


Associação entre trauma na infância e depressão pós-parto em puérperas brasileiras


Elton Brás Camargo Júnior¹

 <https://orcid.org/0000-0001-5148-1703>


Ana Carolina de Sousa Andrade²

 <https://orcid.org/0000-0003-0826-7781>

Maria Neyrian de Fátima Fernandes³

 <https://orcid.org/0000-0001-7626-9733>

Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato⁴

 <https://orcid.org/0000-0001-7475-6650>

Destaques: **(1)** Alta prevalência (36,8%) de depressão pós-parto (DPP) entre puérperas. **(2)** Associação significativa entre todos os traumas na infância e DPP. **(3)** O abuso emocional foi o trauma na infância com maior influência na DPP. **(4)** Na coocorrência de traumas, o abuso emocional permaneceu associado à DPP. **(5)** Há necessidade de que os profissionais de Enfermagem avaliem os traumas na infância durante a gravidez.

Objetivo: avaliar a associação entre diferentes formas de trauma na infância e depressão pós-parto em puérperas brasileiras. **Método:** estudo transversal incluiu 253 puérperas que foram avaliadas pela *Edinburgh Postnatal Depression Scale* e pelo *Childhood Trauma Questionnaire*. Análises multivariadas de regressão logística foram realizadas para verificar a associação entre diferentes tipos de trauma e a coocorrência de formas de abuso e negligência com depressão pós-parto. **Resultados:** a depressão pós-parto foi identificada em 93 mulheres (36,8%; Intervalo de Confiança de 95%: 30,8-42,7). Todas as formas de trauma na infância avaliadas (abuso emocional, negligência emocional, abuso físico, negligência física e abuso sexual) foram independentemente associadas à depressão pós-parto após ajuste para variáveis de confusão. O abuso emocional permaneceu associado à depressão pós-parto quando foi analisada a coocorrência de todas as formas de trauma na infância. **Conclusão:** os resultados sugerem associação entre as diferentes formas de trauma na infância e depressão pós-parto. Nesse sentido, o trauma na infância é um indicador para os profissionais de Enfermagem rastreamos fatores de risco de depressão pós-parto durante o acompanhamento obstétrico.

Descritores: Depressão Pós-Parto; Transtorno Depressivo; Experiências Adversas da Infância; Saúde da Mulher; Abuso Sexual na Infância; Abuso Emocional.

¹ Universidade de Rio Verde, Faculdade de Enfermagem, Rio Verde, GO, Brasil.

² Universidade de Rio Verde, Faculdade de Medicina, Rio Verde, GO, Brasil.

³ Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Enfermagem, Imperatriz, MA, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Camargo EB Júnior, Andrade ACS, Fernandes MNF, Gherardi-Donato ECS. Association between childhood trauma and postpartum depression among Brazilian puerperal women. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2024;32:e4170 [cited ____]. Available from: _____. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6761.4170>

ano mês dia

URL

Introdução

Os traumas vivenciados na infância aumentam o risco de desenvolvimento de transtornos mentais na vida adulta⁽¹⁾, principalmente em mulheres que estão em processo gestacional ou pós-parto⁽²⁾. Além disso, as alterações hormonais pós-parto, a recuperação física do parto e o aumento da procura de cuidados podem reativar memórias muito precoces dos cuidados que uma mulher recebeu na infância e quando há traumas resultantes de abusos na infância, existe um alto risco de desenvolver depressão pós-parto (DPP)⁽³⁾.

A DPP é um relevante problema de saúde pública devido às suas consequências para a saúde e para a relação entre mães e filhos, além da prevalência significativa observada em países de baixa e média renda⁽⁴⁾. A DPP também prejudica parceiros e familiares, podendo causar angústia pessoal, prejuízos no funcionamento social, emocional e físico, e baixa qualidade de vida para os membros da família. Além disso, os filhos de mães com DPP podem sofrer atrasos no desenvolvimento da linguagem e da cognição, bem como problemas emocionais ou comportamentais, aumentando a sua propensão para desenvolver ansiedade e depressão na idade adulta⁽⁵⁾.

Uma metanálise recente mostrou que a prevalência global de DPP é de 17,22% e que pode chegar a 38,79% em países em desenvolvimento⁽⁴⁾, o que mostra a magnitude do problema em países como o Brasil. Devido às altas taxas e consequências da DPP, vários estudos têm explorado os potenciais fatores de risco para o seu desenvolvimento, incluindo os genéticos e ambientais⁽⁶⁾.

Nos últimos anos, a descoberta de mecanismos epigenéticos resultou na necessidade de avaliar as interações biológicas e ambientais, e como as variáveis ambientais influenciam o desenvolvimento da depressão⁽⁷⁻⁸⁾. O trauma na infância é um potente fator de risco ambiental para depressão. Uma metanálise identificou associação entre diferentes formas de trauma na infância e depressão, e que a força dessa associação varia de acordo com o tipo de trauma na infância⁽⁹⁾. Portanto, é necessário avaliar os diferentes tipos de trauma na infância para identificar até que ponto o trauma pode ser responsável por essa associação e os efeitos da ocorrência concomitante do trauma.

É importante observar que, até o momento, pesquisas que avaliaram o impacto de traumas na infância e suas consequências durante o período perinatal foram realizadas em países de alta renda⁽¹⁰⁻¹¹⁾ ou em outros locais que não o Brasil⁽¹²⁾, e nenhum estudo conduzido no contexto brasileiro avaliou a relação entre trauma e DPP. O Brasil tem um cenário relevante para a realização desta pesquisa por representar a diversidade sociocultural e as disparidades econômicas que marcam os países latino-americanos.

Além disso, investigar os efeitos do trauma na infância como fator de risco para DPP merece atenção em países de baixa e média renda, como o Brasil, visto que evidências de trauma na infância são prevalentes em muitos desses ambientes⁽¹³⁾ e o Brasil tem uma das maiores estimativas de abusos infantis no mundo⁽¹⁴⁾. Portanto o objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre diferentes formas de trauma na infância e DPP entre puérperas brasileiras.

Método

Desenho do estudo, amostra e aspectos éticos

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e analítico, com abordagem quantitativa, orientado pelas diretrizes *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). As participantes foram recrutadas em uma maternidade pública localizada em um município do interior de Goiás, região Centro-Oeste do Brasil.

Por meio de amostragem de conveniência, as participantes recrutadas foram mulheres com filhos nascidos em uma maternidade pública de referência no interior de Goiás, Brasil, durante o período de coleta de dados entre 15 de fevereiro e 30 de abril de 2022.

Dois profissionais de saúde convidaram as puérperas a participar da pesquisa, no momento em que receberam autorização de alta hospitalar, conforme os critérios de inclusão: ser maior de 18 anos e ter filho nascido vivo. Ao aceitar a participação na pesquisa, foi solicitado o número de celular para envio do questionário por meio de aplicativo de mensagens. O procedimento de coleta *online* seguiu as recomendações da *Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys* (CHERRIES) para garantir a confiabilidade dos resultados. Esta abordagem sistemática foi aplicada em todas as fases do estudo, desde o planejamento da pesquisa até a análise dos dados. CHERRIES oferece uma estrutura robusta para controle de vieses e prevenção de duplicação de dados, garantindo a qualidade e integridade dos resultados apresentados neste artigo.

No total, 320 parturientes foram assistidas pela maternidade durante o período de coleta; no entanto, não foi possível contatar 12 (3,75%) puérperas por erro no número de telefone para contato e 50 (15,62%) preencheram menos de 20% do instrumento, impossibilitando a análise das variáveis de interesse; nesse sentido a amostra totalizou 253 (79,06%) puérperas. Não houve recusas entre as puérperas que se aproximaram para participar da pesquisa. O preenchimento do instrumento variou entre o segundo e o quinto dia pós-parto.

Todas as participantes forneceram consentimento livre e esclarecido antes de terem acesso aos instrumentos de coleta. Após o preenchimento do instrumento, as puérperas

receberam informações sobre os locais e contatos dos serviços públicos de saúde mental. Não foi exigido às participantes grávidas que revelassem as suas informações pessoais para participarem na pesquisa. A obtenção dos números de telefone teve como único objetivo identificar possíveis duplicações nas respostas. Esta investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Certificado de Apresentação de Avaliação Ética 29673520.5.0000.5077).

Instrumentos de coleta de dados

A DPP foi avaliada por meio da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)⁽¹⁵⁾. Este instrumento foi validado e apresentou propriedades psicométricas satisfatórias no contexto brasileiro⁽¹⁶⁾. A escala é composta por 10 itens de autoavaliação com quatro opções de resposta cada, pontuados de 0 a 3 de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas, em que a pontuação final pode variar de 0 a 30 pontos. A presença de DPP foi determinada utilizando uma pontuação de corte ≥ 13 , conforme recomendado pelos autores do instrumento⁽¹⁵⁾, por ter apresentado evidência de validade na identificação de DPP no estudo de validação⁽¹⁶⁾, devido aos valores de 0,66 de sensibilidade e 0,95 de especificidade⁽¹⁷⁾ e conforme adotado por estudos no contexto nacional⁽¹⁹⁻²⁰⁾ e internacional^(10,18). No presente estudo, a medida de fiabilidade da EPDS, avaliada através do Omega de McDonald, foi de 0,89. É importante ressaltar que a EPDS serve como um instrumento indicativo para avaliar a DPP, no entanto, para um diagnóstico definitivo, é essencial uma avaliação especializada para confirmar e validar os resultados.

Os traumas na infância foram avaliados por meio do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ)⁽²¹⁾, traduzido e validado para o português do Brasil⁽²²⁾. O instrumento possui propriedades psicométricas que confirmam sua validade e fiabilidade em diferentes amostras brasileiras⁽²³⁾. O CTQ é composto por 28 itens que avaliam a experiência de cinco tipos de traumas durante a infância: abuso emocional, físico e sexual, e negligência emocional e física. Os itens foram classificados numa escala de tipo Likert que varia entre 1 (Nunca) e 5 (Muito frequentemente). Os resultados obtidos do instrumento foram analisados por meio de uma pontuação geral de trauma calculada por meio de uma variável contínua, assim como as pontuações contínuas para os tipos de trauma. Além disso, o instrumento permite categorizar participantes de acordo com a pontuação em cada tipo de trauma, utilizando níveis de exposição moderada ou grave para definir as puérperas com presença dos diferentes tipos de trauma avaliados, conforme recomendado pelos autores do instrumento⁽²⁴⁾. Além disso, a exposição a

um ou mais subtipos de trauma foi utilizada para criar uma variável dicotômica que refletia qualquer histórico de trauma materno na infância. Os resultados da fiabilidade do instrumento demonstraram valores de Omega de McDonald para o instrumento total ($\omega=0,95$) e para as subescalas de abuso emocional ($\omega=0,88$), abuso físico ($\omega=0,86$), abuso sexual ($\omega=0,93$), negligência emocional ($\omega=0,89$) e negligência física ($\omega=0,58$).

As variáveis sociodemográficas avaliadas foram idade da puérpera (contínua), cor da pele (preta, parda, branca, outra), área geográfica de residência (urbana ou rural), nível de escolaridade (Ensino Fundamental, Ensino Médio, Ensino Superior), emprego (fora do mercado de trabalho ou ativa no mercado de trabalho) e renda mensal (menos de um salário mínimo, de um a dois salários mínimos ou três ou mais salários mínimos). A situação de relacionamento das puérperas foi analisada através de uma pergunta sobre a existência de um parceiro fixo (sim ou não) e o contexto do parceiro que vive na mesma casa (sim ou não).

As variáveis obstétricas e clínicas das puérperas incluíram acompanhamento gestacional (não realizado ou realizado), número de partos (primípara ou ≥ 2), complicações durante a gravidez (sim ou não), tipo de parto (normal ou cesárea), semanas gestacionais até o parto (≤ 35 semanas ou ≥ 36 semanas), histórico de aborto espontâneo (sim ou não) e histórico de depressão (sim ou não).

Análise de dados

A variável de desfecho (DPP) foi avaliada como categórica. Os dados relativos aos diferentes tipos de traumas na infância foram analisados por meio de variáveis contínuas e foram categorizados como ausentes ou presentes de acordo com os pontos de corte relatados no método.

As análises são apresentadas por meio da descrição da amostra e, posteriormente, realizou-se a análise de associação por meio do teste do qui-quadrado ou exato de Fisher entre as variáveis categóricas, para verificar a associação de possíveis variáveis de confusão relacionadas às condições sociodemográficas e clínicas com a DPP. O tamanho do efeito das associações significativas pelo teste do qui-quadrado foi avaliado por meio das estatísticas V ou Phi de Cramer, dependendo do tipo de tabela de contingência.

A normalidade dos dados foi avaliada com os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Para analisar as variáveis contínuas, foram efetuados testes U de Mann-Whitney para amostras independentes para investigar até que ponto as variáveis contínuas independentes

eram diferentes entre os que tinham DPP e os que não tinham. Foram realizados procedimentos de *bootstrapping* (1.000 reamostragens; BCa com IC95%) para aumentar a fiabilidade dos resultados, para corrigir desvios da normalidade da distribuição da amostra e diferenças entre os tamanhos dos grupos com e sem DPP. O tamanho do efeito da diferença entre as duas médias foi avaliado utilizando a estatística $r^{(25)}$.

Foram realizadas análises de regressão logística bivariada e multivariada para calcular os *odds ratios* não ajustados e ajustados, considerando a presença de DPP, com intervalos de confiança (IC) de 95%. As variáveis com um nível de significância de $p < 0,2$ na análise não ajustada foram adicionadas às análises ajustadas para controlar possíveis fatores de confusão⁽²⁶⁾. No modelo de regressão múltipla, as variáveis significativas foram inseridas em blocos, em que as variáveis sociodemográficas foram introduzidas no primeiro bloco, as variáveis clínicas no segundo bloco e as variáveis relacionadas ao trauma no terceiro bloco, com base em um modelo conceitual proposto por pesquisadores nacionais⁽¹⁹⁾. Para a criação dos modelos de regressão, os pressupostos de ausência de valores discrepantes (*outliers*) e não multicolinearidade foram analisados e atendidos com valores de inflação da variância de 1,07 a 2,37.

As análises foram efetuadas utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24.

Resultados

Características da amostra

O presente estudo avaliou uma amostra de 253 puérperas, que se encontravam entre o segundo e o quinto dia pós-parto, com média de idade de 25,75 ($\pm 5,67$) anos. Das puérperas avaliadas, 177 (70%) eram primíparas, 240 (94,9%) residiam em área urbana, 225 (88,9%) tinham companheiro fixo, 207 (81,8) moravam com o companheiro e 183 (72,3%) eram pardas. Em relação à escolaridade, mais da metade da amostra (142 [56,1%]) tinha concluído o Ensino Médio, 141 (55,7%) estavam fora do mercado de trabalho e 122 (48,2%) tinham renda familiar mensal entre um e dois salários mínimos. Quase todas as mulheres (250 [98,8%]) realizaram o pré-natal e 200 (79,1%) não tiveram complicações durante a gestação. O tipo de parto predominante foi a cesárea (153 [60,5%]), sendo que a grande maioria (97,2%) dos partos ocorreu após 36 semanas de gestação. O histórico de aborto espontâneo foi observado em 34 (13,4%) mulheres e 91 (36%) relataram histórico de depressão (Tabela 1).

A Tabela 1 também apresenta os dados referentes aos traumas na infância, e pode-se observar que mais da metade das puérperas (133 [52,6%]) vivenciou pelo menos um tipo de trauma. O abuso emocional foi o trauma na infância mais comum (87 [34,4%]), seguido de negligência emocional (68 [26,9%]), negligência física (65 [25,7%]), abuso sexual (58 [22,9%]) e abuso físico (46 [18,2%]).

Tabela 1 - Características da amostra e estatísticas descritivas das puérperas (n*=253). Rio Verde, GO, Brasil, 2022

Variável	Amostra (253)	% (IC95%)†
Idade – Média (DP)‡	25,75 (5,67)	
Cor da pele		
Parda	183	72,3 (67,2-77,5)
Preta	18	7,1 (4-10,3)
Branca	43	17 (12,6-21,3)
Outras	9	3,6 (1,6-5,9)
Área geográfica de residência		
Urbana	240	94,9 (92,1-97,2)
Rural	13	5,1 (2,8-7,9)
Níveis de escolaridade		
Sem formação acadêmica	17	6,7 (3,6-9,9)
Ensino Fundamental	41	16,2 (11,5-20,6)
Segundo Grau/Ensino Médio	142	56,1 (49,4-62,1)
Ensino Superior/Universitário	53	20,9 (16,2-26,1)
Estado de relacionamento		
Sem parceiro	28	11,1 (7,1-15)
Com parceiro	225	88,9 (85-92,9)

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Variável	Amostra (253)	% (IC95%)†
O parceiro vive na mesma casa		
Não	46	18,2 (13,8-22,9)
Sim	207	81,8 (77,1-86,2)
Emprego		
Fora do mercado de trabalho	141	55,7 (49,4-62,1)
Ativa no mercado de trabalho	112	44,3 (37,9-50,6)
Renda mensal		
Menos de um salário mínimo (SM) [§]	109	43,1 (36,8-49,4)
1-2 SM [§]	122	48,2 (41,9-54,2)
3+ SM [§]	22	8,7 (5,5-12,3)
Acompanhamento da gravidez		
Não	3	1,2 (0-2,8)
Sim	250	98,8 (97,2-100)
Número de partos		
Primípara	177	70 (64,4-75,5)
2 ou mais	76	30 (24,5-35,6)
Complicações durante a gravidez		
Não	200	79,1 (73,9-84,2)
Sim	53	20,9 (15,8-26,1)
Tipo de parto		
Normal	100	39,5 (33,6-45,8)
Cesárea	153	60,5 (54,2-66,4)
Semanas gestacionais		
35 ou menos	7	2,8 (0,8-5,1)
36 ou mais	246	97,2 (94,9-99,2)
Histórico de abortos espontâneos		
Não	219	86,6 (81,8-90,5)
Sim	34	13,4 (9,5-18,2)
Histórico de depressão		
Não	162	64 (58,5-70)
Sim	91	36 (30-41,5)
Traumas na infância		
Nenhum	120	47,4 (41,5-53,4)
1 ou mais	133	52,6 (46,6-58,5)
Abuso emocional		
Não	186	65,6 (59,3-71,5)
Sim	87	34,4 (28,5-40,7)
Abuso físico		
Não	207	81,8 (77,1-86,6)
Sim	46	18,2 (13,4-22,9)
Abuso sexual		
Não	195	77,1 (71,5-82,2)
Sim	58	22,9 (17,8-28,5)

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Variável	Amostra (253)	% (IC95%)†
Negligência emocional		
Não	185	73,1 (67,2-78,3)
Sim	68	26,9 (21,7-32,8)
Negligência física		
Não	188	74,3 (68,8-79,4)
Sim	62	25,7 (20,6-31,2)

*n = Amostra; IC95% = Intervalo de Confiança de 95%; †DP = Desvio-Padrão; ‡SM = Salário mínimo em vigor em 2022 no Brasil (R\$ 1.212,00, equivalente a US\$ 214)

Depressão pós-parto

O número de mulheres que preencheram os critérios para a presença de sintomas depressivos foi de 93 (36,8%; IC95%: 30,8-42,7), com pontuação ≥ 13 na *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, sendo assim categorizadas como com DPP.

A Tabela 2 apresenta as análises bivariadas entre as variáveis independentes e a ausência ou presença de DPP. Realizadas por meio do teste do qui-quadrado, as análises estatísticas mostraram associação entre DPP e cor da pele ($\chi^2(3)=8,04$; $p=0,04$; V de Cramer=0,17). As mulheres que se autodeclararam de outra cor de pele (asiática ou indígena) foram significativamente

associadas à DPP. Também se registaram associações significativas entre a DPP e o estado de relacionamento ($\chi^2(1)=3,82$; $p=0,05$; Phi=0,12) e a situação "o parceiro vive na mesma casa" ($\chi^2(1)=4,24$; $p=0,03$; Phi=0,12). Além disso, as puérperas com histórico de depressão apresentaram uma presença significativamente maior de DPP ($\chi^2(1)=25,40$; $p<0,001$; Phi=0,31) quando comparadas com aquelas sem esse histórico (57,1% vs. 25,3%) (Tabela 2).

As análises de regressão logística mostraram que a situação "o parceiro vive na mesma casa" (OR: 1,95; IC95%: 1,02-3,73) e histórico prévio de depressão (OR: 3,93; IC95%: 2,28-6,79) aumentaram significativamente a chance de DPP (Tabela 2).

Tabela 2 - Frequência e *odds ratio* da depressão pós-parto segundo variáveis sociodemográficas e clínicas entre as puérperas (n*=253). Rio Verde, GO, Brasil, 2022

Variável	Depressão pós-parto		OR† (IC95%)‡	p§
	Não 160 (63,2)	Sim 93 (36,8)		
Idade – Média (DP)¶	26,2 (5,79)	24,9 (5,38)	1,76 (0,91-1,00)	0,06
Cor da pele¶				
Parda	120 (65,6)	63 (34,4)	0,72 (0,37-1,44)	0,36
Preta	13 (72,2)	5 (27,8)	0,53 (0,16-1,77)	0,30
Branca	25 (58,1)	18 (41,9)	Ref.**	
Outras	2 (22,2)	7 (77,8)	4,86 (0,90-26,19)	0,06
Área geográfica de residência				
Urbana	152 (63,3)	88 (36,7)	Ref.**	
Rural	8 (61,5)	5 (38,5)	1,08 (0,34-3,40)	0,89
Níveis de escolaridade				
Sem formação acadêmica	12 (70,6)	5 (29,4)	0,96 (0,29-3,18)	0,95
Ensino Fundamental	22 (53,7)	19 (46,3)	1,99 (0,85-4,66)	0,11
Segundo Grau/Ensino Médio	89 (62,7)	53 (37,3)	1,37 (0,69-2,71)	0,35
Ensino Superior/Universitário	37 (69,8)	16 (30,2)	Ref.**	
Estado de relacionamento¶				
Sem parceiro	13 (46,4)	15 (53,6)	2,17 (0,98-4,80)	0,05
Com parceiro	147 (65,3)	78 (34,7)	Ref.**	

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Variável	Depressão pós-parto		OR† (IC95%)*	p§
	Não 160 (63,2)	Sim 93 (36,8)		
O parceiro vive na mesma casa[¶]				
Não	23 (50)	23 (50)	1,95 (1,02-3,73)	0,04
Sim	137 (66,2)	70 (33,8)	Ref.**	
Emprego				
Fora do mercado de trabalho	86 (61)	55 (39)	1,24 (0,74-2,08)	0,40
Ativa no mercado de trabalho	74 (66,1)	38 (33,9)	Ref.**	
Renda mensal				
Menos de 1 SM ^{††}	64 (58,7)	45 (41,3)	1,50 (0,56-3,99)	0,41
1-2 SM ^{††}	81 (66,4)	41 (33,6)	1,08 (0,41-2,87)	0,87
3+ SM ^{††}	15 (68,2)	7 (31,8)	Ref.**	
Acompanhamento da gravidez				
Não	2 (66,7)	1 (33,3)	0,85 (0,07-9,60)	0,90
Sim	158 (63,2)	92 (36,8)	Ref.**	
Número de partos				
Primípara	112 (63,3)	65 (36,7)	0,99 (0,57-1,73)	0,98
2 ou mais	48 (63,2)	28 (36,8)	Ref.**	
Complicações durante a gravidez				
Não	129 (64,5)	71 (35,5)	Ref.**	
Sim	31 (58,5)	22 (41,5)	1,28 (0,69-2,39)	0,42
Tipo de parto				
Normal	64 (64)	36 (36)	Ref.**	
Cesárea	96 (62,7)	57 (37,3)	1,05 (0,62-1,78)	0,84
Semanas gestacionais				
35 ou menos	4 (57,1)	3 (42,9)	1,30 (0,28-5,94)	0,73
36 ou mais	156 (63,4)	90 (36,6)	Ref.**	
Histórico de abortos espontâneos				
Não	143 (65,3)	76 (34,7)	Ref.**	
Sim	17 (50)	17 (50)	1,88 (0,90-3,89)	0,08
Histórico de depressão^{¶¶}				
Não	121 (74,7)	41 (25,3)	Ref.**	
Sim	39 (42,9)	52 (57,1)	3,93 (2,28-6,79)	<0,001

*n = Amostra; †OR = Odds Ratio; †IC95% = Intervalo de Confiança de 95%; §p = Valor p do Odds Ratio; ††DP = Desvio-Padrão; ††Qui-Quadrado (p<0,05); **Ref. = Categoria de referência; ††SM = Salário Mínimo em vigor em 2022 no Brasil (R\$ 1.212,00, equivalente a US\$ 214)

Associação entre depressão pós-parto e traumas na infância

A Tabela 3 apresenta as análises do trauma na infância como variável contínua através dos valores médios da pontuação total do CTQ e dos subtipos de abuso e negligência que diferenciam significativamente (<0,05) os grupos com e sem DPP. Os tamanhos de efeito das análises foram médios para a pontuação total do CTQ (r=0,47), abuso emocional (r=0,49) e negligência

emocional (r=0,41) e pequenos para abuso físico (r=0,29), abuso sexual (0,18) e negligência física (r=0,25).

As frequências dos tipos de trauma em relação à presença de DPP são apresentadas na Tabela 3. Na análise da associação com a vivência de pelo menos um tipo de trauma ($\chi^2(1)=33,33$; p<0,001; Phi=0,36), todos os tipos de abuso e negligência foram significativamente associados à DPP, citando abuso emocional ($\chi^2(1)=55$; p<0,001; Phi=0,46), abuso físico ($\chi^2(1)=16,7$; p<0,001; Phi=0,25), abuso sexual ($\chi^2(1)=9,02$; p=0,003;

Phi=0,18), negligência emocional ($\chi^2(1)=25$; $p<0,001$; Phi=0,31) e negligência física ($\chi^2(1)=9,10$; $p=0,003$; Phi=0,19) (Tabela 3).

Os *odds ratios* apresentados na Tabela 3 mostram que, nos modelos bivariados, as puérperas que vivenciaram pelo menos um tipo de trauma tiveram significativamente mais chances de desenvolver DPP (OR: 5,10; IC95%: 2,87-9,06; $p<0,001$). A exposição

a abuso emocional foi o tipo de trauma na infância que apresentou maiores chances de desenvolver DPP (OR: 9,18; IC95%: 4,54-14,71; $p<0,001$), seguido de negligência emocional (OR: 4,24; IC95%: 2,36-7,62; $p<0,001$), abuso físico (OR: 3,81; IC95%: 1,95-7,42; $p<0,001$), abuso sexual (OR: 2,46; IC95%: 1,35-4,47; $p=0,003$) e negligência física (OR: 2,39; IC95%: 1,34-4,26; $p=0,003$).

Tabela 3 - Valor médio da pontuação total e das subescalas do *Childhood Trauma Questionnaire*, frequência de depressão pós-parto e *odds ratio* de acordo com o trauma na infância entre as puérperas ($n^*=253$). Rio Verde, GO, Brasil, 2022

Variável	Amostra	Depressão pós-parto		OR† (IC95%)‡	p§
		Não 160 (63,2)	Sim 93 (32,8)		
Pontuação no Childhood Trauma Questionnaire – Média (DP)¶	44,39 (17,87)	38,5 (14,2)	54,5 (19,1)		
Traumas na infância¶					
Não	120 (47,4)	98 (61,3)	22 (23,7)	Ref.**	
Sim (1ou mais)	133 (52,6)	62 (38,8)	71 (76,3)	5,10 (2,87-9,06)	<0,001
Abuso emocional¶					
Média (DP)¶	10,61 (5,36)	8,53 (3,97)	14,19 (5,56)		
Não	166 (65,6)	132 (79,5)	34 (20,05)	Ref.**	
Sim	87 (34,4)	28 (32,2)	59 (67,8)	8,18 (4,54-14,71)	<0,001
Abuso físico¶					
Média (DP)¶	7,63 (3,69)	6,79 (2,80)	9,06 (4,52)		
Não	207 (81,8)	143 (69,1)	64 (30,9)	Ref.**	
Sim	46 (18,2)	17 (37)	29 (63)	3,81 (1,95-7,42)	<0,001
Abuso sexual¶					
Média (DP)¶	6,98 (4,10)	6,29 (3,16)	8,16 (5,16)		
Não	195 (77,1)	133 (68,2)	62 (31,8)	Ref.**	
Sim	58 (22,9)	27 (46,6)	31 (53,4)	2,46 (1,35-4,47)	0,003
Negligência emocional¶					
Média (DP)¶	11,12 (5,69)	9,42 (5,08)	14,04 (5,54)		
Não	185 (73,1)	134 (72,4)	51 (27,6)	Ref.**	
Sim	68 (26,9)	26 (38,2)	42 (61,8)	4,24 (2,36-7,62)	<0,001
Negligência física¶					
Média (DP)¶	8,05 (3,25)	7,49 (2,99)	9,02 (3,47)		
Não	188 (74,3)	129 (68,6)	59 (31,4)	Ref.**	
Sim	65 (25,7)	31 (47,7)	34 (52,3)	2,39 (1,34-4,26)	0,003

*n = Amostra; †OR = *Odds Ratio*; ‡IC95% = Intervalo de Confiança de 95%; §p = Valor p do *Odds Ratio*; ¶DP = Desvio-Padrão; ††Teste U de Mann-Whitney ($p<0,05$); **Ref. = Categoria de Referência

As análises de regressão logística multivariada revelaram uma associação significativa de todos os subtipos de abuso e negligência com a DPP, após ajuste para variáveis sociodemográficas e clínicas (Tabela 4). Os resultados revelam que mulheres que sofreram abuso emocional na infância tiveram 6,29 vezes mais chances de desenvolver DPP (OR: 6,29; IC95%: 3,39-11,67;

$p<0,001$) e que a exposição à negligência emocional resultou em 3,02 vezes mais chances de DPP (OR: 3,02; IC95%: 1,60-5,69; $p<0,001$). Abuso físico (OR: 2,91; IC95%: 1,41-6,00; $p<0,004$), negligência física (OR: 2,19; IC95%: 1,18-4,07; $p=0,013$) e abuso sexual (OR: 1,97; IC95%: 1,02-3,80; $p<0,042$) também foram preditores de DPP entre as puérperas avaliadas.

Ao inserir todos os subtipos de trauma no modelo ajustado, o abuso emocional permaneceu como um preditor significativo de DPP (OR: 6,20; IC95%: 2,80-13,73; $p < 0,001$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Odds ratios ajustados e intervalos de confiança de 95% dos diferentes subtipos de trauma com depressão pós-parto ($n^* = 253$). Rio Verde, GO, Brasil, 2022

Variável	Modelo 1 [†] ORa [‡] (95%CI) [§]	p	Modelo 2 ^{**} ORa [‡] (95%CI) [§]	p
Abuso emocional	6,29 (3,39-11,67)	<0,001	6,20 (2,80-13,72)	<0,001
Abuso físico	2,91 (1,41-6,00)	0,004	0,81 (0,31-2,12)	0,672
Abuso sexual	1,97 (1,02-3,80)	0,042	0,96 (0,42-2,20)	0,928
Negligência emocional	3,02 (1,60-5,69)	<0,001	1,28 (0,54-3,03)	0,570
Negligência física	2,19 (1,18-4,07)	0,013	1,01 (0,45-2,25)	0,979

*n = Amostra; [†]Modelo 1 = Odds Ratio ajustado para Idade, Estado de relacionamento, Parceiro vive na mesma casa, Histórico de aborto espontâneo e Histórico de depressão; [‡]OR_a = Odds Ratio ajustado; [§]IC95% = Intervalo de confiança de 95%; ^{||}p = Valor p do Odds Ratio; [¶]Modelo 2 - Odds Ratio ajustado para Idade, Estado de relacionamento, Parceiro vive na mesma casa, Histórico de aborto espontâneo, Histórico de depressão e subtipos de abuso e negligência; ^{**}Modelo 2 = R² Nagelkerke = 0,33; Adequação do modelo pelo teste de Hosmer e Lemeshow ($p = 0,97$)

Discussão

Este estudo mostrou alta frequência de DPP e de traumas vivenciados na infância entre as puérperas. As associações observadas entre DPP e trauma na infância têm implicações clínicas importantes para a necessidade de identificação e tratamento de mulheres com DPP e devem ser analisadas com vistas à elaboração de ações para melhorar a saúde mental materna.

A prevalência de DPP em mulheres observada no presente estudo foi maior do que a encontrada em outras pesquisas realizadas no Brasil utilizando o mesmo instrumento e ponto de corte (≥ 13). Um estudo com mulheres no período pós-parto entre 0,1 e 12 meses, de diferentes regiões brasileiras, identificou 15,3% de prevalência de DPP⁽¹⁹⁾. Ao avaliar mulheres durante a gestação, dois estudos com gestantes brasileiras mostraram que a proporção de mulheres com depressão pré-natal foi de 16%⁽²⁷⁾ e 25,4%⁽²⁸⁾, valores inferiores ao observado neste estudo.

Vale ressaltar que a prevalência relativamente alta de DPP neste estudo pode ter sido influenciada pelo período de coleta de dados que coincidiu com a pandemia da doença do Coronavírus (COVID-19). A literatura tem indicado piores índices de saúde mental durante esse período pandêmico⁽²⁹⁾. Um dos poucos estudos realizados no Brasil sobre DPP durante a pandemia avaliou 184 mulheres no período pós-parto tardio (média de 56 dias após o parto) e identificou uma frequência relativa de 38,8% da amostra com DPP ao utilizar um ponto de corte da EPDS inferior ao aplicado em nosso estudo (≥ 12)⁽³⁰⁾. Ao avaliarem na China 209 mulheres no pós-parto durante a pandemia e utilizando um ponto de corte da EPDS inferior ao do nosso estudo (≥ 10) para definir DPP, os investigadores detectaram 56,9% de prevalência de

sintomas de DPP⁽³¹⁾, o que revela um agravamento do problema durante a pandemia.

Os nossos resultados mostram uma diferença estatisticamente significativa quando comparamos os valores médios da pontuação total do CTQ e os subtipos de trauma na infância entre os grupos de mulheres sem e com DPP. Além disso, as análises de regressão logística bivariada mostraram que os diferentes tipos de traumas vivenciados na infância foram preditores significativos de DPP. Em contraste com os achados do nosso estudo, a pesquisa realizada com o objetivo de avaliar mulheres no pós-parto na Bélgica⁽³²⁾ não indicou um valor preditivo do trauma na infância na DPP, o que caracteriza ainda mais a importância da realização de estudos que avaliem essa associação devido às diferenças encontradas na literatura.

Parte dos estudos publicados avaliou o trauma na infância com um único constructo^(10,32), não avaliando os tipos de trauma. No presente estudo foram avaliados os tipos de traumas vivenciados na infância de forma diferenciada, explorando diferentes formas de abuso e negligência. Nesse sentido, considerando as associações entre trauma na infância e DPP, todos os subtipos de abuso e negligência foram preditores de DPP após o ajuste para variáveis sociodemográficas e clínicas.

Embora a literatura sugira uma associação positiva entre histórico materno de trauma na infância e sintomas subsequentes de DPP, os estudos que avaliaram essa associação são inconclusivos. Um estudo realizado na Alemanha com mulheres até 16 semanas pós-parto encontrou associação com risco aumentado de DPP entre aquelas que sofreram abuso emocional grave (OR: 8,10; IC95%: 2,22-29,51), abuso sexual grave (OR: 4,01; IC95%: 1,35-11,90), abuso físico moderado (OR: 5,92; IC95%: 1,55-22,61) e todos os graus de negligência emocional ($2,76 \leq OR \leq 4,96$)⁽³³⁾. No entanto, estudos

previamente publicados que avaliaram mulheres durante o período pós-parto não mostraram qualquer relação direta entre os diferentes tipos de traumas na infância e a DPP⁽³⁴⁾.

Um achado importante destes resultados é que, após o ajuste para a coocorrência de todos os tipos de traumas na infância, o abuso emocional emergiu acima e além dos outros como a variável preditora significativa de DPP, em que as mulheres no pós-parto que vivenciaram este tipo de trauma tinham 6,20 vezes mais probabilidade de ter DPP. Este resultado está de acordo com os resultados de outro estudo que indica um risco mais elevado de DPP entre as mulheres expostas a abuso emocional quando comparadas com as expostas a outros tipos de abuso⁽³⁵⁾.

Uma metanálise recente que avaliou a associação entre abusos na infância avaliados por uma única medida, nomeadamente o CTQ, mostrou que o abuso emocional e a negligência emocional tinham associações mais fortes com a depressão em qualquer momento da vida⁽³⁶⁾. Neste contexto, estes resultados contribuem para clarificar esta associação, particularmente em termos de sintomas depressivos em mulheres no pós-parto. O conhecimento produzido sobre este tema é ainda limitado, sobretudo no que diz respeito a estudos que avaliem esta associação durante o período pós-parto precoce.

O abuso emocional é caracterizado por experiências de rejeição, agressão verbal, isolamento ou provocação e pode estar mais fortemente relacionado com sintomas internalizantes e com o desenvolvimento de depressão quando comparado com outros tipos de traumas na infância⁽⁹⁾. Estes resultados mostrando que o abuso emocional tem a associação mais forte com a DPP, corroboram pesquisas anteriores que documentam que, entre os vários tipos de traumas na infância, o abuso emocional exerce o impacto mais significativo no desenvolvimento de transtornos depressivos ao longo da vida⁽³⁶⁻³⁷⁾.

É importante ressaltar que existe uma alta probabilidade de coocorrência de múltiplos traumas na infância⁽³⁸⁾. Os resultados da investigação atual sugerem que, quando combinados com a presença de outros tipos de trauma, os abusos emocionais continuam a predizer significativamente a DPP.

Os resultados do presente estudo devem ser analisados dentro do contexto de suas limitações. O estudo utilizou uma amostra de conveniência de puérperas de apenas uma maternidade pública, o que pode não ser representativo das características de toda a população materna brasileira. O desenho transversal impossibilita a conclusão de relações causais entre as variáveis, e a ausência de diagnóstico clínico confirmado de depressão pode ser considerada uma limitação do estudo. Por último, não foram avaliados o apoio parental e as possíveis disfunções domésticas (por exemplo,

violência doméstica e consumo de drogas pelo parceiro) que podem influenciar a DPP.

Embora reconhecendo as suas limitações, este estudo representa uma das primeiras tentativas de investigar a correlação entre os vários tipos de traumas e a DPP num país de rendimento médio. Além disso, levou-se em conta a provável simultaneidade dos vários tipos de abusos na infância, permitindo uma avaliação mais precisa da associação entre os tipos de traumas na infância e a DPP.

Os resultados deste estudo demonstram a necessidade de os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, elaborarem estratégias de rastreamento da DPP durante a gestação, devido ao acompanhamento pré-natal por esses profissionais na Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, acredita-se que os resultados deste estudo têm o potencial de subsidiar as políticas de atenção à saúde da mulher no período perinatal, pois destacam a importância de uma abordagem que enfatize a saúde mental e o histórico de abuso sofrido na infância para rastrear e prevenir os fatores da DPP e suas consequências.

Além disso, é necessário incorporar intervenções que incluam grupos de apoio a grávidas e monitoramento domiciliar através de estratégias viáveis e disponíveis, como a Telessaúde. O objetivo dessas intervenções é que os profissionais de saúde mental possam prestar um atendimento focado na necessidade psicoemocional da gestante, principalmente para aquelas que sofreram traumas na infância, a fim de amenizar os impactos que esses traumas podem causar no período pós-parto, reduzindo os riscos de adoecimento mental materno e, conseqüentemente, favorecendo o desenvolvimento de um vínculo afetivo saudável entre mãe e filho.

Conclusão

Os resultados deste estudo fornecem suporte empírico consistente na identificação da associação entre diferentes tipos de traumas na infância e a DPP entre puérperas no período pós-parto imediato. O histórico de diferentes tipos de abuso e negligência foi independentemente associado à DPP. Na avaliação concorrente dos diferentes tipos de traumas na infância, o abuso emocional continuou associado à DPP.

Além de comprometer a saúde das mulheres no pós-parto, a DPP pode ter um impacto significativo na capacidade das mães para estabelecerem uma conexão emocional com os seus recém-nascidos. Por isso, a assistência prestada pelos profissionais de saúde deve envolver a compreensão do estado de saúde atual da mulher na sua totalidade, considerando as experiências de infância que representam certa predisposição para a

doença mental nesta fase do ciclo de vida e, assim, garantir cuidados que promovam a saúde e previnam a doença.

Referências

- Merrick MT, Ford DC, Ports KA, Guinn AS, Chen J, Klevens J, et al. Vital Signs: Estimated Proportion of Adult Health Problems Attributable to Adverse Childhood Experiences and Implications for Prevention — 25 States, 2015–2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2019;68(44):999-1005. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6844e1>
- Garon-Bissonnette J, Bolduc MEG, Lemieux R, Berthelot N. Cumulative childhood trauma and complex psychiatric symptoms in pregnant women and expecting men. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04327-x>
- Choi KW, Houts R, Arseneault L, Pariante C, Sikkema KJ, Moffitt TE. Maternal Depression in the Intergenerational Transmission of Childhood Maltreatment and Psychological Sequelae: Testing Postpartum Effects in a Longitudinal Birth Cohort. *Dev Psychopathol.* 2019;31(1):143. <https://doi.org/10.1017/S0954579418000032>
- Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry.* 2021;11(1):24. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01692-1>
- Chen Q, Li W, Xiong J, Zheng X. Prevalence and Risk Factors Associated with Postpartum Depression during the COVID-19 Pandemic: A Literature Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(4):2219. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042219>
- Yu Y, Liang HF, Chen J, Li ZB, Han YS, Chen JX, et al. Postpartum Depression: Current Status and Possible Identification Using Biomarkers. *Front Psychiatry.* 2021;12:948. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.620371>
- Çankaya S, Ataş A. Factors affecting postpartum depression in Turkish women. *Arch Psychiatr Nurs.* 2022;41:74-80. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.07.024>
- Millender E, Barile JP, Bagneris JR, Harris RM, Faria L, Wong FY, et al. Associations between social determinants of health, perceived discrimination, and body mass index on symptoms of depression among young African American mothers. *Arch Psychiatr Nurs.* 2021;35(1):94-101. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.09.014>
- Humphreys KL, LeMoult J, Wear JG, Piersiak HA, Lee A, Gotlib IH. Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* 2020;102:104361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361>
- Racine N, Zumwalt K, McDonald S, Tough S, Madigan S. Perinatal depression: The role of maternal adverse childhood experiences and social support. *J Affect Disord.* 2020;263:576-81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.030>
- Al-abri K, Edge D, Armitage CJ. Prevalence and correlates of perinatal depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2023;58(11):1581-90. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02386-9>
- Aydemir S, Onan N. The Relationship Between Maternal Self-confidence and Postpartum Depression in Primipara Mothers: A Follow-Up Study. *Community Ment Health J.* 2020;56(8):1449-56. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00588-6>
- World Health Organization. Global status report on violence against children 2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/violence-prevention/global-status-report-on-violence-against-children-2020>
- International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect. ISPCAN World Perspectives on Child Abuse [Internet]. 14. ed. Aurora, CO: ISPCAN; 2021 [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://ispcan.org/global-reports/ispcan-world-perspectives-on-child-abuse-14th-edition/>
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782-6. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica.* 2007;23(11):2577-88. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007001100005>
- Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ.* 2020;371. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4022>
- Çankaya S. The effect of psychosocial risk factors on postpartum depression in antenatal period: A prospective study. *Arch Psychiatr Nurs.* 2020;34(3):176-83. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.04.007>
- Santos IS, Munhoz TN, Blumenberg C, Barcelos R, Bortolotto CC, Matijasevich A, et al. Post-partum depression: a cross-sectional study of women enrolled in a conditional cash transfer program in 30 Brazilian cities. *J Affect Disord.* 2021;281:510-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.042>
- Barcelos RS, Santos IS, Matijasevich A, Anselmi L, Barros FC. Maternal depression is associated with injuries in children aged 2–4 years: the Pelotas 2004 Birth Cohort. *Inj Prev.* 2019;25(3):222. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2017-042641>

21. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abus Negl.* 2003;27(2):169-90. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
22. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Saude Publica.* 2006;40(2):249-55. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000200010>
23. Grassi-Oliveira R, Cogo-Moreira H, Salum GA, Brietzke E, Viola TW, Manfro GG, et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian Samples of Different Age Groups: Findings from Confirmatory Factor Analysis. *PLoS One.* 2014;9(1):e87118. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087118>
24. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J. Childhood Trauma Questionnaire [Internet]. San Antonio, TX: APA; 1998 [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F02080-000>
25. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences [Internet]. 2. ed. New York, NY: Routledge; 1988 [cited 2023 Mar 17]. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780203771587/statistical-power-analysis-behavioral-sciences-jacob-cohen>
26. Field A. Discovering Statistics Using SPSS. 4. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2013. 915 p.
27. Coll CVN, Silveira MF, Bassani DG, Netsi E, Wehrmeister FC, Barros FC, et al. Antenatal depressive symptoms among pregnant women: Evidence from a Southern Brazilian population-based cohort study. *J Affect Disord.* 2017;209:140-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.031>
28. Bonatti AT, Roberto APDSC, Oliveira T, Jamas MT, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Do depressive symptoms among pregnant women assisted in Primary Health Care services increase the risk of prematurity and low birth weight? *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2021;29:e4932. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4932.3480>
29. Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, Kalafat E, van der Meulen J, Gurol-Urganci I, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2021;9(6):e759-72. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00079-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00079-6)
30. Galletta MAK, Oliveira AMSS, Albertini JGL, Benute GG, Peres SV, Brizot ML, et al. Postpartum depressive symptoms of Brazilian women during the COVID-19 pandemic measured by the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Affect Disord.* 2022;296:577-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.091>
31. An R, Chen X, Wu Y, Liu J, Deng C, Liu Y, et al. A survey of postpartum depression and health care needs among Chinese postpartum women during the pandemic of COVID-19. *Arch Psychiatr Nurs.* 2021;35(2):172. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.02.001>
32. Wajid A, van Zanten SV, Mughal MK, Biringe A, Austin MP, Vermeyden L, et al. Adversity in childhood and depression in pregnancy. *Arch Women's Ment Health.* 2020;23(2):169-80. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00966-4>
33. Nagl M, Lehnig F, Stepan H, Wagner B, Kersting A. Associations of childhood maltreatment with pre-pregnancy obesity and maternal postpartum mental health: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):1-12. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1565-4>
34. Perry A, Gordon-Smith K, Di Florio A, Fraser C, Craddock N, Jones L, et al. Adverse childhood experiences and postpartum depression in bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2020;263:661-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.042>
35. Verdejo-Garcia A, Chong TTJ, Stout JC, Yücel M, London ED. Stages of dysfunctional decision-making in addiction. *Pharmacol Biochem Behav.* 2018;164:99-105. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2017.02.003>
36. LeMoult J, Humphreys KL, Tracy A, Hoffmeister JA, Ip E, Gotlib IH. Meta-analysis: Exposure to Early Life Stress and Risk for Depression in Childhood and Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020;59(7):842-55. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.10.011>
37. Zhang Y, Liu J, Chen L, Yang T, Luo X, Cui X, et al. Prevalence of co-occurring severe depression and psychotic symptoms in college students and its relationship with childhood maltreatment. *Child Abus Negl.* 2023;146:106470. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106470>
38. Brown SM, Rienks S, McCrae JS, Watamura SE. The co-occurrence of adverse childhood experiences among children investigated for child maltreatment: A latent class analysis. *Child Abuse Negl.* 2019;87:18-27. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.010>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Elton Brás Camargo Júnior, Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato.

Obtenção de dados: Elton Brás Camargo Júnior, Ana Carolina de Sousa Andrade. **Análise e interpretação dos dados:** Elton Brás Camargo Júnior, Ana Carolina de Sousa Andrade, Maria Neyrian de Fátima Fernandes, Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato. **Análise estatística:** Elton Brás Camargo Júnior, Maria Neyrian de Fátima Fernandes, Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato. **Redação do manuscrito:** Elton Brás Camargo Júnior, Ana Carolina de Sousa Andrade, Maria Neyrian de Fátima

Fernandes, Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato.

Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Elton Brás Camargo Júnior, Ana Carolina de Sousa Andrade, Maria Neyrian de Fátima Fernandes, Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 17.03.2023

Aceito: 28.01.2024

Editora Associada:

Regina Aparecida Garcia de Lima

Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Elton Brás Camargo Júnior

E-mail: eltonbrasjr@unirv.edu.br

 <https://orcid.org/0000-0001-5148-1703>