

SAÚDE MENTAL MATERNA: RASTREANDO OS RISCOS CAUSADORES DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

MATERNAL MENTAL HEALTH: TRACKING DOWN THE RISKS FOR POSTPARTUM DEPRESSION

SALUD MENTAL DE LA MADRE: RASTREANDO LOS RIESGOS DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

Luzilene de Carvalho Marques¹, Willian Rodrigues Viana Silva², Victor Pereira Lima³,
Jacqueline Targino Nunes⁴, Adriana Gomes Nogueira Ferreira⁵,
Maria Neyrian de Fátima Fernandes⁶

RESUMO

Objetivo: identificar os fatores de riscos que contribuem para DPP em mulheres assistidas em maternidade do interior do Maranhão. **Método:** abordagem quantitativa de caráter descritivo e exploratório. Realizou-se a coleta de dados em uma maternidade no interior do Maranhão, com uma amostra de 280 puérperas em atendimento na maternidade. O instrumento utilizado para coleta dos dados foi a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), os dados foram tratados e analisados conforme o estatística descritiva. **Resultados:** detectou-se que 80 (28,6%) delas apresentavam risco para DPP. A baixa escolaridade, a baixa renda e o desemprego são os três principais fatores encontrados entres as mães com riscos para DPP, com índice acima de 50%. **Conclusão:** esta pesquisa possibilitou a caracterização de um perfil de vulnerabilidade para DPP de uma região importante do estado. A abordagem desta temática mostra que ainda existe um longo caminho a ser percorrido para a melhoria e agilidade dos serviços de saúde no rastreamento, prevenção e tratamento da depressão puerperal. **Descritores:** depressão pós-parto; fatores de risco; saúde mental.

ABSTRACT

Objective: to identify the risk factors that contribute to PPD in women assisted at a maternity hospital in the countryside of the Maranhão state. **Method:** a descriptive and

¹Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Imperatriz - Maranhão - Brasil. E-mail: luzilenemarques@hotmail.com

²Acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Imperatriz - Maranhão - Brasil. E-mail: willian-viana@hotmail.com

³Acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Imperatriz - Maranhão - Brasil. E-mail: pereiravictorufma@gmail.com.

⁴Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Excelência Educacional do Rio Grande do Norte (Estácio/Natal). Natal - Rio Grande do Norte - Brasil. E-mail: jacquelineenfermagem@hotmail.com.

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Imperatriz - Maranhão - Brasil. E-mail: adrianagn2@hotmail.com.

⁶Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP). Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Imperatriz - Maranhão - Brasil. E-mail: neyrianfernandes@gmail.com. **Autor principal** - Endereço para correspondência: Rua Urbano Santos, s/n, Centro, Imperatriz - MA. CEP 65900-410.

exploratory study with a quantitative approach. The data collection was carried out in a maternity hospital in the state of Maranhão, with a sample of 280 mothers in maternity care. The instrument used for data collection was the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), the data were processed and analyzed according to the statistical. Results: it was found that 80 (28,6%) of them were at risk for PPD. Low education, low income and unemployment are the three main factors found among mothers with risk for PPD, with index above of 50%. Conclusion: this study allowed the characterization of a vulnerability profile for PPD in an important region of the state. The approach of this issue shows that there is still a long way to go to improve and speed of health services to screening, prevention and treatment of postpartum depression.

Descriptors: Postpartum Depression; Risk Factors; Mental Health.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores de riesgo que contribuyen a la PPD en mujeres atendidas en un hospital de maternidad en el estado de Maranhão. **Método:** estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cuantitativo. La recolección de datos fue en una maternidad en el estado de Maranhão, con una muestra de 280 madres hospitalizadas en la maternidad. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS), los datos fueron procesados y analizados de acuerdo con el método estadístico. **Resultados:** se encontró que 80 (28,6%) de ellos eran en riesgo de PPD. El bajo nivel de educación, los bajos ingresos económicos y el desempleo son los tres factores principales encontrados entres las madres con riesgo de PPD, con índice superior a 50%. **Conclusión:** este estudio permitió la caracterización de un perfil de vulnerabilidad para la DPP en una región importante del estado. El enfoque de esta cuestión pone de manifiesto que todavía queda un largo camino por recorrer para mejorar y agilizar los servicios de salud para la detección, prevención y tratamiento de la depresión posparto.

Descriptores: Depresión Posparto; Fatores de Riesgo; Salud Mental.

INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal pode ser considerado um período de risco para a saúde mental da mulher, pois é um evento marcante que causa mudanças sociais, hormonais e físicas. Esse tipo de experiência pode afetar o equilíbrio mental de qualquer mulher, independente do seu estado de saúde. Estima-se que os distúrbios mentais acometem 10% das gestantes no mundo inteiro, afetando, também, 13% das puérperas. É importante salientar que, no mundo, distúrbios mentais como depressão e ansiedade são comuns na gestação e após o parto^{1,2}.

Esses distúrbios mentais quando não tratados nas gestantes podem afetar negativamente o crescimento e o desenvolvimento da criança, a qualidade dos cuidados destinados a ela e causar problemas comportamentais ao longo da vida^{3,4}. Por isso, também considera-se importante direcionar os cuidados durante a atenção pré-natal

para os impactos psíquicos enfrentados pela mulher durante esta fase, principalmente para a depressão.

A depressão materna causa prejuízos econômicos e humanos para a sociedade, além de contribuir para as desvantagens intergeracional que se acumulam ao longo do tempo de vida da criança⁴. A depressão perinatal pode ser definida tipicamente como um episódio depressivo não psicótico que varia de leve a grave, podendo ocorrer durante a gestação ou até 12 meses após o parto¹. É a segunda causa de adoecimento de mulheres no mundo e pode levar ao suicídio, que é um dos principais fatores de mortalidade entre mulheres em idade fértil⁴. Seus principais sintomas clínicos incluem humor depressivo, medo, ansiedade, desânimo e até pensamentos autodestrutivos ou desejos de causar danos à criança⁵.

A depressão perinatal é multifatorial, ocorrendo a partir da interação de fatores biológicos, sociais e psicológicos. Sabe-se que mulheres de países em desenvolvimento são mais vulneráveis ao adoecimento ocorrendo entre 18% a 25% das gestantes⁶. Em cidades pequenas de países em desenvolvimento, encontrou-se que 39% das gestantes em pré-natal foram rastreadas pela Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) como estado de humor depressivo³.

Acredita-se que os fatores de risco tendem a variar conforme o contexto cultural, incluindo muitos que estão fora do controle da mulher. Os riscos também são acentuados quando existe preconceito relacionado aos bebês do sexo feminino, restrições das tarefas domésticas e cuidados com a criança, abuso físico e emocional relacionados ao gênero, qualidade da relação com o companheiro, relacionamentos familiares isentos de julgamentos e níveis educacionais⁶. A baixa autoestima, a gravidez não planejada, a história anterior de depressão, vivência de situações estressoras durante o período gravídico-puerperal podem influenciar diretamente na depressão pós-parto (DPP)⁵.

Assim, seria ideal que os serviços de saúde implementassem exames de rotina e tratamento dos distúrbios mentais maternos. Todavia, a assistência a grávida ainda é centrada no modelo biomédico. O pré-natal é predominantemente focado no exame físico, enquanto que durante o período pós-parto, o foco de cuidados de saúde é comumente na criança, voltada para a imunização, monitorização do crescimento, e testes do pezinho³. Essas características deixam lacunas na assistência integral à saúde materna.

Para atender com integralidade a mulher em todas as fases da vida, principalmente durante o ciclo gravídico-puerperal, acredita-se que é preciso realizar uma intervenção positiva no modelo de assistência vigente no Brasil, com o intuito de proporcionar um atendimento justo, humanizado, eficaz e eficiente. A assistência precisa ser integral e reconhecer os direitos humanos femininos, para isso, é primordial compreender quais as necessidades das mulheres que necessitam de atendimento de saúde mental, contextualizando-a a determinadas questões de gênero, fatores socioeconômicos e culturais⁷.

Considerando que ainda existe a necessidade de realizar estudos locais sobre prevalência de DPP em países em desenvolvimento com instrumentos de avaliação padronizados^{5,6}, torna-se necessário investigar a existência de fatores de riscos que contribuam para o desenvolvimento de DPP. Por isso, optou-se por realizar uma investigação desta natureza em um hospital regional do interior do estado do Maranhão (MA).

Portanto, é importante realizar adequadamente as consultas de enfermagem no pré-natal de baixo risco, direcionando para prevenção e identificação dos fatores de risco da DPP e seu tratamento. Dessa forma, o presente estudo objetivou identificar os fatores de riscos que contribuem para DPP em mulheres assistidas em uma maternidade do interior do Maranhão.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, de caráter descritivo e exploratório. Os dados foram coletados com puérperas em uma maternidade do interior do Maranhão (MA). Os serviços desenvolvidos nesta maternidade vão desde o pré-natal de alto risco ao nascimento da criança, com assistência específica a ambos, desde a admissão até a alta hospitalar. A maternidade atende a região sul do estado do MA. A coleta dos dados foi realizada em agosto de 2015.

De acordo com os dados da instituição, realiza-se uma média de 500 partos por mês. Portanto, tendo em vista um erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, considerou-se a pesquisa satisfatória com 280 puérperas, por ser um valor significativo diante da população mensal estimada. Deste modo, esse valor evidencia uma amostra relevante para a coleta dos dados necessários para representar a população, pois, a

amostra deve ser capaz de validar os dados obtidos, fazendo com que a coleta e análise dos dados proporcionem informações relevantes sobre a população geral⁸.

A amostra foi aleatória simples por conveniência baseada na média mensal de atendimentos realizados no ano anterior, devido o campo possuir uma elevada demanda e rotatividade de puérperas. O critério de inclusão na pesquisa foi puérperas internadas na maternidade. Foram excluídas as que possuíam deficiência auditiva ou da fala, deficiência mental ou demência que pudesse interferir na aplicação do instrumento de coleta. A pesquisa respeitou os procedimentos técnicos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi aprovado pelo parecer de número 1.140.638.

Para a coleta de dados utilizou-se a EPDS, na qual as participantes responderam sem interferência do entrevistador para expressarem de fato o que sentiam. O instrumento foi utilizado na sua forma original com acréscimo de uma pergunta relacionada à incidência e adaptação nas perguntas que caracterizavam os sujeitos da pesquisa para possibilitar uma melhor compreensão pela população local. A EPDS é um instrumento autoaplicável, composto por 10 itens, cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença ou intensidade do sintoma da depressão puerperal. Seus itens cobrem sintomas de humor deprimidos, distúrbio do sono, perda do prazer, ideias de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa que são frequentes no puerpério. A somatória dos pontos perfaz escore de 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 12⁹.

A EPDS é um instrumento traduzido e validado para a população Brasileira¹⁰ que tem utilidade considerável no rastreamento de riscos para DPP, é de fácil utilização por profissionais de saúde e simples de ser respondido. Foi idealizado para ser útil na rotina de trabalho dos profissionais da saúde para identificar a DPP em mulheres consideradas vulneráveis, todavia, não substitui a necessidade de avaliação clínica¹¹.

Os dados foram analisados conforme a estatística descritiva. A análise dos dados constitui-se através dos resultados obtidos pelas respostas dos participantes à EPDS, considerando-se a alternativa respondida que segundo a ordem e questão valia de zero a três. Portanto, se as respostas de todas as perguntas tiverem como somatória um valor a partir de 12, conclui-se que a participante possui risco para DPP⁹. Posteriormente, foram observadas, analisadas e tabuladas as respostas segundo a regra, sendo deste modo montada as tabelas para quantificação e visualização dos resultados encontrados que

foram analisados e confrontados com outros estudos científicos que abordaram essa mesma temática.

RESULTADOS

Considerando a diversidade de fatores causadores da DPP, avaliou-se neste estudo as dificuldades econômicas (renda), desemprego, situação conjugal, históricos anteriores de depressão, gravidez sem planejamento, gravidez em menores de 16 e maiores de 30 anos, intervalos curtos entre as gestações, quantidade de filhos, partos prematuros, permanência além do esperado no hospital e local de moradia diferente da cidade onde se encontra a maternidade.

Os riscos apresentados no estudo estão relacionados aos valores somados segundo as respostas da EPDS. Assim, esses dados foram os principais observados para avaliar a existência de riscos para a DPP, comparando com os resultados obtidos no instrumento e as respostas da caracterização do sujeito da pesquisa. Os dados obtidos foram organizados e demonstrados em tabelas para melhor compreensão.

A partir da caracterização da amostra apresentados na tabela, 1 pode-se ter a caracterização das entrevistadas, das quais 80% estão em um relacionamento conjugal; aproximadamente 72% são mulheres jovens, entre os 17 e 30 anos, e a maioria, 49,3%, cursa ou concluiu o Ensino Médio; 57,1% das puérperas vivem com até um salário mínimo, das quais 76,4% estão sem ocupação formal, pois são donas de casa.

Tabela 1- Perfil socioeconômico das Puérperas atendidas em maternidade. Maranhão, Brasil. 2015.

VARIÁVEL	N	%
Faixa etária		
≤16 anos	30	10,7
17 a 30 anos	201	71,8
>30 anos	49	17,5
TOTAL	280	100
Renda Mensal Familiar		
≤um Salário	160	57,1
>um Salário	120	42,9
TOTAL	280	100
Escolaridade		
Ensino médio	138	49,3
Ensino Fundamental	123	43,9
Ensino Superior	19	6,8
TOTAL	280	100
Situação Conjugal		
União estável	145	51,8
Casada	79	28,2

Solteira	56	20
TOTAL	280	100
Ocupação		
Do lar	214	76,4
Trabalha fora de casa	66	23,6
TOTAL	280	100

Das 280 participantes pesquisadas, 80 delas (28,6%) apresentaram riscos para DPP segundo a EPDS, dentre essas ocorreu uma prevalência de 15 (18,7%) das participantes que apresentavam riscos atualmente, sendo esta a ocorrência de casos repetidos com as puérperas anteriormente acometidas por depressão e uma vulnerabilidade de 65 (81,3%), que representa o surgimento de riscos entre as casos em puérperas que não apresentaram riscos anteriormente.

Das 80 que apresentavam riscos segundo a escala, 61 (76,3%) tinham riscos e fatores predisponentes e 19 (23,7%) apresentavam riscos, mas não tinham fatores predisponentes. Duzentas (71,4%) não apresentavam riscos, detectou-se que 25 (12,5%) já tiveram riscos anteriores mas não apresentam atualmente e 175 (87,5%) não apresentam e nunca tiveram histórico anterior de riscos.

A tabela 2 apresenta a relação de puérperas com riscos para DPP relacionadas aos fatores sociodemográficos apresentados por elas. Das 80 puérperas com riscos, a maioria, 66,2%, tinha faixa etária de 17 a 30 anos; 50% viviam em união estável; 52,5% tinham até o ensino médio; 57,5% viviam com até um salário mínimo e 86,2% eram do lar.

Tabela 2 - Características sociodemográficas das participantes com risco de DPP de acordo com a Escala de Edimburgo. Maranhão, Brasil. 2015.

Variável	Puérperas com riscos para depressão pós-parto - N (80)	%
Faixa etária		
≤ 16	9	11,3
17 a 30	53	66,2
> 30	18	22,5
TOTAL	80	100
Situação conjugal		
União estável	40	50
Solteira	25	31,3
Casada	15	18,7
TOTAL	80	100
Escolaridade		
Ensino fundamental	42	52,5
Ensino médio	32	40
Ensino superior	6	7,5
TOTAL	80	100
Renda mensal familiar		

≤um salário	46	57,5
> um salário	34	42,5
TOTAL	80	100
Estado ocupacional		
Do lar	69	86,2
Trabalha fora de casa	11	13,8
TOTAL	80	100

Na tabela 3, observa-se entre as participantes que 155 (55,4%) não planejaram a gravidez, dessas 45 (29%) apresentaram risco. Das entrevistadas, 130 (46,4%) são primíparas, das quais 33 (25,4%) tinham riscos.

Das 150 (53,6%) múltiparas, 47 (31,3%) apresentam riscos. Um total de 54 (36%) múltiparas tiveram intervalo entre as gestações de até dois anos, dessas 19 (35,2%) apresentaram risco. O restante que representou 96 (64%) tiveram filhos com diferença gestacional de mais de dois anos, constituindo um total de 28 (29,2%) com riscos para DPP. Do total geral pesquisado (280 puérperas), 164 (58,6%) residiam fora do município pesquisado. Dessas 46 (28%), apresentavam riscos para DPP.

Tabela 3 - perfil obstétrico das puérperas considerando planejamento da gravidez, quantidade de filhos, e intervalo entre as gestações. Maranhão, Brasil. 2015.

Variável	N	%
Gravidez Planejada		
Não	155	55,4
Sim	125	44,6
TOTAL	280	100
Quantidade de Filhos		
Múltiparas	150	53,6
Primíparas	130	46,4
TOTAL	280	100
Local de moradia		
Município ≠ maternidade	164	58,6
Município da maternidade	116	41,4
TOTAL	280	100
Intervalo entre as gestações		
>2 anos	96	64
≤2 anos	54	36
TOTAL	150	100

As variáveis apresentadas na tabela 4 mostram a situação obstétrica das participantes: 59,3% das entrevistadas referiram ter passado pelo parto vaginal, a maioria, 82,9%, teve filhos com Idade Gestacional (IG) a termo e 82,5% estavam com a permanência esperada no ambiente hospitalar, que dependendo do parto, pode variar de 1, quando parto vaginal (normal), a 3 dias, quando parto Cesário. Só ultrapassa esses dias quando ocorre algo de anormal com a mãe ou bebê.

Tabela 4 - Situação obstétrica atual das participantes, considerando o tipo de parto, idade gestacional e período de internação. Maranhão, Brasil. 2015.

VARIÁVEL	N	%
Tipo de Parto		
Vaginal	166	59,3
Cesário	114	40,7
TOTAL	280	100
Idade Gestacional (IG) em que ocorreu o parto		
A termo	232	82,9
Pré-termo	48	17,1
TOTAL	280	100
Período de internação		
≤ 3 dias	231	82,5
>3 dias	49	17,5
TOTAL	280	100

Dentre as 48 (17,1%) que tiveram partos prematuros (pré-termo), 19 (39,6%) apresentavam riscos para DPP. Das 49 (17,5%), que estavam com dias a mais que o esperado no hospital, 22 (44,9%) apresentam riscos.

DISCUSSÃO

Das 280 puérperas pesquisadas, detectou-se que 80 delas apresentavam risco para DPP, o que correspondeu a 28,6% das participantes, semelhante ao estudo¹² que pesquisou 261 mães, utilizando o mesmo instrumento de coleta de dados, 28% das gestantes com escores indicativos de depressão pós-parto. Considerando que a depressão materna pode ocorrer entre 18% a 25% das gestantes de países em desenvolvimento⁶, no Brasil as variações ocorrem de acordo com as regiões e a amostra de puérperas estudadas, podendo ir de 7,3% (Recife) a 43% (Rio de Janeiro)¹³.

De acordo com os dados obtidos na pesquisa, 12,5% das puérperas que não apresentam riscos já apresentaram riscos antes e não apresentam na gestação atual, sendo, portanto detectado uma prevalência de 18,7% entre as mães com riscos para DPP, o que está de acordo com as estimativas de estudos nacionais que mostram variações de 12% a 37,1%¹⁴.

Ao abordar os principais fatores de riscos que as puérperas do estudo estão expostas, pode-se observar que a baixa escolaridade, a baixa renda e o desemprego são os três principais fatores encontrados entre as mães com riscos para DPP, pois apresentou índice acima de 50%. Evidenciando, assim, que a depressão durante a gravidez é associada aos indicadores socioeconômicos, sobretudo ao desemprego e a

baixa escolaridade, pelo fato de causar insegurança e medo devido à falta de conhecimento e condições financeiras insuficientes para manter as necessidades da família e do filho^{1,6}.

A condição socioeconômica baixa apresenta um percentual de 57,5% entre as mães com riscos para DPP. Estudos^{1,6,15} demonstram que a prevalência de depressão é maior entre mulheres das classes socioeconômica baixa, as precárias condições socioeconômicas, a má qualidade nos cuidados maternos e obstétricos por escassez de recursos sociais são fatores de riscos para o aparecimento de doenças psicológicas.

Os 86,2% das mães com riscos para DPP não possuem emprego, ou seja, são do lar, demonstrando que elas dependem de outras pessoas para sobreviver, podendo ser dependente do companheiro, familiares ou programas sociais que muitas vezes não chegam a oferecer uma boa qualidade de vida, trazendo preocupações quanto ao cuidado, alimentação e saúde dos filhos.

O desemprego do companheiro ou da gestante antes e após o parto pode ser o principal fator para o desenvolvimento da DPP, pois 30% das puérperas com riscos em estudo realizado¹⁶ não trabalhavam e dependiam financeiramente de outras pessoas. Assim, o desemprego gera insegurança, baixa autoestima e traz sentimentos de humilhação, diminuição de suporte social, leva à carência dos bens essenciais para a mãe, filho e, conseqüentemente, a toda família, sendo um fator desencadeante para doenças psicológicas¹⁷.

Considerando o total de mulheres com riscos, este estudo identificou 52,5% das puérperas com baixa escolaridade. Confirmando que os baixos níveis educacionais podem ser importante fatores de vulnerabilidade para a depressão materna, chegando a aumentar em duas vezes as chances de desenvolvê-la¹⁸.

A sensibilidade materna está associada à escolaridade, as mães com menor escolaridade são menos sensíveis, apresentam tendências de se sentirem menos queridas e são mais desconfiadas, levando ao desenvolvimento de fatores tanto sócio cognitivo, que é proporcionado pela educação, como o efetivo e a personalidade, que o torna mais suscetível a DPP¹².

Com relação à situação conjugal, 20% das puérperas eram solteiras, representando 31,25% entre as mães com riscos, semelhante a estudo que apresenta um total de 19,6 % de puérperas solteiras¹⁹, em outra pesquisa,¹⁵ 28,2% das puérperas entrevistadas não viviam com companheiro. Assim, o estabelecimento de uma relação

estável e efetiva com os pais e companheiros oferecem uma segurança e conforto tanto para a mãe, como para o bebê, as relações efetivas são essenciais para que ocorra um desenvolvimento psicológico e intelectual normal com regulação emocional¹⁷.

Dentre as pesquisadas, 58,6% residiam fora do município sede da maternidade, ou seja, moravam em outros municípios distantes, dificultando, dessa forma, a visita às puérperas e bebês, sendo destas 28% com riscos para DPP. As puérperas que estavam há mais de três dias no hospital representavam um percentual de 17,5%. Essa permanência prolongada diminui a assistência familiar devido os compromisso e serviços dos familiares. O suporte familiar também foi considerando importante em outra pesquisa¹⁵ na qual percebeu-se que 3,2% das pesquisadas não receberam suporte dos familiares, e 4,6% não receberam suporte de amigos. Dessa forma, ficar longe de casa e dos familiares também pode ser considerado um fator de vulnerabilidade, pois diminui o apoio psicológico e pode levar a insegurança causada pelo novo ambiente.

Ter filhos com IG prematura pode trazer tristezas e insegurança às mães. Assim, 17,1% das pesquisadas tiveram filhos antes da data prevista, das quais 39,6% apresentaram riscos para DPP. Existe uma considerável interrelação entre bebês prematuros e DPP, isso pode ser explicado pelo estresse da interação da mãe com o filho prematuro²⁰.

As mães que não planejaram a gestação neste estudo representaram 29% com fator de risco. Mulheres que não planejaram ou não desejaram a gravidez têm duas vezes mais chances de desenvolver a DPP quando comparada com as que desejam²¹. Também, a gravidez não planejada está diretamente relacionada às questões socioeconômicas e culturais, resultando em uma dificuldade no acesso aos serviços de saúde e a falta de organização destes ou a outros fenômenos sociais, podendo estar relacionado à insegurança e abusos sexuais, trazendo uma perturbação para a saúde mental da mulher²¹.

Das 46,4% primíparas, 25,4% apresentaram riscos para DPP, resultado semelhante ao de outro estudo brasileiro²² no qual a metade das mães que estavam com quadros depressivos eram primíparas. Provavelmente, isso ocorra por causa da mudança de papel social da mulher para a mãe, uma difícil transição que pode ocasionar o surgimento de um quadro depressivo.

Os resultados mostraram que 53,6% das puérperas que tinham de dois a mais filhos, 31,3% apresentaram risco. É importante chamar a atenção para o fator paridade,

pois seu papel é importante nas DPPs. As primíparas podem ser mais vulneráveis por causa das incertezas da primeira experiência, todavia, encontrou-se que ter cinco ou mais filhos foi responsável pela persistência da depressão após o período puerperal²³.

Embora o índice de gestações subsequentes no presente estudo seja baixo, foi possível verificar que 36% das múltiparas tiveram filhos com diferença de até dois anos, destas, 35,2% com risco. Ter outras crianças que necessitem de cuidados em casa pode ser mais um fator de estresse para a puérpera, principalmente se esses cuidados são atribuídos exclusivamente à mulher²⁴.

Dentre as adolescentes pesquisadas, 30% tinham riscos para DPP, dessas, quatro já tiveram riscos anteriores, representando uma prevalência de 44,4%. O predomínio da depressão é frequente nos extremos da idade, adolescentes ou mulheres em idade fértil tardia. Entre as adolescentes pode-se relacionar à falta de maturidade afetiva e de relacionamentos²⁴. A maternidade em idade avançada ≥ 35 pode causar estresse e preocupações em decorrência do aumento das possíveis complicações da gestação, das maiores necessidades de intervenções obstétricas e morbidades mais severas quando comparadas com mulheres mais jovens²⁵.

Do total das puérperas que apresentavam riscos, 76,3% tinham riscos e fatores, sendo que 23,7% apresentavam riscos e não tinham fatores predisponentes, corroborando com a questão de que qualquer mulher, independente dos fatores de risco, está suscetível ao desenvolvimento da depressão durante esse período. Isso ocorre em decorrência da natureza multifatorial da DPP e das transformações próprias do período puerperal^{1,6}.

A relevância da DPP como uma questão de saúde pública deve alertar para a necessidade de estabelecer e implementar estratégias de prevenção e tratamento. A partir dos resultados, percebeu-se a importância de extrapolar os limites do modelo hospitalocêntrico e biomédico para atender a mulher de forma integral. Pois, deve-se atender as gestantes e puérperas de forma efetiva para identificar e prevenir a depressão e, assim, diminuir a prevalência de uma doença que é causadora de danos à mulher, ao filho e a família em geral, podendo comprometer o desenvolvimento da criança.

CONCLUSÃO

A EPDS foi eficaz na identificação dos fatores de riscos que contribuem para a DPP em puérperas, os quais foram fatores biopsicossociais, tais como: baixa renda (situação econômica), ocupação do lar (desempregada), baixa escolaridade; apresentando também, com escores menores mas que apresentam riscos à DPP, a idade, a situação conjugal, quantidade de filhos, pessoas que não residem na mesma cidade da maternidade pode ter uma chance maior de desenvolver DPP, uma vez que diminui o apoio familiar, inclusive pessoas que não possuem fatores, podem ter riscos. Pois, por saber que a natureza do processo de tornar-se mãe, a gestante/puérpera é mais suscetível ao aparecimento de transtornos mentais.

Esta pesquisa possibilitou a caracterização de um perfil de vulnerabilidade para DPP de uma região importante do estado do MA. A abordagem desta temática mostra que ainda existe um longo caminho a ser percorrido para a melhoria e agilidade dos serviços de saúde no rastreamento, prevenção e tratamento da depressão puérperal.

Existem limitações para este estudo. As mulheres foram recrutadas em enfermarias de um hospital público de forma voluntária. As que optaram por participar podem diferir das que escolheram não participar. Introduzindo, assim, um viés de auto-seleção. Diante disso, para pesquisas futuras, recomenda-se ampliar o tempo de coleta da pesquisa com vistas à composição de um panorama mais ampliado e mais próximo da realidade das puérperas da região.

REFERÊNCIAS

1. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3(10):973-82.
2. World Health Organization (WHO). Maternal mental health [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 5]. Available from: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
3. Honikman S, Van Heyningen T, Field S, Baron E, Tomlinson M. Stepped care for maternal mental health: a case study of the perinatal mental health project in South Africa. *PLoS Med*. 2012; 9(5):e1001222.

4. Rahman A, Surkan PJ, Cayetano CE, Rwagatare P, Dickson KE. Grand Challenges: Integrating Maternal Mental Health into Maternal and Child Health Programmes. *PLoS Med.* 2013; 10(5): e1001442.
5. Castro F, Place JM, Billings DL, Rivera L, Frongillo EA. Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: the role of sociodemographic and psychosocial factors. *Arch Womens Ment Health.* 2015; 18(3):463-71.
6. Fisher J, Mello MC, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, Holmes W. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization.* 2012; 90(2):139-49.
7. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
8. Mattar FN. Pesquisa de marketing. Rio de Janeiro: Elsevier-Campus; 2014.
9. Ruschi GE, Sun SY, Mattar R, Chambô Filho A, Zandonade E, Lima VJ. Postpartum depression epidemiology in a Brazilian sample. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul.* 2007; 29(3):274-80.
10. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJ, Botelho IP, Lapolli C, Magalhães PV, Barbosa AP, Barros FC. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(11):2577-88.
11. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987; 150(6):782-6.
12. Fonseca VR, Silva GA, Otta E. The relationship between postpartum depression and maternal emotional availability. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(4):738-46.
13. Campos BC, Rodrigues OM. Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida. *Psico.* 2015; 46(4):483-92.
14. Lucci TK, Otta E, David VF, Chelini MO. Depressão materna e concentração de cortisol de recém-nascidos em uma amostra brasileira. *Psico.* 2016; 47(2):140-7.
15. Konradt CE, Silva RA, Jansen K, Vianna DM, Quevedo LD, Souza LD, Oses JP, Pinheiro RT. Postpartum depression and perceived social support during pregnancy. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul.* 2011; 33(2):76-9.

16. Menta OV, Souza MD. Depressão pós-parto: sinais e sintomas em puérperas de risco no primeiro ano de vida do bebê. *Arq ciênc saúde*. 2010; 17(2):67-72.
17. Silva FC, Araújo TM, Araújo MF, Carvalho CM, Caetano JÁ. Postpartum depression in puerperal women: knowing the interactions among mother, son and family. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(3):411-6.
18. Melo EF, Cecatti JG, Pacagnella RC, Leite DF, Vulcani DE, Makuch MY. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *J Affect Disord*. 2012; 136(3):1204-8.
19. Malloy-Diniz LF, Schlottfeldt CG, Figueira P, Neves FS, Corrêa H. Escala de depressão pós-parto de Edimburg: análise fatorial e desenvolvimento de uma versão de seis itens. *Rev bras psiquiatr*. 2010; 32(3):316-8.
20. Gulamani SS, Premji SS, Kanji Z, Azam SI. A review of postpartum depression, preterm birth, and culture. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2013; 27(1):52-9.
21. Dibaba Y, Fantahun M, Hindin MJ. The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC pregnancy childbirth*. 2013;13(1):1.
22. Prietsch SO, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Unplanned pregnancy in Southern Brazil: prevalence and associated factors. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(10):1906-16.
23. Mehta S, Mehta N. An overview of risk factors associated to post-partum depression in Asia. *Mental Illness*. 2014; 6(1).
24. Sulyman D, Ayanda KA, Dattijo LM, Aminu BM. Postnatal depression and its associated factors among Northeastern Nigerian women. *Ann Trop Med Public Health* 2016; 9:184-90.
25. Muraca GM, Joseph KS. The association between maternal age and depression. *J Obstet Gynaecol Can*. 2014; 36(9):803-10.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Como citar este artigo: Marques LC, Silva WRV, Lima VP, Nunes JT, Ferreira AGN, Fernandes MNF. Saúde mental materna: rastreando os riscos causadores da depressão pós-parto. *Journal Health NPEPS*. 2016; 1(2):145-159.

Submissão: 25/09/2016

Aceito: 10/11/2016

Publicado: 09/12/2016