

**Layla Santana Corrêa da Silva**

Enfermeira. Mestre em Enfermagem.
Especialista em Enfermagem Obstétrica.
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,
Instituto Integrado de Saúde.
E-mail: laylasantanacorrea@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3080-4494>

Valdemiro Piedade Vagas

Estatístico. Doutor em Estatística e
Experimentação Agronômica. Professor da
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,
Instituto de Matemática.
E-mail: valdemiro.vagas@ufms.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3341-7497>

Erlandson Ferreira Saraiva

Matemático. Doutor em Estatística. Professor
da Universidade Federal de Mato Grosso do
Sul, Instituto de Matemática.
E-mail: erlandson.saraiva@ufms.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4698-4004>

Elen Ferraz Teston

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Professora da Universidade Federal de Mato
Grosso do Sul, Instituto Integrado de Saúde.
E-mail: elen-1208@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6835-0574>

**Andrezza Gabrielly dos Santos
Soldara**

Enfermeira. Mestre em Enfermagem.
Doutoranda pela Universidade de São Paulo,
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
E-mail: andrezzasoldara@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9000-5179>

**Rodrigo Guimarães dos Santos
Almeida**

Enfermeiro. Doutor em Ciências. Professor da
Universidade de São Paulo, Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto, Brasil.
E-mail: rgclaretiano@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4984-3928>

Ricardo José Oliveira Mouta

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem.
Professor da Universidade do Estado do Rio
de Janeiro, Centro Biomédico, Faculdade de
Enfermagem.
E-mail: ricardomouta@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1284-971X>

Ana Paula de Assis Sales

Enfermeira. Doutora em Saúde e
Desenvolvimento na Região Centro-Oeste.
Professora da Universidade Federal de Mato
Grosso do Sul, Instituto Integrado de Saúde.
E-mail: anasales.sales@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1327-5383>

Submissão: 03/10/2025

Aprovação: 11/12/2025

Publicação: 31/12/2025

**Como citar este artigo:**

Silva LSC, Vagas VP, Saraiva EF, Teston EF, Soldara AGS, Almeida RGS, et al. Fatores associados ao risco de depressão pós-parto em hospital de ensino. São Paulo: Rev Recien. 2025; 15(43):580-590. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2025.15.43.580>

FATORES ASSOCIADOS AO RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM HOSPITAL DE ENSINO

Resumo: Identificar o risco para depressão pós-parto e os fatores associados. Estudo descritivo, transversal, realizado em Hospital de Referência para Gestação de Risco no centro-oeste brasileiro. Foram incluídas primíparas, idade superior a 18 anos, sem morbidades associadas. Foi aplicado questionário de caracterização e Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgo pela Plataforma Google Meet. Utilizamos teste de qui-quadrado para verificar associação entre covariáveis sociodemográficas e risco para depressão pós-parto e o modelo de Regressão Probit para validação das associações. Participaram 40 puérperas, entre 18 e 36 anos. O risco para depressão pós-parto foi verificado em 35%. As variáveis desejo da gravidez, parto cesariana e não realização de consulta de puerpério apresentaram risco para DPP. A limitação da autonomia por um processo cirúrgico, lacunas na assistência recebida e idealização da maternidade, constituem fatores de risco para a depressão pós-parto. Descritores: Depressão Pós-parto, Assistência Integral à Saúde, Saúde da Mulher, Saúde Mental.

Factors associated with the risk of postpartum depression in a teaching hospital

Abstract: To identify the risk for postpartum depression and associated factors. A descriptive, cross-sectional study was conducted at a Reference Hospital for High-Risk Pregnancy in the Brazilian Midwest. Primiparous women, over 18 years of age, without associated morbidities were included. A characterization questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale were applied via the Google Meet platform. We used the chi-square test to verify the association between sociodemographic covariates and the risk for postpartum depression, and the Probit Regression model to validate the associations. Forty postpartum women, aged between 18 and 36 years, participated. The risk for postpartum depression was found in 35%. The variables desire for pregnancy, cesarean delivery, and not having a postpartum consultation presented a risk for PPD. The limitation of autonomy due to a surgical procedure, gaps in the care received, and idealization of motherhood constitute risk factors for postpartum depression. Descriptors: Postpartum Depression, Comprehensive Health Care, Women's Health, Mental Health.

Factores asociados al riesgo de depresión posparto en un hospital universitario

Resumen: Para identificar el riesgo de depresión posparto y los factores asociados, se realizó un estudio descriptivo transversal en un hospital de referencia para embarazos de alto riesgo en el Medio Oeste brasileño. Se incluyeron mujeres primíparas mayores de 18 años sin morbilidades asociadas. Se aplicó un cuestionario de caracterización y la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo a través de la plataforma Google Meet. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para verificar la asociación entre las covariables sociodemográficas y el riesgo de depresión posparto, y el modelo de regresión probit para validar las asociaciones. Participaron cuarenta mujeres posparto, con edades comprendidas entre 18 y 36 años. El riesgo de depresión posparto se encontró en el 35%. Las variables deseo de embarazo, cesárea y no haber tenido una consulta posparto presentaron un riesgo de depresión posparto. La limitación de la autonomía debido a un procedimiento quirúrgico, las deficiencias en la atención recibida y la idealización de la maternidad constituyen factores de riesgo para la depresión posparto. Descriptores: Depresión posparto, Atención integral de la salud, Salud de la mujer, Salud mental.

Introdução

O puerpério é marcado pela labilidade no comportamento psíquico e social da mulher. Embora, por vezes, predomine a alegria pela chegada do filho, sentimentos de incapacidade e tristeza podem ser experiências. Isso **porque**, as alterações emocionais reguladas pelos hormônios do ciclo gravídico puerperal podem exacerbar no pós-parto¹.

A labilidade emocional, pode predispor a reações de irritabilidade, desânimo, agressividade e oscilação de humor. Assim, o novo papel assumido (de mulher/mãe) associado a estressores externos, sendo capaz de contribuir com o risco aumentado para a Depressão Pós-parto/perinatal (DPP)¹.

A DPP é considerada o transtorno psíquico mais frequente no período gravídico-puerperal, sendo prejudicial à saúde da mulher e do recém-nascido, com diferentes implicações como, rejeição ao filho, abandono no autocuidado, afastamento social e rupturas de relacionamentos afetivos. Sua taxa pode variar entre 10% a 20% e uma em cada sete mulheres tem a predisposição em desenvolver a DPP um ano após o nascimento do filho².

A DPP pode classificada de moderada a severa, tem seu início na segunda ou terceira semana do puerpério, e dentre os sintomas característicos, estão: irritabilidade, ansiedade, choro fácil, desânimo e sentimento de incapacidade de cuidar do recém-nascido².

Frente a esse problema de saúde pública, em 2022 a Organização Mundial de Saúde, recomendou o pré-natal psicológico, como um serviço a ser integrado no atendimento perinatal. Como recurso para acompanhar a saúde mental das mulheres, a utilização de escalas validadas para identificação de

risco para depressão e ansiedade, foi recomendada³⁻⁴.

Cabe destacar que a proposta do pré-natal psicológico é complementar as ações de suporte emocional oferecidas às gestantes e puérperas e pode favorecer o autoconhecimento e a reflexão sobre a gestação e os sentimentos e experiências⁴⁻⁵.

Embora, a utilização de escalas para identificação de risco de depressão pós-parto seja uma recomendação para boas práticas de cuidado no ciclo gravídico puerperal, estudos apontam que muitas vezes o enfoque na prática assistencial é prioritariamente centrado nos aspectos biológicos relacionados à gestação e puerpério.

Entretanto, destaca-se a necessidade do enfoque na saúde mental das mulheres diante da maternidade, por considerarem o modelo biomédico insuficiente nas respostas individuais de saúde. A valorização de tais aspectos no puerpério pode consolidar na prática o foco na promoção e prevenção da saúde materno infantil, melhorando indicadores globais de saúde.

O presente estudo teve como objetivo identificar o risco para depressão pós-parto e fatores associados.

Material e Método

Estudo descritivo, transversal, que utilizou para elaboração do relatório de pesquisa os critérios estabelecidos no *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁶. O presente estudo foi realizado em um Hospital de Ensino, referência para gestação de risco, localizado na Região Centro Oeste do Brasil.

O Hospital onde foi desenvolvido o estudo possui 232 leitos em diferentes especialidades, sendo referência estadual em Doenças Infectocontagiosas, exames de alta complexidade como atendimento a pessoas em tratamento renal, cirurgia cardiovascular,

neurologia e gestação de alto risco.

A unidade materno-infantil possui assistência em obstetrícia, neonatologia, banco de leite humano, ginecologia, mastologia, atenção ao aborto legal e a violência sexual (SALVS), e centro obstétrico. Além disso, funciona 24 horas para o atendimento a gestantes de risco habitual e de alto risco, encaminhadas por regulação ou demanda espontânea para pré-natal ou parto.

Na Maternidade existem seis leitos destinados a tratamento clínico obstétrico, seis cirúrgicos ginecológicos e 18 ao binômio em alojamento conjunto. A equipe assistencial é composta por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, fonoaudiólogos, cirurgiões dentistas, psicólogos e assistentes sociais. Possui três programas de residência que atuam conjuntamente com os profissionais do serviço, sendo dois programas médicos, um em ginecologia e obstetrícia, outro em neonatologia/pediatria e um programa uniprofissional em enfermagem obstétrica, todos financiados pelo Ministério da Educação. Para puérperas e recém-nascidos hígidos, a alta ocorre em até 48 horas se as condições de ambos estiverem hígidas.

Por ser hospital de ensino, recebe acadêmicos de diferentes cursos de graduação, como: enfermagem, medicina, farmácia, nutrição, odontologia, psicologia, além de curso técnico de Enfermagem.

Participaram do estudo 40 puérperas, selecionadas por conveniência, que estavam entre o trigésimo e quadragésimo dia de puerpério, independente da via de parto, com idade superior a 18 anos, primíparas e que tiveram seus filhos no referido serviço.

Para a coleta de dados, ocorrida entre os meses

de abril a setembro de 2021, a pesquisadora principal se dirigia ao centro obstétrico em estudo, e por meio do acesso ao livro de registro de parto, identificava quais ocorreram nas últimas 24 horas e se dirigia a maternidade em diferentes períodos para a captação das participantes.

Na primeira abordagem, após as primeiras 24 horas de puerpério, eram explicados os objetivos da pesquisa e para aquelas que aceitavam participar, solicitava-se autorização para contato posterior via *Whatsapp* para convite de participação na pesquisa. De posse desses dados, uma lista foi elaborada pela pesquisadora principal.

Após o trigésimo dia de alta a pesquisadora entrava em contato e reforçava via mensagem de texto os objetivos da pesquisa, procedendo ao convite para participação na pesquisa, se a puérpera acenasse a intenção em participar, era enviado um link via Plataforma *Google Meet* era enviado com o Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e procedia-se ao agendamento da entrevista. A entrevista e a disponibilidade do *link* com a EDPS eram então disponibilizadas para a participante.

Destaca-se o contexto da pandemia de COVID-19, ter sido um fator impeditivo na realização da coleta de dados presencialmente, conforme as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde, para inclusão de gestantes e puérperas, como grupo de risco aumentado para COVID-19, devido às transformações fisiológicas que remetem ao aumento morbimortalidade, sobretudo no último trimestre da gravidez e puerpério⁷.

Para coleta de dados utilizou-se de variáveis de caracterização, como: faixa etária; estado civil; escolaridade; renda; desejo da gravidez; número de

consultas pré-natal; risco gestacional; tipo de parto; orientações na alta; visita domiciliar na primeira semana e consulta de pós-parto na Atenção Primária em Saúde (APS).

Além dos dados sociodemográficos a Escala de Depressão Pós - natal de Edimburgo (*Edinburg Postnatal Depression Scale* - EDPS)⁸, foi o instrumento elegido para este estudo. A escala é autoaplicável e foi disponibilizada para as participantes que completaram à entrevista sociodemográfica.

Para o presente estudo, utilizou-se da versão reduzida, proposta em estudo anterior com 245 puérperas na cidade de Belo Horizonte, composta por seis itens (1,2,3,4,5 e 7)⁸⁻¹⁰.

A escala é autoaplicável e não afirma o diagnóstico de depressão, mas a necessidade de cuidar dos próprios sentimentos e da situação emocional da mulher e família. Cada questão recebeu uma pontuação de zero a três, dependendo da intensidade do sintoma depressivo, sendo considerada a sintomatologia depressiva, valor total superior ou igual a 12 pontos, conforme estudo supracitado¹⁰.

As informações coletadas foram inseridas em uma planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excel (versão 2007) e analisadas estatisticamente por meio do software *R* (versão 2022), utilizando-se de estatística descritiva e inferencial. Para verificar a associação entre as covariáveis sociodemográficas com os grupos com e sem risco de depressão pós-parto, utilizou-se do teste qui-quadrado.

Por sua vez, a fim de verificar a associação entre o risco de depressão pós-parto e as características sociodemográficas, utilizou-se do modelo de regressão Probit.

O modelo Probit se encontra disponível no Software *R* por meio do comando `family = binomial` (link = 'probit'). Para indicar qual modelo é mais adequado aos dados, foi utilizado o critério de seleção de informação de Akaike (AIC). O AIC seleciona o modelo que apresenta o menor valor.

Por fim, foi apresentada a análise gráfica da curva ROC – *Receiver operator curve*, para verificar o desempenho (diagnóstico) do modelo binário.

Resultados

Das 40 mulheres participantes da pesquisa, 72,5% tinham idade entre 18 e 25 anos, 62,5% eram casadas, 55% possuíam Ensino Médio, 37,5% Ensino Superior e 7,5% Ensino Fundamental. Em relação à renda, 95% recebiam entre um e três salários mínimos. O desejo pela gestação foi referido por 60% das participantes, 82,5% realizaram mais de seis consultas de pré-natal.

Dentre as participantes com risco para depressão, 71% foram classificadas como de risco gestacional habitual e 29% alto risco gestacional, nesse grupo 14% foi submetida a cesariana e 86% evoluíram para o parto normal, ainda 21% receberam visita domiciliar. O tipo de parto apresentou associação estatisticamente significativa com o risco ou não para depressão pós-parto, conforme tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas das puérperas com e sem risco para depressão pós-parto. Hospital de Ensino, MS, 2025.

Variáveis Sociodemográficas	Grupos				P-valor
	Puérperas com risco para depressão pós-parto (n=26)		Puérperas sem risco depressão pós-parto (n=14)		
	n frequência (%)		n frequência (%)		
Faixa etária					
18 a 25 anos	19	73%	10	71%	> 0,500
26 a 36 anos	07	27%	04	29%	
Estado civil					
Solteira/Divorciada	12	46%	03	21%	0,232
Casada/União estável	14	54%	11	79%	
Escolaridade					
Ensino fundamental	02	08%	01	07%	0,474
Ensino Médio	16	62%	06	43%	
Ensino Superior	08	31%	07	50%	
Renda					
1 a 3 salários	25	96%	13	93%	> 0,500
4 a 6 salários	01	04%	01	07%	
Desejou gravidez					
Não	13	50%	03	21%	0,152
Sim	13	50%	11	79%	
Consultas de pré-natal					
Até 6 consultas	04	15%	03	21%	0,961
Mais que 6 consultas	22	85%	11	79%	
Risco gestacional					
Habitual	19	73%	10	71%	> 0,500
Alto	07	27%	04	29%	
Tipo de parto					
Normal	11	42%	12	86%	0,022
Cesariana	09	35%	02	14%	
Parto normal com evolução para cesárea.	06	23%	00	00%	
Orientações na alta					
Cuidado com o bebê	08	30%	01	07%	0,372
Cuidado com a mulher no puerpério	02	08%	01	07%	
Ambos	14	54%	10	71%	
Não teve	02	08%	02	14%	
Visita domiciliar na primeira semana					
Não	09	73%	11	79%	> 0,500
Sim	07	27%	03	21%	
Consulta de Pós-parto na APS					
Não	04	15%	05	36%	0,283
Sim	22	85%	09	64%	

O teste qui-quadrado de associação estuda a relação das variáveis duas a duas, não nos permite a possibilidade de estudar as covariáveis sociodemográficas de forma conjunta para os grupos de pacientes com e sem risco de depressão pós-parto. Portanto, foi utilizado o modelo de regressão Probit

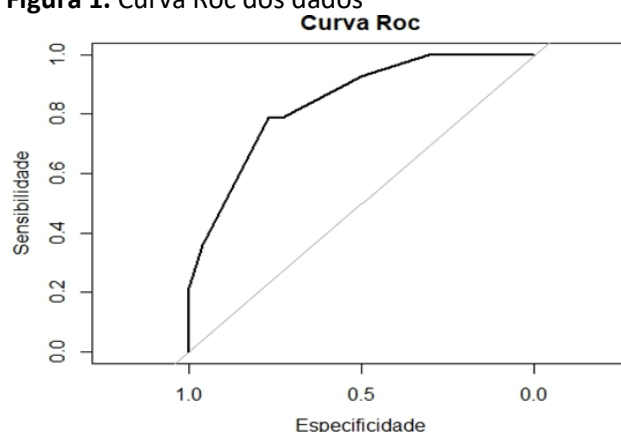
para a variável resposta binária.

Conforme o modelo, verificou-se que as covariáveis: desejou, gravidez, via de parto e Consulta puerperal foram significativas ao nível de significância de 10%.

Partindo do fato que as covariáveis: Desejou

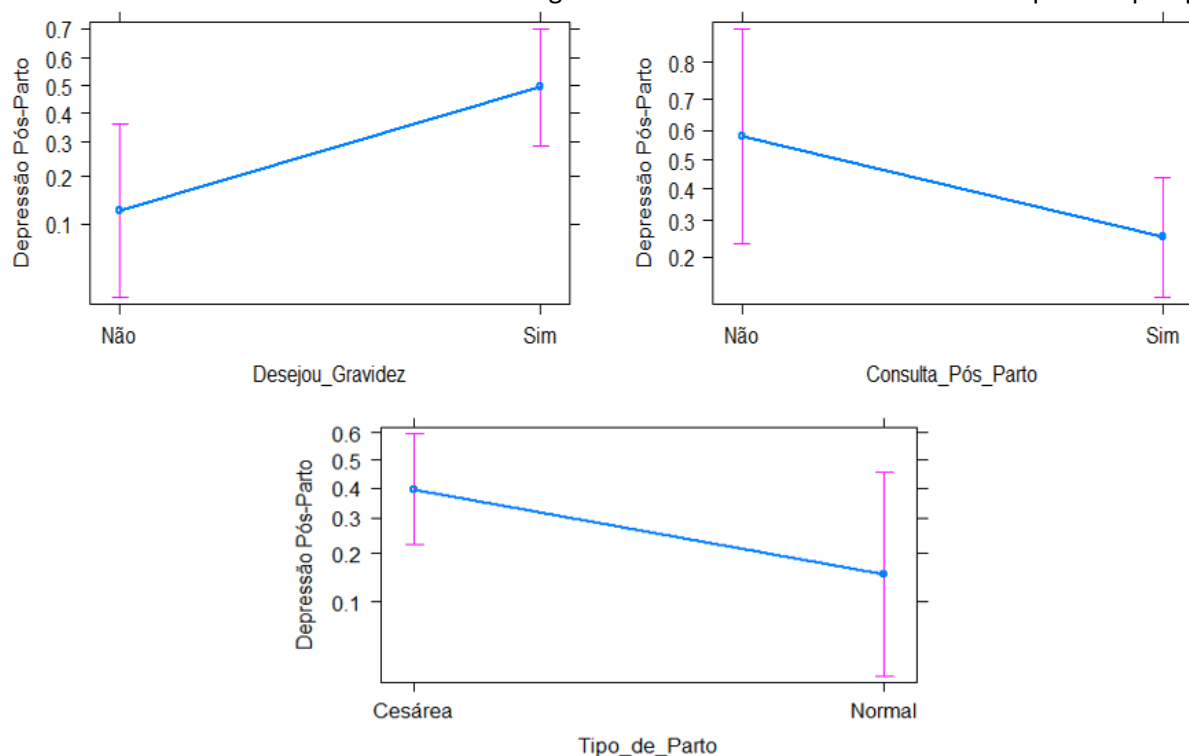
gravidez; Via de Parto e Consulta puerperal foram significativas, conforme o modelo Probit, as medidas de sensibilidade e especificidade apresentaram valores iguais a 0,7857 e 0,7692, respectivamente, indicando um resultado aceitável. A Figura 1 representada pela curva Roc corrobora as afirmações sobre o modelo proposto.

Figura 1. Curva Roc dos dados



A Figura 2 apresenta o comportamento de cada covariável segundo a variável resposta Risco de depressão pós-parto, no qual é possível observar que: mulheres que desejaram a gravidez e não fizeram consultas de pós-parto com parto cesárea, têm a maior probabilidade de desenvolver a depressão pós-parto.

Figura 2. Gráfico de efeito das covariáveis sociodemográficas consoante a variável Risco de depressão pós-parto.



Discussão

No presente estudo a prevalência de risco para DPP foi de 0,35 (35%) resultado encontrado em estudo realizado em um Hospital Universitário no estado de São Paulo com 70 puérperas, que encontrou o risco para DPP pela escala de EDPPE em 37,1% das participantes¹¹. Outro estudo que buscou a

aplicação da EDPPE em puérperas atendidas durante Consulta de Enfermagem, na cidade de Ponta Grossa, teve como resultado uma prevalência de 7,8% mulheres predispostas a desenvolverem DPP¹².

A divergência relacionada à prevalência entre os estados foi observada em uma revisão integrativa que abrangeu estudos sobre o tema no Brasil de 2007 a 2017, foi observado variação de 7,2% a 50,6% entre os

estados brasileiros, fato esse que pode ser influenciado pelo acesso à assistência pré e pós-natal, fatores culturais, religiosos e socioeconômicos¹³.

A utilização da EDPS, no Brasil, considerando as diferenças regionais e os aspectos sociodemográficos das mulheres, somado às evidências disponíveis com uso do instrumento, torna-se de grande importância na assistência por ser capaz de detectar o risco e de fácil aplicação por profissionais capacitados¹⁴.

Os fatores de risco para DPP podem ser divididos em categorias, sendo elas: biológicas, psicossociais, sociodemográficas e obstétricas¹⁵. Pode-se destacar a queda hormonal, comum no puerpério, história psíquica, estresse, falta de rede de apoio, conflitos conjugais e gravidez não planejada. Observa-se uma relação direta com a baixa escolaridade, a classe social, dificuldades financeiras e intercorrências na gestação, como perdas neonatais e a via de parto^{12,13,15}.

O conhecimento aprofundado acerca destes fatores e as suas relações de risco para a DPP, possibilitam a criação de estratégias eficazes de rastreio e tratamento. Além disso, é preciso informar as mulheres e suas famílias sobre os sinais e sintomas da DPP para que prontamente identificadas, busquem as equipes de saúde e rede de apoio^{15,16}.

Nesse estudo destacam-se como fatores de risco para DPP: a gravidez planejada, via de parto cesariana e a não realização da consulta de puerpério.

Cabe destacar que, no presente estudo, o desejo de ser mãe e a gravidez planejada apresentaram associação estatística com o risco para DPP, resultado não verificado em outros estudos e populações. Na Etiópia, um estudo realizado com 596 mulheres, apontou que o fato de não ter desejado a gravidez

mostrou-se como fator de risco para DPP, além de outros, como: apoio social fragilizado, vulnerabilidade econômica, estado civil e sexo não desejado¹⁷. No Brasil, pesquisas mostram que a gestação não desejada^{5,18} e não planejada⁵ são preditores para DPP.

Acredita-se que quando a gestação, parto e puerpério são idealizados, podem suscitar decepção na mulher em relação à concretude deste papel. Nesse sentido, a percepção da mulher sobre ser mãe, mostra que a idealização da maternidade carrega consigo um discurso padronizado, muitas vezes fundamentado em crenças e valores culturais, divergentes nos papéis reais da maternidade. Essa visão traz sobrecarga física e mental para as puérperas e pode aumentar as frustrações com esta nova fase de vida, além de aumentar os riscos para DPP¹⁹.

Corroborando com nossos achados, estudo qualitativo realizado com puérperas na Atenção Primária à Saúde, com foco nas implicações sociais e nas desigualdades na vivência da maternidade, evidenciaram a romantização deste papel vivenciado antecipadamente durante a gestação, sendo o momento de encontro entre mãe e filho e a realidade de afazeres a serem cumpridos, uma espécie de “choque” com a realidade e suas atribuições reais no sentido da maternidade²⁰.

Dessa maneira, a felicidade divulgada pela sociedade como a plenitude no gestar e parir vem carregada de obrigações que afastam a mulher de outros papéis. Nessa perspectiva, é essencial uma rede de apoio, tanto familiar quanto profissional, para suporte emocional, demandas do bebê e auxílio na construção da sua forma de ser mãe, que é peculiar para cada mulher²¹.

Vale ressaltar que no período da pandemia da

COVID-19, em pleno isolamento social, a assistência ao ciclo gravídico puerperal sofreu impactos que reverberaram na assistência e na execução do pré-natal e puerpério. A redução na rede de apoio profissional e familiar e as restrições em termos de distância social podem ter influenciado a vivência da maternidade neste período de vida, principalmente nos aspectos psicológicos, com aumento do estresse, medo, inseguranças, ansiedade e depressão²².

No presente estudo, a cesariana também apresentou associação estatística com o risco para a DPP. Diante disso, é importante ressaltar que a cesariana é um procedimento cirúrgico que deve ser utilizado para situações de risco da vida materna e fetal. No Brasil, a taxa média de cesarianas é de 56%, sendo 80% deste procedimento realizado em serviços privados, diferentemente do que preconiza as boas práticas de assistência ao parto da OMS²³.

A cesariana como procedimento rotineiro deve ser desconstruída socialmente por demandar risco aumentado de hemorragia puerperal, infecção puerperal/sepsis, maior dificuldade no estabelecimento do aleitamento materno, infecção da ferida operatória, uso de dispositivos como cateter vesical de demora e risco para infecção do trato urinário (ITU). Uma análise de prontuários de 29 mulheres, as quais foram a óbito no puerpério, no estado de Manaus, demonstrou que a via de parto cesariana e o choque séptico foram os mais prevalentes entre as causas de morte²⁴.

Somando-se a tais riscos, a dor, o processo de recuperação cirúrgica, medo de complicações, falta de autonomia de movimentos no cuidado consigo e com o recém-nascido, podem prolongar a recuperação física e emocional, sendo passíveis de corroborar com

risco aumentado para a DPP. Estudo realizado com 1099 puérperas no interior de São Paulo utilizando a EDPPE, constatou a cesariana como um dos fatores de risco para a DPP²⁵.

A questão da consulta de pós-parto e a necessidade de uma rede de apoio ficam evidentes uma vez que no presente estudo, as mulheres que não retornaram à consulta puerperal apresentaram associação estatisticamente significativa com o risco para DPP. Uma pesquisa destacou que apenas 34,7% das mulheres incluídas retornaram para avaliação no pós-parto, sendo fator desfavorável no âmbito da promoção a saúde no puerpério²⁶.

A busca ativa na primeira semana de puerpério no território e a consulta na unidade de saúde são essenciais para o rastreamento da DPP. A visita domiciliar no puerpério realizada pela APS e na Estratégia Saúde da Família (ESF), tem se mostrado essenciais na criação de vínculo e fortalecimento da rede de apoio profissional da mulher, sendo estratégias que viabilizem o cuidado integral, identificação de problemas físicos e emocionais e reconhecimento de vulnerabilidades da puérpera, além de potencializar o empoderamento para enfrentamento ao novo papel^{27,28}.

Estudo que investigou as principais dificuldades enfrentadas por mulheres no puerpério, apresentou como resultados o medo, a insegurança de cuidar do recém-nascido e negligência e incertezas no autocuidado²⁸.

Ressalta-se a importância da equipe ao prestar a assistência de saúde a este grupo de mulheres no puerpério. As mudanças sociais e biológicas são significativas para a mulher e família, sendo os profissionais de saúde um dos elos mais importantes

na cadeia de cuidados nessa fase de vida. Sendo assim, e conforme as recomendações das melhores evidências na atenção ao puerpério³, os profissionais de saúde devem ser capacitados para identificação dos fatores de risco de depressão pós-parto, sendo capazes de identificar os riscos para tal evento de saúde precocemente²⁹.

Os profissionais precisam estar atentos ao estado emocional da mulher no pós-parto, para encaminhar a categorias especializadas quando necessário. É fundamental que a puérpera receba suporte adequado para assimilar e compreender as mudanças que estão acontecendo neste período de insegurança e vulnerabilidade¹⁵.

As redes de apoio se tornam instrumentos essenciais para a passagem saudável da mãe, sendo o principal cuidado com a mulher puérpera, já que o suporte de amigos e familiares fazem toda a diferença nesse primeiro momento de adaptação. Por isso, o auxílio com tarefas domésticas, cuidados com o recém-nascido e apoio psicológico são fundamentais para que a mãe não se sinta sozinha¹⁵.

Ademais, o enfermeiro como membro da equipe de saúde, pode utilizar as estratégias de cuidado e monitoramento domiciliar as puérperas baseadas no reconhecimento de suas necessidades características, por exemplo, com a organização em serviço da Sistematização da Assistência de Enfermagem e a realização do Processo de Enfermagem baseado nas necessidades de cada mulher³⁰.

É importante que o suporte se inicie já no terceiro trimestre da gestação ao longo das consultas de pré-natal para fortalecer o vínculo e trazer segurança para a mulher e a rede de apoio. O alicerce pode vir de diversas formas, como: oferecer cuidados

com as questões práticas do dia a dia, tempo com o bebê para que a mulher possa ter um tempo para si, respeitar as escolhas da mãe e oferecer escuta sensível e empática. No entanto, é preciso que se entenda os limites de cada situação e de seu papel, sempre com a noção de que o foco é a mãe como pessoa e não como portadora de um novo ser³⁰.

Conclusão

Neste estudo, foram identificados como fatores estatisticamente associados para o risco de DPP, a gravidez desejada, a cesariana e a não realização da consulta no puerpério.

A gravidez desejada não pode ser considerada *per si* como garantia em gerenciar emoções frente aos desafios da maternidade. Atributos sociais esperados e muitas vezes idealizados, e que não se concretizam, propiciam tristeza, sensação de incapacidade, falta de confiança e podem aumentar o risco da DPP.

A cesariana, como processo cirúrgico, que limita a puérpera fisicamente, exige maior tempo para a recuperação, mostrou-se como um fator de risco para a DPP. Assim, a cesariana deve ser indicada para mulheres com riscos reais, e justificada para a melhoria das condições de saúde desta e do seu feto/recém-nascido, e não rotineiramente, sendo identificado neste estudo tal procedimento como desfavorável, a vivência de um puerpério pleno.

Reverberou ainda que vivência da maternidade, além da rede de apoio social e familiar, inclui ainda de uma rede de apoio profissional estruturada, sendo de suma importância no desenvolvimento de habilidades emocionais e sociais na experiência da maternidade.

No realizar a consulta de puerpério, se mostrou como fator de risco para a DPP. Sendo assim, importante ressaltar que as equipes de saúde

necessitam prover a mulher e suas famílias cuidados assertivos e informações adequadas acerca da DPP.

A Rede de Atenção à Saúde formada por profissionais da atenção primária até aos serviços de referência devem estar preparados para prover respostas dialógicas e essenciais ao desempenho de papéis na vida da mulher.

Quanto às limitações do estudo, destacam-se: a condição de isolamento social decorrente da pandemia de COVID 19, o que levou a realização da coleta de dados via plataforma digital, o fato de a investigação ter acontecido em uma única instituição de saúde e a amostra ser realizada por conveniência.

Contudo, destaca-se que os resultados gerados no presente estudo, podem oferecer subsídios para as ações de rastreio de situações de risco para depressão em gestantes e puérperas, além de reiterar a importância do pré-natal psicológico.

Referências

1. Silva SGF, Condeles PC, Parreira BDM, Silva SR, Paschoini MC, Ruiz MT. Influência de variáveis do período pós-parto na qualidade de vida de puérperas. *Rev Enferm UERJ*. 2019; 27(1):1-8.
2. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 2014. Washington, DC. Disponível em: <<https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>>.
3. WHO. Recommendations on maternal and newborn care for positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization. 2022. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris>>.
4. Jesus MAS. O pré-natal psicológico e a relação com a prevenção na depressão puerperal. *Psicologia*. 2017. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1112.pdf>>.
5. Arrais AR, Araujo TCCF, Schiavo RA. Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. *Psicol Cienc Prof*. 2018; 38(4):711-729.
6. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(3):559-65.
7. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de COVID-19. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2020.
8. Figueira P, Correa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Edinburgh postnatal depression scale for screening in the public health system. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(Supl 1):79-84.
9. Santos MFS, Martins FC, Pasquali L. Escala de autoavaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin*. 1999; 26(2):90-5.
10. Malloy-Diniz LF, Schlottfeldt CGMF, Figueira P, Neves FS, Corrêa H. Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. *Braz J Psychiatry*. 2010; 32(3):316-8.
11. Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(4):181-8.
12. Lima NC, Ravelli APX, Messias LSF, Skupien SV. Depressão pós-parto baseada na escala de Edimburgo. *Rev Conexão UEPG*. 2016; 12(2):268-277.
13. Santana GW, Maurique LS, Gomes RM, Normando LV, Ferrari IS, Suarez CSM, et al. Prevalência e fatores de risco da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Debates em Psiquiatria*. 2022; 12:1-23.
14. Fernandes-Moll M, Matos A, Beirigo-Borges G, Arena-Ventura CA, Pires-Bernardinelli FC, Silva-Martins T. Ocurrencia y factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil. *Enferm. glob*. 2023; 22(69):134-66.
15. Matos MM, Leite MDP, Silva MRS, Silva MGL, Olivotti NR, Sobral RS, et al. Depressão pós-parto em mulheres que tiveram cesárea não programada. *REAS*. 2021; 13(6):e7060.
16. Ferreira BA, Silva EM, Belarmino AC, Franco RGFM, Sombra ICN, Freitas ASF. Completeness of nursing care from prenatal to puerperium. *Journal of Health & Biological Sciences*. 2021; 9(1):1-6.

17. Shitu S, Geda B, Dheresa M. Postpartum depression and associated factors among mothers who gave birth in the last twelve months in Ankesha district, Awi zone, North West Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019; 19(435):1-9.
18. Lima LS, Carmo TOA, Brito Neto CS, Pena JLC. Síntomas depressivos en gestantes y violencia de pareja: un estudio transversal. *Enferm. glob*. 2020; 19(60):1-45.
19. Cunha AC, Eroles NMS, Resende LM. “Tornar-se mãe”: alto nível de estresse na gravidez e maternidade após o nascimento. *Interação em Psicologia*. 2020; 24(3):279-87.
20. Dias TA, Alcantra PPT, Morais KC, Santos YCS, da Silva JWM, Tavares NBF, Gomes SC, Morais ABS. Maternidade romantizada: expectativas do papel social feminino pós-concepção. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2022; 96(40).
21. Silva LP, Silveira LM, Mendes TJM, Stabile AM. Assistance to the puerperium and the construction of a flow chart for nursing consultation. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2020; 20(1):101-13.
22. Magalhães VDN, Lima DS, Morais EM, Miura CRM, Oliveira NA. O impacto na assistência à COVID-19 no ciclo gravídico-puerperal. *Global Academic Nursing Journal*. 2022; 3(1):1-7.
23. Oliveira CF, Bortoli MC, Setti C, Luquine Júnior CD, Toma TS. Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022; 27(2):427-39.
24. Ribeiro CA, Freire CH. Mortalidade materna: perfil clínico e epidemiológico de uma maternidade pública do Amazonas. *Femina*. 2022; 50(4):230-5.
25. Poles MM, Carvalheira APP, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. *Acta Paul Enferm*. 2018; 31(4):351-58.
26. Pinto IR, Martins VE, Oliveira JF, Oliveira JF, Paschoini MC, Ruiz MT. Adesão à consulta puerperal: facilitadores e barreiras. *Esc Anna Nery*. 2021; 25(2):e20200249.
27. Ministério da Saúde. Brasil. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>.
28. Silva MR, Leal SM, Mancina JR, Zocche DA. Desafios do puerpério: visão de mulheres nas mídias sociais. *Enferm Foco*. 2023; 14:e-202304.
29. Barros MCV, Aguiar RS. Sociodemographic and psychosocial profile of womwn with post-department depression: an integrating review. *Rev Aten Saúde*. 2019; 17(59):122-39.
30. Coutinho LA, Oliveira SC, Ribeiro IAP. O enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto: revisão integrativa. *Rev FAESF*. 2019; 3(1):17-32.