



FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS E DE ANSIEDADE DURANTE O PUERPÉRIO NA PANDEMIA DE COVID-19

Mariana Torreglosa Ruiz*
Raul Costa Brito**
Jéssica Aparecida da Silva***
Monika Wernet***
André Luiz Moreno****

RESUMO

Objetivo: identificar a presença de sintomas de depressão pós-parto, ansiedade e fatores associados em mulheres que tiveram filhos durante a pandemia de COVID-19. **Método:** estudo transversal, a partir de inquérito online, realizado entre agosto de 2021 e janeiro de 2022, com mulheres, seguidoras de uma rede social, que se encontravam entre 30 e 40 dias pós-parto. Para identificar sintomas sugestivos de depressão pós-parto, utilizaram-se a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* e a *Generalized Anxiety Disorder 7* para sintomas ansiosos. Na análise, foram aplicados os testes qui-quadrado e exato de Fisher, e variáveis com valor de $p < 0,20$ foram inseridas no modelo de regressão de Poisson com variância robusta. **Resultados:** amostra foi composta por 50 puérperas, das quais 18 (36%) relataram infecção pela COVID-19. Obteve-se escore médio de $9,9 \pm 5,6$ pontos na *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, e 50% apresentavam sintomas de depressão pós-parto. Escore médio obtido para sintomas ansiosos foi de $7,9 \pm 5,9$ pontos, e 34% apresentavam ansiedade moderada ou severa. Na análise bivariada, verificou-se associação entre sintomas de depressão pós-parto e menor escolaridade ($p = 0,010$), sintomas ansiosos ($p < 0,001$) e ansiedade em intensidade moderada ou severa ($p = 0,002$). A obesidade justificou os sintomas de depressão pós-parto ($p < 0,001$) pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta. **Conclusão:** observaram-se alterações na saúde mental das puérperas durante a pandemia, e a obesidade foi associada a sintomas depressivos. Aponta-se a premência dos profissionais de saúde em atentar-se e intervir diante de sintomas de ansiedade e depressão pós-parto.

Palavras-chave: Ansiedade. COVID-19. Depressão pós-parto. Período pós-parto. Saúde mental.

INTRODUÇÃO

Detectado pela primeira vez em Wuhan, na China, no final de dezembro de 2019, o SARS-CoV-2 foi o agente responsável pela pandemia de COVID-19, decretada pela Organização Mundial da Saúde em 11 de março de 2020 e que perdurou até 5 de maio de 2023.

Com proporções nunca antes estimadas, infectou mais de 775 milhões de pessoas⁽¹⁾, e levou a óbito cerca de sete milhões de pessoas no mundo todo⁽²⁾. No Brasil, foram detectados mais de 37,5 milhões de casos, e somam-se aproximadamente 702 mil óbitos, ocupando o sétimo lugar mundial no número de casos e o segundo em número de óbitos^(1,2).

No tocante à população obstétrica, a maioria

dos casos em gestantes e puérperas foram descritos como quadros leves ou moderados da infecção, sendo que a necessidade de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e/ou suporte ventilatório, globalmente, varia entre 1% e 5%^(3,4). Em contrapartida, no cenário nacional, contabilizam-se cerca de dois milhões de casos de infecção e mais de 2.000 óbitos entre gestantes e puérperas, sendo que, desses, 702 (15,1%) ocorreram no período puerperal⁽⁴⁾.

O período pós-parto ou puerpério inicia após o descolamento da placenta, sendo seu término indeterminado e individualmente variável, caracterizado por um período de alterações e adaptações⁽⁵⁾. As repercussões geradas pela gravidez e parto podem estar presentes nas mulheres até um ano pós-parto e promover

*Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Associada do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais. E-mail: mariana.ruiz@uftrm.edu.br ORCID ID: 0000-0002-5199-7328

**Enfermeiro. Graduado pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais. E-mail: raulcostabrito@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-9477-9662

***Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Minas Gerais. E-mail: jessicaapssilva@hotmail.com ORCID ID: 0000-0002-4308-5978

****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo. E-mail: mwiknet@ufscar.br ORCID ID: 0000-0002-1194-3261

*****Psicólogo. Doutor em Medicina (Saúde Mental) pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo. E-mail: moreno.andreluiz@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-8217-3567

transformações no corpo, mente e aspectos sociais da mulher, tornando-as susceptíveis ao surgimento de agravos neste período⁽⁵⁾, inclusive de ordens emocionais e psíquicas.

Ao vivenciar o puerpério, a mulher adentra uma nova experiência que pode vir a afetar sua qualidade de vida, sendo frequentes sintomas como cansaço, fadiga, perda de libido, alterações do sono, vulnerabilidade e instabilidade emocional, e adaptações e ajustes à amamentação até o seu ótimo estabelecimento⁽⁶⁾, capazes de causar grande labilidade emocional.

Além da vulnerabilidade própria ocasionada pela vivência do período pós-parto, somaram-se preocupações com a COVID-19 e suas complicações, com surgimento ou exacerbação de sintomas emocionais e psíquicos, inclusive a exacerbação de sintomas como ansiedade e depressão⁽⁷⁾.

Estudo apontou que mulheres que tiveram a experiência de parto no período pandêmico da COVID-19 apresentaram risco duas vezes maior para o desenvolvimento de sintomas de depressão⁽⁸⁾. O desencadeamento dos sintomas de depressão pós-parto é multifatorial, mas a pandemia de COVID-19 pode ter contribuído para o incremento desse diagnóstico no período⁽⁹⁾.

Devido às intensas alterações fisiológicas e emocionais do ciclo gravídico-puerperal, uma em cada cinco mulheres apresentam sintomas de depressão⁽¹⁰⁾. Contudo, estudo multicêntrico apontou aumento de sintomas ansiosos no puerpério vivenciado durante a pandemia, chegando a índices superiores a 26%, e os índices foram associados ao país de residência da mulher, com maior prevalência no Brasil e no Chile⁽¹¹⁾.

Ressalta-se que estudos apontam que as alterações de saúde mental maternas causam impacto tanto no bem-estar quanto na saúde da mulher em si, mas também apresenta importantes impactos no desenvolvimento infantil⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Devido à magnitude da COVID-19 e seus possíveis impactos e contribuições para o incremento das alterações de saúde mental materna no período pós-parto, além de possíveis prejuízos dessas alterações para a saúde materna e desenvolvimento infantil, justifica-se a realização deste estudo, que busca identificar a prevalência dessas alterações, assim como fatores associados a ela.

O estudo teve como questão norteadora: qual a

prevalência de sintomas de depressão pós-parto e de ansiedade em mulheres que vivenciaram o puerpério durante a pandemia e quais os fatores associados a essas alterações?

Assim, este estudo teve como objetivo identificar a presença de sintomas de depressão pós-parto, ansiedade e fatores associados em mulheres que tiveram filhos durante a pandemia de COVID-19.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, realizado de acordo com as recomendações do guia *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹²⁾ e com a utilização do *Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys* (CHERRIES)⁽¹³⁾. Teve como cenário de estudo o ambiente virtual (*online*) das redes sociais de um projeto extensionista, cuja coleta ocorreu entre agosto de 2021 e janeiro de 2022.

Contextualizando, em meados de julho de 2020, um grupo de pesquisadoras realizou estudos de revisão sobre o impacto da COVID-19 na gestação, parto e puerpério. No início do mês de novembro de 2020, este grupo decidiu agregar membros do segmento discente (acadêmicos e pós-graduandos) das duas universidades parceiras que originou projeto de extensão. As redes sociais *Instagram*[®] e *Facebook*[®], produto do grupo extensionista, contam com postagens baseadas em evidências científicas, com linguagem clara, acessível e ilustrada, mas com referência às evidências utilizadas na elaboração do texto. A conta com 230 postagens, no *Instagram*[®] e *Facebook*[®], alcançou mais de 3.000 seguidores e, atualmente, possui cerca de 2.500 inscritos nas duas redes.

A amostra se deu por conveniência, não probabilística, e o *link* de convite para o estudo foi disponibilizado nessas redes sociais. O consentimento e o formulário construído no *Google Forms*[®] foram disponibilizados através do *link* divulgado, e foram incluídas todas as participantes que atenderam aos critérios dentro do período estabelecido para a coleta dos dados.

Como critérios de inclusão, estabeleceram-se mulheres que estivessem no período compreendido entre o 30º e 40º dia pós-parto, que tivessem acesso à internet, com idade superior a 18 anos,

alfabetizadas e que preenchessem o formulário online do *Google Forms*[®], após o consentimento de sua participação. A escolha pelo período puerperal destacado deu-se devido à indicação de aplicação do teste sugestivo de sintomas depressivos, que deve ser realizada a partir de 30 dias, quando faz-se o diagnóstico diferencial das alterações de saúde mental e alterações hormonais ocasionadas pelo próprio puerpério⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Como critérios de exclusão, foram excluídos da análise formulários que não tivessem informações completas sobre as variáveis de interesse (sintomas depressivos e de ansiedade). Ressalta-se que não houve exclusão de nenhuma participante, pois todos os formulários foram preenchidos em completude.

O formulário, parte de estudo maior, era dividido em sessões. Ao consentirem em participar do estudo, as mulheres eram direcionadas para questionário com dados sociodemográficos (idade, cor, se viviam com companheiro, ocupação, estado onde residiam e sistema de saúde utilizado - suplementar ou Sistema Único de Saúde). A seguir, a respondente assinalava a opção de gestante ou puérpera e, nestes casos, prosseguia para o segundo questionário, sinalizando dados clínicos e obstétricos (número de gestações, doenças prévias ou adquiridas durante a gestação). Após, era questionado se a mesma tinha tido a infecção pela COVID-19 e, caso respondesse afirmativamente, era direcionada para um formulário adicional sobre a doença. Ao final, caso a participante declarasse estar no puerpério, era questionada a respeito dos dados do nascimento, tempo de puerpério, se entre 30 e 40 dias, e então era direcionada a responder aos formulários que avaliavam sintomas de ansiedade e depressão.

A variável dependente deste estudo foi a presença de sintomas indicativos de depressão pós-parto, e as variáveis independentes foram variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas, incluindo as relacionadas à infecção pela COVID-19. Destaca-se que o roteiro com variáveis de interesse foi submetido à avaliação aparente e de conteúdo por três peritos na temática.

Para identificar sintomas de depressão pós-parto, utilizou-se a *Edinburgh Postnatal Depression Scale*. A escala é internacionalmente validada, autoaplicável, traduzida para o português do Brasil, constando dez itens, e que possui como finalidade a mensuração da presença e intensidade

de sintomas depressivos no puerpério, possuindo sintaxe própria. Considera-se como ponto de corte com objetivo de triagem para depressão pós-parto a somatória superior a dez pontos com sensibilidade em 83,8% e especificidade em 74,7%⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

A escala *Generalized Anxiety Disorder 7* (GAD 7) foi aplicada para identificar sintomas ansiosos. Trata-se de questionário composto por sete perguntas, com sintaxe própria. A somatória das respostas entre cinco e nove pontos indica sintomas de ansiedade leve, de dez a 14 pontos, ansiedade moderada, e igual ou superior a 15, ansiedade severa. O questionário é internacionalmente validado, e visa identificar a presença de sintomas de ansiedade generalizada. O instrumento validado é apontado na literatura com sensibilidade e especificidade acima de 80%⁽¹⁷⁾.

Os dados coletados através do *Google Forms*[®] foram importados para planilha do aplicativo *Microsoft Excel*[®] e, após, para o aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 23.0. Foram aplicados os testes qui-quadrado e exato de Fisher, considerando nível de significância de 5%. Foram calculadas as razões de prevalência e os respectivos Intervalos de Confiança de 95%. Análise múltipla foi aplicada por meio da regressão de Poisson, com variância robusta, incluindo no modelo variáveis com valor de $p < 0,20$ na análise bivariada.

Ressalta-se que todas as recomendações de qualidade e transparência da pesquisa em saúde da *Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research* (EQUATOR) Network foram seguidas na execução do estudo, sendo respeitados todos os preceitos éticos previstos no Brasil para pesquisas com seres humanos, incluindo a Resolução nº 466/2012⁽¹⁸⁾ e as “Orientações para pesquisa em ambiente virtual” determinadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em 2021. O projeto foi aprovado pelo Parecer nº 4.649.652, de 14 de abril de 2021, contemplado como objetivo contido no projeto maior aprovado intitulado “Inquérito Nascer e COVID-19”.

Destaca-se que, após serem detectadas alterações nas pontuações de ambas escalas aplicadas, as mulheres foram resgatadas através do e-mail informado e feitos contatos e orientações para buscar apoio psicológico. Todas as que receberam orientações buscaram o apoio, relatando

o seguimento por e-mail para os pesquisadores.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Participaram do estudo 50 mulheres que se encontravam entre 30 e 40 dias pós-parto, cuja idade variou de 19 a 42, com média de $31,6 \pm 5,9$ anos. A maioria declarou-se branca (66%), casada (68%), com escolaridade superior ao ensino superior completo (56%), exercendo atividades laborais remuneradas (84%), residindo na região Sudeste (68%) e possuindo plano de saúde (86%), embora 58% utilizassem o Sistema Único de Saúde.

A maioria era primípara (55%), não possuía nenhum tipo de doença crônica prévia (74%), com maior frequência de descrição de obesidade (46%), e não desenvolveu nenhuma doença durante a gestação (86%). Além disso, quatro relataram diabetes gestacional, e duas, síndromes hipertensivas da gestação.

Assim, 18 puérperas (36%) relataram infecção pela COVID-19; 28% não souberam precisar em que período gestacional ocorreu; 28% das infecções foram detectadas no terceiro trimestre; 17% das infecções foram detectadas no segundo trimestre; 11% das infecções foram detectadas no primeiro trimestre; e uma (5%) teve o diagnóstico no puerpério. Das 18 infectadas, apenas uma (5%) teve de ser internada para tratamento hospitalar, porém evoluiu sem gravidade.

Quanto à imunização para COVID-19, no momento da coleta, 60% haviam se vacinado, contudo 34% não responderam à questão. Entre as que se vacinaram, 70% tinham recebido o esquema completo previsto ao Brasil à época.

A maioria das mulheres foi submetida à cesárea

(64%), e, dessas, 19% foram indicadas de urgência, porém não justificada pela COVID-19. A maioria dos nascimentos ocorreu a termo (96%), e os neonatos tinham peso adequado para a idade gestacional (92%). As mulheres tiveram a presença de acompanhante (96%), e todas realizaram contato pele-a-pele com o bebê em sala de parto.

Cinco (10%) neonatos tiveram intercorrências, sendo descritos dois casos de icterícia com necessidade de fototerapia, um caso de hipoglicemia, um caso de aspiração de mecônio e um caso de estenose de esôfago. Três neonatos foram encaminhados para a UTI por desconforto respiratório, e dois, em função da prematuridade, nenhum relacionado à COVID-19, e todos tiveram resultado de proteína C reativa (PCR) negativo para COVID-19.

A maioria das puérperas (80%) classificou o parto como uma experiência positiva, e o mesmo percentual referiu satisfação com a assistência e nascimento.

Em relação à amamentação, 98% amamentaram o neonato; 90% iniciaram a amamentação no hospital; 62% iniciaram a amamentação na primeira hora de vida; e 92% permaneciam amamentando o bebê, sendo que 65% mantinham o aleitamento materno exclusivo.

O escore médio obtido pela aplicação da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* foi de $9,9 \pm 5,6$ pontos; 50% das puérperas apresentaram pontuação igual ou superior ao ponto de corte (10 pontos); 24% referiram que se sentiam culpadas e ansiosas/preocupadas frequentemente; e 20% referiram sobrecarga. Duas puérperas referiram ideias suicidas às vezes, e as mesmas receberam orientação para buscar apoio psicológico, sendo acatada pelas mesmas, com melhora após a indicação. Os dados dos itens da escala estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Frequências absoluta e relativa das respostas dos itens da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* traduzida. Brasil, 2022

Itens da <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>	n (%)
1- Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas	
Como eu sempre fiz	24 (48)
Não tanto quanto antes	23 (46)
Sem dúvida, menos que antes	03 (06)
2- Tenho pensado no futuro com alegria	
Sim, como de costume	25 (50)
Um pouco menos do que de costume	20 (40)
Muito menos do que de costume	03 (06)
Praticamente não	02 (04)

3 – Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado	
Não, de jeito nenhum	05 (10)
Raramente	10 (20)
Sim, às vezes	23 (46)
Sim, muito frequentemente	12 (24)
4 – Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão	
Não, de jeito nenhum	15 (30)
Raramente	09 (18)
Sim, às vezes	14 (28)
Sim, muito frequentemente	12 (24)
5- Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo	
Não, de jeito nenhum	23 (46)
Raramente	09 (18)
Sim, às vezes	14 (28)
Sim, muito seguido	04 (08)
6- Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia	
Não, eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes	05 (10)
Não, na maioria das vezes consigo lidar bem com eles	13 (26)
Sim, algumas vezes não consigo lidar tão bem quanto antes	22 (44)
Sim, na maioria das vezes não consigo lidar bem com eles	10 (20)
7 – Eu tenho me sentido tão infeliz, que tenho tido dificuldade para dormir	
Não, nenhuma vez	33 (66)
Raramente	10 (20)
Sim, algumas vezes	06 (12)
Sim, na maioria das vezes	01 (02)
8 – Eu tenho me sentido triste ou muito mal	
Não, de jeito nenhum	18 (36)
Raramente	20 (40)
Sim, muitas vezes	10 (20)
Sim, na maioria das vezes	02 (04)
9 – Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado	
Não, nunca	13 (26)
De vez em quando	28 (56)
Sim, a maior parte do tempo	01 (02)
Sim, muitas vezes	08 (16)
10 – Tenho pensado em fazer algo contra mim mesma	
Nunca	48 (96)
Raramente	01 (02)
Às vezes	01 (02)

Fonte: elaborada pelos autores.

O escore médio obtido para avaliação de sintomas ansiosos foi de $7,9 \pm 5,9$ pontos; 34% tinham sintomas moderados ou severos de ansiedade; 20% responderam que se sentiam

nervosas, ansiosas e irritadas quase todos os dias. As respostas sobre sintomas ansiosos constam na Tabela 2.

Tabela 2. Frequências absoluta e relativa das respostas dos itens da *Generalized Anxiety Disorder* – 7 traduzida, Brasil, 2022

Itens da <i>Generalized Anxiety Disorder</i> – 7	n (%)
1- Senti-me nervosa, ansiosa ou irritada	
Em quase todos os dias	10 (20)
Em vários dias	26 (52)
Em mais da metade dos dias	04 (08)
Nunca	10 (20)
2- Fui incapaz de parar de me preocupar ou controlar minhas preocupações	

Em quase todos os dias	07 (14)
Em vários dias	18 (36)
Em mais da metade dos dias	08 (16)
Nunca	17 (34)
3- Preocupe-me muito com diferentes assuntos	
Em quase todos os dias	06 (12)
Em vários dias	09 (18)
Em mais da metade dos dias	20 (40)
Nunca	15 (30)
4 – Tive dificuldades em relaxar	
Em quase todos os dias	09 (18)
Em vários dias	21 (42)
Em mais da metade dos dias	06 (12)
Nunca	13 (26)
5 – Estive tão inquieta que foi difícil ficar sossegada	
Em quase todos os dias	04 (08)
Em vários dias	12 (24)
Em mais da metade dos dias	10 (20)
Nunca	24 (48)
6- Estive facilmente incomodável ou irritante	
Em quase todos os dias	08 (16)
Em vários dias	18 (36)
Em mais da metade dos dias	10 (20)
Nunca	14 (28)
7 – Senti receio, como se algo terrível pudesse acontecer	
Em quase todos os dias	09 (18)
Em vários dias	18 (36)
Em mais da metade dos dias	05 (10)
Nunca	18 (36)

Fonte: elaborada pelos autores.

Na análise bivariada, verificou-se a associação de variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas com os sintomas de depressão pós-parto, apresentados na Tabela 3. Observou-se associação estatisticamente significativa com menor escolaridade ($p = 0,010$), sintomas ansiosos ($p < 0,001$) e intensidade moderada ou severa da ansiedade ($p = 0,002$).

Puérperas com menor escolaridade

apresentaram prevalência de sintomas de depressão pós-parto 3,21 vezes maior do que mulheres com escolaridade superior ao ensino superior completo. Puérperas com sintomas ansiosos apresentaram prevalência 2,94 vezes maior do que aquelas com ausência desses sintomas, e quando apresentavam sintomas moderados ou severos, a prevalência de sintomas de depressão pós-parto foi 2,47 vezes maior.

Tabela 3. Associação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas com sintomas de depressão pós-parto. Brasil, 2022

Variável	Sintomas de depressão pós-parto		RP	Valor de p*
	Sim (%)	Não (%)		
Idade inferior a 35 anos	16 (32,0)	13 (26,0)	0,777	0,567
Superior a 35 anos	09 (18,0)	12 (24,0)		
Branca	16 (32,0)	09 (18,0)	1,095	1,000
Não branca	17 (34,0)	08 (16,0)		
Vive com companheiro	19 (38,0)	22 (44,0)	0,695	0,463
Não vive com companheiro	06 (12,0)	03 (6,0)		
Escolaridade superior ao ensino superior	10 (23,1)	18 (41,8)	3,214	0,010
Inferior ao ensino superior	06 (27,1)	03 (7,0)		

Exerce ocupação remunerada	19 (39,6)	23 (47,9)		
Não exerce ocupação remunerada	05 (10,4)	01 (2,8)	3,286	0,188
Primípara	13 (26,5)	14 (28,5)	0,963	1,000
Múltipara	11 (22,4)	11 (22,4)		
Possui plano de saúde	19 (38,0)	24 (48,0)	0,516	0,098
Não possui plano	06 (12,0)	01 (2,0)		
Utiliza o SUS para atendimentos	16 (32,0)	13 (26,0)	1,287	0,567
Não utiliza	09 (18,0)	12 (24,0)		
Possui doença crônica	07 (14,0)	06 (12,0)	1,107	1,000
Não possui	18 (36,0)	19 (38,0)		
Obesa	05 (10,0)	01 (2,0)	1,803	0,189
Não obesa	20 (40,0)	24 (48,0)		
Doença na gestação	05 (10,0)	01 (2,0)	1,833	0,189
Ausência de doença	20 (40,0)	24 (48,0)		
Síndrome hipertensiva na gestação	02 (4,0)	-	2,087	0,490
Sem aumento pressórico	23 (46,0)	25 (50,0)		
Diabetes gestacional	03 (6,0)	01 (2,0)	1,568	0,609
Sem alteração glicêmica	22 (44,0)	24 (48,0)		
Imunização COVID-19	17 (51,5)	13 (39,4)	1,700	0,579
Não imunizada	01 (3,0)	02 (6,1)		
Imunização completa	13 (43,3)	08 (26,7)	1,393	0,443
Imunização incompleta	04 (13,3)	05 (16,7)		
Diagnóstico de COVID-19	07 (14,0)	11 (22,0)	0,691	0,377
Não teve COVID-19	18 (36,0)	14 (28,0)		
Parto normal	10 (20,0)	08 (16,0)	0,837	0,769
Cesárea	15 (30,0)	17 (34,0)		
Acompanhante no parto	23 (46,0)	25 (50,0)	0,479	0,490
Sem acompanhante	02 (4,0)	-		
Aleitamento na primeira hora	13 (26,5)	18 (36,7)		
Não amamentou em sala de parto	12 (24,5)	06 (12,2)	1,742	0,140
Experiência positiva com o parto	17 (34,0)	23 (46,0)	0,809	0,074
Experiência negativa	08 (16,0)	02 (4,0)		
Satisfação com a assistência	18 (36,0)	22 (44,0)		
Insatisfação	07 (14,0)	03 (6,0)	1,833	0,289
Prematuro	01 (2,0)	01 (2,0)	1,000	1,000
Termo	24 (48,0)	24 (48,0)		
Peso do recém-nascido inferior a 2.500 gramas	01 (2,1)	01 (2,1)	1,000	1,000
Peso superior a 2.500 gramas	23 (27,9)	23 (47,9)		
Intercorrência neonatal	04 (8,5)	01 (2,1)	1,768	0,188
Sem intercorrências	19 (40,5)	23 (48,9)		
Recém-nascido encaminhado para UTI neonatal	02 (4,1)	01 (2,1)	1,333	1,000
Alojamento conjunto	23 (46,9)	23 (46,9)		
Início do aleitamento no hospital	21 (42,9)	24 (49,0)	0,467	0,110
Início do aleitamento pós-alta	04 (8,1)	-		
Em aleitamento exclusivo	14 (31,8)	16 (36,4)	1,867	0,195
Aleitamento misto	10 (22,7)	04 (9,1)		
Ausência de ansiedade	04 (8,0)	17 (34,0)		
Sintomas ansiosos	21 (42,0)	08 (16,0)	2,935	<0,001
Ansiedade moderada/severa	14 (38,0)	03 (6,0)	2,471	<0,002
Sintomas leves ou ausentes	11 (22,0)	22 (44,0)		

*Testes qui-quadrado e exato de Fisher; SUS – Sistema Único de Saúde; UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

Fonte: elaborada pelos autores.

Foram colocados no modelo de regressão robusta de Poisson as variáveis com valores de $p < 0,200$ na análise bivariada, a saber: menor escolaridade ($p = 0,010$); não exercer ocupação remunerada ($p = 0,188$); possuir plano de saúde/convênio ($p = 0,098$); obesidade ($p = 0,189$); doença durante a gestação ($p = 0,189$); não ter amamentado em sala de parto ($p = 0,140$); não ter iniciado o aleitamento na internação ($p = 0,110$);

em aleitamento misto ($p = 0,195$); intercorrência neonatal ($p = 0,188$); experiência negativa com o parto ($p = 0,074$); sintomas ansiosos ($p < 0,001$); e ansiedade moderada/severa ($p = 0,002$). A variável ter sido infectada pela COVID-19 foi inserida no modelo, por se tratar de variável de interesse do estudo. Na Tabela 4, são apresentados o erro padrão, os Intervalos de Confiança (95%) e os valores de p .

Tabela 4. Modelo de regressão robusta de Poisson entre sintomas de depressão pós-parto e variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas. Brasil, 2022

Variável	Erro padrão	IC 95%	Valor de p
Menor escolaridade	0,106	(-0,109) – 0,306	0,353
Não exercer atividade remunerada	0,141	(-0,190) – 0,363	0,540
Possuir convênio/plano de saúde	0,192	(-0,320) – 0,433	0,770
Obesidade	0,088	(- 0,607) – (-0,263)	<0,001
Doença gestacional	0,152	(-0,382) – 0,215	0,584
Infecção pela COVID-19	0,064	(-0,075) – 0,176	0,428
Não ter amamentado na primeira hora	0,107	(-0,160) – 0,261	0,640
Não ter iniciado o aleitamento durante a internação	0,177	(-0,183) – 0,511	0,353
Em aleitamento misto	0,795	0,227 – 0,797	0,372
Experiência negativa com o parto	0,115	(-0,032) – 0,418	0,093
Intercorrência neonatal	0,129	(-0,047) – 0,035	0,091
Sintomas ansiosos	0,888	(-0,111) – 0,237	0,480
Ansiedade moderada/severa	0,133	(-0,491) – 0,031	0,085

Fonte: elaborada pelos autores.

Somente a variável obesidade justificou a presença de sintomas de depressão pós-parto ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Os resultados apontaram que metade das puérperas apresentava sintomas de depressão e, 34%, ansiedade moderada ou severa.

Observou-se grande variação na frequência das alterações de saúde mental durante a vivência do período pós-parto na pandemia, com menores índices de depressão pós-parto (10,7%), reportados em estudo realizado no Japão⁽¹⁹⁾, e maiores escores (47,2%) em amostra de puérperas brasileiras⁽²⁰⁾. Os índices relatados de sintomatologia depressiva neste estudo foram superiores aos estudos realizados em amostra brasileira⁽²⁰⁾ e na região Sudeste do Brasil (38,8%⁽²¹⁾), assim como em estudos internacionais realizados no Japão (10,7% a 15,4%⁽¹⁹⁾), Estados Unidos (17,7%⁽²²⁾ e 18,1%⁽²³⁾), Canadá (35,2%⁽²⁴⁾), China (39,3%⁽²⁵⁾) e Reino Unido (43%⁽²⁶⁾), assim como a prevalência reportada em metanálises acerca da depressão pós-parto no período pandêmico, que apontou média de 17%⁽²⁴⁾ a 28%⁽¹¹⁾.

Em relação aos sintomas de ansiedade,

identificou-se ampla variação de ocorrência em puérperas durante o período pós-parto, sendo detectado em 26,6% em amostra multicêntrica⁽²⁰⁾ e em 61% das puérperas inglesas⁽²⁶⁾. Assim, o resultado do presente estudo encontra-se dentro dos índices encontrados globalmente, sendo reportadas as seguintes frequências: 31,4% no Canadá⁽²⁴⁾; 56,3% na China⁽²⁵⁾; e 61% no Reino Unido⁽²⁶⁾.

Mesmo com índices inferiores aos reportados no estudo, estudos apontaram aumento significativo dos casos de depressão pós-parto durante o período pandêmico^(20,24), assim como o aumento da ansiedade na vivência do puerpério^(20,24), indicando influência da pandemia na saúde mental materna.

A obesidade explicou os sintomas depressivos nas puérperas do estudo a partir da regressão de Poisson. A depressão pós-parto é um problema complexo e multifatorial, mas a obesidade é considerada um relevante fator de risco para sua ocorrência, como já reportado em estudos quantitativo e de metanálise⁽²⁷⁻²⁸⁾. Essa variável demonstra que a percepção de distúrbios da

autoimagem pode ocasionar riscos para o equilíbrio psicológico da puérpera, devido à busca pelo corpo perfeito, tão disseminada nas mídias sociais e que pode gerar intenso sofrimento psíquico.

Ainda há que se enfatizar a complexidade do puerpério e sua contribuição para carga mental materna. Estudo apontou que o foco da atenção no período pós-parto se reduz a cuidados com a saúde e bem-estar do recém-nascido, e não abarca as necessidades e particularidades da puérpera. Assim, as mesmas identificam a divergência discrepante entre a assistência pré-natal que definem como um cuidado sistematizado ao abandono vivido a que resumiram a assistência puerperal⁽²⁹⁾. Diante disso, faz-se necessário repensar a atenção puerperal, tendo como foco a mulher e sua saúde mental.

Por fim, estudo belga⁽³⁰⁾ e estudo multicêntrico⁽²³⁾, que avaliaram a saúde mental no período pós-parto, com metodologia semelhante e coleta de dados *online*, como no presente estudo, pontuaram como limitação as características da amostra, que, em sua maioria, declararam-se brancas⁽³⁰⁾, viviam com companheiro e possuíam alta escolaridade, além de citar que as respostas eram baseadas em autorrelatos^(23,30). Essas mesmas limitações estiveram presentes no estudo, assim como o pequeno número amostral, e assim como os autores, sinalizou-se que as mesmas comprometem a generalização dos resultados, por não representar puérperas em condições de vulnerabilidade.

Destaca-se que, no presente estudo, foram utilizados questionários que apontam alterações de saúde mental (depressão pós-parto e ansiedade). No entanto, escores alterados não exigem a necessidade de avaliação profissional para

diagnóstico e tratamento, e os resultados dos questionários são indicativos.

Outra limitação presente neste estudo é que não houve comparabilidade de período prévio para que pudesse identificar o impacto da pandemia na ocorrência ou justificar o aumento dos casos de depressão pós-parto.

Contudo, o estudo avança ao apontar prevalência de sintomas depressivos e ansiosos entre puérperas e possíveis fatores associados, o que pode contribuir para as práticas assistenciais e que é pouco explorado na literatura.

CONCLUSÃO

Identificou-se altos índices de sintomas de depressão pós-parto na amostra de estudo, que acometeu metade das participantes. Foram associados à ocorrência menor escolaridade, presença de sintomas ansiosos, ansiedade em intensidade moderada ou severa e a obesidade materna. Da mesma, forma observaram-se altos índices de ansiedade com intensidade moderada ou severa.

Destarte, os resultados reforçam a relevância e a premência dos profissionais de saúde em adotar uma presença atenta aos sintomas de ansiedade e depressão pós-parto, com oferta de acolhimento e intervenções em tempo oportuno, em especial junto a mulheres com obesidade e de menor escolaridade.

Sugere-se ainda a adoção de medidas para promoção e prevenção da saúde mental durante a gestação, além de consultas puerperais mais humanizadas e eficazes, que priorizem a mulher, não apenas os cuidados com o recém-nascido, e realização de novos estudos que abarquem fatores associados à saúde mental materna.

FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSIVE AND SYMPTOMS OF ANXIETY DURING THE PUERPERIUM IN THE COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT

Objective: to identify the presence of symptoms of postpartum depression, anxiety and associated factors in women who had children during the COVID-19 pandemic. **Method:** a cross-sectional study, based on an online survey, conducted between August 2021 and January 2022, with women, followers of a social network, who were between 30 and 40 days postpartum. To identify symptoms suggestive of postpartum depression, the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Generalized Anxiety Disorder 7 were used for symptoms of anxiety. In the analysis, chi-square and Fisher's exact tests were applied, and variables with a p-value <0.20 were inserted into the Poisson regression model with robust variance. **Results:** the sample consisted of 50 postpartum women, of whom 18 (36%) reported COVID-19 infection. A mean score of 9.9 ± 5.6 points was obtained on the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and 50% had symptoms of postpartum depression. The mean score obtained for symptoms of anxiety was 7.9 ± 5.9 points, and 34% had moderate or severe anxiety. In the bivariate analysis, an association was found between symptoms of postpartum depression and lower education ($p = 0.010$), symptoms

of anxiety ($p < 0.001$) and anxiety in moderate or severe intensity ($p = 0.002$). Obesity justified the symptoms of postpartum depression ($p < 0.001$) by the Poisson regression model with robust variance. **Conclusion:** changes in postpartum women's mental health were observed during the pandemic, and obesity was associated with depressive symptoms. This highlights the urgent need for healthcare professionals to pay attention to and intervene in the face of symptoms of anxiety and postpartum depression.

Keywords: Anxiety. COVID-19. Depression, Postpartum. Postpartum Period. Mental Health.

FACTORES ASOCIADOS A SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD DURANTE EL PUERPERIO EN LA PANDEMIA DE COVID-19

RESUMEN

Objetivo: identificar la presencia de síntomas de depresión postparto, ansiedad y factores asociados en mujeres que tuvieron hijos durante la pandemia de COVID-19. **Método:** estudio transversal, a partir de una encuesta online, realizada entre agosto 2021 y enero 2022, con mujeres, seguidoras de una red social, que se encontraban entre 30 y 40 días postparto. Para identificar síntomas sugestivos de depresión postparto, se utilizaron la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* y *Generalized Anxiety Disorder 7* para los síntomas ansiosos. En el análisis, se aplicaron las pruebas chi-cuadrado y exacta de Fisher, y variables con valor de $p < 0,20$ fueron insertadas en el modelo de regresión de Poisson con varianza robusta. **Resultados:** la muestra estaba compuesta por 50 puérperas, de las cuales 18 (36%) informaron infección por COVID-19. Se obtuvo una puntuación media de $9,9 \pm 5,6$ puntos en la *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, y el 50% presentaba síntomas de depresión posparto. La puntuación media obtenida para los síntomas de ansiedad fue $7,9 \pm 5,9$ puntos, y 34% presentaban ansiedad moderada o severa. En el análisis bivariado, se comprobó la asociación entre síntomas de depresión postparto y menor escolaridad ($p = 0,010$), síntomas ansiosos ($p < 0,001$) y ansiedad de intensidad moderada o severa ($p = 0,002$). La obesidad justificó los síntomas de depresión postparto ($p < 0,001$) por el modelo de regresión de Poisson con varianza robusta. **Conclusión:** se observaron cambios en la salud mental de las puérperas durante la pandemia, y la obesidad fue asociada con síntomas depresivos. Se señala la premura de los profesionales de salud en atenderse e intervenir ante síntomas de ansiedad y depresión postparto.

Palabras clave: Ansiedad. COVID-19. Depresión postparto. Período postparto. Salud mental.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Number of COVID-19 cases reported to WHO (cumulative total). World Health Organization [on-line]. 2024. [citado em 27 maio 2024]. Disponível em: URL: <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?n=c>.
- World Health Organization. Number of COVID-19 deaths reported to WHO (cumulative total). World Health Organization [on-line]. 2024. [citado em 27 maio 2024]. Disponível em: URL: <https://data.who.int/dashboards/covid19/deaths?n=c>.
- Sutton D, Fucks K, D'Alton M, Goffman D. Universal screening for SARS-CoV-2 in women admitted for delivery. *N. Engl. J. Med.* 2020; 382: 2163–2164. Doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMe2009316>
- Observatório Obstétrico Brasileiro. OOB SRAG: Síndrome respiratória aguda grave em gestantes e puerpéras. Observatório Obstétrico Brasileiro [on-line]. 2021. [citado em 27 maio 2024]. Doi: <http://dx.doi.org/10.7303/syn44142724>
- Maciel LP, Costa JCC, Campor GMB, Santos NM, Melo RA, Diniz LFB. Mental disorder in puerperio: risks and mechanisms of counseling for the promotion of health. *Rev. Pesqui. Fund. Cuid.* 2019; 11(4): 1096–1102. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1096-1102>
- Jeong YJ, Nho JH, Kim JY. Factors influencing quality of life in early postpartum women. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021;18(6): 2988. Doi: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18062988>
- Zanardo V, Manghina V, Giliberti L, Vettore M, Severino L, Starface G. Psychological impact of COVID-19 quarantine measures in northeastern Italy on mothers in the immediate postpartum period. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2020; 150(2): 184–188. Doi: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13249>
- Ostacoli L, Cosma S, Bevilacqua P, Berchiella P, Bovetti M, Carosso AR, et al. Psychosocial factors associated with postpartum psychological distress during the Covid-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020; 20(1):703. Doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-020-03399-5>
- Hartmann JM, Mendonza SRA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33 (9): e00094016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00094016>
- Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML, White IR, Fawcett JM. The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a multivariate Bayesian meta-analysis. *J. Clin. Psychiatry.* 2019; 80(4): 18r12527. Doi: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.18r12527>
- Safi-Keykaleh M, Aliakbari F, Safarpour H, Safari M, Tahernejad A, Sheikhbardsiri H, et al. Prevalence of postpartum depression in women amid the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2022;157(2): 240–247. Doi: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.14129>
- Cuschiare S. The STROBE guidelines. *Saudi. J. Anaesth.* 2019;13(Suppl 1): S31–S34. Doi: http://dx.doi.org/10.4103/sja.SJA_543_18.
- Eysenbach G. Improving the Quality of Web Surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J. Med. Internet Res.* 2004;6(3): e34. Doi: <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.6.3.e34>
- Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validação da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) em uma amostra de mães do estudo de coorte de nascimentos de Pelotas, 2004. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23 (11): 2577–2588. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100005>
- Figueira P, Correa H, Malloy DL, Romano-Silva MA. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para rastreamento no sistema público de saúde. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43(1): 79–84. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800012>
- Gibson J, Mckenzie MCH, Shakespeare J, Gray R. A

systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr. Scand.* 2009; 119(5): 350-364. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01363.x>

17. Bartolo AM, Anabela SP. Factor structure and construct validity of the Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) among portuguese college students. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33 (9): e00212716. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00212716>

18. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 466, de 12 de dezembro de 2012. [on-line].2012. [citado em 06 nov 2024]. Disponível em: URL: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>.

19. Suzuki S. Changes in psychological status of postpartum women due to the COVID-19 pandemic in Japan. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* 2022; 35 (15): 3012-3013. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14767058.2020.1814250>

20. Mateus V, Cruz S, Costa R, Mesquita A, Christoforou A, Wilson CA, et al. Rates of depressive and anxiety symptoms in the perinatal period during the COVID-19 pandemic: comparisons between countries and with pre-pandemic data. *J. Affect. Disord.* 2022; 316: 245-253. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.017>

21. Galletta MAK, Oliveira AMSS, Albertini JGL, Benute GG, Peres SV, et al. Postpartum depressive symptoms of Brazilian women during the COVID-19 pandemic measured by the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J. Affect. Disord.* 2022; 296: 577-586. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.091>

22. Goyal D, Beck CT, Webb R, Ayers S. Postpartum depressive symptoms and experiences during COVID-19. *MCN Am. J. Matern. Child Nurs.* 2022;47(2):77-84. Doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NMC.0000000000000802>

23. Waschmann M, Rosen K, Gievers L, Hildebrand A, Laird A, Khaki S. Evaluating the impact of the COVID-19 pandemic on postpartum depression. *J. Womens Health.* 2022; 31(6): 772-778.

Doi: <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2021.0428>

24. Racine N, Hetherington E, McArthur BA, McDonald S, Edwards S, Tough S. Maternal depressive and anxiety symptoms before and during the COVID-19 pandemic in Canada: a longitudinal analysis. *Lancet Psychiatry.* 2021; 8 (5): 405-415. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00074-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00074-2)

25. Li T, Sun S, Liu B, Wang J, Zhang Y, Cheng G, et al. Prevalence and risk factors for anxiety and depression in patients with COVID-19 in Wuhan, China. *Psychosom. Med.* 2021; 83 (4): 368-372. Doi: <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0000000000000934>

26. Fallon V, Davies SM, Silverio SA, Jackson L, De Pascalis L, Harold JA. Psychosocial experiences of postnatal women during the COVID-19 pandemic. A UK-wide study of prevalence rates and risk factors for clinically relevant depression and anxiety. *J. Psychiatr. Res.* 2021; 136:157-166. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.048>

27. Radzi CWJBWM, Jenatabadi HS, Samsudin N. mHealth Apps Assessment among postpartum women with obesity and depression. *Healthcare (Basel).* 2020; 8(2): 72. Doi: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare8020072>.

28. Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: an evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J. Psychiatr.* 2020; 53:102353. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>.

29. Canário MASS, Cardelli AAM, Caldeira S, Zami AV, Baggio MA, Ferrari RAP. O vivido de mulheres no puerpério: (des)continuidade da assistência na maternidade e atenção primária. *Ciênc. Cuid Saúde.* 2021; 20: e55440. Doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v20i0.55440>

30. Kuipers YJ, Bleijenbergh R, Van den Branden L, Van Gils Y, Rimaux S, Brosens C, et al. Psychological health of pregnant and postpartum women before and during the COVID-19 pandemic. *PLoS One.* 2022; 17(4): e0267042. Doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0267042>

Endereço para correspondência: Mariana Torreglosa Ruiz. Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Curso de Graduação em Enfermagem. Praça Manoel Terra, 330, Abadia, Uberaba -MG, CEP: 38025-015. Telefone: (34)3318-6416, Email: mariana.ruiz@uftm.edu.br

Data de recebimento: 27/05/2024

Data de aprovação: 16/11/2024