

Depressão pós-natal em puérperas na Atenção Primária à Saúde

Postnatal depression in women in Primary Health Care

Josué Araújo de Souza¹ 
Gabriela Xavier Pantoja² 

Thais Cristina Flexa Souza Marcelino³ 
Antonio Jorge Silva Correa Júnior⁴ 
Luana Cristina de Souza Barbosa⁵ 

¹Contato para correspondência. Universidade de Federal do Pará (Belém). Pará, Brasil. josue.arauujo@gmail.com

²Universidade de Federal do Pará (Belém). Pará, Brasil.

³Secretaria de Estado de Saúde Pública (Belém). Pará, Brasil.

⁴Universidade de São Paulo (São Paulo). São Paulo, Brasil.

⁵Secretaria Municipal de Saúde de Marituba (Marituba). Pará, Brasil.

RESUMO | OBJETIVO: Avaliar a ocorrência de depressão pós-natal em puérperas durante as consultas realizadas na atenção primária à saúde. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo-transversal realizado em 2024 com puérperas cadastradas nas duas Unidades Básicas de Saúde no município de Marituba, no Pará. Aplicaram-se questionários obstétricos e socioeconômicos e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EPDS), com análise descritiva das respostas, utilizando o software Microsoft Excel. **RESULTADOS:** Participaram 34 puérperas; a maioria das participantes tinha entre 24 e 29 anos (47%), possuía ensino médio incompleto (38%), tinha apenas um filho (47%) e não apresentou abortamentos (65%). No pré-natal, 58% realizaram entre 4 e 9 consultas e 64% cuidavam sozinhas do bebê; 97% nunca usaram medicação para depressão. Os escores da EPDS variaram de 5 a 24, sendo que 58% ($n = 20$) apresentaram escore ≥ 12 , indicando risco para depressão pós-parto. Apesar de 100% relatarem capacidade para rir e achar graça das coisas, os sintomas negativos foram expressivos, incluindo culpa sem motivo (100%), sensação de estar esmagada pelas tarefas diárias (100%), ansiedade (80%), medo ou pânico sem razão aparente (90%) e pensamentos sobre autolesão (60%). Sintomas mais graves, como choro frequente, foram menos comuns. **CONCLUSÃO:** Os resultados indicam predominância de sintomas relacionados à ansiedade, sobrecarga e sentimentos negativos, evidenciando também uma parcela significativa de mulheres com risco potencial de autolesão. Esses achados reforçam a importância da triagem sistemática da depressão pós-parto e da capacitação das equipes multiprofissionais para a identificação precoce e intervenção adequada.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão Pós-Parto. Período Pós-Parto. Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT | OBJECTIVE: To evaluate the prevalence of postpartum depression among women attending primary health care consultations. **METHODS:** A descriptive cross-sectional study was conducted in 2024 with puerperal women enrolled in two Unidades Básicas de Saúde (Primary Health Care Units) in Marituba, Pará. Data collection included obstetric and socioeconomic questionnaires and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, Likert-type). Descriptive analyses were performed using Microsoft Excel. **RESULTS:** Thirty-four women participated. Most were aged 24–29 years (47%), had incomplete secondary education (38%), one child (47%), and no history of miscarriage (65%). During prenatal care, 58% attended 4–9 consultations, 64% cared for the baby alone, and 97% reported no previous use of antidepressant medication. EPDS scores ranged from 5 to 24, with 58% ($n = 20$) scoring ≥ 12 , indicating risk for postpartum depression. Although all participants reported the ability to laugh and see the funny side of things, high frequencies of negative symptoms were observed: guilt without reason (100%), feeling overwhelmed by daily tasks (100%), anxiety (80%), unexplained fear or panic (90%), and thoughts of self-harm (60%). Severe symptoms, such as frequent crying, were less frequent. **CONCLUSION:** Anxiety, emotional overload, and negative feelings were the most prevalent symptoms, with a significant proportion of women at potential risk of self-harm. Findings underscore the need for systematic postpartum depression screening and training of multidisciplinary teams for early detection and timely intervention.

KEYWORDS: Postpartum Depression. Postpartum Period. Primary Health Care.

1. Introdução

Durante o período gestacional, há grandes transformações: mudanças no corpo da mulher, alteração da rotina e relações sociais¹. Ademais, há outros momentos do parto e puerpério que cada mulher vivencia de maneiras distintas e são considerados fatores determinantes na vida de cada uma. Nesse percurso, existem possíveis intempéries que podem ocasionar sofrimento, desencadeando algum tipo de transtorno físico ou emocional, como a depressão¹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é uma síndrome psiquiátrica de ampla prevalência, afetando entre 3% e 5% da população mundial². Atualmente, trata-se de um problema de saúde pública significativo, sendo uma das principais causas de incapacitação, ao comprometer o funcionamento físico, pessoal e social dos indivíduos³. Na fase puerperal, há grande oscilação hormonal, quebra de expectativa do retorno ao corpo anterior à gestação, rejeição sexual do parceiro, mudança do padrão do sono causada pela amamentação e demandas e rotinas do bebê, que tornam as mulheres mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos mentais nesse período³.

Segundo estudo de coorte prospectiva com 699 gestantes no Acre, revelou-se a incidência de transtornos mentais comuns na primeira e segunda avaliação na gestação em 36,2% e 24,5% destas mulheres⁴. Outro estudo de natureza quantitativa, realizado no Triângulo Mineiro, identificou que a provável depressão pós-parto apresentou associação com idade materna, renda, estado civil, escolaridade, número de filhos e idade do bebê, sendo mais frequente no bairro periférico ($p=0,0234$; $\alpha=0,05$)⁵.

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno mental de elevada prevalência². Ela é caracterizada pela ocorrência de um ou mais episódios depressivos após o nascimento da criança, com início dos sintomas geralmente entre a quarta e a sexta semana após o parto, atingindo seu pico por volta do sexto mês². Estimativas globais indicam que entre 10% e 20% das mulheres no período pós-natal são acometidas por esse transtorno de humor, o qual tende a se tornar o segundo maior fator de morbidade entre puérperas⁶. No contexto brasileiro, estudos apontam que até 40% das puérperas podem ser afetadas pela

DPP, o que evidencia a necessidade urgente de estratégias voltadas ao diagnóstico precoce e à intervenção adequada dessa condição⁷.

De acordo com *Rezende obstetrícia fundamental*⁷, uma opção para a primeira abordagem dos sintomas depressivos pós-natais é a utilização da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo — EPDS, cuja aplicação é rápida e fácil, mesmo para profissionais de saúde não especializados^{8,9}. Essa escala encontra-se traduzida em diferentes idiomas e submetida a estudos de validação em vários países, inclusive no Brasil⁸. Um estudo feito em Manaus em 2019 utilizando esta escala concluiu que 15,06% das puérperas apresentaram sinais e sintomas sugestivos de depressão pós-parto, sem associação com fatores socioeconômicos ou clínico-obstétricos, destacando-se a relevância da triagem precoce ainda no período de internação, ou seja, 48h a 72h após o parto⁹.

A EPDS é uma ferramenta de apoio ao trabalho multiprofissional, especialmente na Enfermagem, útil para identificar precocemente sinais e sintomas de depressão pós-parto, indicando probabilidade e não diagnóstico da doença¹⁰. Assim, no contexto atual da atenção primária à saúde, ressalta-se a relevância do cuidado compartilhado entre os profissionais da equipe, com papel central da enfermagem na identificação e aproveitamento das oportunidades de sensibilização e educação das gestantes. Essas ações, tanto no pré-natal quanto no pós-natal, são essenciais para favorecer uma gestação saudável e um puerpério adequado¹⁰. Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar a ocorrência de depressão pós-natal em puérperas durante as consultas realizadas na atenção primária à saúde.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. Os estudos transversais são estudos em que a exposição ao fator ou causa está presente no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado¹¹. A pesquisa foi realizada em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no município de Marituba, no Pará. A coleta ocorreu no segundo semestre de 2024, entre os meses de agosto e dezembro.

Para a realização do estudo, foram selecionadas duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dentre as dezessete unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) do município, das quais três são UBS convencionais e catorze são unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF). A escolha dessas unidades se deu por critério intencional, considerando a maior densidade populacional das respectivas áreas de abrangência. Ambas contam com três equipes multiprofissionais de saúde, integradas ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e são compostas por profissionais de nível superior, incluindo nutricionistas, assistentes sociais, médicos, enfermeiros e uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A amostra foi não probabilística e por conveniência, composta por 34 puérperas cadastradas nas unidades selecionadas, maiores de 18 anos e que consentiram em participar da pesquisa após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas da amostra as puérperas que apresentavam condições físicas ou psicológicas que impossibilitassem sua participação.

A coleta de dados foi realizada durante visitas do pesquisador às unidades de saúde, ocasião em que os instrumentos foram aplicados. A abordagem inicial ocorreu nos corredores das unidades, sendo a aplicação dos questionários conduzida em sala privativa para garantir a confidencialidade. Os instrumentos foram divididos em duas partes, com duração média de cinco minutos: a primeira consistiu em questões voltadas ao perfil obstétrico e socioeconômico das participantes, e a segunda correspondeu aos itens da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS).

As entrevistas foram realizadas durante o retorno das puérperas às unidades para consultas de enfermagem relacionadas ao puerpério, triagem neonatal e atendimento pediátrico. Embora não tenha sido aplicada uma entrevista psiquiátrica estruturada, as participantes foram previamente orientadas sobre os sintomas de depressão e ansiedade antes da aplicação da escala.

A EPDS é um instrumento de autoavaliação amplamente utilizado para rastreamento de sintomas depressivos no período pós-natal. Composta por 10 itens, a escala foi desenvolvida para identificar a probabilidade de depressão, sem, contudo, mensurar a gravidade dos sintomas (leves, moderados ou severos)⁸. Cada item da EPDS apresenta quatro opções de resposta, pontuadas de 0 a 3, resultando em uma pontuação total que varia de 0 a 30. Neste estudo, considerou-se como ponto de corte o escore ≥ 12 , valor que indica maior risco para sintomas depressivos clínicos.

A aplicação da escala foi realizada em único contato com cada participante. A análise baseou-se no total de respostas válidas por participante, respeitando os critérios estabelecidos para o rastreamento. A estrutura da EPDS permite a identificação de diferentes manifestações emocionais no puerpério: os itens 1 e 2 referem-se especificamente ao humor deprimido; os itens 3, 4 e 5 avaliam sintomas de ansiedade; e os itens 6 a 10 abrangem tanto sintomas depressivos quanto ansiosos. A EPDS é considerada uma ferramenta prática, sensível e eficaz para uso na atenção primária, especialmente em contextos de triagem e vigilância em saúde mental materna¹².

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva simples, considerando os escores obtidos na escala do tipo Likert do instrumento. A abordagem quantitativa envolveu o cálculo de frequências absolutas e relativas (percentuais), bem como medidas de tendência central, como médias, e análise de distribuições. Os dados foram tabulados e analisados utilizando o software Microsoft Excel, com o objetivo de descrever o perfil sociodemográfico, obstétrico e os escores da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) entre as participantes, permitindo traçar um panorama da realidade observada no grupo estudado.

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará (UFPA) com nº do CAAE: 80473424.3.0000.0018, e número de parecer: 6.920.286, após autorização da Secretaria de Saúde do município de Marituba, conforme a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em consonância com a Resolução CNS 510/16.

3. Resultados

Conforme apresentado na tabela 1, das 34 mulheres em período puerperal, a maioria tinha entre 24 e 29 anos (47%), possuía ensino médio incompleto (38%), era solteira (58%), tinha como ocupação principal atividades domésticas (76%) e declarava renda mensal inferior a um salário-mínimo (76%).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das puérperas nas Unidades Básicas de Saúde no município, Marituba - PA, Brasil, 2024. (N = 34)

Perfil sociodemográfico	n (%)
Idade	
18 a 23	4 (12%)
24 a 29	16 (47%)
30 a 35	10 (29%)
36 a 40	4 (12%)
Escolaridade	
Fundamental incompleto	6 (18%)
Fundamental completo	6 (18%)
Médio incompleto	13 (38%)
Médio completo	4 (12%)
Superior incompleto	1 (2%)
Superior completo	4 (12%)
Estado civil	
Solteira	20 (58%)
União estável	8 (24%)
Casada	2 (6%)
Vivem com o companheiro	4 (12%)
Ocupação profissional	
Do lar	26 (76%)
Técnica em alimentos	2 (6%)
Vendedora	2 (6%)
Estudante	4 (12%)
Renda familiar	
Menos de 1 salário	26 (76%)
1 a 2 salários	8 (24%)

Fonte: os autores (2024).

Analisando os dados obstétricos da tabela 2, quase metade das puérperas tinha apenas um filho vivo (47%), a maioria não teve abortamento (65%) e mais da metade não planejou a gestação (53%). Quanto ao pré-natal, a maioria realizou entre 4 e 9 consultas (58%). No quesito apoio no cuidado com o bebê, a maioria cuidava sozinha (64%), e apenas 2% relataram uso de medicamento para ansiedade, enquanto 97% nunca utilizaram medicação para depressão.

Tabela 2. Caracterização obstétrica das puérperas nas Unidades Básicas de Saúde no município, Marituba – PA, Brasil, 2024. (N=34)

Caracterização obstétrica	n (%)
Número de filhos vivos	
Um	16 (47%)
Dois	10 (29%)
Três	4 (12%)
Quatro	2 (6%)
Seis	2 (3%)
Número de abortamentos	
Nenhum	22 (65%)
Um	10 (29%)
Três	2 (6%)
Gestação planejada	
Sim	16 (47%)
Não	18 (53%)
Número de consultas de pré-natal	
Nenhuma	2 (6%)
Uma a três	8 (24%)
Quatro a Seis	12 (34%)
Sete a Nove	8 (24%)
Dez a Doze	4 (12%)
Quem ajuda nas atividades diárias de cuidados com o bebê	
Ninguém	22 (64%)
Esposo/companheiro/pai do bebê	6 (18%)
Mãe	2 (6%)
Irmãos	2 (6%)
Tia	2 (6%)
Uso de medicações psicotrópicas	
Sim	1 (2%)
Não	33 (98%)

Fonte: os autores (2024).

A pontuação total da EPDS entre as participantes variou de 5 a 24 pontos, com média de 3,4 (Desvio Padrão [DP]= $\pm 3,06$). Considerando o ponto de corte utilizado para indicar provável presença de sintomas depressivos clínicos (score > 12), das 34 puérperas avaliadas, 14 (42%) obtiveram escores inferiores a 12, enquanto 20 (58%) apresentaram pontuação igual ou superior, compatível com risco de depressão pós-parto.

Tabela 3. Total de escores a partir da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo das puérperas nas Unidades Básicas de Saúde no município Marituba - PA, Brasil, 2024. (N=34)

Escores da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)	n (%)
5	4 (11,8%)
6	3 (8,8%)
7	2 (5,8%)
8	1 (3,0%)
9	2 (5,9%)
10	2 (5,9%)
12	11 (32,3%)
19	6 (17,6%)
20	2 (5,9%)
24	1 (3,0%)

Fonte: os autores (2024). DP=desvio padrão.

A tabela 4 apresenta a frequência das respostas das 20 mulheres que obtiveram escore igual ou superior a 12 na EPDS, indicando sinais sugestivos de depressão pós-parto. Embora 100% relatem ter sido capazes de rir e achar graça das coisas (item 1), a maioria apresenta sintomas negativos, como culpa sem necessidade (100%, item 3), e sensação de estar esmagada pelas tarefas diárias (100%, item 6). Altos percentuais também indicam ansiedade (80% no item 4), sensação de pânico (90% no item 5) e pensamentos sobre autolesão (item 10).

Tabela 4. Relação dos escores em cada questão da EPDS das puérperas com escore ≥ 12 , nas Unidades Básicas de Saúde no município, Marituba - PA, Brasil, 2024. (N = 20)

Itens da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo	n (%)
1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.	20 (100%)
2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia a dia.	16 (80%)
3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.	20 (100%)
4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.	16 (80%)
5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.	18 (90%)
6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia.	20 (100%)
7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir.	16 (80%)
8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.	10 (50%)
9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado.	2 (10%)
10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.	12 (60%)

Fonte: os autores (2024).

4. Discussão

No presente estudo verificou-se a prevalência de puérperas com baixa escolaridade, solteiras, do lar e com renda baixa possuem tendência a sintomas depressivos puerperais. Estudo com puérperas residentes no extremo Sul do Brasil¹³ aponta a escolaridade como fator de proteção, sendo que quanto maior o número de anos completos de estudos, maior é a proteção para depressão. Além disso, fatores como ser solteira e/ou ser adolescente pre-dispõem essa mulher ao desenvolvimento de sintomas depressivos³.

Nesta pesquisa, a maioria das participantes era solteira, condição que pode dificultar o compartilhamento das tarefas domésticas e reduzir a rede de apoio familiar. Esse achado é corroborado pelo fato de que a maior parte das puérperas relatou cuidar do bebê sozinha (64%). Tal cenário evidencia uma desconfiguração em relação à expectativa socialmente construída de família, na qual se presume a divisão das responsabilidades parentais e o suporte mútuo entre os membros¹⁴. Pesquisa¹⁴ aponta que a organização financeira antes da chegada do bebê é fundamental para tranquilizar a família. Em relação à ocupação, observou-se que a maioria das mães desenvolve principalmente as atividades domésticas, sem emprego formal, indicando uma rotina repetitiva, sem renda fixa, e referindo que dependem de algum tipo de benefício de programas sociais, caracterizando recursos mínimos para a sobrevivência. A incerteza sobre o futuro financeiro pode ser um fator importante para desencadear a depressão pós-parto¹⁴.

Um estudo realizado em Goiás, em consonância com os achados desta pesquisa, evidenciou que a condição sociofamiliar e a ocupação materna influenciam significativamente a saúde mental no período puerperal. O estudo aponta ainda que fatores como as preocupações com a saúde e as necessidades do recém-nascido, o retorno às atividades laborais, o medo do desemprego após a licença-maternidade, a insegurança e a insuficiência de recursos financeiros contribuem para o aumento da angústia e da preocupação, favorecendo o surgimento de transtornos mentais nesse período¹⁵.

Em relação às variáveis obstétricas observou-se que 35% das mulheres já tinham realizado ao menos um abortamento e mais da metade não planejou a gestação (53%). No que se refere ao número de abortos, um estudo revelou que as mulheres que já passaram pela experiência de abortamentos espontâneos ou de repetição têm maior risco de desenvolver depressão pós-parto, pois o evento foi um estressor em potencial, desenvolvendo traumas e anseios que influenciam futuramente na condição de puérpera¹⁶. Em relação ao planejamento familiar, a literatura científica traz que a gestação não planejada é um dos fatores de risco que pode desencadear depressão pós-parto¹⁷.

No que se refere ao acompanhamento pré-natal, a maioria das puérperas deste estudo realizou entre quatro e nove consultas (58%). A literatura aponta que a escuta qualificada durante o pré-natal, associada a uma rede de apoio efetiva e a relações sociais saudáveis, contribui para a prevenção de diversos problemas sociais e para a melhoria do acompanhamento pós-natal¹. Nesse contexto, destaca-se a importância de disponibilizar mais informações acerca da depressão pós-parto e de oferecer às gestantes tempo adequado para dialogar sobre essa possibilidade. Tal abordagem favoreceria a detecção precoce da patologia e permitiria o início oportuno dos cuidados necessários tanto os ligados à saúde física e mental¹⁰.

No quesito apoio no uso de medicações psicotrópicas, apenas 2% das participantes relataram uso de medicamento para ansiedade. Além disso, segundo Galvão et al., as modificações metabólicas evidenciadas durante a gestação constituem fatores preponderantes para o surgimento da depressão pós-parto e outros transtornos mentais no puerpério¹⁸. Nesse sentido, o acompanhamento pós-natal e a consulta puerperal são fundamentais, pois permitem que os profissionais de saúde identifiquem precocemente sinais e sintomas relacionados a alterações de humor, comportamento e cognição. A partir dessa avaliação, é possível implementar intervenções oportunas voltadas à interação mãe-bebê e à promoção da saúde mental materna¹⁹.

A literatura científica evidencia que a utilização da Escala de Edimburgo contribui para o diagnóstico precoce

da doença no pós-parto, minimizando problemas entre mãe e bebê¹². No presente estudo foi encontrado que 20 puérperas (58%) obtiveram escores iguais ou maiores que 12, revelando o alto risco para depressão pós-parto. Esse achado reforça a necessidade de que a equipe da atenção primária de fortalecer vínculos com a gestante, realizar a escuta qualificada, detecção precoce de sintomas depressivos e incentivar a participação da gestante e família no pré-natal¹⁰.

Ainda neste sentido, outro dado importante encontrado neste estudo refere-se a uma maior frequência da amostra que tem sintomas depressivos, porém não busca auxílio e não é orientada no pré-natal para identificação precoce de sinais e sintomas de DPP. Essa ocorrência corrobora os achados de outro estudo²⁰, o qual aponta que muitas mulheres deixam de procurar atendimento médico ou psicológico em razão da falta de informação, da vergonha e/ou de preconceitos. Diante disso, ressalta-se que as barreiras culturais e sociais — como o estigma e o constrangimento — precisam ser trabalhadas durante as consultas de pré-natal e puericultura, com identificação precoce do risco de depressão pós-parto, o que possibilita o encaminhamento dessas mulheres para avaliação especializada e tratamento adequado, contribuindo para a prevenção de quadros mais graves²⁰.

A literatura científica internacional aponta que, durante as consultas pré-natais e puerperais, é fundamental que sejam avaliados fatores psicossociais e obstétricos, uma vez que ambos estão diretamente associados ao surgimento de sintomas depressivos²¹. Além disso, destaca-se a relevância da investigação sobre a qualidade das relações familiares, pois o apoio recebido nesse período pode influenciar de forma significativa a saúde mental materna e a interação mãe-bebê²². No presente estudo, observou-se que a maioria das puérperas cuidava sozinha do bebê, evidenciando uma fragilidade da rede de apoio. Esse dado, associado à ausência de orientações adequadas durante o pré-natal, sugere uma lacuna importante na atuação profissional, reforçando a necessidade de profissionais de saúde capacitados para abordar e investigar os aspectos psicossociais e familiares a fim de prevenir o agravamento dos sintomas depressivos no puerpério²¹.

A análise das respostas das mulheres que apresentaram escores ≥ 12 na EPDS revelou que os sintomas mais prevalentes foram ansiedade, sensação de pânico e pensamentos de autolesão, indicando a gravidade do quadro emocional observado. Estudos apontam que o risco de depressão puerperal está associado a conflitos familiares, frequentemente acompanhados de sentimento de culpa no período pós-parto⁹. Esse risco é potencializado em situações de maior vulnerabilidade, como histórico de abuso sexual ou ocorrência prévia de depressão. Nesse contexto, a utilização da Escala de Edimburgo (EPDS) mostra-se uma ferramenta eficaz na prática de enfermagem, uma vez que possibilita a identificação precoce desses fatores de risco e o encaminhamento oportuno das mulheres ao atendimento psicológico durante o puerpério⁹.

No presente estudo, verificou-se que todas as puérperas (100%) relataram sobrecarga de tarefas, o que evidencia um importante fator de risco para o adoecimento gradual da saúde mental. Durante o puerpério, muitas mulheres têm como principal expectativa de apoio familiar a presença ativa do companheiro, e quando essa expectativa não é atendida, elas podem apresentar sintomas de ansiedade, preocupação excessiva e até crises de pânico²³. A participação paterna na divisão das atividades domésticas e dos cuidados com o bebê é essencial, uma vez que está diretamente relacionada à redução do estresse materno e à promoção de um ambiente familiar mais equilibrado²³. Em contrapartida, a ausência dessa corresponsabilização expõe as mães à sobrecarga física e emocional, favorecendo o desenvolvimento de sintomas depressivos e aumentando a vulnerabilidade para a depressão pós-parto²².

Neste estudo, identificou-se que as puérperas apresentaram episódios de tristeza, choro frequente, sensação de fadiga pelos acontecimentos diários e dificuldade para dormir. Esses sintomas podem estar relacionados às demandas do período puerperal, como a rotina intensa de cuidados com o bebê, as tarefas domésticas, o processo de amamentação e as mudanças corporais e fisiológicas próprias dessa fase²⁴. Além disso, a ausência de apoio familiar agrava esses fatores, favorecendo o surgimento de sentimentos de tristeza, insônia e frustração²³.

Dentro da EPDS, duas puérperas afirmaram que já tiveram ideação suicida. Com este achado é possível inferir um alto risco de DPP. Mães com sintomas depressivos podem apresentar pensamentos de automutilação, por isso é necessária avaliação clínica por profissional de saúde na atenção primária com avaliação de segurança detalhada, que inclua a avaliação do histórico de abuso na infância, sintomas atuais de distúrbios do sono e ansiedade²⁵. A avaliação da segurança inclui a exploração de ideias ou tentativas de suicídio ou homicídio, hospitalizações passadas ou recentes, mudanças recentes de medicação, efeitos intoleráveis de medicamentos, uso de álcool e outras substâncias, histórico familiar de suicídio e avaliação de fatores de proteção²⁵.

Os resultados apurados são relevantes, contudo, destaca-se entre suas limitações o desenho transversal, que, embora fundamental para estimar a prevalência e identificar fatores associados à depressão pós-parto em populações específicas, não permite estabelecer relações causais nem acompanhar a evolução dos sintomas ao longo do tempo. Além disso, o uso da Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh, por se tratar de um instrumento de autoavaliação, está sujeito a vieses de resposta. Tal limitação foi potencializada pelo contexto da coleta, realizada com agendamento, porém frequentemente com a presença dos recém-nascidos, o que pode ter comprometido a precisão das respostas, influenciando a interpretação dos dados.

5. Conclusão

Os resultados deste estudo indicam que 58% das puérperas avaliadas apresentaram risco significativo para depressão pós-parto, conforme o escore igual ou superior a 12 na escala utilizada. Além disso, a maioria dessas mulheres possuía baixa escolaridade, não exercia atividade remunerada e muitas eram mães solo, sobrecarregadas emocionalmente e socialmente. Estas condições associadas à incerteza quanto ao futuro configuram fatores que potencializam o medo e a insegurança, reforçando a necessidade de políticas e intervenções específicas para apoiar a saúde mental das puérperas.

A aplicação da escala EPDS mostrou a predominância de sintomas relacionados à ansiedade, sobrecarga e sentimentos negativos, evidenciando também uma parcela significativa de mulheres com risco potencial de autolesão. Desta forma, a escala constitui-se em um instrumento válido e eficaz para utilização nas consultas de enfermagem. Entretanto, evidencia-se a necessidade de capacitar a equipe de saúde, especialmente os profissionais responsáveis pelo atendimento pré-natal, para a identificação precoce das gestantes com risco elevado de desenvolver DPP. O encaminhamento oportuno a especialistas para avaliação e intervenção adequada é essencial para o manejo clínico.

Desta forma, evidencia-se a importância da EPDS como instrumento aliado a uma escuta qualificada e atenção integral à saúde mental durante o pré-natal e puerpério para a identificação precoce de sinais depressivos. A incorporação sistemática da EPDS nas consultas pré-natais, acompanhada de esclarecimentos sobre sua relevância para gestantes e profissionais, pode favorecer o diagnóstico precoce e a implementação de intervenções terapêuticas eficazes, resultando em melhores desfechos para a saúde materna.

Estudos futuros poderiam investigar a efetividade de programas educativos voltados para a capacitação das equipes multiprofissionais e avaliar o impacto da triagem precoce na redução da incidência e da severidade da depressão pós-parto. Pesquisas longitudinalmente desenhadas também seriam úteis para acompanhar a evolução dos sintomas e a adesão ao tratamento, contribuindo para o desenvolvimento de protocolos culturalmente sensíveis.

Contribuições dos autores

Os autores declararam ter feito contribuições substanciais ao trabalho em termos da concepção ou desenho da pesquisa; da aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e da redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística etc.).

Indexadores

A Revista Enfermagem Contemporânea é indexada no [DOAJ](#) e [EBSCO](#).



Referências

1. Piccinini CA, Lopes RS, Gomes AG, Nardi T. Gestação e a constituição da maternidade. *Psicol Estud*. 2008;13(1):63-72. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000100008>
2. Barros MVV, Aguiar RS. Perfil sociodemográfico e psicossocial de mulheres com depressão pós-parto: uma revisão integrativa. *Rev Aten Saúde [Internet]*. 2019;17(59). Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/pt_BR/article/view/5817/pdf
3. Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JRA, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ, et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2017;66(3):148-55. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000192>
4. Silva BP, Matijasevich A, Malta MB, Neves PAR, Mazzaia MC, Gabrielloni MC, et al. Transtorno mental comum na gravidez e sintomas depressivos pós-natal no estudo MINA-Brasil: ocorrência e fatores associados. *Rev Saude Publica*. 2022;56:83. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004028>
5. Matos A, Moll MF, Pires NA, Vasconcelos TF, Ventura CAA. Fatores associados à depressão pós-parto: um estudo na atenção primária em bairros central e periférico. *Braz J Dev*. 2020;6(10):77690-703. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-265>
6. Moll MF, Matos A, Rodrigues TA, Martins TS, Pires FC, Pires NAS. Rastreamento a depressão pós-parto em mulheres jovens. *Rev Enferm UFPE Online [Internet]*. 2019;13:e239181. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239181/32252>

7. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Rezende obstetrícia fundamental. 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
8. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validação da Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgo (EPDS) em uma amostra de mães da Coorte de Nascimento de Pelotas, 2004. Cad Saude Publica. 2007;23(11):2577-88. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100005>
9. Aloise SR, Ferreira AA, Lima RFS. Depressão pós-parto: identificação de sinais, sintomas e fatores associados em maternidade de referência em Manaus. Enferm Foco [Internet]. 2019;10(3):41-5. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/depressao-pos-parto-identificacao-de-sinais-sintomas-e-fatores-associados-em-maternidade-de-referencia-em-manaus/>
10. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. Esc Anna Nery. 2021;25(1):e20200098. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>
11. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 5a ed. Porto Alegre: Penso; 2021.
12. Lima NC, Ravelli APX, Messias LSF, Skupien SV. Depressão pós-parto baseada na Escala de Edimburgo. Rev Conex UEPG [Internet]. 2016;12(2):268-77. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/conexao/article/download/8557/5287/32195>
13. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. Cad Saude Publica. 2017;33(9):e00094016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094016>
14. Brocchi BS, Bussab VSR, David V. Depressão pós-parto e habilidades pragmáticas: comparação entre gêneros de uma população brasileira de baixa renda. Audiol Commun Res. 2015;20(3):463-73. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-ACR-2015-1538>
15. Camargo Júnior EB, 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. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6761.4170>
16. Reardon DC, Craver C. Effects of Pregnancy Loss on Subsequent Postpartum Mental Health: A Prospective Longitudinal Cohort Study. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(4):2179. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042179>
17. Brito CNO, Alves SV, Ludermit AB, Araújo TVB. Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. Rev Saúde Pública [Internet]. 2015;49:1-9. Disponível em: https://www.scielo.org/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005257.pdf
18. Galvão DS, Rodrigues BL, Carril TV, Marques Jr NR, Siqueira TD. Perspectivas sobre a depressão pós-parto: uma revisão de literatura. Bol Inf Uni Soc- BIUS [Internet]. 2019;14(8). Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/BIUS/article/view/6880>
19. Luca BL. Os efeitos da depressão pós-parto na interação mãe-bebê [trabalho de conclusão de curso] [Internet]. Brasília (DF): Centro Universitário de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2005. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/3089/2/20109602.pdf>
20. Arrais AR, Mourão MA, Fragalle B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. Saude Soc. 2014;23(1):251-64. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>
21. Joinson C, Drake MJ, Fraser A, Tilling K, Heron J. Bidirectional relationships between depression, anxiety and urinary symptoms in women: A prospective cohort study. J. Affect. Disord. 2025;369:516-22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.10.035>
22. Al-abri K, Edge D, Armitage CJ. Prospective analysis of factors associated with perinatal depression. Midwifery. 2024;128:103871. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103871>
23. Frizzo GB, Martins LWF, Silva EXL, Piccinini CA, Diehl AMP. Maternidade adolescente: a matriz de apoio e o contexto de depressão pós-parto. Psicol. (Univ. Brasília). 2019;35:1-13. <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e3533>
24. Lazzaretti DSB, Rücker KP, Nesi SB, Sordi KARC, Benetti JE, Pedrosa AF, et al. Depressão pós-parto e seus impactos: relato de uma mãe e uma psicóloga no município de Chapecó-SC [Internet]. In: Anais de Psicologia. Chapecó (SC): UCEFF; 2022. Disponível em: <https://uceff.edu.br/anais/index.php/psico/article/download/377/377>
25. Sit D, Luther J, Buysse D, Dills JL, Eng H, Okun M, et al. Suicidal ideation in depressed postpartum women: Associations with childhood trauma, sleep disturbance and anxiety. J Psychiatr Res. 2015;66-67:95-104. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.04.021>