

SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PUÉRPERAS INDÍGENAS DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA

Eleksandra Cibele Gusman Vendramini; Ênio Luís Damaso; Maria Leticia Pinto dos Santos; Samia Gigliotte Kassab.
eleksandravendramini@usp.br

Departamento Pós-graduação, USP-Bauru.

Introdução:

A Depressão Pós-Parto (DPP) é definida pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5-TR American Psychiatric Association (2022), como um episódio depressivo maior (EDM) que tem início no periparto. Para o diagnóstico de EDM, o DSM-5-TR preconiza a presença de cinco (ou mais) dos seguintes sintomas durante o mesmo período de duas semanas e que representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior: humor deprimido, diminuição do interesse em realizar atividades, alteração do peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou excesso de culpa, dificuldade em pensar ou se concentrar, pensamento de morte ou ideação suicida; sendo necessário também, a obrigatoriedade da presença de um dos dois primeiros sintomas (humor deprimido ou perda de interesse ou prazer).

Os sintomas da DPP ocorrem, geralmente, entre a quarta e a oitava semana após o parto, podendo perdurar até o sexto mês (Muller; Martins; Borges, 2021). Estes sintomas podem ser confundidos com as atribuições sociais que a maternidade traz para mulher, tais como, medo, ansiedade e insegurança, fazendo com que o diagnóstico da DPP seja ainda mais dificultado, e conseqüentemente, menos tratado, podendo chegar a anos de duração (Figueira et al., 2009).

Uma forma de realizar a triagem para DPP é usar a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), desenvolvida em 1987, na Inglaterra, que avalia os sintomas depressivos nos últimos sete dias e é autoaplicável, favorecendo o diagnóstico precoce e conseqüentemente, desfechos desfavoráveis para mãe e bebê. O ponto de corte de 10 na EPDS é amplamente utilizado por sua boa sensibilidade para detectar sintomas iniciais de DPP. Com base nesse score, os grupos são divididos entre: < 10 (sintomas leves ou ausentes) e ≥ 10 (maior probabilidade de um risco depressivo) (Figueira et al., 2009; Cox; Holden; Sagovsky, 1987).

A depressão pós-parto representa uma condição de saúde mental ainda subdiagnosticada entre mulheres indígenas, cujas vivências são atravessadas por desigualdades estruturais, racismo institucional e barreiras de acesso ao sistema de saúde (Lima et al., 2023).

No Brasil, estima-se que uma em cada cinco puérperas apresente a DPP e com o aumento das consequências para o binômio materno-infantil, é de extrema importância a realização de pesquisas para investigar a DPP na população.

Objetivos:

Objetivo Geral

- Identificar a presença de sintomas depressivos em puérperas indígenas a partir da utilização do instrumento de triagem EPDS em uma maternidade pública.

Objetivos Específicos

- Caracterizar a amostra da população estudada, a partir dos dados sociodemográficos e obstétricos.
- Comparar as características entre as puérperas indígenas que apresentaram uma pontuação ≥ 10 na EPDS com as que apresentaram uma pontuação < 10 .

Método:

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 21 participantes indígenas puérperas, antes da alta hospitalar. O local de realização da pesquisa foi em uma maternidade pública.

O período de coleta de dados ocorreu entre os meses de julho de 2024 a julho de 2025. As informações foram obtidas por meio de entrevista estruturada, conduzida por profissional treinado, garantindo a padronização da coleta e a confidencialidade dos dados.

Foram coletados dados sociodemográficos (idade, escolaridade, profissão, estado civil, local de residência) e obstétricos (planejamento da gestação e tipo de parto), além da aplicação de um instrumento de avaliação de sintomas depressivos, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, que é composta por dez itens, com quatro opções de resposta em cada um deles, que são pontuadas de 0 a 3, na qual o zero significa nenhum sintoma e o 3 a sua maior intensidade, cuja pontuação final foi categorizada em <10 e ≥ 10 pontos. O “risco depressivo” se dá quando a puérpera pontua um número igual ou superior a 10 pontos (Santos et al., 2004).

Os casos em que a pontuação da EPDS foi igual ou superior a 10 pontos, as mulheres foram referenciadas para o serviço de psicologia da maternidade e para o médico responsável por este cuidado.

O estudo para ser realizado teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo e do Núcleo de Estudo e Pesquisa da FAMESP, Fundação para o Desenvolvimento Médico Hospitalar que administra a maternidade.

As mulheres foram abordadas na enfermaria da maternidade e convidadas a participar do estudo. Para participar, as mulheres deveriam ser de etnia indígena e ter mais de 18 anos e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não participaram do estudo mulheres que tiveram óbito fetal; com doenças psiquiátricas já diagnosticadas e analfabetas que não conseguiam responder o questionário.

A análise estatística foi realizada em duas etapas. Inicialmente, procedeu-se à estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. Em seguida, foram aplicados testes do qui-quadrado (χ^2) para verificar a associação entre a presença de sintomas depressivos (pontuação ≥ 10) e os fatores sociodemográficos e obstétricos coletados. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). As análises foram processadas no software JAMOVI.

Resultados e Discussão:

Tabela 1 – Características sociodemográficas e obstétricas das participantes (n=21)

Variável	Categoria	n (%)
Idade (anos)	≤ 25	10 (47,6%)
	26–34	9 (42,9%)
	≥ 35	2 (9,5%)
Estado civil	Vive com parceiro	20 (95,2%)
	Não vive com parceiro	1 (4,8%)
Profissão	Remunerada	6 (28,6%)
	Não remunerada	15 (71,4%)
Escolaridade	6–9 anos	3 (14,3%)
	9–12 anos	12 (57,1%)
	>12 anos	6 (28,6%)
Reside na aldeia	Sim	15 (71,4%)
	Não	6 (28,6%)
Gestação planejada	Sim	5 (23,8%)
	Não	16 (76,2%)
Tipo de parto	Vaginal	11 (52,4%)
	Cesárea	10 (47,6%)
Pontuação depressão	<10	15 (71,4%)
	≥ 10	6 (28,6%)

Fonte: elaborada pelo autor (2025)

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas e obstétricas das participantes. Das 21 puérperas indígenas (47,6%) tinham até 25 anos, (42,9%) tinham entre 26 e 34 anos e (9,5%) tinham 35 anos ou mais. Com relação ao estado civil (95,2%) vivem com o parceiro. A maioria (71,4%) não exercem uma atividade remunerada. (57,1%) possuem de 9 a 12 anos de estudos, (28,6%) acima de 12 anos e (14,3%) de 6 a 9 anos de estudos. (71,4%) vivem na aldeia. Em relação ao planejamento da gestação (76,2%) não planejaram. Com relação ao tipo de parto (52,4%) tiveram parto vaginal e (47,6%) parto cesárea. E uma prevalência de (28,6%) de sintomas depressivos levando em consideração uma pontuação ≥ 10 na EPDS.

Tabela 2 – Associação entre características das participantes e presença de sintomas depressivos (pontuação ≥ 10)

Variável	Categoria	Sintomas ≥ 10 n (%)	Sintomas < 10 n (%)	p-valor
Idade (anos)	≤ 25	4 (40,0%)	6 (60,0%)	0,445
	26–34	2 (22,2%)	7 (77,8%)	
	≥ 35	0 (0,0%)	2 (100,0%)	
Estado civil	Vive com parceiro	5 (25,0%)	15 (75,0%)	0,105
	Não vive parceiro	1 (100,0%)	0 (0,0%)	
Profissão	Remunerada	3 (50,0%)	3 (50,0%)	0,169
	Não remunerada	3 (20,0%)	12 (80,0%)	
Escolaridade	6–9 anos	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0,747
	9–12 anos	4 (33,3%)	8 (66,7%)	
	> 12 anos	1 (16,7%)	5 (83,3%)	
Reside na aldeia	Sim	4 (26,7%)	11 (73,3%)	0,760
	Não	2 (33,3%)	4 (66,7%)	
Gestação planejada	Sim	0 (0,0%)	5 (100,0%)	0,105
	Não	6 (37,5%)	10 (62,5%)	
Tipo de parto	Vaginal	3 (27,3%)	8 (72,7%)	0,890
	Cesárea	3 (30,0%)	7 (70,0%)	

*Teste Qui-quadrado.

Fonte: elaborada pelo autor (2025)

A Tabela 2 apresenta as associações entre as características sociodemográficas e obstétricas com a presença de sintomas depressivos em puérperas indígenas, segundo a pontuação obtida na (EPDS). Para a análise, a amostra foi dividida em dois grupos: mulheres com pontuação ≥ 10 e aquelas com pontuação < 10 .

Das 21 participantes 6 puérperas indígenas pontuaram ≥ 10 com idade até 25 anos (40,0%). Uma participante que não vivia com o parceiro apresentou pontuação indicativa de risco. Metade das mulheres com trabalho remunerado pontuou ≥ 10 (50%), indicando possível relação com sobrecarga ou vulnerabilidade. Em relação a escolaridade, as participantes com menor escolaridade (< 12 anos) apresentaram maior proporção de sintomas depressivos. Já as que moram na aldeia (26,7%) obtiveram uma maior pontuação. Todas as participantes com sintomas depressivos não haviam planejado a gestação (37,5%). Não foi observado uma diferença relevante entre o tipo de parto e os sintomas.

Já no grupo das puérperas que pontuaram < 10 tivemos 15 participantes prevalecendo a idade entre 26-34 anos (77,8%), que vivem com o parceiro (75,0%), que não exercem uma atividade remunerada (80,0%), moram na aldeia (73,3%), não planejaram a gestação (62,5%). E também não foi observado uma diferença relevante entre o tipo de parto e os sintomas.

Neste estudo realizado com 21 puérperas indígenas, 6 pontuaram ≥ 10 na EDPS, sendo que a prevalência de sintomas de DDP foi de (28,6%). Já um estudo no Canadá com mulheres indígenas a prevalência de sintomas de DPP ficou entre 15% a 30% (Nelson et al., 2018).

Todas as mulheres que planejaram a gestação apresentaram pontuação < 10 na EPDS, sugerindo fator de proteção. Estudos apontam que a gestação não planejada está associada a

maior risco de depressão pós-parto, especialmente quando somada à baixa rede de apoio e vulnerabilidade social (Vescovi et al., 2022).

Mulheres com trabalho remunerado apresentaram maior proporção de sintomas depressivos (50%) em comparação às não remuneradas (20%). Segundo Laguna et al. (2024), o estresse ocupacional, a sobrecarga e a dificuldade de conciliar maternidade e trabalho podem contribuir para o desenvolvimento da DPP.

A única participante que não vivia com parceiro apresentou sintomas depressivos (100%). A ausência de apoio conjugal é amplamente reconhecida como fator de risco para DPP, reforçando a importância de redes de suporte emocional (Arrais; Araújo, 2017).

Mulheres com maior escolaridade (>12 anos) apresentaram menor proporção de sintomas depressivos. A escolaridade elevada pode estar relacionada a maior acesso à informação, serviços de saúde e estratégias de enfrentamento (Arrais; Araújo, 2017).

Das participantes que moram na aldeia (26,7%) tiveram uma pontuação ≥ 10 . Estudos com populações indígenas destacam que o acesso limitado a serviços de saúde mental, o preconceito e a invisibilidade social podem agravar o sofrimento psíquico (Santos et al., 2024).

Conclusão:

O presente estudo cumpriu com o objetivo proposto ao caracterizar as puérperas indígenas quanto à presença ou não da sintomatologia da DPP, relacionando as com as características sociodemográficas e obstétricas. E ressaltou a relevância de se aprofundar o entendimento acerca da saúde mental materno no contexto indígena, marcado por múltiplas vulnerabilidades.

Destacando a importância de oferecer apoio às mulheres no pós-parto, visando seu bem-estar físico e mental, e criando um ambiente acolhedor que promova a saúde e ajude no enfrentamento da DPP, facilitando também o estabelecimento de vínculos saudáveis com o bebê.

Os dados apontam fatores psicossociais relevantes que devem ser considerados em ações de saúde pública. A gestação não planejada, o trabalho remunerado em condições adversas, a ausência de apoio conjugal e a baixa escolaridade são elementos que podem aumentar a vulnerabilidade à depressão pós-parto.

E a escassez de estudos sobre DPP nessa população, evidencia há necessidade de mais estudos para que haja políticas públicas efetivas e iniciativas intersetoriais comprometidas com a equidade no cuidado e respeito às particularidades socioculturais desses povos.

Referências:

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed., texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2022.
2. ARRAIS, A. R.; ARAÚJO, T. C. C. F. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 3, p. 828-845, dez. 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36254714016>. Acesso em: 8 jun. 2025.
3. COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **The British Journal of Psychiatry**, Reino Unido, v. 150, n. 6, p. 782–786, jun. 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>. Acesso em: 27 ago. 2025.
4. FIGUEIRA, P. et al. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. **Revista Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 43, supl. 1, p.79-84, ago. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/zWVzN5t5d9WMK3y9tXVbQXM/?lang=pt#>. Acesso em: 27 set. 2023.
5. LAGUNA, G. G. C. et al. Impacto de fatores ocupacionais na depressão pós-parto: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 3, p. e20230094, out. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085-2023-0094>. Acesso em: 1 ago. 2025.
6. LIMA, R. V. A. et al. Transtorno depressivo em mulheres no período pós-parto: análise segundo a raça/cor autorreferida. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. eAPE03451, jan. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO03451>. Acesso em: 1 ago. 2025.
7. MULLER, E.V.; MARTINS, C.M.; BORGES, P.K.O. Prevalence of anxiety and depression disorder and associated factors during postpartum in puerperal women. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.21, n. 4, p. 995-1004, out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000400003>. Acesso em: 27 set. 2023.
8. NELSON, C. et al. Original quantitative research - Mental health indicators among pregnant Aboriginal Women in Canada: results from the Maternity Experiences Survey. **Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada**, Ottawa, v. 38, n. 7/8, p. 269–276, jul./ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.7/8.01>. Acesso em: 1 ago. 2025.
9. SANTOS, I.S. et al. Validação da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) em uma amostra de mães da Coorte de Nascimento de Pelotas, 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, nov. 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/vgVPPx877wxJhyHqrmqCLzb/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 02 set. 2023.

10. SANTOS, L. C. S. et al. Dificuldades encontradas pela população indígena no acesso aos serviços públicos de saúde: uma revisão da literatura. In: **EGEAPA - Da origem ao futuro dos Povos Tradicionais: implicações para a pesquisa em saúde coletiva**, 3., 2024, Belém. Anais [...]. Belém: Even3, set. 2024. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/iii-egeapa-368856/743809-dificuldades-encontradas-pela-populacao-indigena-no-acesso-aos-servicos-publicos-de-saude--uma-revisao-da-literat>. Acesso em: 01 ago. 2025.

11. VESCOVI, G. et al. Saúde mental na gestação, no nascimento e na primeira infância: análise crítica de políticas públicas brasileiras. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 525–537, nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040502>. Acesso em: 1 ago. 2025.