável (84,0%). Ainda, 80,1% são mulheres brancas. O grau de instrução também foi avaliado e 44,2% das mulheres possuíam ensino superior completo (tabela 1).

Em relação as características das gestações, a maioria das mulheres entrevistadas relatou não ter apresentado aborto prévio (81,8%). Quando indagadas acerca do número de gestações, 44,2%



relataram estar na primeira gestação. Ademais, 61,5% das gestações foram planejadas e 99,6% realizaram o pré-natal. De todas as gestações analisadas, 59,3% delas realizaram cesariana (tabela 2).

Sobre os aspectos do pós-parto, em relação ao uso de antidepressivos, 90,9% relatam não fazer uso no momento e 75,3% não possuíam histórico de depressão, com ou sem uso de medicação. O tipo de amamentação mais prevalente foi a exclusiva, sendo 47,2% das mães (tabela 3).

Verificou-se que 47,6% possuíam sintomas sugestivos de depressão pós-parto em mulheres de 40 dias a um ano de pós-parto e 98,7% de sintomas sugestivos de ansiedade. Quando analisada a relação mãe *v.s* bebê pela escala PBQ, foi observado que a ligação mãe e bebê danificada e ansiedade em relação a prestação de cuidados tiveram o mesmo escore (2,3 pontos) (tabela 4).

Verificou-se que 47,6% possuíam sintomas sugestivos de depressão pós-parto em mulheres de 40 dias a um ano de pós-parto e 98,7% de sintomas sugestivos de ansiedade. Quando analisada a relação mãe *v.s* bebê pela escala PBQ, foi observado que a ligação mãe e bebê danificada e ansiedade em relação a prestação de cuidados tiveram o mesmo escore (2,3 pontos) (tabela 4).

Sobre os possíveis fatores associados aos sintomas de ansiedade de depressão das mães puérperas (tabela 5), observa-se como fatores protetivos aos sintomas sugestivos de depressão possuir o ensino médio completo (RP: 0,73) e ter 3 ou mais gestações prévias (RP: 0,65).

DISCUSSÃO

Haja vista que a depressão pós-parto é um problema de saúde pública e pouco discutida nas consultas de rotina, se faz necessário um estudo do tema para que se possa preveni-la, por meio das consultas de pré-natal, onde o tema só é abordado se a gestante tem alguma queixa, não sendo a saúde mental avaliada e discutida rotineiramente, por mais que seja preconizado nos manuais de pré-natal a assistência a saúde mental, sendo a gestante encaminhada ao pré-natal de alto risco.

Em nosso estudo foram entrevistadas 231 mulheres para avaliação do perfil sociodemográfico e de características gestacionais relacionadas ao desenvolvimento da DPP e ansiedade pós-parto. Embora a amostra selecionada não tenha incluído adolescentes, a população estudada apresentou maior número de mulheres jovens (26 a 30 anos), o qual reflete a cultura de regiões menos urbanizadas, haja vista que as mulheres estão preferindo ter filhos mais tarde por conta do trabalho fora de casa, estudos e estão em busca da sua realização profissional e até por estarem se casando mais tarde (9).

A maioria das mulheres entrevistadas estavam em união estável ou casamento. Embora em nosso estudo não pudemos estabelecer uma relação direta entre os sintomas sugestivos de DPP e o estado civil, a literatura tem demonstrado que a relação entre o suporte emocional familiar/boa relação conjugal são considerados fatores protetivos contra a DPP, podendo preveni-la (10).



Um estudo demonstrou que a DPP foi mais observada em mulheres que se autodeclararam pardas (11). Entretanto este estudo foi realizado na região nordeste do Brasil onde predominam pessoas da raça parda. Em nosso estudo mostramos que a maioria da população entrevistada era da raça branca. Este dado é dependente da colonização na região sul do Brasil que apresenta população predominantemente de origem alemã e italiana (12).

A literatura destaca que a baixa escolaridade é considerada um fator de risco para depressão pós-parto (13,14). Os nossos resultados corroboram a literatura uma vez que mostramos que o ensino médio completo é fator protetivo para sintomas sugestivos de DPP.

Diferentes características da gestação são apontadas como fatores protetivos ou de risco para o desenvolvimento da DPP (14). Em nosso estudo mostramos que a maioria das gestantes não sofreram/realizaram aborto prévio. A maioria das entrevistadas estavam na segunda gestação, a gravidez foi planejada e estavam cumprindo as consultas de acompanhamento pré-natal.

A literatura mostra que mulheres com três ou mais filhos apresentaram menor prevalência de DPP quando comparado à mulheres com apenas um filho. Neste sentido, os 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 estressante e, por isso, é um fator preditivo de DPP (11). Nossos resultados corroboram a literatura já que evidenciaram que 3 ou mais gestações como fator protetivo para a DPP.

A literatura mostra que a prevalência mundial de sintomatologia depressiva no pós-parto é de 26,3%. No Brasil, dados da FIOCRUZ (3) mostraram que antes da pandemia a prevalência era de aproximadamente 25% e, de junho a dezembro de 2020, período da pandemia por SARS-CoV2, esse número subiu para 38,8% (3). Nossos dados mostram que embora a maioria das mulheres entrevistadas não apresentavam histórico de depressão, 47,6% das mulheres entrevistadas apresentavam sintomas sugestivos de DPP. Vale destacar que embora em nosso estudo mostramos a presença de fatores protetivos para a DPP, a população feminina com sintomatologia foi superior à média brasileira durante a pandemia.

O guia de orientação para as secretarias estaduais e municipais de saúde, disponibilizado pelo Ministério da Saúde 2022 (15) estabelece a vigilância para quadros psíquicos, principalmente depressão, na rotina de avaliação pré-natal. Ainda, de acordo com o guia, doenças psiquiátricas graves, incluindo psicose, depressão grave e transtorno bipolar, são consideradas gestações de alto risco. Entretanto, na região estudada, essa prática não foi observada. Ademais, na região estudada as gestações de alto risco foram consideradas somente aquelas com diabetes, hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo, e gestação gemelar (comunicação pessoal). Vale destacar que essas condições são facilmente identificadas



por exames laboratoriais e/ou clínicos, diferentemente da depressão, que o diagnóstico é complexo e amplo, necessitando de uma abordagem multidisciplinar e biopsicossocial.

Os índices de rastreamento de DPP na especialidade ainda são escassos e inadequados. Os obstáculos para o rastreamento da DPP por obstetras/ginecologistas incluem a falta de tempo, o estigma relacionado às doenças psiquiátricas na gravidez e pós-parto e o treinamento insuficiente ou inadequado após a formação. Nesse contexto, os índices de encaminhamento de mulheres com DPP à psiquiatria por obstetras/ginecologistas ou médico da UBS que realiza o pré-natal ainda são baixos, piorando o prognóstico, já que ela não é rastreada e diagnosticada precocemente (16).

Outro dado preocupante encontrado em nosso estudo foi que quase 91% das mulheres não faziam uso de antidepressivo no momento da entrevista. Entretanto, verificamos que quase 48% delas apresentavam sintomas compatíveis e sugestivos de DPP. Esses dados destacam a falta de tratamento adequado para mulheres com DPP. Em nosso estudo não investigamos as razões para essa discrepância e, portanto, não foi possível determinar se as mulheres não foram corretamente diagnosticadas ou se não buscaram o tratamento após o diagnóstico. A escala empregada no estudo, a EPDS, é utilizada para triagem, portanto não define o diagnóstico e a gravidade da doença, mas serve de alerta e olhar voltado para a saúde mental. Ela foi desenvolvida especificamente para evitar a identificação excessiva de DPP, pois fadiga, alterações alimentares e distúrbios do sono são relativamente mais comuns no pós-parto, todavia também são sugestivos de DPP e a escala contempla principalmente sintomas cognitivos e afetivos (16).

Não se encontrou relação dos sintomas sugestivos de DPP com a relação da mãe com o bebê, todavia estudos mostram que a sintomas sugestivos depressivos afetam a interação mãe-bebê, tanto no âmbito afetivo, quanto no desenvolvimento motor da criança, demonstrando que o estado emocional da mãe e seus efeitos comportamentais podem, sim, afetar o desenvolvimento do bebê (16, 17,18).

A alta prevalência de sintomas sugestivos de depressão e ansiedade pós-parto encontrados através da EPDS reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento adequado. O acompanhamento cuidadoso com as mães, o monitoramento dos sintomas depressivos e a identificação dos fatores de risco, por meio de ações integrativas que levam em conta as possíveis variáveis associadas à depressão no geral e em particular de cada mãe, podem prevenir graves problemas pessoais e familiares decorrentes da DPP.

Desse modo, tendo em vista que o diagnóstico de depressão puerperal é difícil de ser realizado, em alguns casos pode passar despercebido pelo profissional de saúde que esteja atendendo à puérpera. Escalas que rastreiam a DPP, como a EPDS, favorecem a detecção dos fatores de risco aos quais a puérpera possa estar exposta, aumentando significativamente as chances de um diagnóstico precoce de DPP e um tratamento adequado, minimizando os efeitos deletérios.



Esta pesquisa possibilitou a caracterização de um perfil epidemiológico e sociodemográfico de mulheres com sintomas sugestivos de DPP. A abordagem desta temática mostra que ainda existe um caminho longo a ser percorrido para a melhoria dos serviços de saúde no rastreamento, prevenção e tratamento dessa patologia.

Como limitações deste estudo evidenciamos o pequeno número da amostra populacional e as mulheres foram recrutadas de maneira remota. O recrutamento remoto permite um viés de auto seleção. Diante disso, para pesquisas futuras, recomenda-se ampliar o tempo de coleta da pesquisa e fazer de maneira presencial, com vistas à composição de um panorama mais amplo e mais próximo da realidade das mulheres da amostra.

CONCLUSÃO

Nosso estudo destaca a elevada prevalência de sintomas sugestivos de DPP quando comparada às médias encontradas na literatura. Embora, o guia de orientação pré-natal estabeleça uma vigilância nos sintomas depressivos, somente doenças clinicamente e/ou qualitativamente comprovadas são encaminhadas para maiores cuidados. Na região avaliada, a DPP é subdiagnosticada e a saúde mental das mulheres é, muitas vezes, esquecida. Dessa forma, é fundamental o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde da mulher, nas consultas pré-natais e do puerpério por meio de escutas qualificadas que, somadas aos instrumentos para detectar essa patologia de forma precoce, auxiliam os profissionais de saúde no diagnóstico da doença, voltando a atenção não somente à saúde física, mas também à saúde mental da mulher.

REFERÊNCIAS

1. O'Hara MW, McCabe JE. **Postpartum depression: current status and future directions.** Annu Rev Clin Psychol. 2013;9:379-407.
2. Riecher-Rossler A, & Hofecker M. **Postpartum depression: Do we still need this diagnostic term?.** Acta Psychiatrica Scandinava, 2003;108:51-56.
3. Leonel F. **Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil.** Fundação Oswaldo Cruz- Fiocruz. 2016. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil> Acesso em: 18/06/2023
4. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks et al. **Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study.** Journal of Affective Disorders. 2008; 108:147-157
5. Pope, S. **Postnatal Depression: A systematic review of published scientific literature to 1999.** Australia: National Health and Medical Research Council.
6. Field T. **Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review.** Infant Behavior & Development. 2010; 33:1-6.



7. Arrais AR. **A configuração subjetiva da depressão pós-parto : para além da padronização patológicoizante.** 158 f. Tese (Doutorado em Psicologia)—Universidade de Brasília, Brasília, 2005.
8. Schwengber DD de S, Piccinini CA. **O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê.** *Estud psicol (Natal)*. 2003; 8(3):403-411
9. Barbosa PZ, Rocha-Coutinho ML. **Maternidade: novas possibilidades, antigas visões.** *Psicol clin [Internet]*. 2007;19(1):163–85.
10. Freitas MES, Silva FP, Barbosa LR. **Análise dos fatores de risco associados com a depressão pós-parto: revisão integrativa.** *Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul*. 2016; 14 (48): 99-105.
11. Teixeira MG, Carvalho CMS, Magalhães JM, Veras JMMF, Amorim FCM, Jacobina PKM. **Deteção precoce da depressão pós-parto na atenção básica.** *J. nurs. health*. 2021;11(2).
12. Valentini G. **Culturas alemã e italiana moldam turismo e costumes no Vale do Itajaí.** G1. 2013. Disponível em: <https://g1.globo.com/sc/santa-atarina/verao/2013/noticia/2013/02/culturas-alema-e-italiana-moldam-turismoecostumes-no-vale-do-itajai.html#:~:text=N%C3%A3o%20%C3%A9%20%C3%A0%20toa%20que,na%20m%C3%BAica%20dan%C3%A7a%20e%20costumes> Acesso em: 18/06/23.
13. Moraes IG da S, Pinheiro RT, Silva RA da, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. **Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados.** *Rev Saúde Pública [Internet]*. 2006;40(1):65–70.
14. Arrais AR, Araújo TCCF, Schiavo RA. **Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico.** *Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília*. 2018;38 (4):711-729.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde.** Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] – 5. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 1.126 p.: il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. Acesso em: 18/06/23.
16. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). **Depressão pós-parto.** São Paulo: Febrasgo; 2020. (Protocolo Febrasgo de Obstetrícia, nº 3/Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério). *FEMINA* 2020;48(8):454-61
17. Souza DS. **Vínculo mãe-bebê e sua associação com fatores de risco e proteção.** Dissertação de Mestrado (2019). Porto Alegre, UFRGS.
18. Alves BKG, Silva EG. **Depressão Pós-Parto e seus Efeitos na Relação Mãe-Bebê.** *Rev Inicent Ext*. 2021; 4(1):536-4.



TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

| Variáveis | n (%) (n=231) |
|-------------------------------|------------------|
| Idade | |
| 18 a 25 anos | 55 (23,8) |
| 26 a 30 anos | 79 (34,2) |
| 31 a 35 anos | 54 (23,4) |
| 34 a 39 anos | 43 (18,6) |
| Estado civil | |
| Casada | 115 (49,8) |
| Solteira | 37 (16,0) |
| União estável | 79 (34,2) |
| Raça | |
| Branca | 185 (80,1) |
| Negra | 11 (4,8) |
| Amarela | 5 (2,2) |
| Parda | 30 (13,0) |
| Escolaridade | |
| Ensino Fundamental Completo | 15 (6,5) |
| Ensino Fundamental Incompleto | 5 (2,2) |
| Ensino Médio Completo | 56 (24,2) |
| Ensino Médio Incompleto | 21 (9,1) |
| Ensino Superior Completo | 102 (44,2) |
| Ensino Superior Incompleto | 32 (13,9) |

Legenda: n: tamanho da amostra. Os dados foram expressos por número absoluto e porcentagem (%). **Método Estatístico Empregado:** Análise descritiva de frequências.



Tabela 2 – Características da Gestação

| Variáveis | n (%) (n=231) |
|----------------------------|------------------|
| Aborto prévio | |
| Sim | 42 (18,2) |
| Não | 189 (81,8) |
| Número de gestações | |
| Uma | 102 (44,2) |
| Duas | 70 (30,3) |
| Três | 35 (15,2) |
| Quatro | 21 (9,1) |
| Cinco | 2 (0,9) |
| Mais que cinco | 1 (0,4) |
| Gravidez planejada | |
| Sim | 142 (61,5) |
| Não | 89 (38,5) |
| Realizou pré-natal | |
| Sim | 230 (99,6) |
| Não | 1 (0,4) |
| Tipo de parto | |
| Cesárea | 137 (59,3) |
| Normal | 93 (40,3) |
| Fórceps | 1 (0,4) |

Legenda: n: tamanho da amostra. Os dados foram expressos por número absoluto e porcentagem (%). **Método Estatístico Empregado:** Análise descritiva de frequências.



Tabela 3 – Características do pós-parto

| Variáveis | n (%) (n=231) |
|---|------------------|
| Histórico prévio de depressão | |
| Sim | 57 (24,7) |
| Não | 174 (75,3) |
| Uso de antidepressivo atualmente | |
| Sim | 21 (9,1) |
| Não | 210 (90,9) |
| Tipo de amamentação | |
| Exclusiva | 109 (47,2) |
| Fórmula | 34 (14,7) |
| Mista | 88 (38,1) |

Legenda: n: tamanho da amostra. Os dados foram expressos por número absoluto e porcentagem (%). **Método Estatístico Empregado:** Análise descritiva de frequências.

Tabela 4 – Escore e prevalência de ansiedade e depressão

| Variáveis | Mediana (IIQ) ou n (%) (n=231) |
|--|-----------------------------------|
| Escala de depressão de Edimburgo | |
| Escore | 9,0 (8,0-10,0) |
| Não possui sintomas sugestivos de depressão | 121 (52,4) |
| Possui sintomas sugestivos de depressão | 110 (47,6) |
| Escala de ansiedade de Edimburgo | |
| Escore | 17 (15,0-19,0) |
| Não possui sintomas sugestivos de ansiedade | 3 (1,3) |
| Possui sintomas sugestivos de ansiedade | 228 (98,7) |
| Escala PBQ – Relação de ligação mãe v.s bebê | |
| Fator 1 - Ligação bebê danificada | 2,3 (1,6 – 2,6) |
| Fator 2 – Rejeição e raiva patológica | 1,4 (1,3 – 2,0) |
| Fator 3 – Ansiedade em relação a prestação de cuidados | 2,3 (1,3 – 2,5) |
| Fator 4 – Risco de abuso | 0,0 (0,0 – 0,0) |

Legenda: n: tamanho da amostra. Os dados foram expressos por número absoluto e porcentagem (%) ou mediana e intervalo-interquartil (II). **Método Estatístico Empregado:** Análise descritiva de frequências.



Tabela 5 – Fatores associados a ansiedade e depressão

| Variáveis | Ansiedade | | Depressão | |
|--|-----------|----------------|-----------|----------------|
| | RP Bruto | <i>p-value</i> | RP Bruto | <i>p-value</i> |
| Caracterização da Amostra | | | | |
| Idade - < 30 anos | 0,98 | 0,08 | 0,87 | 0,31 |
| Raça – branca | 1,01 | 0,63 | 1,46 | 0,77 |
| Estado civil – casada | 0,95 | 0,21 | 1,03 | 0,89 |
| Escolaridade – até o ensino médio completo | 0,98 | 0,15 | 0,73 | 0,05* |
| Aborto prévio | 1,02 | 0,08 | 0,71 | 0,12 |
| Número de gestações | | | | |
| Até uma gestação | 0,97 | 0,08 | 1,18 | 0,24 |
| Até duas gestações | 1,02 | 0,08 | 1,17 | 0,29 |
| Três ou mais gestações | 1,02 | 0,08 | 0,65 | 0,03* |
| Planejamento gestacional | | | | |
| Realização do pré-natal | 0,99 | 0,08 | - | - |
| Parto | | | | |
| Cesáreo | 1,02 | 0,40 | 1,13 | 0,41 |
| Normal | 0,99 | 0,40 | 0,89 | 0,41 |
| Uso de antidepressivo | 0,96 | 0,426 | 0,68 | 0,22 |
| Amamentação | | | | |
| Amamentação exclusiva | 0,99 | 0,506 | 1,248 | 0,11 |
| Amamentação fórmula | 1,015 | 0,083 | 0,65 | 0,08 |
| Amamentação mista | 1,003 | 0,861 | 0,966 | 0,81 |

Legenda: <: menor. **Método Estatístico Empregado:** Regressão de Poisson. Foi considerado como estatisticamente significativo **p-value* ≤ 0,05.