

Prevalência de sintomas depressivos pós-parto e sua associação com a violência: estudo transversal, Cariacica, Espírito Santo, 2017*

doi: 10.1590/S1679-49742021000400002

Prevalence of postpartum depression symptoms and their association with violence: a cross-sectional study, Cariacica, Espírito Santo, Brazil, 2017


Prevalencia de síntomas depresivos posparto y su asociación con la violencia: estudio transversal, Cariacica, Espírito Santo, Brasil, 2017

Dherik Fraga Santos¹ –  orcid.org/0000-0002-9351-7185


Ranielle de Paula Silva² –  orcid.org/0000-0002-0745-0501

Fábio Lúcio Tavares² –  orcid.org/0000-0002-4725-0897

Cândida Caniçali Primo¹ –  orcid.org/0000-0001-5141-2898

Paulete Maria Ambrósio Maciel³ –  orcid.org/0000-0002-2141-7732

Renata Santos de Souza³ –  orcid.org/0000-0001-6542-489X

Franciéle Marabotti Costa Leite¹ –  orcid.org/0000-0002-6171-6972

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Vitória, ES, Brasil

²Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Enfermagem, Vitória, ES, Brasil

³Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Vitória, ES, Brasil

Resumo

Objetivo: Analisar a prevalência de sintomas depressivos pós-parto entre puérperas e sua associação com a violência. **Métodos:** Estudo transversal com puérperas atendidas em uma maternidade pública de Cariacica, ES, Brasil, em 2017. Utilizou-se questionário elaborado pelos autores e instrumentos validados. Na análise, realizou-se teste qui-quadrado de Pearson e a associação foi apresentada por razão de prevalências (RP) e intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}). **Resultados:** A prevalência de sintomas depressivos pós-parto foi 36,7% (IC_{95%} 31,6;42,0). Renda familiar total associou-se inversamente com essa prevalência ($p < 0,05$). Puérperas solteiras (RP=1,75 – IC_{95%} 1,17;2,64), que desejaram abortar (RP=1,96 – IC_{95%} 1,50;2,56), que consumiram bebida alcoólica na gestação (RP=1,37 – IC_{95%} 1,00;1,86), que vivenciaram violência por parceiro íntimo na vida (RP=1,94 – IC_{95%} 1,38;2,73) e na gravidez (RP=1,41 – IC_{95%} 1,07;1,85) tiveram maiores prevalências de sintomas depressivos. **Conclusão:** Sintomas depressivos pós-parto associam-se a situação conjugal, desejo de realizar aborto, consumo de álcool na gestação e violência por parceiro íntimo.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto; Saúde da Mulher; Período Pós-Parto; Violência Contra a Mulher; Violência por Parceiro Íntimo.

*Manuscrito derivado da dissertação de mestrado profissional intitulada 'Violência contra a mulher e a Depressão Pós-Parto: estudo em uma maternidade de baixo risco', defendida por Dherik Fraga Santos junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo em 2018. A pesquisa foi financiada com recursos da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (Fapes): Processo nº 80641393/2017.

Correspondência:

Dherik Fraga Santos – Rua Luiz Soares Nascimento, nº 14, Ilha das Flores, Vila Velha, ES, Brasil. CEP: 29115-510
E-mail: dherik@msn.com



Introdução

O puerpério é considerado um período de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental,¹ sendo a depressão pós-parto um problema frequente nas puérperas, em nível mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a depressão pós-parto acomete de 10% a 15% das puérperas nos países desenvolvidos, e 19% nos países em desenvolvimento,¹ constituindo um relevante problema de saúde pública, em razão da elevada prevalência e custos sociais.²

Problemas relacionados à depressão afetam negativamente a saúde da mãe e do bebê. A experiência de violência é um fenômeno corrente em todas as etapas da vida das mulheres, inclusive nos períodos gestacional e pós-puerperal, representando uma grave questão de saúde pública que aumenta o risco de depressão pós-parto.

No Brasil, um estudo de abrangência nacional sobre depressão pós-parto realizado em 2012, constatou uma prevalência de 26% entre 23.894 mulheres estudadas.² Contudo, outros estudos conduzidos em diferentes regiões brasileiras têm mostrado níveis de prevalência que variam de 7%³, como observado na cidade do Recife, PE, em 2008, até 39%, observado na cidade de Vitória, ES, em 2006.⁴

Problemas relacionados à depressão afetam negativamente a saúde da mãe e do bebê.⁵ Puérperas com depressão pós-parto apresentam níveis significativamente maiores de ansiedade, estresse e fadiga, comprometimento da autoestima, da qualidade de vida e das relações sociais.⁶ Mulheres que apresentam condições graves de depressão pós-parto referem maior prevalência de ideação suicida, ou seja, pensam, idealizam, planejam e desejam tirar a própria vida.⁵ Também são observados prejuízos no vínculo mãe-bebê, no desempenho maternal e na prática de amamentação.⁶

Características individuais, socioeconômicas e comportamentais das mulheres, como ser jovem,

múltipara, apresentar histórico de depressão anterior e/ou histórico familiar de depressão foram associadas a maior prevalência de sintomas depressivos pós-parto.⁷ Ademais, estar no grupo de menor renda, fazer uso de bebida alcoólica, ter uma gravidez não planejada, experiência negativa no parto e história de violência por parceiro íntimo são fatores associados a maior ocorrência de depressão pós-parto.^{2,8}

A experiência de violência é um fenômeno corrente em todas as etapas da vida das mulheres, inclusive nos períodos gestacional e pós-puerperal, representando uma grave questão de Saúde Pública.⁹ Estudo de coorte, também conduzido em Recife, observou chances de quadro de depressão pós-parto 113% maiores em mulheres submetidas a violência psicológica na gestação, e 183% maiores em mulheres submetidas a violência psicológica e física ou sexual na gestação.¹⁰ Ao se considerarem os diversos efeitos da violência, especialmente a depressão pós-parto, o setor Saúde tem o compromisso de se apresentar como espaço de acolhimento na identificação dos casos de violência. Na abordagem e atendimento às mulheres vítimas de violência pelos serviços de saúde, devem-se adotar estratégias que promovam o rompimento do ciclo da violência.¹¹

Diante do exposto, torna-se fundamental a condução de novos estudos que busquem identificar a associação da violência com a depressão pós-parto e, reforçar essa evidência considerando-se a complexidade desses dois agravos.

Este estudo teve por objetivo analisar a prevalência de sintomas depressivos pós-parto entre puérperas e sua associação com a violência.

Métodos

Trata-se de estudo transversal realizado na Maternidade Municipal de Cariacica, estado do Espírito Santo, Brasil, conduzido no período de agosto a outubro de 2017.

O município de Cariacica está situado na região metropolitana de Vitória, capital do Espírito Santo, conta com uma população de 348.738 habitantes e apresenta índice de desenvolvimento humano municipal de 0,718.¹²

A maternidade onde se desenvolveu o estudo, única maternidade pública de Cariacica, é unidade de referência no acolhimento e assistência às gestantes de risco habitual, dispendo de 45 leitos de enfermagem de

obstetrícia e quatro de pré-parto. Na instituição, são ofertados serviços ambulatoriais, atendimentos às urgências e emergências obstétricas, e internação, pelo Sistema Único de Saúde.

Puérperas que haviam tido parceiro íntimo durante a gestação, com minimamente 24 horas pós-parto, qualquer que fosse a via, e com feto nascido vivo e pesando mais que 500 gramas, foram incluídas no estudo. Foi definido como ‘parceiro íntimo’ todo ex-companheiro, companheiro ou namorado, independentemente de união formal, com quem as participantes tiveram relações sexuais. Puérperas que, no momento da entrevista, apresentassem dificuldade de audição, linguagem ou *deficit* cognitivo que impedisse a apropriada compreensão do estudo foram excluídas.

Para o rastreamento e mensuração dos sintomas depressivos pós-parto, desfecho do estudo, utilizou-se a escala de depressão pós-natal de Edimburgo (EDPS), utilizada neste estudo como variável dependente, analisada de forma dicotômica (sim; não).

As variáveis independentes adotadas foram:

- a) Idade (em anos: 14-19; 20-29; 30-44);
- b) Raça/cor da pele (branca; negra; parda; outras);
- c) Religião (sim; não);
- d) Escolaridade (até o ensino fundamental completo; até o ensino médio completo; até o ensino superior completo);
- e) Situação conjugal (casada; solteira/namorando; ou em união consensual, qual seja, vivendo com o parceiro mas não legalmente casada);
- f) Renda familiar total [em salários mínimos de 2017 (R\$ 937,00): até 1; 2 a 3; 4 ou mais];
- g) Número de consultas de pré-natal (até 5; 6 ou mais);
- h) Doença na gestação (sim; não);
- i) Preferência pelo sexo do bebê (sim; não);
- j) Tipo de parto (cirúrgico; vaginal);
- k) Número de gestações (1; 2-3; 4 ou mais);
- l) Histórico de aborto (sim; não);
- m) Desejo de abortar (sim; não);
- n) Uso de bebida alcoólica (sim, não);
- o) Uso de drogas (sim; não);
- p) Uso de cigarro (sim; não);
- q) Violência sexual antes dos 15 anos de idade (sim; não);

r) Violência por parceiro íntimo na vida (sim; não);

s) Violência por parceiro íntimo na gestação (sim; não).

A coleta de dados teve início em agosto de 2017 e foi concluída no mês de outubro do mesmo ano; realizou-se no horário entre 7 e 12 horas da manhã, em todos os dias da semana, com as puérperas internadas que atenderam aos critérios de inclusão. Um questionário estruturado, padronizado, foi aplicado pelas entrevistadoras em local privativo e de forma individual, com uma média de 50 minutos de duração. Inicialmente, foram coletadas informações sociodemográficas, ginecológicas e obstétricas, além de comportamentais. Após a coleta dessas variáveis, perguntou-se sobre a experiência de violência sexual dessas mulheres antes dos 15 anos; na ocasião, foi aplicado o instrumento World Health Organization Violence Against Women para rastrear a violência sofrida por ela ao longo da vida e durante a gravidez, causada pelo parceiro íntimo. Esse instrumento, que também foi validado para uso no Brasil, tem por finalidade identificar as tipologias de violências contra as mulheres, a partir de suas respostas a 13 perguntas,¹³ sendo considerada ‘vivência de violência’ quando se obtém resposta afirmativa a qualquer uma delas.

Os sintomas depressivos pós-parto, desfecho do estudo, foi mensurado pela EDPS. Validada para utilização no Brasil, essa escala permite rastrear os sintomas depressivos pós-parto a partir de dez perguntas com quatro opções de respostas e pontuação variável, de 0 a 3, conforme a existência ou intensidade de sinais e sintomas: redução do desempenho, perda do prazer, distúrbios do sono, humor deprimido, sentimento de culpa, ideias de morte e suicídio.¹⁴ As puérperas que atingiram pontuação final maior ou igual a 10 foram consideradas com sintomas depressivos pós-parto.

Para prevenir a ocorrência de viés do observador, as entrevistadoras, todas alunas de graduação de curso da área da Saúde, participaram de um treinamento com o objetivo de padronizar as entrevistas e a aplicação dos questionários, previamente à coleta de dados. Logo, foi realizado um estudo-piloto na mesma maternidade, com 50 puérperas, não contabilizadas na amostra do estudo principal, embora suas entrevistadoras tenham sido avaliadas quanto à habilidade e aplicação do questionário. Do mesmo modo, para garantir o

controle de qualidade, um supervisor de ensino superior completo participou da coleta de dados.

Para o cálculo da amostra do estudo, foram adotados os seguintes parâmetros: frequência esperada do evento de 20% no grupo exposto e de 5%, no grupo não exposto; margem de erro de 5%; nível de 95% de confiança e poder de 80%, com o propósito de analisar a associação entre sintomas depressivos pós-parto e a violência na gravidez. O tamanho estimado da amostra foi de 235 participantes, aos quais se acrescentou 10% para eventuais perdas e 30% para o controle dos fatores de confusão na análise multivariável. Dessa forma, o tamanho final previsto para a amostra foi de 330 puérperas.

A análise dos dados foi realizada por intermédio do programa Stata 16.0. Os resultados da análise descritiva foram retratados em frequências absolutas e relativas, e valores do intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}). Para a análise bivariada, realizou-se o teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher. Para obter a associação entre os sintomas depressivos pós-parto e as variáveis de exposição, foi aplicado o teste de Wald, com nível de significância de 5%. Foram calculadas as razões de prevalências (RP), brutas e ajustadas, e seus IC_{95%}, conforme modelo de regressão de Poisson com variância robusta. A análise ajustada teve por base o modelo ecológico de Heise, que auxilia a compreensão da natureza multifacetada da violência.¹⁵ Nesse sentido, o estudo categorizou as variáveis nos seguintes níveis hierárquicos (Quadro 1):

- Nível 1 – Características sociodemográficas
- Nível 2 – Características gineco-obstétricas
- Nível 3 – Características comportamentais
- Nível 4 – Experiência de violência sexual
- Nível 5 – História de violência por parceiro íntimo na vida
- Nível 6 – História de violência por parceiro íntimo na gestação

Em cada um desses níveis, foram incluídas, nas análises multivariadas, as variáveis com nível de significância <0,20 na análise bivariada, sendo consideradas associadas as variáveis com p-valor <0,05.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes/Universidade Federal do Espírito Santo, por meio do Parecer nº 2.149.430, emitido em 30 de junho de 2017; Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 69026517.2.0000.5071. As puérperas,

que consentiram em responder ao conjunto de questões, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido como condição para serem entrevistadas. Após o término da entrevista, foi entregue às participantes um folheto informativo com as referências dos serviços de atendimento a mulheres em situação de violência no município.

Resultados

Entre 330 mulheres convidadas a participar do estudo, todas foram entrevistadas; não houve perdas ou recusas. Assim, foram analisadas 330 mulheres usuárias da maternidade pública de Cariacica, ES.

Do total de participantes, 121 apresentavam sintomas depressivos pós-parto, obtendo-se uma prevalência de 36,7% (IC_{95%} 31,6;42,0) entre as participantes (dado não incluído em tabela). A maioria das puérperas tinham idade entre 20 e 29 anos (52,4%), declaravam-se pardas (57,0%), praticavam alguma religião (72,1%), tinham escolaridade até o ensino fundamental completo (59,7%) e viviam uma união consensual com o parceiro (52,1%); para 46,4% delas, a renda familiar total se enquadrava entre 2 e 3 salários mínimos (Tabela 1).

A maioria das participantes frequentou seis ou mais consultas de pré-natal (60,0%), não apresentou doença na gestação (77,6%), não teve preferência pelo sexo do bebê (51,8%) e o tipo de parto mais frequente foi o vaginal (64,2%); 44,5% tiveram duas ou três gestações; 78,5% afirmaram não ter histórico de aborto; e 16,1% desejaram abortar. Durante a gravidez, 10,3% fizeram uso de bebida alcoólica; 9,7%, uso de cigarro; e 3,3%, uso de drogas (Tabela 1).

Maior prevalência de sintomas depressivos pós-parto foi observada entre puérperas de 14-19 anos (48,8%; p=0,014), que estudaram até o ensino fundamental completo (44,2%; p=0,003), solteiras (50,8%; p=0,009), com renda familiar total de até 1 salário mínimo (45,9%; p=0,004), que realizaram de até 5 consultas de pré-natal (47,7%; p=0,001), com relato de alguma doença na gestação (47,3%; p=0,031), que tiveram preferência pelo sexo do bebê (42,8%; p=0,027) e não desejaram abortar (69,8%; p<0,001). As maiores prevalências de sintomas depressivos pós-parto foram observadas em mulheres que fizeram uso de álcool (61,8%; p=0,001) e cigarro (59,4%; p=0,005) na gestação (Tabela 1).

Quadro 1 – Modelo hierárquico de análise ajustada dos fatores associados aos sintomas depressivos pós-parto, Cariacica, Espírito Santo, 2017

Nível 1	Características sociodemográficas	Idade
		Religião
		Escolaridade
		Situação conjugal
		Renda familiar total
Nível 2	Características gineco-obstétricas	Número de consultas pré-natal
		Doença na gestação
		Preferência pelo sexo do bebê
		Desejo de abortar
Nível 3	Características comportamentais	Uso de bebida alcoólica
		Uso de drogas
		Uso de cigarro
Nível 4	Experiência de violência sexual	Violência sexual antes dos 15 anos de idade
Nível 5	História de violência por parceiro íntimo na vida	Violência por parceiro íntimo ao longo da vida
Nível 6	História de violência por parceiro íntimo na gestação	Violência por parceiro íntimo na gestação

Nota-se que 8,5% das mulheres entrevistadas referiram ter sofrido violência sexual antes dos 15 anos de idade, 45,4% retrataram histórico de violência por parceiro ao longo da vida e aproximadamente 12,0% foram vítimas de violência por parceiro íntimo na gestação. O estudo identificou maiores prevalências de sintomas depressivos pós-parto entre as participantes que responderam ter vivenciado alguma situação de violência ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Puérperas solteiras/namorando apresentaram mais sintomas depressivos pós-parto (RP=1,75 – IC_{95%} 1,17;2,64), comparadas às casadas. As faixas de renda familiar total de 2 a 3 salários mínimos (RP=0,70 – IC_{95%} 0,52;0,93) e 4 salários mínimos ou mais (RP=0,45 – IC_{95%} 0,21;0,96) revelaram-se fatores de proteção: mulheres pertencentes aos grupos de maior renda apresentaram menores prevalências do desfecho em estudo. Maior prevalência de sintomas depressivos pós-parto foi verificado entre as participantes que apresentaram desejo de abortar (RP=1,96 – IC_{95%} 1,50;2,56) e que fizeram uso de bebida alcoólica na gestação (RP=1,37 – IC_{95%} 1,00;1,86) (Tabela 2).

A violência provocada por parceiro íntimo ao longo da vida (RP=1,94 – IC_{95%} 1,38;2,73) e, especificamente, a praticada por parceiro íntimo durante a gestação (RP=1,41 – IC_{95%} 1,07;1,85), foram eventos associados a maiores prevalências de sintomas depressivos pós-parto (Tabela 2).

Discussão

Cerca de um terço das participantes do estudo apresentou sintomas depressivos pós-parto, tendo o evento sido mais frequentes entre as que se declararam solteiras, que expressaram desejo pelo abortamento, que consumiram álcool na gestação e com histórico de violência praticada por parceiro íntimo.

Esta pesquisa baseou-se em amostra de conveniência de mulheres atendidas em maternidade pública de Cariacica, ES, não sendo representativa da população de puérperas em geral. Outra limitação do estudo reside na mensuração de violência sexual ocorrida antes dos 15 anos de idade somente. Além de possível viés de memória, esse recorte na história sexual não permitiu aferir tal violência em outros momentos de vida dessas mulheres. Por sua vez, a escolha da coleta de dados no pós-parto imediato, quando as puérperas se encontram em estado de vulnerabilidade emocional e física, pautada na EDPS, pode ter interferido tanto na mensuração dos sintomas depressivos como na definição da temporalidade de seu surgimento, no momento anterior ou próximo ao parto. Contudo, destaca-se que, em pesquisas desse tipo, é comum a aplicação da EDPS no pós-parto imediato.⁸

Uma revisão sistemática com metanálise, realizada no ano de 2018, com 52 artigos de diferentes continentes, e que utilizaram instrumentos validados para

Tabela 1 – Distribuição das principais características de puérperas (n=330) de uma maternidade municipal e sintomas depressivos pós-parto, Cariacica, Espírito Santo, 2017

Variáveis	n (%)	Prevalência % (IC _{95%}) ^a	p-valor
Idade (anos)			0,014 ^b
14-19	82 (24,9)	48,8 (38,1;59,6)	
20-29	173 (52,4)	35,3 (28,5;42,7)	
30-44	75 (22,7)	26,7 (17,8;37,9)	
Raça/cor da pele			0,556 ^b
Branca	40 (12,1)	37,5 (23,8;53,5)	
Negra	82 (24,8)	41,5 (31,2;52,5)	
Parda	188 (57,0)	35,6 (29,1;42,8)	
Outras	20 (6,1)	25,0 (10,5;48,6)	
Religião			0,064 ^b
Não	92 (27,9)	44,6 (34,7;54,9)	
Sim	238 (72,1)	33,6 (27,9;39,9)	
Escolaridade			0,003 ^b
Até o ensino fundamental completo	197 (59,7)	44,2 (37,3;51,2)	
Até o ensino médio completo	125 (37,9)	25,6 (18,7;34,0)	
Até o ensino superior completo	8 (2,4)	25,0 (5,6;65,0)	
Situação conjugal			0,009 ^b
Casada	93 (28,2)	26,9 (18,8;36,9)	
União consensual	172 (52,1)	36,6 (29,7;44,1)	
Solteira/namorando	65 (19,7)	50,8 (38,7;62,8)	
Renda familiar total (salários mínimos)			0,004 ^b
Até 1	146 (44,2)	45,9 (37,9;54,1)	
2-3	153 (46,4)	31,4 (24,5;39,2)	
4 ou mais	31 (9,4)	19,3 (8,8;37,3)	
Número de consultas de pré-natal			0,001 ^b
Até 5	132 (40,0)	47,7 (39,3;56,3)	
6 ou mais	198 (60,0)	29,3 (23,3;36,0)	
Doença na gestação			0,031 ^b
Não	256 (77,6)	33,6 (28,0;39,6)	
Sim	74 (22,4)	47,3 (36,1;58,7)	
Preferência pelo sexo do bebê			0,027 ^b
Não	171 (51,8)	30,9 (24,5;38,4)	
Sim	159 (48,2)	42,8 (35,2;50,6)	
Tipo de parto			0,949 ^b
Cirúrgico	118 (35,8)	36,4 (28,2;45,5)	
Vaginal	212 (64,2)	36,8 (30,5;43,5)	

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%; b) Teste qui-quadrado de Pearson; c) Teste exato de Fisher.

Continua

Continuação

Tabela 1 – Distribuição das principais características de puérperas (n=330) de uma maternidade municipal e sintomas depressivos pós-parto, Cariacica, Espírito Santo, 2017

Variáveis	n (%)	Prevalência % (IC _{95%}) ^a	p-valor
Número de gestações			0,584 ^b
1	126 (38,2)	34,1 (26,3;42,9)	
2-3	147 (44,5)	36,7 (29,3;44,9)	
4 ou mais	57 (17,3)	42,1 (29,2;55,3)	
Histórico de aborto			0,270 ^b
Não	259 (78,5)	35,14 (29,5;41,2)	
Sim	71 (21,5)	42,2 (31,2;54,1)	
Desejo de abortar			<0,001 ^b
Não	277 (83,9)	30,3 (25,2;36,0)	
Sim	53 (16,1)	69,8 (56,1;80,7)	
Uso de bebida alcoólica			0,001 ^b
Não	296 (89,7)	33,8 (28,6;39,4)	
Sim	34 (10,3)	61,8 (44,4;76,6)	
Uso de drogas			0,059 ^b
Não	319 (96,7)	35,3 (30,6;41,2)	
Sim	11 (3,3)	63,6 (32,4;86,4)	
Uso de cigarro			0,005 ^b
Não	298 (90,3)	34,2 (29,0;39,8)	
Sim	32 (9,7)	59,4 (41,6;75,0)	
Violência sexual antes dos 15 anos de idade			0,019 ^c
Não	302 (91,5)	34,8 (29,6;40,3)	
Sim	28 (8,5)	57,1 (38,3;74,1)	
Violência por parceiro íntimo ao longo da vida			<0,001 ^b
Não	180 (54,6)	22,2 (16,7;28,9)	
Sim	150 (45,4)	54,0 (45,9;61,9)	
Violência por parceiro íntimo na gestação			<0,001 ^b
Não	291 (88,2)	32,0 (26,8;37,6)	
Sim	39 (11,8)	71,8 (55,6;83,8)	

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%; b) Teste qui-quadrado de Pearson; c) Teste exato de Fisher.

rastreamento de sintomas depressivos pós-parto, encontrou prevalência de 26% no Oriente Médio, 8% na Europa, 19% na América do Sul e 16% na América do Norte.¹⁶

No presente estudo, verificou-se elevada prevalência de puérperas com esses sintomas. Isso pode ser identificado ao se comparar essa prevalência à de uma pesquisa transversal realizada no ano 2000, em Pelotas, RS, com 410 participantes, entre as quais se observou prevalência de 19% (IC_{95%} 15,7;23,3%)

de sintomas depressivos no período pós-natal imediato.¹⁷ Em 2013, no município de Rio Grande, RS, estudo realizado com 2.687 puérperas até 48 horas pós-parto encontrou uma prevalência de 14% (IC_{95%} 12,9;15,6%).⁷ Em Salvador, BA, no ano de 2017, uma pesquisa com 151 mulheres no período pós-natal tardio e remoto revelou prevalência de 19%.¹⁸ Estudo com 23.894 puérperas de todo o Brasil observou prevalência de 26% de sintomas depressivos maternos entre 6 e 18 meses pós-parto.² Achado semelhante ao de Cariacica

Tabela 2 – Razão de prevalências bruta e ajustada dos sintomas depressivos pós-parto segundo características de puérperas (n=330) de uma maternidade municipal e intervalos de confiança de 95%, Cariacica, Espírito Santo, 2017

Variáveis	RP ^a bruta	IC _{95%} ^b	p-valor ^c	RP ^a ajustada	IC _{95%} ^b	p-valor ^c
Nível 1 – Características sociodemográficas						
Idade (anos)			0,013			0,329
14-19	1,00			1,00		
20-29	0,72	(0,54;0,98)		0,86	(0,62;1,18)	
30-44	0,55	(0,35;0,85)		0,70	(0,43;1,13)	
Religião			0,057			0,547
Não	1,00			1,00		
Sim	0,75	(0,56;1,00)		0,92	(0,69;1,22)	
Escolaridade			0,005			
Até o ensino fundamental completo	1,00			1,00		0,119
Até o ensino médio completo	0,58	(0,41;0,81)		0,69	(0,48;0,99)	
Até o ensino superior completo	0,57	(0,17;1,90)		1,03	(0,28;3,86)	
Situação conjugal			0,008			0,012
Casada	1,00			1,00		
União consensual	1,36	(0,92;2,01)		1,24	(0,84;1,83)	
Solteira/namorando	1,88	(1,25;2,85)		1,75	(1,17;2,64)	
Renda familiar total (salários mínimos)			0,006			0,012
Até 1	1,00			1,00		
2-3	0,68	(0,51;0,97)		0,70	(0,52;0,93)	
4 ou mais	0,42	(0,20;0,88)		0,45	(0,21;0,96)	
Nível 2 – Características gineco-obstétricas						
Número de consultas de pré-natal			0,001			0,051
Até 5	1,00			1,00		
6 ou mais	0,61	(0,46;0,81)		0,75	(0,57;1,00)	
Doença na gestação			0,024			0,219
Não	1,00			1,00		
Sim	1,40	(1,05;1,89)		1,19	(0,90;1,58)	
Preferência pelo sexo do bebê			0,028			0,083
Não	1,00			1,00		
Sim	1,38	(1,03;1,84)		1,28	(0,97;1,68)	
Desejo de abortar			<0,001			<0,001
Não	1,00			1,00		
Sim	2,30	(1,79;2,96)		1,96	(1,50;2,56)	
Nível 3 – Características comportamentais						
Uso de bebida alcoólica			<0,001			0,047
Não	1,00			1,00		
Sim	1,83	(1,34;2,49)		1,37	(1,00;1,86)	

a) RP: razão de prevalências; b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%; c) Teste de Wald.

Continua

Continuação

Tabela 2 – Razão de prevalências bruta e ajustada dos sintomas depressivos pós-parto segundo características de puérperas (n=330) de uma maternidade municipal e intervalos de confiança de 95%, Cariacica, Espírito Santo, 2017

Variáveis	RP ^a bruta	IC _{95%} ^b	p-valor ^c	RP ^a ajustada	IC _{95%} ^b	p-valor ^c
Uso de drogas			0,016			0,758
Não	1,00			1,00		
Sim	1,78	(1,11;2,85)		1,10	(0,61;1,98)	
Uso de cigarro			0,001			0,312
Não	1,00			1,00		
Sim	1,73	(1,25;2,40)		1,18	(0,85;1,63)	
Nível 4 – Experiência de violência sexual						
Violência sexual antes dos 15 anos			0,006			0,125
Não	1,00			1,00		
Sim	1,64	(1,15;2,35)		1,37	(0,92;2,03)	
Nível 5 – História de violência por parceiro íntimo na vida						
Violência por parceiro íntimo ao longo da vida			<0,001			<0,001
Não	1,00			1,00		
Sim	2,43	(1,78;3,32)		1,94	(1,38;2,73)	
Nível 6 – História de violência por parceiro íntimo na gestação						
Violência por parceiro íntimo na gestação			<0,001			0,016
Não	1,00			1,00		
Sim	2,25	(1,73;2,91)		1,41	(1,07;1,85)	

a) RP: razão de prevalências; b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%; c) Teste de Wald.

foi observado em Vitória, ES, onde 39% das mulheres apresentaram sintomas depressivos pós-parto.¹⁹ Vale destacar a alta prevalência de sintomas depressivos pós-parto encontrada nessa pesquisa quando comparada ao estudo realizado na cidade de Recife, com 1.045 puérperas, no qual identificou-se prevalência de 25% (IC_{95%} 23,2;28,6%) desses sintomas.¹⁰

A alta prevalência de sintomas depressivos no pós-parto, aqui evidenciada, aponta para o quão necessária e importante é a avaliação de saúde mental em mulheres grávidas e/ou puérperas, de forma sistematizada, levando-se em consideração a possibilidade de a depressão pós-parto estar vigente e comprometer o relacionamento conjugal e familiar, o andamento de construção do vínculo entre mãe e filho e, desse modo, o desenvolvimento cognitivo, psicossocial e motor da criança.^{20,21}

Os sintomas depressivos pós-parto foram mais prevalentes em puérperas solteiras. Estudo prospectivo conduzido em Brasília no ano de 2011, com 107 puérperas, observou resultado semelhante, principalmente

atribuído à maior frequência de mulheres solteiras a retratar sintomas depressivos de forma persistente, antes e depois do parto.²² Sobre a anteriormente citada pesquisa de Rio Grande e suas 2.687 puérperas participantes, evidenciou-se, entre as que conviviam com marido ou companheiro, menor chance de apresentar sintomas depressivos.⁷ Do mesmo modo, em 2004, uma pesquisa transversal, realizada com puérperas usuárias da Atenção Primária à Saúde na cidade de São Paulo, evidenciou o efeito protetor do apoio do marido na manifestação de sintomas depressivos pós-parto: quanto maior o apoio do parceiro, menor a prevalência desses sintomas entre puérperas.²³

Outro achado do presente estudo corresponde ao efeito protetor da renda familiar. Puérperas com maior renda apresentaram 30% (2-3 salários mínimos) e 55% (≥4 salários mínimos) menor prevalência de sintomas depressivos pós-parto. Estudo de alcance nacional evidenciou chance 1,7 vez maior de puérperas brasileiras manifestarem sintomas depressivos pós-parto quando pertencentes a classe econômica inferior.²

Os contextos econômico e financeiro, com frequência, causam uma apreensão à futura mãe: a renda familiar será insuficiente, diante dos gastos decorrentes da chegada do bebê? Trata-se de um fator potencial para o desenvolvimento de sintomas depressivos.²⁴

Resultado de metanálise baseada em 32 estudos de coorte que relacionavam violência materna com sintomas depressivos pós-parto, no período 2002-2017, que envolveu 177.531 participantes da Ásia, América, Oceania, Europa e África, revelou que as puérperas que haviam sido expostas a violência doméstica tiveram maior chance de apresentar sintomas depressivos pós-parto.²⁵ Na Austrália, segundo uma pesquisa transversal realizada em 2010 com 2.572 puérperas, observou-se que, quando estas foram expostas a violência pelo parceiro, além de mais propensas a apresentar sintomas depressivos, tiveram maiores chances de apresentar ansiedade pós-natal.²⁶

Outro estudo transversal, este nos Estados Unidos, produzido no âmbito de um programa de suporte materno-infantil da cidade de Nova Orleans, no período entre 2010 e 2012, com 398 puérperas, também evidenciou prevalências de sintomas depressivos pós-parto cerca de quatro vezes maiores em vítimas de pelo menos um episódio de violência emocional ou violência física praticada pelo parceiro durante a gravidez.⁸ Tais resultados corroboram os achados do presente estudo: a violência por parceiro íntimo, independentemente de ter sido ao longo da vida ou durante a gestação, elevou a prevalência de sintomas depressivos.

Vítimas de violência que estão em situação de isolamento social causado pelo parceiro e que não recebem apoio social, fator já demonstrado como protetor, podem ter os sintomas depressivos agravados.²⁷ Em vista disso, faz-se necessário que os profissionais de saúde disponham de meios para identificar e rastrear a violência contra as mulheres durante a assistência, além de tratar impactos e complicações causadas pela ocorrência de violência, realizar o manejo e acompanhamento adequado dos casos e sua notificação.²⁸

Para tanto, faz-se necessário buscar uma articulação intersetorial capaz de promover a identificação de mulheres sob maior risco de situações de violência e, assim, ofertar manejo adequado aos casos.²⁹ O apoio psicossocial e o direcionamento adequado das situações de violência podem ser mais bem organizados e postos em prática com a devida agilidade, desde que sejam vistos como prioridades na aplicação de

recursos públicos, humanos e financeiros. A consolidação, capacitação e ampliação de uma rede integrada de trabalhadores especializados dos serviços da Saúde, Assistência Social e Segurança Pública é fundamental para a abordagem e resolução dos casos de violência.²⁹ Cabe destacar que a notificação dos casos é de essencial importância, porque auxilia a estruturação e cumprimento de políticas públicas para o enfrentamento da violência, como também as práticas de prevenção e proteção.²³

Este trabalho reafirma o potencial da assistência prestada por uma equipe multidisciplinar, na detecção, assistência, acompanhamento e prognóstico de situações que geram malefícios para as mulheres e, principalmente, para as relações mãe-bebê, a exemplo de alterações mentais e das ocorrências de violência. Ressalta-se a importância de uma atenção pré-natal e puerperal abrangente, qualificada e sensível a tais situações, que não foque apenas o aspecto físico e o desenvolvimento fetal, mas também traga a mulher para uma posição de protagonismo do atendimento a ser prestado. Especialmente no período gestacional ou puerperal, a depressão pós-parto e situações de violência, ambas questões de Saúde Pública, podem levar a outras complicações de saúde para mulheres e suas crianças.

Conclui-se que os sintomas depressivos pós-parto apresentaram alta prevalência, o que reforça sua importância como problema de Saúde Pública. Determinadas características mostraram-se associadas às maiores prevalências de sintomas depressivos pós-parto: ser solteira, ter desejado abortar, ter consumido bebida alcoólica durante a gestação, ter apresentado uma renda familiar total de até 1 salário mínimo e ter vivenciado violência praticada por parceiro íntimo ao longo da vida ou durante a gestação.

Contribuição dos autores

Leite FMC foi responsável pela concepção do estudo. Santos DF e Leite FMC foram responsáveis pelo desenvolvimento do estudo, levantamento e análise dos dados e redação do artigo. Silva RP, Tavares FL, Primo CC, Maciel PMA e Souza RS contribuíram com a análise, interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final e garantem a responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Referências

- World Health Organization. Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature. Geneva: WHO; 2009.
- Theme Filha MM, Ayers S, Gama SGN, Leal MC. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the birth in Brazil national research study, 2011/2012. *J Affect Dis.* 2016;194:159-67. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>.
- Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2007;29(3):274-80. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000300006>.
- Cantilino A, Zambaldi CF, Albuquerque TLC, Paes JA, Montenegro ACP, Sougey EB. Postpartum depression in Recife-Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(1):1-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000100001>.
- Gonçalves FBAC, Almeida MC. A atuação da enfermagem frente à prevenção da depressão pós-parto. *Ensaio Cienc.* 2019;23(2):140-7. doi: <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2019v23n2p140-147>.
- Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster J-Y, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond).* 2019;15:1745506519844044. doi: <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>.
- Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica.* 2017;33(9):e00094016. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00094016>.
- Mendoza VB, Harville EW, Savage J, Giarratano G. Experiences of intimate partner and neighborhood violence and their association with mental health in pregnant women. *J Interpers Violence.* 2018;33(6):938-59. doi: <https://doi.org/10.1177/0886260515613346>.
- World Health Organization. Preventing intimate partner and sexual violence against women: global trends and determinants of prevalence, safety, and acceptability. Geneva: WHO; 2010.
- Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, Araújo TVB, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet.* 2010 Sep 11;376(9744):903-10. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60887-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60887-2)
- Borsoi TS, Brandão ER, Cavalcanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. *Interface (Botucatu).* 2009;13(29):165-74. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100014>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama: censo demográfico [Internet]. [Brasília, DF]: IBGE; 2010 [acesso 15 jan. 2021]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/cariacica/panorama>
- Schraiber LB, Latorre MRDO, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW study para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saude Publica.* 2010;44(4):658-66. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400009>.
- Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EDPS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica.* 2007;23(11):2577-88. doi: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007001100005>.
- Heise LL. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women.* 1998;4(3):262-90. doi: <https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>.
- Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2018;104: 235-48. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>.
- Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saude Publica.* 2006;40(1):65-70. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000100011>.
- Araújo I, Aquino K, Fagundes LKA, Santos V. Postpartum depression: epidemiological clinical profile of patients attended in a reference public maternity in Salvador-BA. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2019;41(3):155-63. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676861>.
- Ruschi GEC, Chambô Filho A, Lima VJ, Yazaki-Sun S, Zandonade E, Mattar R. Alteração tireoidiana: um fator de risco associado à depressão pós-parto? *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2009;9(2):207-13. doi: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292009000200010>

20. Jarde A, Morais M, Kingston D, Giallo R, MacQueen G, Giglia L, et al. Neonatal outcomes in women with untreated antenatal depression compared with women without depression: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016 Aug 1;73(8):826-37. doi: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0934>.
21. Shakeel N, Eberhard-Gran M, Sletner L, Slinning K, Martinsen EW, Holme I, et al. A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Jan 24;15:5. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0420-0>.
22. Zaconeta AM, Queiroz IFB, Amato AA, Motta LDC, Casulari LA. Depression with postpartum onset: a prospective cohort study in women undergoing elective cesarean section in Brasilia, Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(3):130-5. doi: <https://doi.org/10.1590/s0100-72032013000300007>.
23. 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. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032005000400004>.
24. Leite MG, Rodrigues DP, Sousa AAS, Melo LPT, Fialho AVM. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicol Estud*. 2014;19(1):115-24. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-7372189590011>
25. Zhang S, Wang L, Yang T, Chen L, Qiu X, Wang T, et al. Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: a meta-analysis of cohort studies. *Eur Psychiatry*. 2019;55:90-101. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.005>.
26. Mandal SK, Hooker L, Vally H, Taft A. Partner violence and postnatal mental health: cross-sectional analysis of factors associated with depression and anxiety in new mothers. *Aust J Prim Health*. 2018;24(5):434-40. doi: <https://doi.org/10.1071/PY17174>.
27. Netto LA, Moura MAV, Queiroz ABA, Leite FMC, Silva GF. Isolation of women in situation of violence by intimate partner: a social network condition. *Esc Anna Nery*. 2017;21(1):e20170007. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170007>.
28. Ministério da Saúde (BR). Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3a ed. atual. e ampl. Brasília, DF: MS; 2012.
29. Levandowski ML, Stahnke DN, Munhoz TN, Hohendorff JV, Salvador-Silva R. Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2021;37(1):e00140020. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00140020>.

Abstract

Objective: To assess the prevalence of postpartum depression symptoms among puerperal women and their association with violence. **Methods:** This was a cross-sectional study with puerperal women cared for at a public maternity hospital in Cariacica, ES, Brazil, in 2017. A questionnaire prepared by the authors and validated instruments were used. Pearson's chi-square test was performed in the analysis and association was expressed in prevalence ratios (PR) and 95% confidence intervals (95%CI). **Results:** Postpartum depression symptom prevalence was 36.7% (95%CI 31.6;42.0). Total family income was inversely associated with this prevalence ($p < 0.05$). Mothers who were single (PR=1.75 – 95%CI 1.17;2.64), wished to abort (PR=1.96 – 95%CI 1.50;2.56), drank alcohol during pregnancy (PR=1.37 – 95%CI 1.00;1.86), experienced intimate partner violence in their lifetime (PR=1.94 – 95%CI 1.38;2.73), and during pregnancy (PR=1.41 – 95%CI 1.07;1.85), had higher prevalence of depression symptoms. **Conclusion:** Postpartum depression symptoms are associated with marital status, wanting to abort, alcohol consumption during pregnancy and intimate partner violence.


Keywords: Depression, Postpartum; Women's Health; Postpartum Period; Violence Against Women; Intimate Partner Violence.

Resumen

Objetivo: Analizar la prevalencia de síntomas depresivos posparto en puérperas y su asociación con la violencia. **Métodos:** Estudio transversal con puérperas atendidas en una maternidad pública de Cariacica, ES, Brasil, en 2017. Se utilizó un cuestionario elaborado por los autores e instrumentos validados. En el análisis se realizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson y la asociación se presentó por razón de prevalencia (RP) e intervalo de confianza del 95% (IC_{95%}). **Resultados:** La prevalencia de síntomas depresivos posparto fue del 36,7% (IC_{95%} 31,6;42,0). El ingreso familiar total se asoció inversamente con esta prevalencia ($p < 0,05$). Madres solteras (RP=1,75 – IC_{95%} 1,17;2,64), que deseaban abortar (RP=1,96 – IC_{95%} 1,50;2,56), que consumieron alcohol durante el embarazo (RP=1,37 – IC_{95%} 1,00;1,86), que experimentaron violencia de pareja íntima en la vida (RP=1,94 – IC_{95%} 1,38;2,73) y durante el embarazo (RP=1,41 – IC_{95%} 1,07;1,85) tuvieron una mayor prevalencia de síntomas depresivos. **Conclusión:** Los síntomas depresivos posparto están asociados con el estado civil, el deseo de abortar, el consumo de alcohol durante el embarazo y la violencia de la pareja íntima.

Palabras clave: Depresión Posparto; Salud de la Mujer; Periodo Posparto; Violencia contra la Mujer; Violencia de Pareja.

Recebido em 28/12/2020
Aprovado em 20/03/2021

Editora associada: Taís Freire Galvão –  orcid.org/0000-0003-2072-4834