

SAÚDE E AMBIENTE

V.10 • N.1 • 2025 - Fluxo Contínuo

ISSN Digital: 2316-3798

ISSN Impresso: 2316-3313

DOI: 10.17564/2316-3798.2025v10n1p420-438



DEPRESSÃO E RELIGIOSIDADE: UM ESTUDO LONGITUDINAL ENTRE MULHERES DA GESTAÇÃO AO PUERPÉRIO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19¹

DEPRESSION AND RELIGIOSITY: A LONGITUDINAL STUDY AMONG WOMEN FROM PREGNANCY TO THE POSTPARTUM PERIOD IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

DEPRESIÓN Y RELIGIOSIDAD: UN ESTUDIO LONGITUDINAL EN MUJERES DESDE EL EMBARAZO HASTA EL PUERPERIO EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19

Fernanda Gabriele da Costa Raven²

Laís Renata Almeida Cezário³

Vanessa Gallego Arias Pecorari⁴

Karine Laura Cortellazzi⁵

Rosana de Fátima Possobon⁶

¹ Tese de Doutorado defendida em 2023 pelo Programa de Pós-graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil, Universidade Estadual de Campinas.

RESUMO

A depressão pós-parto é um transtorno mental grave que afeta significativamente a saúde emocional e o bem-estar da mãe, podendo comprometer o vínculo com o bebê e o funcionamento familiar. Durante a pandemia de COVID-19, fatores como o isolamento social, o medo da infecção, a sobrecarga emocional e a limitação no acesso a serviços de saúde mental atuaram como agravantes, contribuindo para o aumento da incidência e da severidade desse quadro entre puérperas. Este estudo longitudinal investigou a associação entre religiosidade e sintomas de depressão, da gestação ao puerpério, entre mulheres participantes de um Programa de Atenção Precoce em Saúde, oferecido gratuitamente por uma instituição de ensino superior, durante o período da pandemia. Por meio de entrevistas feitas à distância (online), foram registradas informações socioeconômicas e demográficas e sobre a presença de sintomas de depressão e religiosidade. Foram utilizados os instrumentos Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EPDS) e Índice de Religiosidade de Duke (DUREL). A amostra final foi de 174 mulheres. Os resultados mostraram relação significativa direta entre os escores de sintomas de depressão no pós-parto e os escores de sintomas de depressão na gestação (Rate ratios=1,03; IC95%: 1,02-1,05), $p<0,05$, havendo associação significativa entre o nível de depressão na gestação e no pós-parto ($p<0,05$) e uma relação significativa inversa entre os escores de sintomas de depressão pós-parto e os escores da religiosidade organizacional (Rate ratio=0,93; IC95%:0,87-0,99) e da religiosidade intrínseca (Rate ratio=0,94; IC95%:0,91-0,98), $p<0,05$. Conclui-se que o nível de depressão pós-parto (DPP) esteve associada a depressão durante a gestação. A religiosidade (organizacional e intrínseca) apresentou-se como fator de proteção para a DPP.

PALAVRAS-CHAVE

Depressão Pós-Parto; Religião; COVID-19

ABSTRACT

Postpartum depression is a serious mental disorder that significantly affects the emotional health and well-being of the mother, and can compromise the bond with the baby and family functioning. During the COVID-19 pandemic, factors such as social isolation, fear of infection, emotional overload, and limited access to mental health services acted as aggravating factors, contributing to the increased incidence and severity of this condition among postpartum women. This longitudinal study investigated the association between religiosity and symptoms of depression, from pregnancy to the postpartum period, among women participating in an Early Health Care Program, offered free of charge by a higher education institution, during the pandemic period. An online questionnaire containing questions about sociodemographic data and the Beck Depression Inventory (BDI-II), Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) and Duke Religiosity Index (DUREL) instruments were used. It was observed that 25.3% of the pregnant women reported depression and 31.1% often or sometimes cried for no reason. There was a direct significant relationship between the scores of symptoms of postpartum depression and the scores of symptoms of depression during pregnancy (Rate ratios=1.03; 95%CI: 1.02-1.05), $p<0.05$. A significant association was found between the degree of depression during pregnancy and postpartum ($p<0.05$) and a significant inverse relationship between the scores of symptoms of postpartum depression and the scores of organizational religiosity (Rate ratio=0.93; 95%CI:0.87-0.99) and intrinsic religiosity (Rate ratio=0.94; 95%CI:0.91-0.98), $p<0.05$. It is concluded that the level of postpartum depression (PPD) was associated with depression during pregnancy and that organizational and intrinsic religiosity are protective factors for PPD.

KEYWORDS

Depression Postpartum; religion; COVID-19

RESUMEN

La depresión posparto es un trastorno mental grave que afecta significativamente la salud emocional y el bienestar de la madre, y puede comprometer el vínculo con el bebé y el funcionamiento familiar. Durante la pandemia de COVID-19, factores como el aislamiento social, el miedo al contagio, la so-

brecarga emocional y el acceso limitado a servicios de salud mental actuaron como factores agravantes, contribuyendo al aumento de la incidencia y la gravedad de esta afección entre las mujeres en el posparto. Este estudio longitudinal investigó la asociación entre la religiosidad y los síntomas de depresión, desde el embarazo hasta el posparto, en mujeres que participaron en un Programa de Atención Temprana de la Salud, ofrecido gratuitamente por una institución de educación superior, durante la pandemia. Se utilizó un cuestionario en línea con preguntas sobre datos sociodemográficos y los instrumentos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) y el Índice de Religiosidad de Duke (DUREL). Se observó que el 25,3% de las embarazadas reportó depresión y el 31,1% lloró a menudo o a veces sin motivo. Se observó una relación directa y significativa entre las puntuaciones de los síntomas de depresión posparto y las puntuaciones de los síntomas de depresión durante el embarazo (cociente de tasas = 1,03; IC del 95 %: 1,02-1,05), $p < 0,05$. Se observó una asociación significativa entre el grado de depresión durante el embarazo y el posparto ($p < 0,05$) y una relación inversa significativa entre las puntuaciones de los síntomas de depresión posparto y las puntuaciones de religiosidad organizacional (cociente de tasas = 0,93; IC del 95 %: 0,87-0,99) y religiosidad intrínseca (cociente de tasas = 0,94; IC del 95 %: 0,91-0,98), $p < 0,05$. Se concluye que el nivel de depresión posparto (DPP) se asoció con la depresión durante el embarazo y que la religiosidad organizacional e intrínseca son factores protectores para la DPP.

PALABRAS CLAVE

Depresión, Posparto; Religión; COVID-19

1 INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno mental frequente e potencialmente debilitante, com impactos reconhecidos na saúde da mãe, no vínculo afetivo e no desenvolvimento infantil (PAYNE; MAGUIRE, 2019; CERNADAS, 2020; LIU *et al.*, 2022). Globalmente, estima-se que cerca de 17 % das mulheres sofram com DPP — taxas que podem variar bastante, de cerca de 10–15 % em países desenvolvidos a mais de 20 % em locais com menor suporte social. No Brasil, estudos apontam prevalência ainda mais alta: em torno de 25–26 % das puérperas apresentam sintomas compatíveis, segundo avaliações com a Escala de Edimburgo, ultrapassando a média global. Esses dados evidenciam que, apesar das variações regionais e metodológicas nos estudos, a DPP representa um sério problema de saúde pública, exigindo atenção contínua tanto no contexto nacional quanto internacional (SHOREY *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2022; OLIVEIRA *et al.*, 2024).

Puérperas diagnosticadas com DPP geralmente apresentam-se preocupadas em excesso, temem ser mães, têm alteração de humor e perdem o interesse e o prazer em realizar atividades que lhes eram agradáveis anteriormente. Além disso, muitas mulheres afetadas podem ter alteração do peso

corporal, episódios de insônia, dificuldade de concentração, perda ou aumento súbito de apetite, agitação ou retardo psicomotor, cansaço extremo e até sentimentos de inutilidade, culpa ou inadequação, podendo evoluir para ideação suicida (SHOREY *et al.*, 2018; CERNADAS, 2020).

Todas estas alterações afetam negativamente a saúde e o bem-estar da mãe e do seu bebê (SLOMIAN *et al.*, 2019). Dentre diversas consequências, pode-se destacar a dificuldade em estabelecer vínculo com o bebê, afetando ou reduzindo a amamentação (SHOREY *et al.*, 2018; SLOMIAN *et al.*, 2019). Estudos mostram que mães com DPP têm menor confiança para amamentar e enfrentam maior risco de descontinuação precoce da amamentação, sendo citada uma redução de 86% das chances de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses entre mães com DPP (LUCIANO *et al.*, 2022; ABDUREHIM *et al.*, 2024).

Estudos apontam para alguns fatores de risco para a DPP, com destaque para a presença de depressão durante a gravidez. A chamada depressão antenatal está fortemente associada à DPP, sendo que mulheres com sintomas depressivos na gestação têm o dobro de risco de DPP, frequentemente amamentam menos e apresentam maior risco de desmame precoce. A relação entre depressão antenatal e DPP ressalta a importância de triagens precoces no pré-natal e de oferecimento de suporte contínuo à saúde mental materna para assegurar melhores desfechos para mãe e bebê (FALANA; CARRINGTON, 2019; CERNADAS, 2020; LIU *et al.*, 2022).

Durante a pandemia de COVID19, observou-se aumento significativo nos casos de depressão tanto na gestação quanto no pós-parto (LEBEL *et al.*, 2020), provavelmente em decorrência do isolamento social (WU *et al.*, 2020) e das dificuldades de acesso aos serviços de saúde (LEBEL *et al.*, 2020; GUVENC *et al.*, 2021), evidenciando um impacto negativo na saúde mental materna. No Brasil, um estudo da Fiocruz indicou que a prevalência de sintomas depressivos em puérperas saltou de 14% para 31% durante a crise sanitária, quase o dobro do período pré-pandêmico (VILARIM *et al.*, 2024). Em nível global, metaanálises na Turquia revelaram elevação da prevalência de depressão pós-parto de 16,3% para 20,2% durante a pandemia (KARAÇAM *et al.*, 2025).

Devido à gravidade das consequências deste transtorno entre gestantes e mães, alguns pesquisadores têm investigado fatores que podem atuar como protetores contra a depressão, especialmente no período pós-parto (CLEMENTS *et al.*, 2016; HANDELZALTS *et al.*, 2020). Dentre esses fatores, a religiosidade e a espiritualidade têm sido inversamente associadas à depressão maior (MILLER *et al.*, 2012) e associadas ao bem-estar de puérperas que apresentaram baixos níveis de DPP e alta qualidade de vida (CLEMENTS *et al.*, 2016; HANDELZALTS *et al.*, 2020). No entanto, fatores como a religiosidade e seu papel na depressão pós-parto ainda precisam ser estudados na população brasileira.

Assim, a fim de suprir uma lacuna da literatura com estudos longitudinais e que investiguem a associação entre depressão e fatores protetivos, o presente estudo foi desenvolvido e traz contribuições importantes para o estudo sobre a saúde mental de mulheres durante a gestação e o período pós-parto.

Este estudo investigou a prevalência de sintomas depressivos entre mulheres participantes de um programa de atenção precoce à saúde durante a pandemia do COVID-19, acompanhando uma coorte da gestação ao puerpério, verificando se havia associação entre sintomas de depressão e religiosidade.

2 MÉTODOS

2.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto deste estudo foi aprovado sob o número CAAE 18354719.8.0000.5418.

2.2 TIPO DE ESTUDO

Estudo longitudinal, realizado entre janeiro e dezembro de 2021, com mulheres que participavam de um programa de atenção precoce em saúde oferecido de forma online durante o período da pandemia de COVID-19. O estudo aconteceu em duas Etapas, sendo a Primeira durante a gestação e a Segunda, de 30 a 40 dias após o parto.

2.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

O Programa de Atenção Precoce à Saúde é oferecido regularmente, há mais de 30 anos, de forma gratuita e com ingresso em fluxo contínuo à população de Piracicaba e região. Baseia-se no atendimento interdisciplinar das áreas de Odontologia, Psicologia, Enfermagem, Fonoaudiologia e Nutrição, com o objetivo de promover saúde sistêmica e bucal à criança, especialmente com ênfase ao incentivo ao aleitamento materno. Para participar deste Programa, a mãe inicia ainda no período gestacional e permanece com seu filho até o 4º ano de vida da criança. Todos os meses, cerca de 35 gestantes inscrevem-se no Programa. Durante a pandemia do COVID-19, não houve interrupção dos atendimentos, sendo que todas as etapas do Programa migraram para o formato online, com as mulheres recebendo as orientações e suporte técnico por chamadas de vídeo.

2.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Não foram incluídas na amostra somente as gestantes que não aceitaram participar da pesquisa e as menores de 18 anos. Porém, para a amostra final foram excluídos os dados daquelas mulheres que participaram da Primeira Etapa (durante a gestação), mas não participaram da segunda Etapa (puerpério).

2.5 AMOSTRA

Foram convidadas a participar deste estudo 240 gestantes inscritas no Programa de janeiro a agosto de 2021, sendo que 198 (82,5%) aceitaram e responderam as informações relativas à Primeira Etapa do estudo. Passados 30 dias do parto, as 198 mulheres foram novamente consultadas sobre a continuidade na participação no estudo, sendo que 174 (87,9% das participantes da primeira etapa) participaram da Segunda Etapa. Assim sendo, das 240 gestantes convidadas, 72,5% participaram das duas etapas da pesquisa e compuseram a amostra final. É importante ressaltar que não foram

convidadas as gestantes inscritas entre setembro e dezembro, uma vez que o delineamento do estudo previa que os dados referentes às duas etapas fossem coletados dentro do mesmo ano de 2021. Sendo assim, o corte em agosto foi feito pois as gestantes inscritas neste período deram à luz a partir de janeiro do ano seguinte.

2.6 FORMA DE COLETA DE DADOS

As participantes do estudo eram acompanhadas pela equipe de profissionais do Programa de Atenção Precoce à Saúde de forma remota, por meio de chamadas de vídeo, seguindo a mesma sistemática do Programa oferecido presencialmente antes e depois da pandemia. Isso equivale a dizer que as gestantes participavam de uma reunião online e, assim que o bebê nascia, era acompanhada sistematicamente durante a primeira semana do pós-parto, ao completar 30 dias de vida e, depois, mensalmente até completar 1 ano de idade. Após os 12 meses, a díade mãe-criança é acompanhada a cada 3 meses, até a alta do programa aos 4 anos de idade.

A coleta de dados deste estudo foi feita de forma on-line, utilizando a plataforma Google-Forms. Tanto o convite para participação na pesquisa quanto o envio do link do formulário eram feitos pelo WhatsApp, que foi a via de contato entre a Equipe e a mãe ao longo de todo o período pandêmico.

2.7 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

2.7.1 SINTOMAS DE DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO

A variável de desfecho deste estudo foi “presença de sintomas de depressão”, verificada durante a gestação e no puerpério, por meio de dois instrumentos diferentes. No período gestacional (Primeira Etapa), foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), desenvolvido por Beck *et al.* (1988) e validado para a população brasileira por Gorenstein e Andrade (1996). Trata-se de uma escala de autorrelato, composta por 21 itens referentes à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação e sensação de culpa, entre outros. Cada item apresenta quatro alternativas de resposta, que indicam graus crescentes de gravidade de depressão. Os indivíduos são classificados sem sintomas (pontuação de 0 a 9), com sintomas leves (10 a 18), com sintomas moderados (19 a 29) e sintomas severos (entre 30 e 63 pontos) (BECK *et al.*, 1988; GORENSTEIN; ANDRADE, 1996). Para este estudo, as participantes foram alocadas em dois grupos: sem sintomas (0 a 9 pontos) e com sintomas (englobando desde sintomas leves a severos).

2.7.2 SINTOMAS DE DEPRESSÃO NO PUERPÉRIO

Para a coleta desta informação no puerpério (Segunda Etapa), foi utilizada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EPDS), desenvolvida por Cox *et al.* (1987) e validada para a população brasileira por Santos *et al.* (2007). Trata-se de um instrumento autoaplicável, com dez questões que avaliam os sintomas depressivos ocorridos nos últimos sete dias, sendo que os itens avaliam desde a ausência do sintoma até a gravidade e a duração e pode ser utilizado no rastreamento e no diagnóstico de depressão pós-parto. Os itens se referem à perda da capacidade de experimentar os prazeres do

dia a dia, sentimento de culpabilidade, presença de elementos ansiogênicos, sentimentos de incapacidade sobre os acontecimentos e tarefas diárias, sintomatologia relativa à distúrbios de sono, estado de ânimo e ideação suicida. A somatória dos pontos perfaz escore de 0 a 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 10 (sensibilidade de 82,6% e especificidade de 65,4%) (SANTOS *et al.*, 2007).

2.7.3 RELIGIOSIDADE

Para identificação do nível de religiosidade, coletado na Segunda Etapa (puerpério) foi utilizado o Índice de Religiosidade de Duke (DUREL), desenvolvido por Koenig *et al.* (1997) e validada para a população brasileira por Taunay *et al.* (2012). Este índice mensura as três principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde:

- A. Religiosidade Organizacional: frequência a encontros religiosos, tais como missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração;
- B. Religiosidade Não Organizacional: frequência de atividades religiosas privadas, que podem ser feitas na privacidade do lar, independentes da interação com outras pessoas, por exemplo, orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio etc.;
- C. Religiosidade Intrínseca: refere-se à busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo; fins imediatos são considerados secundários e alcançados em harmonia com princípios religiosos básicos. Este item avalia o quanto a religião pode motivar ou influenciar comportamentos, decisões e, de forma geral, a vida da pessoa.

Para o cálculo da pontuação do instrumento, é recomendado que os três domínios não sejam somados em um escore total, mas que sejam analisados separadamente (KOENIG *et al.*, 1997; TAU-NAY *et al.*, 2012). A escala de DUREL é invertida, ou seja, quanto menor o escore mensurado por cada dimensão, maior é a religiosidade. Porém, a fim de facilitar as análises dos dados deste estudo, inverteram-se as pontuações, ou seja, quanto maior a pontuação, maior a religiosidade.

2.8 VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

As variáveis para caracterização da amostra foram coletadas durante a Primeira Etapa (gestação) numa parte específica do formulário, que permitia registrar: idade e grau de instrução da mulher e do companheiro; estado civil; renda mensal familiar; número de filhos; gestação planejada; retorno ao trabalho após o parto. Além disso, houve duas perguntas adicionais: se ela tinha histórico de depressão ou qual a frequência de episódios de choro sem motivo durante a gestação.

2.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente foram realizadas análises descritivas dos dados. Para as variáveis categóricas foram utilizadas frequências absolutas e relativas e para as demais variáveis foram utilizadas médias, desvios padrão e quartis. Para analisar as relações entre os escores de sintomas de depressão e de religiosidade utilizaram-se modelos de regressão binomial negativa. Foi construído um modelo para

cada dimensão de religiosidade, evitando assim multicolinearidade. Foi também ajustado um modelo de regressão binomial negativa entre os escores de depressão na gestação e no puerpério. Todos os modelos foram ajustados para a idade e nível de escolaridade das mães. A partir desses modelos foram estimados os Rate Ratios com os respectivos intervalos de 95% de confiança. Foi também analisada a associação entre o grau de depressão na gestação e no pós-parto, categorizados em leves, moderados e severos. Para isso foi utilizado o teste de qui-quadrado. Todas as análises foram realizadas no programa R Core Team (2022) com nível de significância de 5%.

3 RESULTADOS

A amostra foi constituída por 174 participantes acompanhadas da gestação ao puerpério. Estas mulheres tinham média de idade de 33,5 anos, variando de 18 a 49 anos. Observa-se na Tabela 1 que a maioria das participantes tinha nível superior completo (71,3%), era casada (81,6%), primípara (62,6%) e havia planejado a gravidez (69,5%). Nota-se ainda que 25,3% apresentaram relato de depressão e apenas 17,8% nunca tiveram choro sem motivo durante a gravidez. Quando questionadas sobre a volta ao trabalho, 32,2% afirmaram que iriam retornar antes do bebê completar 6 meses e 35,1% após os 6 meses.

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis de perfil da amostra (n=174). Piracicaba-SP (2021)

Variável	Categoria	Frequência (%)
Grau de instrução da mulher	Alfabetizada	1 (0,6%)
	5ª a 8ª Série completa	1 (0,6%)
	2º Grau incompleto	4 (2,3%)
	2º Grau completo	26 (14,9%)
	Superior incompleto	18 (10,3%)
	Superior completo	124 (71,3%)
Grau de instrução do companheiro	Alfabetizado	1 (0,6%)
	2º Grau incompleto	6 (3,4%)
	2º Grau completo	52 (29,9%)
	Superior incompleto	18 (10,3%)
	Superior completo	77 (44,2%)
	Sem informação	20 (11,5%)

Variável	Categoria	Frequência (%)
Estado civil	Casada/ União estável	142 (81,6%)
	Solteira	20 (11,5%)
	Separada / Divorciada / Viúva	4 (2,3%)
	Sem informação	8 (4,6%)
Renda (Salário mínimo)	de 1 a 2	33 (19,0%)
	de 3 a 4	67 (38,5%)
	e 5 a 6	35 (20,1%)
	de 7 a 8	11 (6,3%)
	de 9 a 10	13 (7,5%)
	de 11 a 12	3 (1,7)
	mais de 16	5 (2,9%)
	Sem informação	7 (4,0%)
Número de filhos	0	109 (62,6%)
	1	54 (31,0%)
	2	4 (2,3%0
	Sem informação	7 (4,0%)
Gravidez planejada	Sim	121 (69,5%)
	Não	46 (26,4%)
	Sem informação	7 (4,0%)
Relato de depressão	Sim	44 (25,3%)
	Não	122 (70,1%)
	Sem informação	8 (4,6%)
Choro sem motivo	Frequentemente	9 (5,2%)
	As vezes	45 (25,9%)
	Raramente	59 (33,9%)
	Nunca	31 (17,8%)
	Sem informação	30 (17,2%)

Variável	Categoria	Frequência (%)
Retorno ao trabalho	Não	18 (10,3%)
	Não sei	18 (10,3%)
	Sim, antes de o bebê completar 6 meses	56 (32,2%)
	Sim, após o bebê completar 6 meses	61 (35,1%)
	Sem informação	21 (12,1%)
Nível de Religiosidade Organi- zacional	Baixa	77 (44,3%)
	Alta	97 (55,7%)
Nível de Religiosidade Não-Organizacional	Baixa	33 (19,0%)
	Alta	141 (81,0%)
Nível de Religiosidade Intrín- seca	Baixa	17 (09,8%)
	Alta	157 (90,2%)
Variável	Média (desvio padrão)	Mediana (valor mínimo e máximo)
Idade da mulher (anos)	32,5 (5,6)	33,0 (16,0-49,0)
Idade do companheiro (anos)	34,3 (7,0)	33,0 (17,0-61,0)

Fonte: Dados da pesquisa

Na Tabela 2 pode-se observar a análise descritiva dos escores de sintomas de depressão na gesta-ção e no pós-parto. Nota-se que em uma escala que pode variar de zero a 63 e quanto mais próximo de 63, mais severos são os sintomas, a mediana do escore do instrumento de sintomas de depressão usada na gestação foi de 8,5. O escore máximo observado na amostra foi de 43, mas 75% da amostra apresentou escores até 14 (terceiro quartil=14). Em uma escala que poderia variar de zero a 30, a mediana dos escores da escala de depressão no pós-parto foi de 8,0. O escore máximo observado foi de 25, sendo que 75% da amostra apresentou escores até 12 (terceiro quartil=12). Ainda na Tabela 2 é apresentada a análise descritiva dos escores de religiosidade. As medianas dos escores da religio-sidade organizacional e não organizacional foram de 4,0 e 6,0, respectivamente, em uma escala que pode variar de 1 a 6. Observa-se escore máximo de 6 nas duas dimensões, sendo que 75% da amostra apresentou escore até 5 e 6, respectivamente, para religiosidade organizacional e não organizacio-nal. A mediana dos escores de religiosidade intrínseca foi 14, em uma escala que pode variar de 3 a 15. Ainda, 75% da amostra apresentou escore de religiosidade intrínseca até 15.

Tabela 2 - Análise descritiva dos escores de religiosidade e de sintomas depressivos em gestantes e no pós-parto de gestações durante a pandemia (n=174). Piracicaba-SP (2021).

Variável	Valor mínimo	Primeiro quartil	Mediana	Terceiro quartil	Valor máximo	Escala	Interpretação
Escore de sintomas de depressão na gestação (BDI-II)	0,0	5,0	8,5	14,0	43,0	0-63	Quanto maior a pontuação, mais severos são os sintomas
Escore de sintomas de depressão pós-parto (EPDS)	0,0	4,0	8,0	12,0	25,0	0-30	Quanto maior a pontuação, mais severos são os sintomas
Religiosidade Organizacional	1,0	3,0	4,0	5,0	6,0	1-6	Quanto maior a pontuação, maior é a religiosidade
Religiosidade Não Organizacional	1,0	4,0	6,0	6,0	6,0	1-6	Quanto maior a pontuação, maior é a religiosidade
Religiosidade Intrínseca	3,0	12,0	14,0	15,0	15,0	3-15	Quanto maior a pontuação, maior é a religiosidade

Fonte: Dados da pesquisa

Na Tabela 3 são apresentados os resultados das análises de regressão binomial negativa, realizada para explorar a relação entre as variáveis. A partir dos coeficientes dos modelos, foram estimados os Rate Ratios que indicam o grau de associação entre as variáveis. Observa-se relação significativa inversa entre os escores de sintomas de depressão pós-parto e os escores da religiosidade organizacional (Rate ratio=0,93; IC95%:0,87-0,99) e da religiosidade intrínseca (Rate ratio=0,94; IC95%:0,91-0,98), $p<0,05$. Observa-se ainda relação significativa direta entre os escores de sintomas de depressão pós-parto e os escores de sintomas de depressão na gestação (Rate ratios=1,03; IC95%: 1,02-1,05), $p<0,05$.

Tabela 3 - Análises de regressão binomial negativa para os desfechos depressão na gestação e pós-par-to com religiosidade, ajustados para idade e nível de instrução das mães (n=174). Piracicaba-SP (2021)

Desfecho	Variável	¹ Rate Ratio (IC 95%)	p-valor
Escore de sintomas de depressão na gestação (BDI-II)	Religiosidade Organizacional	0,96 (0,89-1,03)	0,2409
	Religiosidade Não Organizacional	0,96 (0,89-1,04)	0,2929
	Religiosidade Intrínseca	0,98 (0,94-1,02)	0,3822
Escore de sintomas de depressão pós-parto (Edinburgh (EPDS)	Religiosidade Organizacional	0,93 (0,87-0,99)	0,0235
	Religiosidade Não Organizacional	0,96 (0,89-1,02)	0,2008
	Religiosidade Intrínseca	0,94 (0,91-0,98)	0,0011
	Escore de sintomas de depressão na gestação (BDI-II)	1,03 (1,02-1,05)	<0,0001

¹Ajustados para idade e nível de instrução das mães.

Fonte: Dados da pesquisa

Na Tabela 4 observa-se associação significativa entre o grau de depressão na gestação e no pós-parto (p<0,05). Nota-se que 52,3% das gestantes tiveram sintomas leves de depressão, 33,9% ti-veram sintomas com grau leve a moderado e 13,8% com grau moderado a severo ou severo. Já no pós-parto, 82,2% tiveram sintomas leves e 17,8% tiveram sintomas moderados. Nenhuma mãe apre-sentou sintoma severo de depressão pós-parto. A porcentagem de mães com sintomas moderados de depressão pós-parto foi de 11,0%, 17,0% e 45,8% entre as mães com sintomas leves, moderados e severos de depressão na gestação (p<0,05).

Tabela 4. Distribuição de frequências do grau de depressão na gestação e no pós-parto em gestações durante a pandemia (n=174).

Grau de depressão na gestação (BDI-II)	Grau de depressão no pós-parto (Edinburgh - EPDS)			Total
	Sintomas leves	Sintomas moderados	Sintomas severos	
	Frequência (%) ¹			Frequência (%) ²
Sintomas leves	81 (89,0%)	10 (11,0%)	0 (0,0%)	91 (52,3%)
Sintomas leves a moderados	49 (83,0%)	10 (17,0%)	0 (0,0%)	59 (33,9%)

Grau de depressão na gestação (BDI-II)	Grau de depressão no pós-parto (Edinburgh - EPDS)			
	Sintomas leves	Sintomas moderados	Sintomas severos	Total
	Frequência (%) ¹			Frequência (%) ²
Sintomas moderados a severos/severos	13 (54,2%)	11 (45,8%)	0 (0,0%)	24 (13,8%)
Total	143 (82,2%)	31 (17,8%)	0 (0,0%)	174 (100,0%)

p=0,0004;1Porcentagens nas linhas; 2Porcentagens nas colunas.

Fonte: Dados da pesquisa

4 DISCUSSÃO

O presente estudo procurou investigar a incidência de sintomas depressivos entre gestantes e puérperas durante a pandemia e verificar a existência de associação entre o nível de religiosidade e o nível de depressão na gestação e no pós-parto. Os achados indicaram associação significativa entre o grau de depressão na gestação e no pós-parto, com relação significativa inversa entre os escores de sintomas de depressão pós-parto e os escores da religiosidade organizacional e intrínseca.

De acordo com o relato das gestantes, 25,3% sentiam-se deprimidas e 31,1% apresentavam choro sem motivo frequentemente ou as vezes. Essas taxas, consideradas altas, foram semelhantes às encontradas em outros estudos realizados durante a pandemia (BO *et al.*, 2021; LEBEL *et al.*, 2020; PECHINIM *et al.*, 2021; TOMFOHR-MADSEN *et al.*, 2021; GALLETTA *et al.*, 2022; SAFI-KEYKALEH *et al.*, 2022). Durante a pandemia de COVID19, diversos estudos demonstraram aumento expressivo da prevalência de depressão tanto na gestação quanto no pós-parto. Uma revisão global indicou que, entre gestantes, 31,5% apresentaram sintomas depressivos, enquanto 27,6% das mulheres no pósparto também relataram sintomas (WONDMENEH; WOGRI, 2024). O estudo de meta-análise conduzido por Yan *et al.* (2020) encontrou taxas semelhantes, com 31% das gestantes e 22% das puérperas com sintomas de depressão. Estes resultados foram corroborados pela meta-análise de Sahebi *et al.* (2024) que encontrou 25,3% de depressão pós-parto. Esses achados salientam que o contexto pandêmico – caracterizado por medo da infecção, isolamento social e interrupção de serviços de saúde – intensificou os fatores associados à depressão perinatal.

No presente estudo, observou-se associação significativa entre depressão na gestação e no pós-parto, o que está de acordo com estudos que apontam a história de depressão ou outros distúrbios psicológicos como ansiedade e estresse, especialmente durante a gestação, como um dos fatores de risco para a DPP (O’HARA; WISNER, 2014; XIAO-HU; ZHI-HUA, 2020; LIU *et al.*, 2022). A literatura evidencia que gestantes com sintomas depressivos têm até o dobro de risco de desenvolver depressão pós-parto (DPP), o que sustenta a ideia de uma trajetória contínua da depressão perinatal, iniciando ainda no período gestacional. Além disso, a comorbidade com transtornos de ansiedade aumenta a

vulnerabilidade emocional da mulher, impactando negativamente sua adaptação à maternidade, o vínculo com o bebê e a manutenção do aleitamento materno. Estes achados destacam a importância da triagem precoce de sintomas depressivos durante o pré-natal, bem como a oferta de suporte psicológico contínuo, como estratégia preventiva e de promoção da saúde integral da mãe e do bebê (FALANA; CARRINGTON, 2019; LIU *et al.*, 2022).

Este estudo também investigou o nível de religiosidade das participantes e sua associação com a depressão pós-parto. Por meio do Índice de Religiosidade de Duke, a religiosidade – o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma determinada religião – pode ser dividida em 3 dimensões (religiosidade Organizacional, Não organizacional e intrínseca) (TAUNAY *et al.*, 2012). Os escores de religiosidade nessa população foram altos, observando-se uma relação significativa inversa entre os escores de sintomas de depressão pós-parto e os escores da religiosidade organizacional e da religiosidade intrínseca. Assim, quanto maior o nível de religiosidade (organizacional e intrínseca) das mães, menor seu nível de depressão, enfatizando o papel da religiosidade como um fator protetor da depressão pós-parto.

Este achado corrobora com estudos que investigaram o papel da religiosidade na depressão em mulheres latinas e identificaram a religiosidade como um fator protetor para a depressão perinatal (durante a gravidez e pós-parto) especialmente quando há falta de apoio social (MANN *et al.*, 2007; 2008; CLEMENTS *et al.*, 2016; LARA-CINISOMO *et al.*, 2019). No entanto, de acordo com Mann *et al.* (2008), esse resultado pode ser controverso visto que pessoas deprimidas muitas vezes são menos propensas a participar de atividades religiosas e outros eventos sociais podendo influenciar essa associação.

Além disso, estes resultados demonstram que, apesar do período pandêmico e da imposição do isolamento social, com fechamento de igrejas e centros ecumênicos, as gestantes e puérperas continuaram a desenvolver sua religiosidade e suas crenças espirituais, provavelmente por meio de reuniões virtuais ou familiares, utilizando a religiosidade como uma ferramenta para enfrentar as situações estressantes causados pela pandemia (LUCCHETTI *et al.*, 2020).

Este estudo possui limitações. A avaliação dos níveis de depressão por meio de instrumentos de autorrelato pode subestimar os resultados, devido à ocultação dos sintomas por parte dos participantes (PECHINIM *et al.*, 2021). Além disso, a utilização de questionário online como ferramenta de coleta de dados pode ter limitado o número de respondentes. Ainda é preciso considerar que se trata de uma amostra participava de um serviço de saúde específica, devendo-se ter cuidado ao generalizar seus resultados.

No entanto, esse estudo possui como pontos fortes o acompanhamento das gestantes ao longo do tempo, apesar das dificuldades em gerenciar um acompanhamento sistemático durante meses numa condição de pandemia, e a verificação inédita da associação entre depressão gestacional e DPP e a proteção exercida pela religiosidade.

Apesar de uma relação significativa inversa, observou-se grande dispersão dos dados, indicando que existem outras variáveis, além da religiosidade, idade e nível de instrução que influenciam no escore de depressão pós-parto. Assim, sugere-se que novas pesquisas investiguem outros fatores potencialmente protetores para a DPP e que estratégias de promoção de saúde atuem no diagnóstico e intervenção imediata da depressão gestacional, diminuindo o sofrimento destas mulheres

e prevenindo a instalação da DPP, evitando todas as suas consequências negativas para a saúde física e mental da mãe e do bebê.

5 CONCLUSÃO

Houve relato de depressão entre 25,3% das gestantes e 31,1% delas apresentaram choro sem motivo frequentemente ou as vezes. Os dados mostraram que 52,3% das gestantes apresentaram sintomas leves de depressão, 33,9% apresentaram sintomas de leves a moderados e 13,8% de moderados a severos ou severos. Entre as puérperas, 82,2% apresentaram sintomas leves e 17,8% apresentaram sintomas moderados, sendo que não houve nenhum caso de sintoma severo de depressão pós-parto. Embora os escores de sintomas de depressão tenham sido baixos na gestação e no pós-parto, foi observada associação significativa entre eles. A porcentagem de mães com sintomas moderados de depressão no pós-parto foi de 11,0%, 17,0% e 45,8% entre as mães com sintomas leves, moderados e severos de depressão na gestação ($p < 0,05$).

Os escores de religiosidade foram altos e houve relação significativa inversa entre os escores de sintomas de depressão pós-parto e os escores da religiosidade organizacional e intrínseca.

A presença de sintomas de depressão durante a gestação esteve associada a DPP, sendo que mães com maior nível de religiosidade tiveram menores taxas de sintomas depressivos no puerpério, durante o período pandêmico.

REFERÊNCIAS

ABDUREHIM, A. *et al.* Nexus between postpartum depression and exclusive breastfeeding practices among lactating mothers in Assosa Town, West Ethiopia. **Front Nutr**, v. 11, p. 1357264, 2024.

BECK, A.T. *et al.* Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. **Clin Psychol Rev**, v. 8, n. 1, p. 77–100, 1988.

BO, H.X. *et al.* Prevalence of depressive symptoms among pregnant and postpartum women in China during the COVID-19 pandemic. **Psychosom Med**, v. 83, n. 4, p. 345–350, 2021.

CERNADAS, J.M.C. Postpartum depression: Risks and early detection. **Arch Argent Pediatr**, v. 118, n. 3, p. 154–155, 2020.

CLEMENTS, A.D. *et al.* Social support, religious commitment, and depressive symptoms in pregnant and postpartum women. **J Reprod Infant Psychol**, v. 34, n. 3, p. 247–259, 2016.

COX, J.L. *et al.* Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Br J Psychiatry**, v. 150, p. 782–786, 1987.

FALANA, S.D.; CARRINGTON, J.M. Postpartum depression: Are you listening? **Nurs Clin N Am**, v. 54, n. 4, p. 561–567, 2019.

GALLETTA, M.A.K. *et al.* Postpartum depressive symptoms of Brazilian women during the COVID-19 pandemic measured by the Edinburgh Postnatal Depression Scale. **J Affect Disord**, v. 296, p. 577–586, 2022.

WONDMENEH, T.G.; WOGRISS, M. Depression and anxiety among pregnant women during COVID-19 pandemic in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. **Front Glob Womens Health**, v. 5, p. 1–16, 2024.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Braz J Med Biol Res**, v. 29, n. 4, p. 453–457, 1996.

GUVENEC, G. *et al.* Anxiety, depression, and knowledge level in postpartum women during the COVID-19 pandemic. **Perspect Psychiatr Care**, v. 57, n. 3, p. 1449–1458, 2021.

HANDELZALTS, J.E. *et al.* The association of religion and spirituality with postpartum mental health in women with childhood maltreatment histories. **J Child Fam Stud**, v. 29, n. 2, p. 502–513, 2020.

KARAÇAM, Z. *et al.* Comparison of the prevalence of probable postpartum depression before and during the COVID-19 pandemic in Turkey: A systematic review and meta-analysis. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, p. 1–17, 2025.

KOENIG, H.G. *et al.* Religion Index for Psychiatric Research: A 5-item measure for use in health outcome studies. **Am J Psychiatry**, v. 154, p. 885–886, 1997.

LARA-CINISOMO, S. *et al.* A systematic review of cultural orientation and perinatal depression in Latina women: are acculturation, Marianismo, and religiosity risks or protective factors? **Arch Womens Ment Health**, v. 22, p. 557–567, 2019.

LEBEL, C. *et al.* Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. **J Affect Disord**, v. 277, p. 5–13, 2020.

LIU, X. *et al.* Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: A systematic review and meta-analysis. **J Clin Nurs**, v. 31, n. 19–20, p. 2665–2677, 2022.

LUCCHETTI, G. *et al.* Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during COVID-19 pandemic. **Int J Soc Psychiatry**, v. 67, n. 6, p. 672–679, 2020.

LUCIANO, M. *et al.* Does antenatal depression predict post-partum depression and obstetric complications? Results from a longitudinal, long-term, real-world study. **Front Psychiatry**, v. 13, p. 1-11, 2022.

MANN, J.R. *et al.* Do antenatal religious and spiritual factors impact the risk of postpartum depressive symptoms? **J Womens Health**, v. 17, n. 5, p. 745–755, 2008.

MANN, J.R. *et al.* Religiosidade, espiritualidade e sintomas depressivos em gestantes. **Int J Psychiatry Med**, v. 7, n. 3, p. 301–313, 2007.

MILLER, L. *et al.* Religiosity and major depression in adults at high risk: A ten-year prospective study. **Am J Psychiatry**, v. 169, n. 1, p. 89–94, 2012.

OLIVEIRA, N.P.L. *et al.* Uma revisão sistemática sobre o impacto da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. **Res Soc Dev**, v. 13, n. 7, p. e1613846522, 2024.

O'HARA, M.W.; WISNER, K.L. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 28, n. 1, p. 3–12, 2014.

PAYNE, J.L.; MAGUIRE, J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. **Front Neuroendocrinol**, v. 52, p. 165–180, 2019.

PECHINIM, I. *et al.* Anxiety and depression in the COVID-19 pandemic context and the relationship with the defense mechanisms of pregnant women. **Res Soc Dev**, v. 10, n. 10, p. e93101018489, 2021.

R CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2022.

SAFI-KEYKALEH, M. *et al.* Prevalence of postpartum depression in women amid the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 157, n. 2, p. 240–247, 2022.

SAHEBI, A. *et al.* Postpartum depression during the COVID-19 pandemic: An umbrella review and meta-analyses. **Front Psychiatry**, v. 15, p. 1-8, 2024.

SANTOS, I.S. *et al.* Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 11, p. 2577–2588, 2007.

SHOREY, S. *et al.* Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. **J Psychiatr Res**, v. 104, p. 235–248, 2018.

SILVA, R.S. *et al.* Postpartum depression: A case-control study. **J Matern Fetal Neonatal Med**, v. 34, n. 17, p. 2801–2806, 2022.

SLOMIAN, J. *et al.* Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. **J Womens Health**, v. 15, p. 1-55, 2019.

TAUNAY, T.C.D. *et al.* Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Rev Psiquiatr Clin**, v. 39, n. 4, p. 130–135, 2012.

TOMFOHR-MADSEN, L.M. *et al.* Depression and anxiety in pregnancy during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. **Psychiatry Res**, v. 300, p. 1-3, 2021.

VILARIM, M. *et al.* Prevalence of postpartum depression symptoms in high-income, and low- and middle-income countries in the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. **Braz J Psychiatry**, v. 46, p. e20233453, 2024.

WU, Y. *et al.* Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. **Am J Obstet Gynecol**, v. 223, n. 2, p. 240.e1–240.e9, 2020.

YAN, H. Mental health of pregnant and postpartum women during the coronavirus disease 2019 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Front Psychol**, v. 11, n. 617001, p. 1-12, 2020.

XIAO-HU, Z.; ZHI-HUA, Z. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. **Asian J Psychiatr**, v. 53, p. 1-13, 2020.

Recebido em: 28 de Novembro de 2024

Avaliado em: 14 de Junho de 2025

Aceito em: 21 de Agosto de 2025



A autenticidade desse artigo pode ser conferida no site <https://periodicos.set.edu.br>

2 Cirurgiã-Dentista, Doutora em Odontologia (Saúde Coletiva). Departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP. ORCID: 0000-0001-8509-551X. E-mail: fernanda.raven@gmail.com

3 Cirurgiã-Dentista. Doutora em Odontologia (Saúde Coletiva). Faculty of Nursing, University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada. ORCID: 0000-0002-0737-2857. E-mail: laysrenata.almeida@gmail.com

4 Cirurgiã-Dentista e Estatística, Doutora em Clínica Odontológica. Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-0300-5697 E-mail: pecorarivanessa@yahoo.com.br

5 Cirurgiã-Dentista, Doutora em Odontologia. Departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil. Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba – São Paulo. ORCID: 0000-0001-9584-9477. E-mail: karinela@unicamp.br

6 Cirurgiã-Dentista, Doutora em Odontologia. Departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil. Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba – São Paulo. ORCID: 0000-0001-6179-3030. E-mail: rosanapossobon@hotmail.com

Copyright (c) 2025 Revista Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente



Este trabalho está licenciado sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.