Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32801

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM MÃES NO PRIMEIRO ANO APÓS O PARTO: REFLEXÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

PREVALENCE OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN MOTHERS DURING THE FIRST YEAR AFTER CHILDBIRTH: REFLECTIONS FOR NURSING PRACTICE

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MADRES DURANTE EL PRIMER AÑO DESPUÉS DEL PARTO: REFLEXIONES PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

Stefane Eduarda Soares Caldeiras[1]
Anna Caroline Soares Pereira[2]
Erica Dias Borges Queiroz[3]
Ketllen Nunes Rodrigues[4]
Hellen Cristina Silva Marques[5]
Ana Paula Lopes Lima[6]

RESUMO: **Objetivo:** Descrever os sintomas depressivos autorrelatados por mulheres no primeiro ano após o parto, por meio da aplicação online da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa e caráter descritivo, realizado com 20 mulheres. A pesquisa foi divulgada em redes sociais, de junho a agosto de 2026, utilizando amostragem não probabilística por conveniência. Foram aplicados um questionário sociodemográfico e a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo. Os dados foram analisados por estatística descritiva. **Resultados:** Os escores da escala variaram de 6 a 25 pontos, com média de 16,25 pontos. Considerando o ponto de corte superior a 10 pontos, N=18 participantes (90,0%) apresentaram rastreamento positivo para sintomas depressivos. Entre as manifestações identificadas, destacaram-se sentimento de culpa, ansiedade ou preocupação e dificuldade para lidar com as tarefas e acontecimentos do cotidiano. **Discussão:** Os resultados evidenciam a presença de sintomas depressivos entre as participantes e reforçam a importância da avaliação da saúde mental materna. **Conclusão:** Destaca-se a importância da atuação da enfermagem na identificação precoce dos sintomas, no acolhimento e no encaminhamento para avaliação profissional.

Palavras-chave: Período pós-parto. Depressão pós-parto. Saúde mental. Enfermagem.

ABSTRACT: **Objective:** To describe the self-reported depressive symptoms of women during the first year after childbirth through the online administration of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Method:** This is a cross-sectional, quantitative, descriptive study conducted with 20 women. The survey was disseminated through social media from June to August 2026, using non-probability convenience sampling. A sociodemographic questionnaire and the

[1]Graduação de enfermagem pelo Centro Universitário de Goiatuba - UNICERRADO)
[2] Graduação de enfermagem pelo Centro Universitário de Goiatuba - UNICERRADO)
[3]Graduação de enfermagem pelo Centro Universitário de Goiatuba - UNICERRADO)
[4]Graduação de enfermagem pelo Centro Universitário de Goiatuba - UNICERRADO)
[5]Graduação de enfermagem pelo Centro Universitário de Goiatuba - UNICERRADO)
[6]Orientadora. Docente do Centro Universitário de Goiatuba - UNICERRADO)

Edinburgh Postnatal Depression Scale were administered. Data were analyzed using descriptive statistics. **Results:** Scale scores ranged from 6 to 25 points, with a mean of 16.25 points. Considering a cutoff score above 10, 18 participants (90.0%) screened positive for depressive symptoms. The most prominent manifestations included feelings of guilt, anxiety or worry, and difficulty coping with everyday tasks and events. **Discussion:** The results demonstrate the presence of depressive symptoms among the participants and reinforce the importance of assessing maternal mental health. **Conclusion:** The findings highlight the importance of nursing in the early identification of symptoms, providing support, and referring women for professional evaluation.

Keywords: Postpartum Period. Postpartum Depression. Mental Health. Nursing.

RESUMEN: **Objetivo:** Describir los síntomas depresivos autorreportados por mujeres durante el primer año después del parto, mediante la aplicación en línea de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo. **Método:** Se trata de un estudio transversal, de enfoque cuantitativo y carácter descriptivo, realizado con 20 mujeres. La investigación se difundió a través de redes sociales entre junio y agosto de 2026, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicaron un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. **Resultados:** Las puntuaciones de la escala variaron entre 6 y 25 puntos, con una media de 16,25 puntos. Considerando un punto de corte superior a 10 puntos, 18 participantes (90,0 %) presentaron un resultado positivo en el cribado de síntomas depresivos. Entre las manifestaciones identificadas, destacaron los sentimientos de culpa, la ansiedad o preocupación y la dificultad para afrontar las tareas y los acontecimientos cotidianos. **Discusión:** Los resultados evidencian la presencia de síntomas depresivos entre las participantes y refuerzan la importancia de evaluar la salud mental materna. **Conclusión:** Se destaca la importancia del papel de la enfermería en la identificación precoz de los síntomas, la acogida de las mujeres y su derivación para una evaluación profesional.

Palabras clave: Período Posparto. Depresión Posparto. Salud Mental. Enfermería.

INTRODUÇÃO

O período pós-parto, designado como puerpério, compreende o período desde o nascimento do bebê até seis a oito semanas posteriores, quando ocorre a regressão uterina e a readequação fisiológica ao estado anterior à gestação (ANS, 2024). A classificação do puerpério no Brasil considera três períodos: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia, sem duração previamente estabelecida) (IFF/FIOCRUZ, 2021; Baratieri; Natal, 2019). Com a chegada de um novo integrante à família, surgem desafios como privação do sono, mudanças de rotina, problemas na amamentação e alterações hormonais, fatores que aumentam a vulnerabilidade da puérpera a transtornos psíquicos como depressão pós-parto e psicose puerperal (ACOG, 2018). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 1 em cada 5 mulheres apresenta condição psicológica durante o puerpério, e

20% dessas mulheres apresentam ideação suicida e atos de automutilação. O Ministério da Saúde recomenda assistência pós-natal humanizada, com avaliação das condições psicoemocionais da puérpera (BRASIL, 2006).

Entre as manifestações mais comuns no puerpério está o Baby Blues, condição emocional transitória e mais leve, que não deve ser confundida com a Depressão Pós-Parto (DPP), quadro que se manifesta por humor deprimido, irritabilidade, choro frequente, sentimento de culpa e alterações de sono e apetite, podendo prejudicar a interação mãe-filho e a amamentação (Soares; Rodrigues, 2018; Tosto *et al.*, 2023). Entre os principais fatores de risco para a DPP estão a baixa renda, a gravidez não planejada e a falta de apoio social (Santos *et al.*, 2022). A psicose pós-parto, embora rara, constitui a manifestação mais grave desse período, configurando emergência psiquiátrica com delírios, alucinações e desorganização do pensamento, o que exige reconhecimento precoce e encaminhamento imediato ao cuidado especializado (Friedman *et al.*, 2023).

No estudo Nascer no Brasil II, 17,9% das participantes apresentaram sintomas de depressão, 16,3% de ansiedade e 7,7% de estresse pós-traumático ligado ao parto (Theme-Filha *et al.*, 2025). Diante desses resultados, destaca-se a importância de uma assistência pós-natal que considere a saúde mental materna, além da recuperação física e dos cuidados com o bebê. A OMS recomenda o uso de instrumentos validados para rastrear sintomas depressivos e ansiosos, associado à oferta de avaliação diagnóstica e de cuidados apropriados às mulheres que apresentem resultados positivos (OMS, 2022).

A Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) é um instrumento de rastreamento composto por dez itens de autorrelato, destinado a identificar mulheres que podem precisar de avaliação mais aprofundada. A escala não substitui entrevista clínica nem estabelece de forma isolada um diagnóstico de depressão pós-parto. Sua aplicação padronizada considera como a pessoa se sentiu nos sete dias anteriores ao preenchimento. Assim, quando as perguntas são respondidas com base em experiências passadas, há uma mudança nas condições de aplicação que pode comprometer a interpretação dos resultados (Cox *et al.*, 1987; Levis *et al.*, 2020). No Brasil, estudos com mães identificaram evidências psicométricas favoráveis à versão brasileira da EPDS, aplicada tanto on-line quanto presencialmente (Bandeira *et al.*, 2025).

Este estudo busca dar visibilidade às manifestações de sofrimento psíquico vivenciadas por mulheres no pós-parto, com foco na identificação de sintomas depressivos por meio de um instrumento validado. Pretende-se contribuir para a ampliação do conhecimento sobre a saúde

mental materna e destacar a importância da atuação da enfermagem na identificação precoce desses sintomas, no acolhimento das mulheres e no encaminhamento adequado para avaliação e acompanhamento profissional, favorecendo uma assistência integral à saúde materno-infantil.

Nesse sentido, esta pesquisa tem como objetivo descrever os sintomas depressivos autorrelatados por mulheres no primeiro ano após o parto, por meio da aplicação online da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS), contribuindo para a compreensão das manifestações de sofrimento psíquico nesse período e para a valorização da saúde mental materna.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa e caráter descritivo, realizado em um único momento com mães cujos filhos têm até um ano de idade, por meio da aplicação de questionários online para coleta das variáveis de interesse, sem acompanhamento longitudinal das participantes, para responder à seguinte pergunta norteadora: quais são os principais sintomas de depressão em mães no período do puerpério?

Para obtenção das respostas e captação das participantes, a pesquisa foi divulgada em redes sociais no período de junho a agosto de 2026, adotando-se amostragem não probabilística por conveniência. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos, ser mãe de uma criança de ambos os sexos até um ano de idade, ser alfabetizada e concordar voluntariamente com a participação mediante aceite do TCLE. Os critérios de exclusão foram: menores de 18 anos e mães com filhos em idade superior a um ano.

Após a apresentação e o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as participantes responderam a um questionário sociodemográfico, elaborado pelas pesquisadoras para caracterizar suas condições sociais e financeiras. Para o rastreamento de sintomas depressivos, foi utilizada a Escala de Depressão Pós-Natal de Edinburgh (EPDS), instrumento validado para uso no Brasil (Santos *et al*., 2007), composto por 10 itens com quatro alternativas de resposta cada.

O projeto encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) registrado sob o número 4.392.551, como parte de um projeto guarda-chuva, intitulado: Amamentação Prolongada, contemplando o objetivo de identificar sintomas de depressão no pós-parto. Em conformidade com a resolução nº 466/2012 e com a Norma 510/2016, esta pesquisa assegurou o

respeito à dignidade humana e a proteção das participantes durante todas as etapas do estudo tendo os seus direitos resguardados, garantindo autonomia e liberdade.

Os questionários ficaram disponíveis por meio de um link de livre acesso durante o período da coleta, totalizando 20 respostas. Os dados foram organizados no Microsoft Excel 2022. As informações referentes à caracterização sociodemográfica e aos escores da EPDS foram analisadas por estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e médias e desvios padrão para variáveis numéricas.

RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação de 20 mulheres, com idades entre 20 e 34 anos e média de 25,2 anos. Quanto à distribuição regional (Tabela 1), observou-se maior concentração de participantes no estado de Goiás, reunindo 14 respondentes (70%), principalmente nos municípios de Goiatuba (N=6) e Pontalina (N=5).

Tabela 1 - Distribuição das participantes segundo o estado de residência, n=20. Brasil, 2026.

Estado	N	%
Goiás	14	70,0
São Paulo	2	10,0
Rio de Janeiro	1	5,0
Rondônia	1	5,0
Santa Catarina	1	5,0
Distrito Federal	1	5,0
Total	**20**	**100,0**

Fonte: Caldeira SE, *et al.*, 2026

Essa concentração regional pode estar relacionada à divulgação da pesquisa por meio de grupos online da região. A divulgação extrapolou os limites do estado de Goiás, contando com a participação de mulheres residentes em outras regiões do país, como no estado de São Paulo (N=2), nas cidades de Santos (N=1) e Guarulhos (N=1); além nas cidades de: Porto Velho - Rondônia (N=1), Benedito Novo - Santa Catarina (N=1), Nova Friburgo - Rio de Janeiro (N=1) e Brasília - Distrito Federal (N=1).

Entre as participantes, N=9 (45%) se autodeclararam brancas, N=7 (35%) pardas e N=4 (20%) negras. Em relação ao estado civil, N=8 (40%) estavam em união estável, N=6 (30%) solteiras, N=4 (20%) casadas e N=2 (10%) eram divorciadas.

Conforme apresentado na Tabela 2, 55% das participantes (N=11) declararam possuir vínculo empregatício. Quanto à renda individual, predominou a faixa de 1 a 3 salários-mínimos (40%; N=8), seguida por ausência de renda individual (30%; N=6). Já na renda familiar, a faixa de 1 a 3 salários-mínimos também foi a mais frequente (50%; N=10), seguida pela faixa de 3 a 6 salários-mínimos (30%; N=6).

Tabela 2 - Caracterização socioeconômica das participantes, n=20. Brasil, 2026.

Variável	N	%
Vínculo empregatício		
Sim	11	55%
Não	9	45%
Renda individual		
Até 1 salário-mínimo	4	20%
De 1 a 3 salários-mínimos	8	40%
De 3 a 6 salários-mínimos	2	10%
Não tenho renda	6	30%
Renda familiar		
Até 1 salário-mínimo	2	10%
De 1 a 3 salários-mínimos	10	50%
De 3 a 6 salários-mínimos	6	30%
Mais de 6 salários-mínimos	1	5%
Não tenho	1	5%
Total	**20**	**100,0**

Fonte: Caldeira SE, *et al.*, 2026

Quanto à composição do domicílio, N=12 (60%) das participantes informaram morar com o cônjuge, N=6 (30%) com familiares e N=2 sozinho (10%). Em relação à transporte próprio, N=15 (75%) declararam possuir meio de transporte próprio, enquanto N=5 (25%) não possuíam.

Por fim, quanto ao tempo desde o parto mais recente, 45% das participantes (N=9) relataram que o parto mais recente ocorreu de 7 a 12 meses, enquanto as demais se encontram em outro período, conforme a Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das participantes segundo o tempo decorrido desde o parto mais recente, n=20. Brasil, 2026.

Tempo de parto mais recente	N	%
Até 45 dias	2	10%

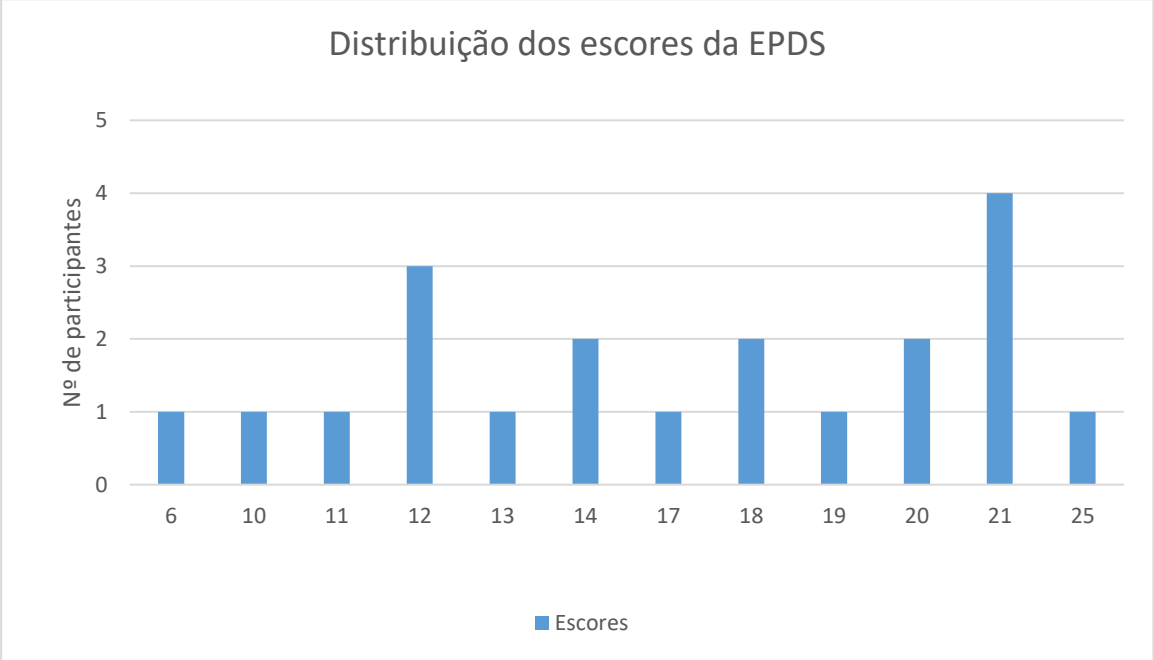
De 45 dias a 3 meses	3	15%
De 4 a 6 meses	6	30%
De 7 a 12 meses	9	45%
Total	**20**	**100,0**

Fonte: Caldeira SE, *et al.*, 2026

Após a descrição do questionário sociodemográfico, foi realizada a avaliação dos sintomas de depressão pós-parto por meio da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS). A escala é composta por 10 itens, e cada um deles possui quatro alternativas de resposta, pontuadas de 0 a 3. O escore total pode variar de 0 a 30 pontos.

Entre as 20 participantes incluídas na análise, os escores totais da EPDS variaram de 6 a 25 pontos, com média de 16,25 pontos. A pontuação de 21 pontos foi a mais frequente, registrada por N=4 participantes (20,0%), seguida pelo escore de 12 pontos, identificado em N=3 (15,0%). As pontuações de 14, 18 e 20 pontos apareceram em N=2 participantes cada (10,0%). Os demais escores foram observados uma vez cada, correspondendo a 5,0% da amostra por pontuação. A distribuição completa dos escores está apresentada no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição dos escores obtidos pelas participantes na Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS), n=20. Brasil, 2026.



Fonte: Caldeira SE, *et al.*, 2026

Para a classificação dos escores, utilizou-se como referência o critério de Santos *et al.* (2007), que considera pontuações superiores a 10 na EPDS como indicativos de rastreamento

positivo. Dessa forma, N=18 participantes (90%) alcançaram 11 pontos ou mais, enquanto N=2 (10%) permaneceram na faixa de até 10 pontos.

Passando para a análise individual dos itens, no primeiro, que trata da capacidade de rir e ver o lado engraçado das coisas, N=12 participantes (60%) responderam "não tanto quanto antes", N=5 (25%) responderam "como eu sempre fiz" e N=3 (15%) assinalaram "sem dúvida, menos que antes".

No segundo item, sobre pensar no futuro com alegria, a análise das respostas mostrou que N=8 participantes (40%) pensaram "um pouco menos que de costume". Outras N=7 (35%) responderam "tanto quanto de costume" e N=5 (25%) "muito menos que de costume";

Quanto ao terceiro item, que aborda a culpa sem razão quando as coisas dão errado, os dados demonstraram que N=12 participantes (60%) responderam "sim, algumas vezes" e N=8 (40%) responderam "sim, na maioria das vezes".

Em relação à ansiedade ou preocupação sem uma boa razão, quarto item da escala, a alternativa "sim, às vezes" foi a mais assinalada, com N=12 participantes (60%). Em seguida, N=7 (35%) responderam "sim, muito frequentemente" e N=1 (5%) respondeu "não, de jeito nenhum".

No quinto item, que investigou a sensação de susto ou pânico sem um bom motivo, as alternativas "não, raramente" e "sim, às vezes" foram escolhidas por N=6 participantes cada (30%), N=5 participantes (25%) responderam "sim, muito frequentemente" e "não, nunca" por N=3 (15%).

Entre as participantes, no sexto item, que se refere à sensação de sobrecarga pelas tarefas e acontecimentos do dia a dia, N=10 (50%) responderam "sim, na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles" e N=8 (40%) responderam "sim, algumas vezes não consigo lidar bem como antes". Outra N=1 (5%) respondeu "não, eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes", e N=1 (5%) respondeu "não, na maioria das vezes consigo lidar bem com eles".

Na análise do sétimo item, sobre sentir-se tão infeliz a ponto de ter dificuldade para dormir, N=7 participantes (35%) responderam "sim, na maioria das vezes". A alternativa "raramente" foi assinalada por N=5 (25%), e as alternativas "não, nunca" e "sim, algumas vezes" por N=4 participantes cada (20%).

O oitavo item avaliou o sentimento de tristeza ou de se sentir muito mal. Verificou-se que N=7 participantes (35%) responderam "não muito frequentemente", N=7 (35%)

responderam "sim, frequentemente", N=5 (25%) responderam "sim, na maior parte do tempo" e N=1 (5%) respondeu "não, nunca".

No nono item, que questionou se a tristeza chegou a ponto de levar ao choro, N=9 participantes (60%) responderam "apenas ocasionalmente". Responderam "sim, frequentemente" N=6 (30%), "sim, a maior parte do tempo" N=3 (15%) e "não, nunca" N=2 (10%).

Em relação aos pensamentos destrutivos ou de autoagressão, a pesquisa trouxe um dado que merece destaque. O décimo e último item da escala perguntou sobre a ideia de fazer alguma coisa contra si mesma, e N=10 participantes (50%) responderam "nunca". Responderam "raramente" N=5 (25%), "às vezes" N=4 (20%) e "sim, muitas vezes" N=1 (5%). Somando as alternativas diferentes de "nunca", N=10 participantes (50%) relataram ter tido esse tipo de pensamento em algum grau.

DISCUSSÃO

Este estudo descreveu os sintomas depressivos autorrelatados por 20 mulheres cujo parto mais recente ocorreu nos 12 meses anteriores à participação na pesquisa. A maioria residia em Goiás (70,0%), e a idade média foi de 25,2 anos. Os escores da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) variaram de 6 a 25 pontos, com média de 16,25 (DP = 4,90). A pontuação mais frequente foi de 21 pontos, observada em N=4 participantes (20,0%). Considerando o tamanho reduzido e a seleção por conveniência da amostra, os resultados descrevem os escores obtidos entre as participantes e não devem ser interpretados como estimativa da prevalência de depressão pós-parto ou como confirmação diagnóstica.

Considerando o ponto de corte superior a 10 pontos (escores ≥ 11), 18 das 20 participantes (90,0%) apresentaram rastreamento positivo e 2 (10,0%), rastreamento negativo. Esse ponto de corte também foi utilizado por Santos *et al.* (2007) e corresponde ao valor que apresentou o melhor equilíbrio entre sensibilidade e especificidade em uma meta-análise realizada por Levis *et al.* (2020). Nesse último estudo, considerando a entrevista diagnóstica como parâmetro de comparação, o limite de 11 pontos apresentou sensibilidade de 0,81 e especificidade de 0,88. Já na validação brasileira, foram observados valores de especificidade menores em comparação com estudos realizados em outros países (Santos *et al.*, 2007). Na prática, isso indica que a escala consegue identificar muitas mulheres com possíveis sintomas depressivos, mas não necessariamente todas. Da mesma forma, nem todas aquelas que apresentam pontuação acima

do limite estabelecido terão o diagnóstico confirmado após uma avaliação clínica. No presente estudo, as pontuações também não ficaram concentradas apenas próximas ao ponto de corte. A média obtida foi de 16,25 pontos, e pelo menos N=11 participantes (55,0%) alcançaram 14 pontos ou mais. Apesar desses resultados, é importante lembrar que a pontuação elevada na EPDS indica a necessidade de uma investigação mais aprofundada, mas não confirma, de forma isolada, a presença de depressão pós-parto.

A frequência de resultados positivos neste estudo foi maior que outros achados na literatura. Como exemplo, Theme-Filha *et al.* (2025) observaram que 17,9% das mulheres de uma coorte representativa dos nascimentos do estado do Rio de Janeiro entre 2021 e 2023 apresentavam sintomas depressivos dois meses após o nascimento do bebê; uma meta-análise global de 565 estudos estimou 17,22% (Wang *et al.*, 2021); e, em uma maternidade pública do Espírito Santo, a EPDS com ponto de corte ≥ 12 identificou sintomas em 29,7% das puérperas (Santos *et al.*, 2022). Essas pesquisas diferem do presente estudo quanto ao tamanho e à representatividade da amostra, ao momento da avaliação, ao instrumento e ao ponto de corte, e por isso não permitem comparação direta.

Na análise dos itens, os sintomas mais frequentes foram culpa, ansiedade e dificuldade para lidar com o cotidiano, e não o rebaixamento ou alteração do humor. Todas as participantes (N=20; 100,0%) relataram sentir culpa sem necessidade, ao menos algumas vezes, quando as coisas davam errado (item 3). Ansiedade ou preocupação sem boa razão (item 4) foi relatada por N=19 (95,0%), e N=18 (90,0%) disseram não conseguir lidar bem com as tarefas e acontecimentos do dia a dia, ao menos algumas vezes (item 6). O medo ou pânico sem bom motivo (item 5) foi menos frequente, mas ainda marcado como “sim, às vezes” ou “sim, muito frequentemente” por N=11 (55,0%). Os itens 3, 4 e 5 formam a subescala EPDS-3A, proposta como alternativa de triagem para sintomas ansiosos no pós-parto (Smith-Nielsen *et al.*, 2021), o que sugere que o sofrimento das participantes teve um forte componente de preocupação e tensão. Como não foi aplicado instrumento específico para ansiedade, esses dados indicam a presença de sintomas, e não de transtorno de ansiedade. A coexistência desses quadros é esperada: na pesquisa Nascer no Brasil II, uma mesma mulher poderia apresentar simultaneamente sintomas depressivos, ansiosos e relacionados ao estresse pós-traumático (Theme-Filha *et al.*, 2025).

A culpa e a sensação de não dar conta podem estar relacionadas às exigências da maternidade no período pós-parto, que envolvem situações como noites mal dormidas,

alterações na rotina e dificuldades com a amamentação (ACOG, 2018), além da cobrança que a mulher pode colocar em si mesma. Santos *et al.* (2022) lembram que, embora a maternidade seja frequentemente relacionada à felicidade, ela também pode gerar estresse e ansiedade pela preocupação com a saúde do filho e com a capacidade de ser uma boa mãe. Apesar de serem explicações possíveis para os sentimentos mencionados, essas causas não foram avaliadas pela pesquisa e, portanto, não podem ser apresentadas como conclusões dos resultados.

Os itens ligados à perda de prazer tiveram respostas mais variadas. Rir e ver o lado engraçado das coisas menos do que antes foi relatado por N=15 (75,0%), e pensar no futuro com alegria menos do que de costume por N=13 (65,0%). Predominaram, porém, as alternativas de menor intensidade ("não tanto quanto antes", N=12; "um pouco menos que de costume", N=8), e N=5 (25,0%) e N=7 (35,0%) mantiveram essas capacidades como sempre. Tristeza e choro foram mais frequentes: N=12 (60,0%) sentiram-se tristes ou muito mal "frequentemente" ou "na maior parte do tempo" (item 8), e N=9 (45,0%) choraram com essa frequência (item 9). Apenas N=1 (5,0%) e N=2 (10,0%) responderam "nunca" a esses itens. Choro e oscilações de humor também fazem parte do baby blues, mas essa condição é passageira, limitada e surge nos primeiros dias após o parto (Tosto *et al.*, 2023). Como apenas N=2 (10,0%) das participantes estavam no puerpério imediato ou tardio (até 45 dias) e N=15 (75,0%) estavam entre quatro e doze meses, já no puerpério remoto, é pouco provável que os sintomas relatados correspondam apenas a essa condição, embora o estudo não tenha avaliado a duração dos sintomas.

A dificuldade para dormir por causa da infelicidade (item 7) foi referida por N=11 (55,0%) como "na maioria das vezes" ou "algumas vezes". O item não mede o sono interrompido pelos cuidados com o recém-nascido, e sim o prejuízo do sono associado ao sofrimento emocional, o que o distingue da privação de sono esperada nesse período. O sono prejudicado é muito comum nesse período. Yang *et al.* (2020) estimaram que 67,2% das mulheres no pós-parto relatavam má qualidade do sono, embora os resultados variassem entre os estudos analisados. Por isso, a dificuldade para dormir deve ser interpretada em conjunto com os demais itens da escala, e não de forma isolada. Os dados deste estudo também não permitem saber se alterações no sono surgiram antes ou como consequência do sofrimento emocional.

O item 10, que pergunta sobre pensamentos de fazer alguma coisa contra si mesma, exige leitura cuidadosa. Metade das participantes (N=10; 50,0%) respondeu algo diferente de "nunca": N=5 (25,0%) "raramente", N=4 (20,0%) "às vezes" e N=1 (5,0%) "sim, muitas vezes". Essas respostas não devem ser interpretadas automaticamente como ideação suicida. Qiu *et al.* (2023)

destacam que, embora esteja relacionado à identificação de pensamentos de autolesão, o item não permite avaliar exclusivamente a presença de ideação suicida. Isso ocorre porque as respostas podem refletir tanto pensamentos de causar danos intencionalmente a si mesma quanto preocupações com a ocorrência de ferimentos não intencionais. Portanto, uma resposta positiva precisa ser analisada com cuidado e investigada individualmente, uma vez que não confirma, por si só, a presença de risco. Apesar disso, não deve ser ignorada ou tratada como irrelevante. Uma revisão sistemática recente mostrou que a ocorrência de comportamentos e pensamentos relacionados ao suicídio no pós-parto não está associada exclusivamente à presença de sintomas depressivos, Baldini *et al.* (2026) explicam que condições socioeconômicas desfavoráveis está entre os fatores de risco e que as taxas de ideação suicida apresentaram grande variação, indo de 2,2% a mais de 50%, conforme a população e o método de avaliação; Outra revisão alerta que instrumentos desenvolvidos para identificar depressão podem deixar de reconhecer mulheres em risco que não estão deprimidas (Arditi-Arbel *et al.*, 2023). Devido às diferenças nos métodos adotados, não é possível comparar os resultados com o de outros estudos, e a resposta de cada participante precisa receber atenção e ser aprofundada por meio de avaliação individual.

No perfil socioeconômico, N=9 (45,0%) das participantes não tinham vínculo empregatício e N=6 (30,0%) não possuíam renda individual. Somadas às N=4 (20,0%) com renda de até um salário-mínimo, metade da amostra (N=10) tinha renda individual de no máximo um salário-mínimo ou nenhuma renda. A renda familiar concentrou-se entre um e três salários-mínimos (N=10; 50,0%), e N=13 (65,0%) viviam em famílias com renda de até três salários-mínimos. Como apenas N=1 (5,0%) relatou ausência de renda familiar, contra 30,0% sem renda individual, o cenário sugere que parte das participantes dependia da renda do domicílio. A literatura aponta que a condição econômica da família está associada à depressão perinatal (OR = 1,69), enquanto situação de emprego e estado civil não tiveram associação significativa em uma meta-análise (Yang *et al.*, 2022). Uma revisão sistemática relaciona menor renda e menor escolaridade materna a maior ocorrência de depressão pós-parto (Szurek-Cabanas *et al.*, 2024). Apesar de algumas pesquisas apontarem relações entre condições socioeconômicas e sintomas depressivos, essa associação não foi mantida no estudo realizado no Espírito Santo. A idade entre 14 e 24 anos permaneceu associada aos sintomas. (Santos *et al.*, 2022). A amostra aqui analisada tinha de 20 a 34 anos, e a pesquisa Nascer no Brasil II descreve fatores de risco de diferentes domínios, entre eles o socioeconômico, o psicossocial e o obstétrico

(Theme-Filha *et al.*, 2025). Como este estudo não cruzou as variáveis nem aplicou testes de associação, as características socioeconômicas servem apenas para contextualizar a amostra, sem autorizar relações de causa e efeito com os escores.

Algumas limitações precisam ser consideradas. A quantidade de participantes (N=20) limita as possibilidades de análise estatística e faz com que pequenas alterações no número de respostas provoquem mudanças expressivas nos percentuais. O recrutamento pela internet pode ter influenciado o perfil das mulheres incluídas na pesquisa, pois somente participaram aquelas que tiveram acesso à divulgação e decidiram responder ao questionário. Dessa forma, mulheres com maior interesse pela temática podem ter sido mais propensas a participar, enquanto aquelas sem acesso à internet ou com dificuldades no uso de redes sociais podem ter ficado de fora. Essa limitação também está relacionada ao uso da amostragem não probabilística por conveniência. As participantes concentraram-se em Goiás (70,0%), sobretudo em dois municípios (Goiatuba e Pontalina; N=11), o que restringe a generalização para outras regiões. O delineamento transversal e a análise descritiva não permitem determinar se uma característica das participantes influenciou suas pontuações, nem verificar possíveis associações entre essas variáveis. Além disso, a amostra concentra-se no puerpério remoto (N=18; 90,0%), e o intervalo de até 12 meses reúne mulheres em momentos distintos, em subgrupos pequenos demais para comparação. Por fim, a EPDS é um instrumento de rastreamento e não confirma diagnóstico clínico sem avaliação profissional (Levis *et al.*, 2020), e a coleta online não permitiu aprofundar o significado das respostas, em especial no item 10.

Mesmo com essas restrições, os resultados trazem contribuições para a prática da enfermagem. O enfermeiro acompanha a mulher no pré-natal, na consulta puerperal e na puericultura, o que o coloca em posição favorável para reconhecer sinais de sofrimento psíquico. Essa participação também é ressaltada por Santos *et al.* (2024), que evidenciam a contribuição desse profissional nas ações de rastreamento e aconselhamento sobre a depressão pós-parto. Nesse sentido, a OMS (2022) destaca que o rastreamento precisa estar associado a outras etapas da assistência, incluindo a avaliação diagnóstica e o cuidado das mulheres que apresentam resultados positivos. Assim, a EPDS representa um recurso inicial para identificar possíveis alterações emocionais, e não uma conclusão sobre a condição da mulher. Na prática, isso inclui perguntar à mulher sobre culpa, preocupação, choro, sono e dificuldade para lidar com o cotidiano, sintomas que predominaram nesta amostra e que podem passar despercebidos quando a consulta se concentra na recuperação física e nos cuidados com o bebê. Inclui também acolher

o relato sem julgamento e investigar diretamente qualquer resposta positiva ao item 10, avaliando seu significado e o risco envolvido. Diante de rastreamento positivo ou sinais de gravidade, o encaminhamento para avaliação e acompanhamento especializado em saúde mental deve ser providenciado sem demora. Novos estudos, com amostras maiores, avaliação em fases definidas do puerpério e delineamento que permita testar associações, poderá estimar com mais segurança a frequência desses sintomas e os fatores relacionados.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram uma proporção expressiva de rastreamento positivo para sintomas depressivos entre as participantes, identificada em 18 das 20 mulheres (90,0%). As manifestações mais frequentes envolveram sentimento de culpa, ansiedade e dificuldade para lidar com as demandas cotidianas. Esses achados reforçam a importância de incluir a avaliação da saúde mental no acompanhamento materno, destacando a atuação da enfermagem na identificação precoce dos sintomas, no acolhimento e no encaminhamento para avaliação profissional. Entretanto, devido ao tamanho reduzido e à seleção por conveniência da amostra, os resultados não podem ser generalizados para a população de mulheres no pós-parto.

REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Guia da gestante: passo a passo para um parto adequado*. 2024. Disponível em: GuiaDaGestante_dez24_pagUnitarias1.pdf. Acesso em: 9 ago. 2026.

2. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing postpartum care. Obstetrics & Gynecology, 2018; 131(5): e140-e150. DOI: https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002633

3. ARDITI-ARBEL B, et al. Suicidal ideation and behavior among perinatal women and their association with sleep disturbances, medical conditions, and known risk factors. Frontiers in Psychiatry, 2023; 13: 987673. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.987673

4. BALDINI V, et al. Postpartum suicidality beyond depression: a systematic review of risk profiles and prevention gaps. Current Psychiatry Reports, 2026; 28(1): 55. DOI: https://doi.org/10.1007/s11920-026-01706-z

5. BANDEIRA DR, et al. Psychometric evidence of the Brazilian EPDS version for screening depressive symptoms in postpartum women. Psico, 2025; 56(1): e47153. DOI: https://doi.org/10.15448/1980-8623.2025.1.47153

6. BARATIERI T, NATAL S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, 2019; 24(11): 4227-4238. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28112017

7. BRASIL. Ministério da Saúde. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 14 ago. 2026

8. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 1987; 150: 782-786. DOI: https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782

9. Friedman, S.H., Reed, E. & Ross, N.E. Postpartum psychosis. Current Psychiatry Reports, 2023; 25(2): 65-72. DOI: https://doi.org/10.1007/s11920-022-01406-4

10. LEVIS B, et al. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. BMJ, 2020; 371: m4022. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.m4022

11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Geneva: World Health Organization, 2022. 66 p. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142. Acesso em: 14 ago 2026.

12. PORTAL DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Principais questões sobre a consulta de puerpério na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz, 2021. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-a-consulta-de-puerperio-na-atencao-primaria-a-saude. Acesso em: 14 ago. 2026.

13. QIU X, et al. Individual participant data meta-analysis to compare EPDS accuracy to detect major depression with and without the self-harm item. Scientific Reports, 2023; 13(1): 4026. DOI: https://doi.org/10.1038/s41598-023-29114-w

14. SANTOS GCS, Lopes Júnior HMP, Silva LG. Atuação do enfermeiro no reconhecimento e intervenção da depressão pós-parto: revisão integrativa. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação (REASE), 2024; 10(9). DOI: https://doi.org/10.51891/rease.v10i9.15791

15. SANTOS IS, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. Cadernos de Saúde Pública, 2007; 23(11): 2577-2588. DOI: https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007001100005

16. SANTOS MLC, et al. Sintomas de depressão pós-parto e sua associação com as características socioeconômicas e de apoio social. Escola Anna Nery, 2022; 26: e20210265. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0265

17. SMITH-NIELSEN J, et al. Can the Edinburgh Postnatal Depression Scale-3A be used to screen for anxiety? BMC Psychology, 2021; 9: 118. DOI: https://doi.org/10.1186/s40359-021-00623-5

18. SOARES YM, RODRIGUES DP. Percepção das puérperas com relação à depressão pós-parto. Comunicação em Ciências da Saúde, 2018; 29(2): 113-125. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/percepcao_puerperas_depressao.pdf

19. SZUREK-CABANAS R, et al. Socioeconomic status and maternal postpartum depression: a PRISMA-compliant systematic review. Current Psychology, 2024; 43(33): 27339-27350. DOI: https://doi.org/10.1007/s12144-024-05774-3

20. THEME-FILHA MM, et al. Transtornos mentais no pós-parto no Rio de Janeiro 2021-2023: Pesquisa Nascer no Brasil II. Revista de Saúde Pública, 2025; 59(Suppl 1): e8s. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2025059006527

21. TOSTO V, et al. Maternity blues: a narrative review. Journal of Personalized Medicine, 2023; 13(1): 154. DOI: https://doi.org/10.3390/jpm13010154

22. WANG Z, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. Translational Psychiatry, 2021; 11(1): 1-13. DOI: https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6

23. YANG K, Wu J, Chen X. Risk factors of perinatal depression in women: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry, 2022; 22: 63. DOI: https://doi.org/10.1186/s12888-021-03684-3

24. YANG Y, et al. Prevalence of poor sleep quality in perinatal and postnatal women: a comprehensive meta-analysis of observational studies. Frontiers in Psychiatry, 2020; 11: 161 DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00161