



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS

MATHEUS NASCIMENTO SELVA

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SUPORTE SOCIAL EM
PUÉRPERAS DE UM HOSPITAL REFERÊNCIA NO
RECIFE: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

Recife, outubro de 2023

MATHEUS NASCIMENTO SELVA

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SUPORTE SOCIAL EM PUÉRPERAS
DE UM HOSPITAL REFERÊNCIA NO RECIFE: UM ESTUDO
TRANSVERSAL**

Projeto de pesquisa apresentado ao XIV
Congresso Estudantil da Faculdade
Pernambucana de Saúde (FPS) como
parte do Trabalho de Conclusão de
Curso (TCC) do Curso de Medicina.

Orientador: Alberto Gorayeb de Carvalho Ferreira

Recife, outubro de 2023

Participantes da pesquisa:

Matheus Nascimento Selva

Acadêmico do décimo segundo período do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Telefone: (81) 99568-4486. E-mail: matheus.selva95@gmail.com

Camila Pereira Torres Santos

Acadêmica do décimo segundo período do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Telefone: (81) 99543-7675. E-mail: camilapts99@gmail.com

Maria Juliana Lopes de Lucêna

Acadêmica do décimo segundo período do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Telefone: (81) 99560-0225. E-mail: mariajulianalopeslucena6@gmail.com

Stefanny Vasconcellos Veras

Acadêmica do décimo segundo período do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Telefone: (81) 99755-7998. E-mail: stefannyveras@gmail.com

Orientador do projeto:

Alberto Gorayeb de Carvalho Ferreira

Médico Psiquiatra. Tutor do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Telefone: (81) 99514-0645. E-mail: gorayeb.alberto@gmail.com

Instituição onde será desenvolvida a pesquisa:

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Endereço: Rua dos Coelhos | 300 Boa Vista - Recife – PE | CEP: 50070-902 | Contato: (81) 2122-4100.

RESUMO

Objetivo: correlacionar o desenvolvimento de sintomas de depressão pós-parto (DPP) com o nível e tipo de suporte social recebido pela mulher durante a gestação. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, de caráter quantitativo, em que foram entrevistadas 101 puérperas que receberam assistência ao parto entre dezembro de 2021 e janeiro de 2023 no Centro de Assistência à Mulher (CAM) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Pernambuco, Brasil. Foram aplicados instrumentos para avaliar a presença de sintomas depressivos após o parto (Escala de depressão pós-parto de Edimburgo - EPDS), o nível de suporte social recebido durante a gestação (Escala de Satisfação com o Suporte Social - ESSS), dados sociodemográficos e econômicos e dados obstétrico referentes às puérperas entrevistadas. **Resultados:** identificou-se a prevalência de sintomas de DPP em 23,8% das puérperas, além de médio e baixo suporte social durante a gestação em 37,6% das entrevistadas. Houve associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($p = 0,004$). **Conclusão:** evidenciou-se a relação entre o desenvolvimento de sintomas de DPP com a presença de baixo ou médio suporte social recebidos pela puérpera durante a gestação. Além disso, gestação não planejada e problemas de saúde anteriores à gestação também se correlacionam com a ocorrência de DPP.

Palavras-chave: depressão pós-parto; puerpério; suporte social; gestação

ABSTRACT:

Objective: to correlate the development of postpartum depression (PPD) symptoms with the level and type of social support received by the woman during pregnancy. **Method:** This is a cross-sectional, quantitative study, in which 101 postpartum women who received birth assistance between December 2021 and January 2023 were interviewed at the Women's Assistance Center (CAM) of the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Pernambuco, Brazil. Instruments were applied to assess the presence of depressive symptoms after childbirth (Edinburgh Postpartum Depression Scale - EPDS), the level of social support received during pregnancy (Satisfaction with Social Support Scale - SSSS), sociodemographic and economic and obstetric data referring to the postpartum women interviewed. **Results:** the prevalence of PPD symptoms was identified in 23.8% of postpartum women, in addition to medium and low social support during pregnancy in 37.6% of interviewees. There was a statistically significant association between the two variables ($p = 0.004$). **Conclusion:** the relationship between the development of PPD symptoms and the presence of low or medium social support received by the postpartum woman during pregnancy was evident. Furthermore, unplanned pregnancy and health problems prior to pregnancy are also correlated with the occurrence of PPD.

Keywords: postpartum depression; puerperium; social support; gestation

INTRODUÇÃO

A maternidade determina que mulheres precisam adquirir novos conhecimentos e habilidades parentais, além de adaptarem-se a novas relações familiares e importantes mudanças físicas e psicológicas, estando, então, mais vulneráveis ao sofrimento e ao adoecimento mental¹. A depressão pós-parto (DPP), por exemplo, está entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes no puerpério e ocorre geralmente dentro de 4 a 6 semanas após o parto, podendo durar meses^{2,3}. As mulheres com DPP podem sofrer de alguns sintomas como distúrbios do sono, perda de apetite, baixa energia, sentimentos de inutilidade ou culpa e pensamentos suicidas⁴.

A prevalência da DPP ao redor do mundo está entre 5% e 60,8%⁵. Essa variação se justifica pelo fato de os resultados poderem ser influenciados por diferentes culturas, costumes, níveis de assistência de saúde e estratégias de prevenção existentes, além das diferenças entre critérios diagnósticos para a condição. No Ocidente, essa taxa de prevalência está estimada entre 10% e 20%⁶. No Brasil, os estudos mais recentes apontam uma variação nacional de 7,2% a 39,4%⁷.

Dentre os fatores de risco identificados em estudos anteriores como preditores para DPP estão a baixa condição socioeconômica, baixa escolaridade, estado civil solteira e fragilidade de suporte social⁸. O suporte social corresponde ao apoio emocional ou prático dado pela família, amigos e/ou comunidade através de afeto, companhia, assistência e informação, fazendo com que a pessoa se sinta amada, cuidada, valorizada e segura⁹. Na ambiência do puerpério e da maternidade, essa assistência afetiva em confluência com procedimentos terapêuticos, médicos ou psicológicos, auxilia a adaptação da mulher ao seu novo papel social¹⁰.

Mesmo com o crescente número de estudos sobre DPP, ainda há uma escassez de dados sistêmicos que explorem a sua prevalência de acordo com a localidade analisada,

bem como os fatores de risco associados, já que as evidências sobre os fatores de risco, por vezes, são inconclusivas e multivariadas¹¹. Assim, algumas escalas de autoavaliação vêm sendo criadas para auxiliar os profissionais na detecção daquelas mulheres com alta probabilidade de apresentarem a DPP, a exemplo da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), utilizada para rastrear sintomas depressivos em puérperas¹².

Diante do exposto, o presente estudo propôs-se a identificar a presença de sintomas de DPP e a perspectiva do suporte social obtido, ao longo da gravidez, por puérperas assistidas por um hospital de referência do nordeste brasileiro.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de caráter quantitativo, em que foram incluídas puérperas e que receberam assistência ao parto no Centro de Assistência à Mulher (CAM) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). O CAM do IMIP configura-se como o maior serviço em termos quantitativos quanto à assistência ao pré-parto, parto e puerpério em Pernambuco e configura-se enquanto serviço de excelência em ensino e pesquisa em saúde da mulher além da assistência ofertada através do Sistema Único de Saúde (SUS).

O estudo incluiu, a partir de uma amostra por conveniência (não probabilística), mulheres com até 48 horas de puerpério presentes na enfermaria no período de coleta de dados pré-estabelecido (dezembro de 2021 a janeiro de 2023). Mulheres cuja gravidez cursou com óbito fetal, abortamento ou cujo recém-nascido apresentou intercorrência clínica que determinou a admissão do mesmo em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foram excluídas do estudo. As pacientes elegíveis foram captadas presencialmente pelos pesquisadores no IMIP e, após explicação dos objetivos, vantagens, desvantagens e riscos da pesquisa, foram convidadas a participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada através de um questionário com variáveis sociodemográficas e de história obstétrica elaborado pelos pesquisadores, além da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) e a Escala de Satisfação com Suporte Social (ESSS), a saber:

A. Dados sociodemográficos: idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, renda familiar, tipo de moradia, situação da moradia, tipo de construção, número de cômodos e número de moradores

B. EPDS: essa escala foi desenvolvida na Grã-Bretanha por Cox *et. al*, em 1987¹³, sendo traduzida e validada em vários países. No Brasil, o trabalho de validação foi realizado por Santos *et. al*, em 1999¹⁴. A escala é simples e de fácil preenchimento, podendo ser autoaplicada ou aplicada por profissionais de saúde (médicos ou não-médicos). É composta por 10 itens, divididos em quatro graduações (0 a 3), que avaliam a presença e a intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias. O resultado pode variar de zero (melhor situação) a 30 (pior situação), sendo apontadas com possível presença de sintomas depressivos pós-natais aquelas puérperas com escore maior ou igual a 12. Sua aplicação nos primeiros dias após o parto possui forte valor preditivo de DPP em 4 a 6 semanas de puerpério¹⁵

C. ESSS: essa escala foi desenvolvida por Pais-Ribeiro *et. al*, em 1999¹⁶, em português (Portugal) para ser aplicada em situações que queiram avaliar o suporte social percebido por uma pessoa e o seu grau de satisfação com amigos, família, pessoas íntimas e atividades sociais, podendo ser realizada em doentes e em não doentes. Inclui-se a aplicabilidade dessa escala ao período gravídico-puerperal, conforme estudo realizado por Ferreira *et. al* em 2013¹⁷. Possui 15 itens, com respostas tipo *Likert*, que variam de 1 a 5 pontos. É dividida em três partes, a partir da pontuação máxima, para determinar alto (de 51 a 75 pontos), médio (de 26 a 50 pontos) e baixo suporte social (até 25 pontos).

Para análise dos dados foram utilizados os Softwares STATA/SE 12.0 e o Excel 365. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança, fixando nível de significância de $p \leq 0,05$. Todos os resultados foram calculados levando em consideração respostas válidas, ou seja, não foram contabilizadas as respostas ignoradas.

Por fim, este estudo contemplou todos os procedimentos éticos em pesquisas com seres humanos definidos pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo o projeto de pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) previamente aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) - nº 100531/2021; CAEE 51383221.0.0000.5201. Todas as puérperas com pontuação maior/igual a 12 na EPDS (possibilidade de sintomas depressivos) e/ou escore de até 50 pontos na ESSS (pontuação que aponta baixo e médio suporte social) foram identificadas e notificadas ao profissional responsável pelo plantão do turno, sendo iniciado acompanhamento com equipe multidisciplinar e com profissionais do serviço de saúde mental do IMIP.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 101 puérperas. A maioria tinha entre 18 a 25 anos (38,6%), se autodeclararam de cor parda (69,3%), eram solteiras (35,6%), tinham 11 anos de estudo/ensino médio completo (53,5%) e possuíam renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos (51,5%). Em relação às condições de habitação, quase todas moravam em casa (96%) do tipo alvenaria (93,1%), sendo própria em 60,4% dos casos, com até 2 cômodos (51,5%) e até 4 moradores (71,3%) - Tabela 1.

Em relação aos antecedentes obstétricos, mais da metade das puérperas já tiveram 1 ou 2 partos (57,4%) e a maioria não teve nenhum histórico de abortamento (70,3%). Cerca de 31,7% das entrevistadas referiram possuir algum problema de saúde anterior à

gestação e, dessas, 43,8% relataram a presença de sintomas depressivos no puerpério, encontrando-se significância estatística ($p < 0,001$). No que tange à saúde mental das entrevistadas, 22,8% possuíam histórico de transtorno psiquiátrico prévio. Nesse ínterim, 16,8% das mesmas referiram uso de medicação antidepressiva previamente à gestação. No entanto, neste estudo não foi possível estabelecer significância estatística entre histórico de transtorno psiquiátrico anterior e a presença de sintomas depressivos.

Sobre a história da gestação atual, a maior parte das entrevistadas frequentou 7 ou mais consultas de pré-natal (80,2%) e iniciou o acompanhamento com menos de 10 semanas de idade gestacional (52,5%). Além disso, cerca de dois terços das participantes referiram doença intercorrente na gestação atual (66,3%) e 71,3% afirmaram ter tido gestação classificada como de alto risco. Sobre a idade gestacional no momento do nascimento, a maioria dos recém-nascidos foi termo (79,2%). A via de parto mais comum neste estudo foi a cesariana (53,5% dos casos). Durante a gravidez, 5% das entrevistadas faziam uso de cigarro, 10,9% referiram etilismo e 4% faziam uso de drogas ilícitas.

Em relação ao planejamento gestacional, observou-se a associação entre sintomatologia de DPP e o não planejamento das gestações ($p < 0,04$), uma vez que cerca de três quintos das puérperas relataram ter tido uma gestação não planejada (61,4%), e dessas, 30,6% referiram a presença de sintomas depressivos após o parto.

Buscando evidenciar sintomas depressivos na população em estudo, a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) identificou presença de sintomas de DPP de 23,8% (24 mulheres com pontuação maior ou igual a 12).

Já quanto à avaliação do suporte social recebido durante a gestação foi utilizada a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), sendo observada presença de médio/baixo suporte social durante a gestação em 37,6% das entrevistadas (38 mulheres com 50 pontos ou menos).

Por fim, houve associação estatisticamente significativa entre a presença de sintomas depressivos e médio ou baixo suporte social ($p = 0,004$) - Tabela 2.

DISCUSSÃO

O presente estudo forneceu informações relevantes que podem melhorar o direcionamento do cuidado em saúde mental para mulheres ao longo de seu período gestacional e puerperal, através da adoção de medidas de prevenção para o surgimento de sintomas depressivos após o parto. Seu resultado demonstrou que a maioria da população estudada foi formada por mulheres jovens, pardas, solteiras, com ensino médio completo e que vivem com 1 a 3 salários mínimos.

Observou-se prevalência de 23,8% de sintomas de DPP, enquanto 37,6% das entrevistadas possuíam baixo e médio suporte social, sendo tal associação estatisticamente significativa.

O início precoce do pré-natal e a realização número recomendado de consultas como ocorreu entre as mulheres avaliadas por este estudo parece ser um fator protetor à saúde mental no puerpério e à DPP. O acompanhamento pré-natal e o seu início precoce são de fundamental importância durante o período gestacional¹⁸. Isso se deve ao fato de que durante o acompanhamento junto à gestante podem ser identificados fatores de risco e a presença de sintomas psicológicos e comportamentais, possibilitando a realização de intervenções preventivas e melhor assistência global à saúde da mulher.

Também se identificou uma taxa elevada de nascidos pré-termos. Tal fato deveu-se, ao estudo ser realizado em um serviço de referência em gestação de alto risco. Nesse sentido, a literatura reforça que a prematuridade é um fator de risco para o surgimento de sintomas de DPP¹⁹. Tal relação deve-se ao fato de que partos pré-termos são eventos

adversos que geram maior necessidade de adaptação materna, o que pode predispor a ocorrência de sintomas depressivos.

Verificou-se associação estatística entre as mulheres que referiram problema de saúde anterior à gestação com o surgimento de sintomas depressivos pós-parto ($p < 0,001$). Esse achado é bastante relevante, visto que tal associação foi pouco descrita na literatura nacional e internacional até o momento. A relação entre a presença de doença prévia à gestação e o surgimento de sintomas depressivos puerperais pode ser melhor especificada em relação às doenças crônicas, as quais, devido ao seu caráter inflamatório podem exercer influência quantitativa na liberação de neurotransmissores pós-sinápticos (neuroinflamação), contribuindo para o surgimento da depressão. Para o surgimento de DPP, a literatura considera fatores de risco como a presença de obesidade, diabetes mellitus (DM) e doenças reumáticas autoimunes dentre outros^{20,21,22}. Entretanto, uma limitação do presente estudo, em relação ao tema citado, foi a ausência de especificação ao que se refere como doença anterior à gestação, o que pode incluir doenças crônicas, como descrito anteriormente, mas também pode ser interpretado como outras formas de doenças (não crônicas), funcionando como viés de informação.

No presente estudo, a relação entre histórico de transtorno psiquiátrico anterior e a presença de sintomas depressivos não demonstrou significância estatística, o que vai de encontro aos dados divulgados na literatura. Uma coorte realizada na cidade de São Paulo (Brasil) avaliou a presença de depressão pré-natal e pós-natal através do *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) em 831 gestantes, identificando a depressão anterior à gestação como o principal preditor de DPP²³. No que tange a literatura internacional, verificou-se em estudo de coorte que incluiu todas as mulheres com partos únicos vivos na Suécia entre 1997 a 2008, um risco relativo de desenvolver DPP em mulheres com histórico de

depressão estimado em 21,03 (IC: 19,72–22,42) em relação às aquelas sem episódios depressivos anteriores²⁴.

Além disso, identificou-se associação entre sintomatologia de DPP e o não planejamento das gestações ($p < 0,04$). Desse modo, a gestação não planejada é um fator de risco para DPP bem descrito em levantamentos recentes²⁵. O planejamento, seja do ponto de vista financeiro, físico ou psicológico, possibilita uma melhor adaptação à gestação, o que reduz o risco de desenvolvimento de sintomas depressivos²⁶. Verificou-se em estudo transversal realizado com 315 mulheres, a presença de DPP em 62 (19,7%) e, destas, 55 tinham gravidez não pretendida (88,7%)²⁷. Já em coorte retrospectivo realizado com 1.121 mulheres em Recife (Brasil)²⁸, a taxa de DPP foi de 25,9%, sendo que 69,7% dessas mulheres não haviam planejado a gestação.

A prevalência de DPP encontrada no presente estudo foi de 23,8%, em conformidade com a prevalência nacional e semelhante à outros levantamentos já realizados na mesma região, a qual historicamente variou entre 7,2%²⁹ e 25,9%²⁸. Há descrições na literatura de que a prevalência de DPP no Brasil tem ampla variação, segundo revisão integrativa recente que analisou dados de 2009 a 2022, levando em consideração, entretanto, diferentes métodos para aferição de sintomas depressivos. Vale ressaltar que essa prevalência pode diferir e variar de acordo com a escala utilizada para aferir a presença de sintomas depressivos, o momento em que a mesma é aplicada, o ponto de corte utilizado, o acesso à assistência pré e pós-natal, fatores culturais e religiosos, bem como diferenças socioeconômicas²⁶.

Segundo o maior estudo de base populacional já realizado até o momento, uma revisão sistemática com metanálise que abrangeu 565 estudos de 80 países e regiões diferentes do mundo, envolvendo 1.236.365 mulheres, a prevalência global de DPP é de 17,22%³⁰. Essa mesma publicação comparou as diferentes regiões geográficas do mundo,

dentre as quais a África Austral teve a maior prevalência de DPP (39,96%), seguida do Sul da Ásia (22,32%) e da América do Sul (21,71%); a Oceania revelou os menores percentuais (11,11%). Além disso, países desenvolvidos compartilharam prevalência menor de DPP (14,85%) em comparação com países em desenvolvimento (19,99%).

Ademais, o presente estudo também encontrou associação entre a presença de sintomas de DPP e o baixo suporte social recebido ao longo da gestação ($p < 0,004$). O papel de apoio ofertado por pessoas que, de alguma maneira, relacionam-se com a gestante é de fundamental importância para o desenvolvimento de uma gestação saudável em seu aspecto integral³¹ e há consenso entre os pesquisadores de que o baixo suporte social é um forte fator de risco para o desenvolvimento de DPP³².

Nesse sentido, segundo Silva *et. al* (2019)³³, grávidas com fragilidade de apoio social durante o período gestacional apresentaram risco 3 vezes maior ao desenvolvimento de DPP. Em estudo correlato, realizado em uma maternidade pública brasileira, identificou-se que participantes com baixo apoio social afetivo e baixo apoio emocional tinham prevalência 1,52 e 2,12 vezes maior de sintomas depressivos após o parto, respectivamente, quando comparadas a puérperas com alto apoio social afetivo³⁴.

De outro modo, estudo sul-coreano realizado com 1.654 puérperas, evidenciou a existência de alto grau de associação entre o apoio oferecido à mulher durante a gestação de familiares, outras pessoas significativas e amigos com a presença de sintomas de DPP. Deste modo, quanto menor o grau de suporte oferecido por cada um dos grupos referidos, respectivamente, maiores as chances de DPP. Tal publicação concluiu que puérperas com baixo suporte social tiveram 4,63 vezes mais chance de desenvolver DPP em comparação com puérperas com alto suporte social. Outros fatores que elevam a necessidade de suporte social, e, caso estejam ausentes, predispõem ao surgimento de sintomas depressivos durante o puerpério são a multiparidade, histórico de perda gestacional

anterior, preocupação com a imagem corporal e a ausência de inserção no mercado de trabalho³⁵. Por outro lado, ter alguém para ajudar com os cuidados do recém-nascido, alguém para conversar e sentir-se confiante, diminui o risco de depressão periparto³⁶.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou associação entre DPP e a fragilidade do suporte social recebido por puérperas. Indo além, dados obtidos também destacaram que a gestação não planejada e problemas de saúde anteriores à gestação correlacionam-se com a ocorrência de DPP. Tais achados corroboram com a hipótese de que a depressão pós-parto tem etiologia multifatorial através da associação entre fatores biológicos, emocionais e sociais.

Desse modo, fica clara a necessidade da abordagem integral à saúde da mulher durante o período perinatal, com especial atenção à saúde mental. Sugere-se a ampliação de estudos com metodologias robustas nesta temática e reforça-se a importância da atuação dos profissionais de saúde mental durante o período gestacional e puerperal a fim de proporcionar cuidado integral, fortalecimento da rede de apoio à mulher e reconhecimento precoce do sofrimento integral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Zhu J, Ye Z, Fang Q, Huang L, Zheng X. *Surveillance of Parenting Outcomes, Mental Health and Social Support for Primiparous Women among the Rural-to-Urban Floating Population*. Healthcare (Basel, Switzerland). 2021 Nov; 9 (11): 1516.
2. Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Rennó J. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. Rev Psiquiatr Clin. 2010; 37 (6): 288–294.
3. Alshikh Ahmad H, Alkhatib A, Luo J. *Prevalence and risk factors of postpartum depression in the Middle East: a systematic review and meta-analysis*. BMC Pregnancy and Childbirth. 2021 Ago; 21 (1).
4. Afshari P, Tadayon M, Abedi P, Yazdizadeh S. *Prevalence and related factors of postpartum depression among reproductive aged women in Ahvaz, Iran*. Health Care Women Int. 2020; 41 (3): 255–265.
5. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. *Postpartum depression risk factors: A narrative review*. Journal of education and health promotion. 2017 Ago; 6 (60): 60.
6. Hansotte E, Payne SI, Babich SM. *Positive postpartum depression screening practices and subsequent mental health treatment for low-income women in Western countries: a systematic literature review*. Public Health Reviews. 2017 Jan; 38 (1): 1-17.
7. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. *Postpartum depression: prevalence and associated factors*. Cad Saude Publica. Cadernos De Saude Publica. 2017 Out; 33 (9): e00094016.
8. Mathisen SE, Glavin K, Lien L, Lagerløv P. *Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: A cross-sectional study*. Int J Womens Health. 2013 Nov (1): 787–793.

9. Carvalho MT, Benincasa M. Depressão pós-parto e afetos predominantes na gestação, parto e pós-parto. *Interação em Psicologia*. 2019 Ago; 23 (2).
10. Maciel LP, Costa JCC, Campos GMB, Dos Santos NM, De Melo RA, Diniz LFB. *Mental disorder in the puerperal period: risks and coping mechanisms for health promotion* / Transtorno mental no puerpério: riscos e mecanismos de enfrentamento para a promoção da saúde. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2019 Jul; 11 (4): 1096-1102
11. Aliane PP, Mamede MV, Furtado EF. Revisão Sistemática sobre Fatores de Risco Associados à Depressão Pós-parto. *Revista Psicologia em Pesquisa*. 2011 Dez ;5 (2): 146–155.
12. Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I, Horta B, Pinheiro R. *Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system*. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012 Jun; 34 (2): 143–148.
13. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. *Detection of Postnatal Depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun; 150 (6): 782–786.
14. Santos MFS, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin*. 1999; 26 (2): 90-95.
15. Teissèdre F, Chabrol H. *Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum*. *Can J Psychiatry*. 2004 Jan; 49 (1): 51-54.
16. Ribeiro JLP. *Social support satisfaction scale (ESSS)*. *Análise Psicológica*. 1999; 3 (17): 547–558.

17. Ferreira A. Sintomas psicopatológicos e suporte social na gravidez e no pós-parto: um olhar sobre a parentalidade. [Diss. Tese de Doutorado]. Covilhã (Portugal): Univ da Beira Inter Ciências Sociais e Humanas; 2013.
18. Arrais ADR, Araujo TCCFD, Schiavo RDA. Depressão e Ansiedade Gestacionais Relacionadas à Depressão Pós-Parto e o Papel Preventivo do Pré-Natal Psicológico. *Rev Psicol e Saúde*. 2019 Jul; 11 (2): 23–34.
19. Schiavo R de A, Rodrigues OMP, dos Santos JS, de Campos BC, Nascimento LMB, Dornelas LMC de S. Saúde Emocional Materna e Prematuridade: Influência Sobre o Desenvolvimento de Bebês aos Três Meses. *Pensando Famílias*. 2021 ;25 (2): 98–113.
20. da Cruz KLO, Salla DH, de Oliveira MP, da Silva LE, Dela Vedova LM, Mendes TF, Bressan CBC, Costa AB, da Silva MR, Réus GZ, de Mello AH, Rezin GT. *The impact of obesity-related neuroinflammation on postpartum depression: A narrative review*. *Int J Dev Neurosci*. 2022 Jun; 82 (5): 375-384
21. Ferreira C, Silva V, Guerra C, Silva AI, Rosário R. Depressão pós-parto: detecção precoce e fatores associados. *Acta Obs e Ginecológica Port*. 2018 ;12 (4): 262–267.
22. Nalli C, Manfredi L, Fredi M, Crisafulli F, Bertocchi S, Khizroeva J, Bitsadze V, Makatsariya A, Zatti S, Andreoli L, Franceschini F, Tincani A. *Managing puerperium in patients with systemic autoimmune diseases: an update*. *Expert Rev Clin Immunol*. 2022 Mar; 18 (4): 391-399.
23. Faisal-Cury A, Menezes PR. Depressão antenatal prediz fortemente depressão pós-parto na atenção básica à saúde. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012 Dez; 34 (4): 446–450.

24. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, Larsson H, Sandin S. *The risk factors for postpartum depression: A population-based study*. *Depress Anxiety*; 2017; 34: 178–187.
25. Tolossa T, Fetensa G, Yilma MT, Abadiga M, Wakuma B, Besho M, Fekadu G, Etafa W. *Postpartum depression and associated factors among postpartum women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis, 2020*. *Public Health Rev*. 2020; 41 (1): 1-20
26. Santana GW, Maurique LDS, Gomes RM, Normando LV, Ferrari IS, Suarez CSM, Muniz FWMG, Sityá PRR. Prevalência e fatores de risco da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Debates em Psiquiatria*. 2022 Nov; 12: 1-23
27. Oliveira TA, Luzetti GGCM, Rosalém MMA, Mariani Neto C. *Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale*. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2022 Mar; 44 (5): 452–457.
28. Brito CN de O, Alves SV, Ludermir AB, de Araújo TVB Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez indesejada. *Rev. saúde pública*. 2015 Jan; 49(0): 1-9.
29. Cantilino A, Zambaldi CF, De Albuquerque TLC, Paes JA, Montenegro ACP, Sougey EB. *Postpartum depression in Recife - Brazil: Prevalence and association with bio-socio-demographic factors*. *J Bras Psiquiatr*. 2010; 59 (1): 1–9.
30. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, Xiao X, Zhang W, Krabbendam E, Liu S, Liu Z, Li Z, Yang BX. *Mapping global prevalence of depression among postpartum women*. *Transl Psychiatry*. 2021 Out; 11 (1): 1–24.
31. Romero SL, Cassino L. Saúde mental no cuidado à gestante durante o pré-natal. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*. 2018; 6 (2): 1-21

32. Paula APD, Cruz BDAD, Souza JLSD, Souza JAVD, Reis KLD, Marques LCR, Sá LLD, Mesquita NS, Oliveira RRAD, Silva VLS Fatores De Risco Determinantes Para O Desenvolvimento De Depressão Pós-Parto Revisão Integrativa: Depressão Pós-Parto. *Ciências da Saúde desafios e potencialidades em Pesquisa*. 2023; 2 (1): 198–211
33. Silva V, Ferreira C, Basílio A, Ferreira AB, Maia B, Miguelote R. *Depressive symptomatology at full-term pregnancy in low risk women*. *J Bras Psiquiatr*. 2019 Abr; 68 (2): 65–72.
34. Santos MLC, Reis JF, Silva R de P, Santos DF, Leite FMC. Sintomas de depressão pós-parto e sua associação com as características socioeconômicas e de apoio social. *Esc Anna Nery*. 2022; 26: 1–8.
35. Cho H, Lee K, Choi E, Cho HN, Park B, Suh M, Rhee Y, Choi KS. *Association between social support and postpartum depression*. *Sci Rep*. 2022 Mar; 12 (1): 1–9.
36. Kang SY, Khang YH, June KJ, Cho SH, Lee JY, Kim YM, Cho HJ. *Prevalence and risk factors of maternal depression among women who participated in a home visitation program in South Korea*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022 Jan; 57 (6): 1167-1178.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Tabela 1

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas

| Variáveis | n | % |
|---------------------|----------|----------|
| Idade | | |
| 18-25 anos | 39 | 38,5 |
| 26-30 anos | 24 | 23,8 |
| 31-40 anos | 35 | 34,7 |
| > 40 anos | 3 | 3,0 |
| Raça/Cor | | |
| Branca | 19 | 18,8 |
| Negra | 12 | 11,9 |
| Parda | 70 | 69,3 |
| Estado Civil | | |
| Solteira | 36 | 35,6 |
| Casada | 32 | 31,7 |
| Separada | 3 | 3,0 |
| Relação estável | 30 | 29,7 |
| Escolaridade | | |

| | | |
|-------------------------|----|------|
| Fundamental incompleto | 13 | 12,9 |
| Fundamental completo | 16 | 15,8 |
| Ensino médio incompleto | 18 | 17,8 |
| Ensino médio completo | 54 | 53,5 |

Renda familiar

| | | |
|------------------------|----|------|
| < 1 salário mínimo | 34 | 39,1 |
| 1-3 salários mínimos | 52 | 59,8 |
| 4 a 7 salários mínimos | 1 | 1,1 |

Tipo de moradia

| | | |
|-------------|----|------|
| Casa | 97 | 96,0 |
| Apartamento | 4 | 4,0 |

Situação de moradia

| | | |
|---------|----|------|
| Própria | 61 | 60,4 |
| Alugada | 29 | 28,7 |
| Cedida | 11 | 10,9 |

Tipo de construção

| | | |
|-----------|----|------|
| Alvenaria | 94 | 93,1 |
| Taipa | 2 | 2,0 |

| | | |
|-------|---|-----|
| Outro | 5 | 5,0 |
|-------|---|-----|

Número de cômodos

| | | |
|-------------|----|------|
| 0-2 cômodos | 52 | 51,5 |
|-------------|----|------|

| | | |
|-------------|----|------|
| 3-5 cômodos | 36 | 35,6 |
|-------------|----|------|

| | | |
|-------------|----|------|
| 6-8 cômodos | 12 | 11,9 |
|-------------|----|------|

| | | |
|--------------|---|-----|
| 9-11 cômodos | 1 | 1,0 |
|--------------|---|-----|

Número de moradores

| | | |
|---------------|----|------|
| 1-4 moradores | 72 | 71,3 |
|---------------|----|------|

| | | |
|---------------|----|------|
| 5-8 moradores | 28 | 27,7 |
|---------------|----|------|

| | | |
|----------------|---|-----|
| 9-12 moradores | 1 | 1,0 |
|----------------|---|-----|

Apêndice 2 - Tabela 2

Tabela 2 – Presença de sintomas depressivos x presença de médio/baixo suporte social

| Variáveis | Presença de sintomas depressivos | | p-valor * |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------|--------------|
| | Sim n (%) | Não n (%) | |
| Médio/baixo suporte social | | | |
| Sim | 15 (39,5) | 23 (60,5) | 0,004 |
| Não | 9 (14,3) | 54 (85,7) | |

(*) Teste Qui-Quadrado