

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GISELE ALVES DE FREITAS

**INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS E
RELIGIOSIDADE NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES NO PUERPÉRIO
IMEDIATO**

UBERLÂNDIA (MG)
2023

GISELE ALVES DE FREITAS

**INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS E
RELIGIOSIDADE NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES NO PUERPÉRIO
IMEDIATO**

Trabalho de Conclusão de curso da
Universidade Federal de Uberlândia, como
requisito parcial para obtenção do título de
bacharel.

Área de concentração: Enfermagem

Orientador(a): Profa. Dra.. Luana Araújo
Macedo Scalia

UBERLÂNDIA

2023

GISELE ALVES DE FREIRAS

**INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS E
RELIGIOSIDADE NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES NO PUERPÉRIO
IMEDIATO**

Trabalho de Conclusão de curso da
Universidade Federal de Uberlândia, como
requisito parcial para obtenção do título de
bacharel.

Área de concentração: Enfermagem

Uberlândia, 26 de janeiro de 2023

Banca Examinadora:

Profa. Dra.. Luana Araújo Macedo Scalia – Orientadora
(FAMED - UFU)

Profa. Dra. Efigênia Aparecida Maciel de Freitas
(FAMED - UFU)

Profa. Dra. Déborah Raquel Carvalho de Oliveira
(FAMED – UFU)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. METODOLOGIA.....	9
2.1. Desenho do estudo.....	9
2.2. Análise de dados.....	10
2.3. Aspectos Éticos	11
3. RESULTADOS	11
4. DISCUSSÃO	16
5. CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

RESUMO

O puerpério imediato é caracterizado pelo período entre o primeiro e décimo dia pós-parto. Tal fase evidencia grandes transformações na vida da mulher que estão associadas a mudanças hormonais, físicas, sociais e psicológicas, marcando uma fase de maior vulnerabilidade para as mulheres, predispondo-as ao adoecimento mental, como por exemplo a Depressão Pós-Parto (DPP). A religiosidade e espiritualidade (R/E) é fator que pode gerar impactos positivos sobre a saúde mental de mulheres durante essa fase. Este estudo visa avaliar a influência das variáveis sociodemográficas, obstétricas e de religiosidade nos sintomas como ansiedade, depressão e estresse em mulheres, no período de puerpério imediato. Estudo realizado em um hospital universitário, com puérperas maiores de 18 anos no período de novembro de 2021 a janeiro de 2022. Foi aplicado questionário para análise de dados socioeconômicos. A saúde mental foi avaliada pela escala DASS-21 (Escala de Ansiedade e Depressão e Estresse). A religiosidade pela Escala de Coping Religioso Espiritual (CER-BREVE-14) e o Inventário de Religiosidade de Duke (P-DUREL). 81 mulheres participaram do estudo. 79% eram pretas/pardas/indígenas, 74% solteiras/separadas, 46,9% possuíam ocupação sem renda, 39,5% eram de religião católica. De acordo com os dados clínico-obstétricos, 60,5% eram multíparas e 60,5% tiveram gestações não planejadas. 30,9% tiveram parto normal e 55,6% cesárea. Houve relação estatisticamente significativa entre ansiedade e ocupação sem renda, ansiedade e renda inferior a R\$2000,00, ansiedade e estresse a escolaridade inferior a 11 anos. Não houve associação entre religiosidade e sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Estudos mostram que durante a gestação que a religiosidade/espiritualidade é mais significativa e que é necessário mais estudos abordando o período de puerpério. Este estudo propõe a necessidade de maior atenção à gestantes e puérperas em situações de baixa renda e escolaridade, pois estão mais propensas a desenvolver ansiedade e estresse, e pode levar a um maior risco de desenvolvimento de depressão pós-parto.

Palavras-chave: Religião e Medicina. Período Pós-Parto. Saúde Mental

ABSTRACT

The immediate puerperium is characterized by the period between the first and tenth day postpartum. This phase shows great transformations in women's lives that are associated with hormonal, physical, social and psychological changes, marking a phase of greater vulnerability for women, predisposing them to mental illness, such as Postpartum Depression (PPD). Religiosity and spirituality (R/S) is a factor that can generate positive impacts on women's mental health during this phase. This study aims to evaluate the influence of sociodemographic, obstetric, and religiosity variables on symptoms such as anxiety, depression, and stress in women during the immediate postpartum period. The study was carried out in a university hospital, with puerperae over 18 years old, from November 2021 to January 2022. A questionnaire was applied to analyze socioeconomic data. Mental health was assessed by the DASS-21 scale (Depression, Anxiety and Stress Scale). Religiosity was assessed by the Spiritual Religious Coping Scale (CER-BREVE-14) and the Duke Religiosity Inventory (P-DUREL). 81 women participated in the study. 79% were black/brown/indigenous, 74% single/separated, 46.9% had a non-income occupation, 39.5% were Catholic. According to the clinical and obstetric data, 60.5% were multiparous and 60.5% had unplanned pregnancies. 30.9% had a normal delivery and 55.6% had a cesarean section. There was a statistically significant relationship between anxiety and occupation without income, anxiety and income below R\$2000.00, anxiety and stress and education below 11 years. There was no association between religiosity and symptoms of depression, anxiety and stress. Studies show that during pregnancy that religiosity/spirituality is more significant and that more studies addressing the puerperium period are needed. This study proposes the need for more attention to pregnant and postpartum women in situations of low income and education, as they are more prone to develop anxiety and stress, and may lead to a higher risk of developing postpartum depression.

Keywords: Religion and Medicine. Postpartum Period. Mental Health

1. INTRODUÇÃO

O puerpério é caracterizado pelo período que decorre desde a dequitação placentária até o restabelecimento dos órgãos reprodutivos ao estado pré-gestacional, ou seja, tem início imediatamente após o parto e dura em média 6 semanas após o parto e é classificado conforme a sua duração: imediato (do 1º ao 10º dia pós parto), tardio (do 11º ao 45º dia pós parto) e remoto (a partir do 45º dia, com término imprevisível) (BRASIL, 2021).

Tal fase evidencia grandes transformações na vida da mulher, estas, estão associadas a mudanças hormonais, físicas e psicológicas, além das adaptações comportamentais e sociais, incluindo a adaptação à nova rotina e às demandas de um novo bebê, marcando uma fase de maior vulnerabilidade para as mulheres, o que gera um impacto significativo sobre a saúde mental materna. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em todo o mundo cerca de 10% das gestantes e 13% das puérperas sofrem de algum transtorno mental. Sendo a depressão pós-parto um dos diagnósticos mais prevalentes de doença mental durante este período, havendo maior incidência entre a quarta e a oitava semana após o parto (ZUCHATTI et al., 2022).

Também no período puerperal a mulher pode apresentar sintomas relacionados às alterações emocionais, entre eles, a tristeza puerperal (ANDRADE et al., 2017). Essa alteração, também conhecida como *Maternity Blues* ou *Blues* puerperal, caracteriza-se por choro, irritabilidade e rápidas mudanças de humor. A incidência de *Blues* puerperal varia de 50 a 80%, e geralmente aparece entre o 3.º e 10.º dia após o parto. É raro, mas a condição pode evoluir para um transtorno severo, sendo também um fator de risco para a depressão pós-parto (AUSTIN et al, 2007).

Nos Estados Unidos, 26-85% das mães apresentam alteração de humor no pós-parto (GOYAL, GAY e LEE 2010). Em estudo comparativo entre mulheres residentes na Coreia e outros países asiáticos a incidência variou de 23% a 48% (CHUNG e JUNG, 2013). Em estudo realizado com 70 mulheres no Sul do Brasil, 67,2% das mulheres tinham presença de tristeza no pós-parto imediato. Dentre elas, 8,6% apresentaram o sintoma todos os dias, durante todo o dia; 31,5% tristeza todos os dias, mas em determinados momentos; e 27,1% a ocorrência de tristeza em momentos casuais (PEREIRA e RUMEL 2007).

Todas as mulheres estão sujeitas a desenvolver transtornos mentais durante a gravidez e no primeiro ano após o parto, porém dados sociodemográficos e sociais como pobreza,

ausência de companheiro, migração, estresse extremo, ansiedade, exposição à violência (doméstica, sexual e/ou de gênero), vivência de gravidez indesejada, situações de emergência e conflito, desastres naturais e baixo apoio social e emocional aumentam os riscos (WHO, 2017; GARFIELD et al., 2015; THIENGO et al., 2012). Além do impacto causado pela pandemia de COVID-19 que também teve interferências saúde mental pós-parto devido a uma combinação de fatores como o isolamento social, prejuízo na assistência pré-natal e preocupações realacioadas a infecção da doença e suas consequencias na gestação e pós-parto (OMS, 2020)

Isto pode impactar diretamente na relação mãe-filho gerando consequências graves, visto que a instabilidade emocional da mãe impossibilita uma maior interação com seu filho (MOURA, FERNANDES e APOLINÁRIO, 2011).

Estudos envolvendo mulheres no puerpério são fundamentais para o levantamento de informações e possíveis fatores de risco para transtornos de humor comuns no período puerperal, possibilitando o planejamento de ações preventivas e precoces dessas alterações, a fim de minimizar os danos ao binômio mãe-filho. Além de reforçar a importância e necessidade de cuidados com a saúde mental da mulher no período gestacional e puerperal, visto que são períodos de vulnerabilidade e transformação (ANDRADE et al., 2017).

Inúmeros fatores podem auxiliar no processo de enfrentamento dos quadros de adoecimento mental, entre eles a religiosidade e espiritualidade (R/E), que atuam acelerando a remissão e prevenindo a recaída da depressão (SANTOS, 2012). Embora existam muitas definições para religiosidade e espiritualidade, elas podem ser entendidas como dimensões da experiência humana que envolvem crenças, práticas e experiências relacionadas à realidade transcendente ou sagrada (MILLER e THORESEN, 2003). Ainda que a ligação entre R/E e saúde mental tenha sido estudada extensivamente em várias populações, relativamente poucos estudos se concentraram no período pós-parto (CHEADLE et al. 2015; CHEADLE E DUNKEL SCHETTER 2018; CLEMENTS ET AL. 2016; MANN ET AL, 2008), e a maioria destes mostra relação positiva entre R/E e saúde mental.

Em várias populações e culturas, maior R/E foi associado a melhor saúde mental, como por exemplo, taxas mais baixas de depressão, ansiedade e estresse (OMAN E LUKOFF 2018). Da mesma forma, uma meta-análise relatou efeitos diretos da religiosidade em menos sintomas de depressão, mesmo quando controlado por sexo, idade ou etnia. A associação inversa entre religiosidade e depressão foi mais forte em estudos envolvendo pessoas submetidas a estresse recente na vida (SMITH et al., 2003). Além disso, o efeito positivo da R/E não se limitou à

depressão, mas também à qualidade de vida (MOSQUEIRO et al. 2015; HANDELZALTS et al., 2020)

A religiosidade parece ter um papel protetor em situações de infelicidade como método de *coping* para a prevenção de estresse, depressão e risco de suicídio (PARGAMENT et al., 2004; SCHAEFER et al., 2008). As experiências de R/E podem ser especialmente relevantes para mulheres pós-parto, pois muitas tradições atribuem significado religioso e espiritual ao parto, paternidade e família (CHEADLE et al. 2015). O período pós-parto pode ser considerado, mesmo nas melhores circunstâncias, como um período de maior estresse, baseado na privação do sono, recuperação do parto, demandas emocionais e transições hormonais (MATHEY, 2016). Além disso, o pós-parto é um momento de transição pessoal e familiar e pode ser um período de alto estresse. Portanto, R/E pode servir como forças modificadoras potenciais ou fatores orientadores para prevenir a depressão pós-parto e/ou melhorar a qualidade de vida. (HANDELZALTS et al., 2020).

Dessa forma, este estudo visa analisar a influência de variáveis sociodemográficas, obstétricas e religiosidade na saúde mental de mulheres no puerpério imediato

2. METODOLOGIA

2.1.Desenho do estudo

Estudo observacional transversal realizado em um hospital universitário, realizado com uma amostra por conveniência, com 81 participantes, maiores de 18 anos, que tiveram parto (normal ou cesárea) nas últimas 72 horas, entre o período de novembro de 2021 a janeiro de 2022.

Essas mulheres foram abordadas na Enfermaria de Ginecologia/Obstetrícia, todas as segundas, quartas e sexta, de forma aleatória. Essas mulheres foram esclarecidas sobre a pesquisa, e as que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam questionários autoaplicáveis em papel e lápis, mas nem todas as participantes responderam todas as perguntas dos questionários

Como instrumentos de coleta de dados foi aplicado questionário para análise de dados socioeconômicos, formulado pelos pesquisadores, em que foi perguntado sobre idade, sexo, formação, estado civil, auto declaração racial, tempo de formado, atuação profissional, afiliação religiosa, informações sobre o parto.

A saúde mental foi avaliada pela Escala de Ansiedade e Depressão e Estresse (DASS-21). Foi validada para o português por Vignola e Tucci (2014) e Martins et al., (2019). Esta é uma escala curta de 21 itens que permite a avaliação simultânea de três estados emocionais e seus sintomas relacionados à depressão, ansiedade e estresse. É facilmente aplicado em ambientes clínicos e não clínicos e é adequado para diversos grupos etários.

Para avaliar a religiosidade utilizou-se a Escala de Coping Religioso Espiritual (CRE-BREVE) e o Inventário de Religiosidade de Duke (P-DUREL). A CRE-BREVE descreve o modo como os indivíduos utilizam sua fé para lidar com o estresse se associando com a qualidade de vida. É dividida em 14 itens tendo as respostas avaliadas com a escala de cinco pontos (1-nem um pouco/não se aplica a 5-muitíssimo) (ESPERANDIO, 2018). A partir das análises fatoriais, foram criados índices para avaliar o participante através da Escala CRE: (1) CRE Positivo (CREP): indica o nível de CRE positivo praticado pelo avaliado através da média das questões da Dimensão CREP; (2) CRE Negativo (CREN): indica o nível de CRE negativo praticado, através da média das questões da Dimensão CREN; (3) CRE Total: indica a quantidade total de CRE's praticados pelo avaliado, através da média entre o Índice CRE Positivo e a média das respostas invertidas aos itens CREN (CRE Negativo Invertido). A escala P-DUREL é um instrumento sucinto, autoaplicável, composto de cinco itens que mensura três dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos de saúde: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não-Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI). A RO está relacionada à frequência em grupos religiosos como cultos, missas, cerimônias, etc. (pontuação de 1-6, sendo um baixa e 6 alta RO); a RNO mede a frequência de atividades religiosas privadas como orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio, etc. (pontuação de 1-6, sendo um baixa e seis alta RNO); e RI que refere-se a busca de internalização e vivência da religiosidade como principal objetivo do indivíduo (pontuação de 3-15) (LUCCHETTI et al., 2012). Foi desenvolvida por Koenig e colaboradores em 1997 e traduzida para português por MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008 e validada, demonstrando elevada consistência interna (LUCCHETTI et al., 2012).

2.2. Análise de dados

Após a coleta de dados, os dados foram passados para uma planilha do Microsoft EXCEL®, utilizando dupla digitação. Após, os dados foram armazenados no programa IBM SPSS®, versão 23.0.

Utilizou-se as análises descritivas para apresentação das variáveis de interesse, utilizando frequência, porcentagem, mediana, média, desvio padrão e desvio interquartis para

dados sociodemográficos e dados quantitativos. As variáveis sociodemográficas foram dicotomizadas para análise estatística. As médias de dois grupos foram comparadas pelo teste de T de *Student*. Foi realizado o teste de significância de Pearson para coeficientes de correlação. Valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

2.3.Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP), tendo como base as Resoluções Nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, e Nº. 510 de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, com o número CAAE: 52500721.6.0000.5152

3. RESULTADOS

Foram incluídas no estudo 81 mulheres no pós parto imediato, e as variáveis sociodemográfica, ocupacional e obstétricas estão evidenciados na tabela 1. A maioria das mulheres eram pretas/pardas/indígenas (64; 79%), solteiras/separadas (60; 74%), possuíam ocupação sem renda (38; 46,9%), de religião católica (32; 39,5%).

De acordo com os dados clínico-obstétricos, a maioria (61;75,3%) não praticavam atividade física, não fumavam (71; 87,7%) e não faziam uso de bebidas alcoólicas (55;67,9%). (61; 75,3%) não possuíam doença prévia,(4960,5%) eram multíparas e (49; 60,5%) tiveram gestações não planejadas. (20; 24,7%) tiveram perdas gestacionais anteriores. Em relação ao tipo de parto, (25; 30,9%) foram parto normal e (45; 55,6%) cesárea.

A média de idade foi de 25,54 anos ($s=5,48$), com idade mínima de 18 anos e máxima de 40 anos. A média de escolaridade foi 11,57 anos de estudo ($s=2.28$), apresentando escolaridade mínima de 6 anos e máxima de 17 anos (Tabela 2).

Tabela 1- Frequência e porcentagem de características sociodemográficas, ocupacionais e obstétricas de mulheres no puerpério imediato. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2022.

(Continua)

Variável	N (%)
Cor auto referida	
Preto/ Pardo/indigena	64 (79%)
Branca	17 (21%)
Total	81
Estado civil	
Casada/Amaziada	21 (25,9 %)

Variável	N (%)
Solteira/Separada	60 (74%)
Total	81
Ocupação	
Com renda	43 (53,1%)
Sem renda	38 (46,9%)
Total	81
Religião	
Católica	32 (39,5%)
Evangélica	31 (38,3%)
Outras crenças	8 (9,8%)
Total	71
Prática de atividade física	
Sim	17 (21%)
Não	61 (75,3%)
Total	78
Tabagismo	
Sim	6 (7,4 %)
Não	71 (87,7%)
Total	77
Consome bebida alcóolica	
Sim	26 (32,1%)
Não	55 (67,9%)
Total	81
Portador de doença crônica	
Sim	19 (23,5%)
Não	61 (75,3%)
Total	80
Paridade	
Primípara	32 (39,5%)
Múltipara	49 (60,5%)
Total	81
Gestação planejada	
Sim	32 (39,5%)
Não	49 (60,5%)
Total	81
Perda gestacional anterior	
Sim	20 (24,7%)
Não	59 (72,8%)
Total	79

Variável	N (%)
Via de parto	
Normal	25 (30,9%)
Cesárea	45 (55,6%)
Total	70

Fonte: Autoria própria

Tabela 2- Medidas de centralidade e dispersão sobre a idade e escolaridade de mulheres no puerpério imediato. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2022.

	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
Idade	18	40	25,54	25	5,48
Escolaridade	6	17	11,57	12	2,28

Fonte: Autoria própria

Em relação à saúde mental das puérperas, analisados pela DASS-21, observou-se 61 (75,3%) mulheres com sinais leves/mínimos para depressão e 17 (20,9%) com sinais de moderado/ muito grave. Em relação à ansiedade 40 (49,4%) possuíam sinais leves/mínimos e 38 (46,9%) sinais de moderado/ muito grave. Para estresse, 48 (59,2%) puérperas possuíam sinais leves/mínimos e 31 (38,3%) sinais de moderado/ muito grave (Tabela 3).

Tabela 3- Frequência e porcentagem dos escores das Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse – DASS-21, em mulheres no puerpério imediato. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2022.

Classificação	Depressão (n, %)	Ansiedade (n, %)	Estresse (n, %)
Leve/mínimo	61 (75,3%)	40 (49,4%)	48 (59,2%)
Moderado	6 (7,4%)	13 (16%)	8 (9,9%)
Grave	4 (4,9%)	9(11,1%)	11 (13,6%)
Muito grave	7 (8,6%)	16 (19,8%)	12 (14,8%)

Fonte: Autoria própria

Em relação à religiosidade, em relação à pergunta sobre a importância da religiosidade para essas mulheres (de 0 a 10) foi observado a média de 9,26 (s=2,07). Para Religiosidade organizacional (RO) a média foi de 3,59 (s= 1,62), Religiosidade não organizacional (RNO)

4,24 ($S=1,49$) e Religiosidade Intrínseca (RI) 13,57 ($s= 1,94$). CRE positivo foi de 4,27 ($s= 0,70$), CRE negativo 4,13 ($s= 0,87$) e CRE total de 4,20 ($s=0,50$) (Tabela 4).

Tabela 4- Medidas de centralidade e dispersão dos escores das escalas de religiosidade e *Coping* Religioso/Espiritual em mulheres no puerpério imediato. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2022.

	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
"O quanto a religião é importante na sua vida?"	0,00	10,00	9,26	10,00	2,07
RI	7,00	15,00	13,57	14,00	1,94
RO	1,00	6,00	3,59	3,00	1,62
RNO	1,00	6,00	4,24	5,00	1,49
<i>Coping Religioso</i>					
Positivo	1,00	5,00	4,27	4,42	0,70
Negativo	1,57	5,00	4,13	4,35	0,87
Total	2,64	5,00	4,20	4,21	0,50

RI: Religiosidade Intrínseca, RO: Religiosidade Organizacional, RNO: Religiosidade Não-Organizacional. Fonte: Autoria própria

A análise de associação bivariada entre dados socioeconômicos, obstétricos e DASS-21 foram apresentados na tabela 5. Observa-se que houve uma associação estatisticamente significativa entre ansiedade e ocupação ($p=0,002$), ansiedade e renda ($0,015$), ansiedade e estresse a escolaridade ($p=0,031$ e $p=0,020$, respectivamente), sendo que ocupação sem renda, menor renda e menor escolaridade estavam associados a maiores escores.

Tabela 5 – Análise bivariada (teste *T*) entre variáveis sociodemográficas obstétricas e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em mulheres no puerpério imediato. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021.

(Continua)

Variáveis	Depressão		Ansiedade		Estresse	
	M (DP)	p	M (DP)	p	M (DP)	p
Ocupação		0,373		0,002		0,210
Sem renda	9,45 (11,17)		14,82 (12,08)		18,92 (11,26)	
Com renda	7,22 (10,42)		7,31 (7,71)		15,55 (12,13)	

Variáveis	Depressão		Ansiedade		Estresse	
	M (DP)	p	M (DP)	p	M (DP)	p
Cor		0,915		0,217		0,463
Preta/parda/indígena	8,45 (10,93)		12,19 (11,40)		17,80 (11,62)	
Branca	8,12 (10,34)		8,47 (8,76)		15,41 (12,70)	
Estado civil		0,529		0,667		0,359
Solteira/separada	7,93 (9,93)		11,06 (9,98)		16,57 (11,32)	
Casada/amaziada	9,70 (13,01)		12,30 (13,59)		19,40 (13,28)	
Renda		0,153		0,015		0,095
< R\$ 2000,00	9,93 (11,34)		13,72 (13,18)		19,03 (12,43)	
> R\$ 2000,00	5,82 (8,35)		6,60 (6,47)		13,39 (11,09)	
Escolaridade		0,271		0,031		0,020
< 11 anos	10,38 (10,05)		15,04 (11,21)		22,47 (10,01)	
>12 anos	7,36 (10,48)		9,27 (9,39)		15,37 (11,95)	
Atividade física		0,365		0,157		0,665
Sim	6,94 (6,93)		8,94 (7,03)		16,35 (11,53)	
Não	9,03 (11,83)		12,27 (11,91)		17,79 (12,22)	
Possui doença?		0,582		0,938		0,626
Sim	9,68 (8,87)		11,36 (7,66)		18,52 (10,68)	
Não	8,10 (11,37)		11,55 (11,90)		16,98 (12,30)	
Grav planejada?		0,610		0,464		0,671
Sim	7,61 (9,38)		10,32 (9,00)		18,00 (11,41)	
Não	8,88 (11,63)		12,08 (12,09)		16,83 (12,17)	
Perda gestacional?		0,458		0,650		0,261
Sim	9,47 (12,71)		11,78 (11,94)		19,57 (11,80)	
Não	7,40 (9,65)		10,52 (9,96)		16,06 (11,68)	
Tipo de Parto		0,601		0,734		0,974
PN	8,17 (10,98)		10,08 (10,69)		16,58 (11,36)	
PC	6,88 (8,71)		10,93 (9,10)		16,48 (11,46)	
Primípara?		0,170		0,171		0,129
Sim	6,26 (9,68)		9,29 (8,66)		14,77 (11,73)	

Variáveis	Depressão		Ansiedade		Estresse	
	M (DP)	p	M (DP)	p	M (DP)	p
Não	9,70 (11,26)		12,76 (12,10)		18,91 (11,71)	

Fonte: Autoria própria

Na tabela 6, encontra-se a análise de correlação entre DASS-21 e os escores de religiosidades. Observa-se que não houve correlação estatisticamente significativa para nenhuma variável.

Tabela 6 – Análise bivariada (Correlação de Pearson) de religiosidade/espiritualidade e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em mulheres no puerpério imediato. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021.

(Continua)

Variáveis	Depressão		Ansiedade		Estresse	
	r	p	r	p	r	p
Idade	-0,078	0,503	-0,169	0,143	-0,101	0,380
O quanto a religião é importante?	0,152	0,235	0,037	0,775	-0,005	0,971
RO	0,129	0,275	0,062	0,598	0,075	0,524
RNO	0,001	0,992	0,024	0,837	0,150	0,200
RI	0,102	0,388	0,079	0,505	0,069	0,561
CRE positivo	0,158	0,187	0,128	0,288	0,201	0,091
CRE negativo	0,057	0,645	-0,163	0,188	-0,041	0,741
CRE total	0,162	0,194	-0,065	0,605	0,090	0,470

RO=Religiosidade Organizacional, RNO=Religiosidade Não Organizacional, RI=Religiosidade Intrínseca, CRE=Coping Religioso e Espiritual; Fonte: Autoria própria

4. DISCUSSÃO

Os transtornos mentais caracterizam-se como um grupo de doenças com alto grau de sobrecarga para o indivíduo e familiares. No período gravídico-puerperal, as formas podem variar, serem mais brandas ou mais graves, a depender de fatores familiares, socioeconômicos

e relativos à história de vida da mulher (CLEMENTS et al., 2016). . Este estudo teve como objetivo avaliar a influência de variáveis sociodemográficas, obstétricas e religiosidade na saúde mental de mulheres no puerpério imediato.

No presente estudo foi observado que, 79% das mulheres eram pretas/pardas/indígenas, 74% eram solteiras/separadas e 46,9% possuíam ocupação sem renda. A média de escolaridade foi 11,57 anos de estudo, apresentando escolaridade mínima de 6 anos. Resultados similares aos apresentados no estudo de Moraes et al., (2015), o qual obtiveram menor média de anos de escolaridade (9,3) em mulheres assistidas na rede pública de saúde, do que na rede privada (15,3). Verificou-se, também, que a amostra do hospital público teve menor proporção de mães que trabalhavam (40%) e menor número de mães que viviam com um companheiro (81%, no público e 99%, no privado).

Fatores relacionados à saúde mental materna são importantes de serem abordados ainda no pré-natal, pois a depressão pré-natal e a ansiedade influenciam negativamente alguns resultados obstétricos e fetais e, se não forem devidamente tratadas, podem levar a complicações, questões de bem-estar mental pós-parto e o perigo da relação debilitante entre a mãe e o recém-nascido (CLEMENTS et al., 2016).

Foi verificado no presente estudo que 46,9% das puérperas apresentaram sinais de moderado/muito grave para ansiedade e 38,3% sinais de moderado/muito grave para estresse e 20,9% sinais de moderado/muito grave para depressão. Como a pesquisa foi realizada nas primeiras 72 horas pós-parto e a escala de DASS-21 faz rastreio de sinais relatados pela mulher nos últimos 7 dias, os níveis de depressão, ansiedade e estresse foram observados no período final da gestação, parto e pós-parto. Sabe-se que esse período a mulher passa por um processo que constitui de várias mudanças e adaptações complexas, que têm sido agravadas pelas preocupações relacionadas ao cenário pandêmico de COVID-19 (NOMURA et al., 2021).

Um estudo que avaliou a ansiedade materna durante o surto de COVID-19 em 10 cidades do Brasil, encontrou ansiedade moderada ou grave em 27,6% das mulheres saudáveis no final da gravidez (NOMURA et al., 2021). Ansiedade materna moderada ou grave, foi associada com escolaridade de nível médio e não viver com companheiro. As mulheres mais bem informadas durante a pandemia e que demonstraram preocupação com o pré-natal, transmissão vertical ou com o bebê contrair COVID-19 também apresentaram aumento da ansiedade materna (NOMURA et al., 2021). Apesar de não ter-se dados em relação à preocupação de infecção por COVID-19, este estudo foi realizado no período da terceira onda de COVID-19 no Brasil, em um momento em que já havia vacinação, porém, ainda assim, com

presença de sintomas de ansiedade moderado a grave em quase metade das mulheres pesquisadas.

Outro estudo ratifica esse fato demonstrando que a prevalência de ansiedade pré-parto foi de 20,8% durante a pandemia e 64,6% das mulheres cancelaram ou adiaram suas consultas obstétricas (DING et al., 2021). Além disso, o aumento da ansiedade também ocorreu em grávidas não infectadas, pois houve diminuição da atenção às gestantes, por priorização do controle da disseminação da COVID-19 em detrimento dos cuidados obstétricos (JIANG et al., 2021).

No presente estudo houve uma associação entre puérperas desempregadas e com menor renda e maiores escores de ansiedade; além disso, a baixa escolaridade, resultou em mais sintomas de ansiedade e estresse. Um estudo realizado no Canadá, demonstrou que 37% das mulheres com maiores níveis de ansiedade pós-parto apresentavam baixa renda (DENNIS, 2017). Zakeri et al, (2022), nos resultados com teste de regressão multivariada mostraram que a ansiedade, a qualidade do pré-natal e o nível de escolaridade foram preditores significativos para o desenvolvimento de depressão pós-parto (DPP), três dias após o parto. Portanto, o risco de desenvolver DPP aumentou com o aumento do escore de ansiedade e diminuição da qualidade percebida do pré-natal e do nível de escolaridade (ZAKERI et al., 2022).

Evidências demonstram também que quanto menor o nível de escolaridade do indivíduo, maior o risco de DPP (WASSIF et al., 2019; HUTCHENS et al., 2020). Este resultado pode ser justificado devido à exposição ao estresse prolongado relacionado a situação de pobreza, ambientes de vida inseguros, relações sociais instáveis, além de se associar ao período de adaptações hormonais no pós-parto e às inseguranças relacionadas à subsistência e cuidados com o bebê que acaba de chegar (WASSIF et al., 2019; HUTCHENS et al., 2020).

Assim, mesmo que neste estudo não houve uma relação entre sintomas de depressão e baixa renda, há estudos que demonstram que as mulheres de baixa renda estão particularmente em alto risco de depressão pós-parto (GRESS-SMITH et al., 2012; COLLADO et al., 2014). Uma prevalência de depressão pós-parto de 33% a quase 40% foi observada entre mães de baixa renda entre três e nove meses após o parto (KIM et al., 2012).

Neste estudo, a religiosidade/espiritualidade não se associou aos sintomas de ansiedade, depressão e estresse nas puérperas. Handelzalts (2019) também não encontrou essa associação, pois fora o domínio de auto perdão/auto perdão da escala utilizada, nenhum outro domínio de R/E teve associações consistentes com saúde mental pós-parto.

Porém, outros estudos revelam o impacto positivo entre religiosidade/espiritualidade e saúde mental de puérperas. Como o estudo de Oman e Lukoff (2018) onde foi observado que

em várias populações e culturas, maior R/E foi associado a melhor saúde mental, como por exemplo, taxas mais baixas de depressão, ansiedade e estresse. Da mesma forma, uma meta-análise relatou efeitos diretos da religiosidade em menos sintomas de depressão, mesmo quando controlado por sexo, idade ou etnia. A associação inversa entre religiosidade e depressão foi mais forte em estudos envolvendo pessoas submetidas a estresse recente na vida (SMITH et al., 2003). Além disso, o efeito positivo da R/E não se limitou à depressão, mas também à qualidade de vida (MOSQUEIRO et al. 2015; HANDELZALTS et al., 2020)

O estudo de Osman (2021) sobre religiosidade e sintomas de ansiedade perinatal, realizado na Califórnia em mulheres de ascendência mexicana, indicou que para cada aumento de um ponto nos níveis de religiosidade, houve uma diminuição nos sintomas de ansiedade. As mulheres com alta religiosidade apresentaram uma queda mais rápida da ansiedade ao longo do período perinatal, enquanto aquelas com baixa religiosidade não apresentaram queda da ansiedade até o pós-parto. No entanto, análises de regressão mostraram que a religiosidade teve maior impacto na ansiedade durante a gravidez do que no período pós-parto (OSMAN, 2021).

Moreira et al. (2006) propõem que a religião pode influenciar a saúde mental por meio de sete mecanismos: (1) promoção de comportamentos e estilo de vida saudáveis, (2) apoio social, (3) fornecimento de um sistema de crenças/estrutura cognitiva que melhora o enfrentamento adaptativo, (4) efeitos psicológicos diretos de práticas religiosas (como meditação), (5) fornecer um senso de direção espiritual e significado na vida, (6) fornecer um idioma para expressar estresse e (7) uma explicação multifatorial que é possível que as mulheres que tiveram contato regular com uma comunidade religiosa tenha experimentado maior apoio social após o parto do que as mulheres que não estavam envolvidas em uma comunidade religiosa, independentemente do apoio social pré-natal.

5. CONCLUSÃO

Neste estudo realizado em puérperas em um hospital universitário, encontrou - se que a maioria das mulheres eram pretas/pardas/indígenas, solteiras/separadas, possuíam ocupação sem renda, de religião católica. Com predominância de sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Houve associação entre baixa renda e escolaridade e ansiedade/estresse e não houve associação entre religiosidade e saúde mental.

O presente estudo teve como limitação uma amostra pequena e ter abordagem transversal. Estudos prospectivos que abordem esta temática são necessários, para entender o real impacto da religiosidade/espiritualidade na saúde mental, pois é uma prática que faz parte do dia a dia dos brasileiros e pode ser utilizada como prevenção de doenças. Além disso,

entender os reais motivos que levam à piora de saúde mental no período gestacional, parto e pós parto pode auxiliar num melhor atendimento e atenção às mulheres e familiares.

Sendo necessário também, de abordagens mais aprofundadas e focadas em mulheres em situações de baixa renda e escolaridade no período periparto, pois estão mais propensas a desenvolver ansiedade e estresse, e pode levar a um maior risco de desenvolvimento de depressão pós-parto.

REFERÊNCIAS

ABD ALEATI, NS (2016). Religiosidade e saúde mental: estudo de revisão sistemática. *Journal of Religious Health*, 55(6), 1929–1937. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9896-1>

ALMEIDA, et al. Religiousness and mental health: A review. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28:242.

BRASIL, F. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-a-consulta-de-puerperio-na-atencao-primaria-a-saude/>>. Acesso em: 5 jan. 2023.

CHEADLE, AC e Dunkel Schetter, C. (2018). Domínio, autoestima e otimismo mediam a ligação entre religiosidade e espiritualidade e depressão pós parto. *Jornal de Medicina Comportamental*, 41(5), 711-721. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9941-8>.

CHEADLE, AC, Dunkel Schetter, C., Gaines Lanzi, R., Reed Vance, M., Sahadeo, LS, & Shalowitz, MU (2015). Recursos espirituais e religiosos em mulheres afro-americanas: proteção contra sintomas depressivos após o parto. *Clinical Psychological Science*, 3(2), 283-291. <https://doi.org/10.1177/2167702614531581>.

CLEMENTS, AD, Fletcher, TR, Childress, LD, Montgomery, RA, & Bailey, BA (2016). Apoio social, compromisso religioso e sintomas depressivos em gestantes e puérperas *Jornal de Psicologia Reprodutiva e Infantil*, 34(3), 247–259. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1152626>.

DENNIS, C.-L. Identificando mulheres em risco de ansiedade pós-parto sustentada. *Journal of Affective Disorders* , p. 131–137, 14 fev. 2017.

DING, Wenping., et al. Knowledge, attitudes, practices, and influencing factors of anxiety among pregnant women in Wuhan during the outbreak of COVID-19: a crosssectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 21, n. 1, 2021..

HALL, DE; MEADOR, KG; KOENIG, HG Medindo a Religiosidade na Pesquisa em Saúde: Revisão e Crítica. *Revista de Religião e Saúde* , v. 47, n. 2, pág. 134-163, 6 mar. 2008.

HANDELZALTS, JE et al. A Associação da Religião e Espiritualidade com a Saúde Mental Pós-Parto em Mulheres com Histórias de Maus-tratos na Infância. *Journal of Child and Family Studies* , v. 29, n. 2, pág. 502–513, 1 fev. 2020.

HUTCHENS, B. F. et al. Does Perceived Quality of Care Moderate Postpartum Depression? A Secondary Analysis of a Two-Stage Survey. *Maternal and Child Health Journal*, v. 25, n. 4, p. 613–625, 29 nov. 2020.

JIANG, H. et al. Maternal Mental Health Status and Approaches for Accessing Antenatal Care Information During the COVID-19 Epidemic in China: Cross-Sectional Study. *Journal of Medical Internet Research*, v. 23, n. 1, p. e18722, 18 jan. 2021.

KOENIG, HG (2009). Pesquisa sobre religião, espiritualidade e saúde mental. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283–291.

LUCCHETTI, G. et al. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *Journal of Religion and Health*, v. 51, p. 579–586, 24 nov. 2010.

MANN, JR, McKeown, RE, Bacon, J., Vesselinov, R., & Bush, F. (2008). Os fatores religiosos e espirituais pré-natais afetam o risco de sintomas depressivos pós-parto? *Journal of Women's Health*, 17(5), 745– 755. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0627>.

MATHEY, S. (2016). Ansiedade e estresse durante a gravidez e o puerpério. Em A. Wenzel (Ed.), *The Oxford handbook of perinatal psychology* (pp. 132-149). Imprensa da Universidade de Oxford. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199778072.013.25>

MILLER, WR; THORESEN, CE Espiritualidade, religião e saúde: um campo de pesquisa emergente. *American Psychologist*, v. 58, n. 1, pág. 24-35, 2003.

MORAIS, M. DE L. S. E et al. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 20, p. 40–49, 2015.

MOSQUEIRO, BP, Da Rocha, NS, & De Almeida Fleck, MP (2015). Religiosidade intrínseca, resiliência, qualidade de vida e risco de suicídio em pacientes deprimidos internados. *Journal of Affective Disorders*, 179, 128-133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.022>

NAKIĆ RADOŠ, S. Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression. *Acta Clinica Croatica*, v. 57, n. 1, p. 39–51, 2018.

NOMURA, R. M. Y. et al. Increased Risk for Maternal Anxiety during the COVID-19 Outbreak in Brazil among Pregnant Women without Comorbidities. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, v. 43, n. 12, p. 932–939, dez. 2021.

NORHAYATI, M. N. et al. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorders*, v. 175, p. 34–52, abr. 2015.

OMÃ, D., & Lukoff, D. (2018) Saúde mental, religião e espiritualidade. Em D. Oman (Ed.) *Por que religião e espiritualidade são importantes para a saúde pública Vol. 2, religião, espiritualidade e saúde: uma abordagem científica social*. (pp. 225–243). Cham, Suíça: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73966-3_13.

OSMAN, K. M. Associations between religiosity and perinatal anxiety symptoms among women of Mexican descent. *Journal of Affective Disorders*, v. 294, p. 77–84, 19 jun. 2021.

PALOUTZIAN, RF & Park, CL (Eds) (2013). *Manual de psicologia da religião e espiritualidade*. 2ª edição. Nova York, NY: Guilford Press.

SMITH, TB, McCullough, ME, & Poll, J. (2003). Religiosidade e depressão: evidências de um efeito principal e da influência moderadora de eventos estressantes da vida. *Psychological Bulletin*, 129(4), 614-636. [https:// doi.org/10.1037/0033-2909.129.4.614](https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.4.614).

WASSIF, O. M. et al. Assessment of Postpartum Depression and Anxiety among Females Attending Primary Health Care Facilities in Qaliubeya Governorate, Egypt. *Journal of Environmental and Public Health*, v. 2019, p. 3691752, 2019.

ZAKERI, M. A. et al. Postpartum depression and its correlates: a cross-sectional study in southeast Iran. *BMC Women's Health*, v. 22, n. 1, 22 set. 2022.

ZUCHATTI, B. V. et al. Clinical validation of nursing diagnosis fatigue (00093) in women in the immediate hospital postpartum period. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 56, 2022.