



Depressão pós-parto: uma análise de fatores predisponentes em mulheres internadas numa maternidade de Boa Vista – RR

Postpartum depression: an analysis of predisposing factors in women admitted to the maternity of Boa Vista - RR

Carollina S. Bezerra, Wilson L. Junior, Laila S. Garro*

Curso de Medicina, Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, Roraima, Brasil.

RESUMO

Introdução: Os transtornos depressivos (TD) assumem a quarta posição como fatores determinantes para outras doenças. Uma das formas conhecidas de TD é a depressão pós-parto (DPP) que tem prevalência entre 10 a 20% da população. Tal discrepância deve-se a diferenças socioculturais e nos métodos de estudo. Ao passo que a escassez de conteúdo e estudos sobre o tema, torna eminente a necessidade de enfatizar, rastrear e melhor conduzir a DPP. **Objetivo:** Rastrear a presença de sintomas depressivos em puérperas e analisar o perfil clínico-epidemiológico (fatores socioeconômicos, clínico-obstétricos e psicossociais) dessas mulheres. A partir desses dados, fazer uma análise dos fatores predisponentes possivelmente envolvidos no desenvolvimento da DPP. **Métodos:** Estudo de corte transversal, prospectivo, de caráter quantitativo e descritivo, realizado com total de 60 puérperas internadas no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré. Foi utilizado um questionário contendo informações sobre o perfil clínico-epidemiológico e, além disso, todas as participantes do trabalho também responderam as questões relacionadas à Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) para identificação de sintomas depressivos. **Resultados:** A presença de puérperas com sintomas depressivos, segundo a pontuação obtida no EPDS, foi de 25%. Estresse durante a gestação (p 0,009), depressão prévia pessoal (p 0,029) e negação à gravidez (p 0,000) mostraram-se possíveis fatores predisponentes para o desenvolvimento da DPP. **Conclusão:** A alta prevalência de pacientes identificadas com possível depressão pós-parto, encontrada no presente estudo, reforça a necessidade de encarar a DPP como problema de saúde pública no Brasil. A EPDS poderia ser utilizada como ferramenta de rastreio das puérperas. As estratégias de prevenção e investigação tornam-se essenciais para diminuir a prevalência da doença no puerpério, o que poderá diminuir o impacto direto nas relações familiares, na qualidade da relação entre mãe e filho (a) e no agravamento dos sintomas a médio e longo prazo.

Palavras-chave: Depressão, período pós-parto, escala de depressão pós-parto de Edimburgo.

ABSTRACT

Introduction: Depressive disorders (DD) assume the fourth position as determining factors for another diseases. One of the known forms of DD is postpartum depression (PPD), which has a prevalence of 10-20% in the population. Such discrepancy is due to sociocultural differences and study methods. Because there is a shortage of content and studies on the subject, makes eminent the need to emphasize, evaluate and better handle to PPD. **Objective:** Evaluate the presence of depressive symptoms in women in postpartum period and analyze the clinical-epidemiological profile (socioeconomic, clinical-obstetric and psychosocial factors) of these women. From these data, make an analysis of the predisposing factors possibly involved in the development of postpartum depression (PPD). **Methods:** Prospective, cross-sectional, quantitative and descriptive study, carried out with a total of 60 postpartum women hospitalized at the Maternal Infant Hospital of Our Lady of Nazareth. A questionnaire containing information on the clinical- epidemiological profile was used and, in addition, all participants also answered questions related to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for the identification of depressive symptoms. **Results:** The presence of women in postpartum period with depressive symptoms according to the EPDS score was 25%. Stress during pregnancy (p 0.009), personal previous depression (p 0.029), and pregnancy denial (p 0.000) showed possible predisposing factors for the development of PPD. **Conclusion:** The high prevalence of patients identified with possible postpartum depression found in the present study reinforces the need to view PPD as a public health problem in Brazil. EPDS could be used as a screening tool for postpartum women. Prevention and investigation strategies are essential to reduce the prevalence of postpartum disease, which may decrease the direct impact on family relationships, the quality of the relationship between mother and child, and the worsening of symptoms in the medium and long term.

Keywords: Adjustment disorders, postpartum period, psychiatric status rating scales.

*Autor correspondente (corresponding author): Laila S. Garro

Universidade Federal de Roraima

Av. Cap Ene Garcez, 2413, Aeroporto, Boa Vista, Roraima, Brasil.

CEP 69304-000

E-mail: laila.garro@ufr.br

Recebido (received): 30/10/2019 / Aceito (accepted): 16/12/2019

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos depressivos (TD) assumem a quarta posição como fatores determinantes para outras doenças e atingem cerca de 15% da população geral (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM, 2011; MAIA, 2011). Uma das formas de manifestação dos TD é a depressão pós-parto (DPP) que, de acordo com a maioria dos estudos, a prevalência varia entre 10 a 20% da população (MORAES et al., 2006; SIERRA MANZANO et al., 2002; ALVARADO R. et al., 2000; DA-SILVA V. A. et al., 1998; ABOU-SALEH M.T. e GHUBASH R, 1997). Outro distúrbio psíquico que ocorre antes do nascimento do bebê é a depressão pré-natal, sua taxa na gestação varia entre 11,9% a 33,8% (LIMA et al., 2017). A doença que ocorre durante a gravidez ou no período do puerpério não difere, de forma significativa, daquelas depressões que ocorrem em outros contextos. Os sintomas são principalmente a redução do apetite, o humor deprimido, a perda de prazer e a diminuição da energia para a realização das atividades diárias. Sendo que a DPP geralmente tem manifestações clínicas após duas semanas do parto (ARRAIS, MOURÃO, FRAGALLE, 2016; SHAKEEL et al., 2015, MAIA, 2011). A estigmatização por trás da gravidez, como a crença de ser um período de bem-estar, pode ser um dos fatores que influenciam na pouca preocupação e discussão sobre o tema.

A prevalência da DPP varia na população mundial. Isso deve-se a estudos realizados com diferentes populações, diferenças socioculturais, diversos métodos diagnósticos utilizados e o tempo de rastreamento que foi aplicado em cada estudo. Na revisão de literatura de Moraes e colaboradores (2017), a maioria dos estudos explorou o rastreamento da DPP desde o nascimento até 3 meses de puerpério. Entretanto, o rastreamento da DPP é recomendado pelo DSM-5 desde o nascimento até um ano após o parto (MORAES et al., 2017).

No Brasil, um estudo de revisão de Lobato e colaboradores (2011), evidenciou que 30 a 40% das mulheres durante a gravidez já apresentavam níveis elevados de sintomas depressivos em Unidades Básicas de Saúde, os quais, quando não tratados, podem evoluir para DPP. Uma das consequências do desenvolvimento da depressão pré-natal é a chance de prejudicar o feto. Sabe-se que, quando não tratada, a depressão durante a gravidez pode afetar o desenvolvimento embriológico. Nesse sentido, o nascimento pré-termo e o baixo peso ao nascer foram as sequelas mais encontradas (JARDE et al., 2016).

Além da DPP, existem mais dois distúrbios que são característicos do período puerperal: o baby blues (blue puerperal) e a psicose puerperal (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014). A psicose pós-parto tem prevalência em torno de 0,1% a 0,2% das mulheres. É uma condição rara e traz gravidade e risco para a mulher. Há início rápido dos sintomas: aparecem dias ou duas semanas após o parto. Delírios, ideias persecutórias, alucinações, desorientação, confusão mental, despersonalização, perplexidade, euforia, humor irritável, logorreia, agitação e insônia são as características que podem estar presentes. Tal quadro aumenta a chance de infanticídio, uma vez que pode propiciar o aparecimento de ideias delirantes a respeito do bebê, como se ele fosse defeituoso ou tivesse poderes especiais (CANTILINO et al., 2009).

Diferente da psicose pós-parto, o baby blues (maternity blues ou postpartum blues) é considerada a forma mais leve dos quadros puerperais. A prevalência varia de acordo

com os critérios diagnósticos utilizados, mas pode chegar até 85% das puérperas. Após alguns dias do parto, há choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade e comportamento hostil com familiares e acompanhantes. Por ser a forma mais leve desses transtornos, não há indicação de tratamento medicamentoso, uma vez que há remissão espontânea do quadro. Suporte emocional adequado, compreensão e auxílio para cuidar do bebê podem ser utilizados como abordagem terapêutica a essas mulheres (CANTILINO et al., 2009).

O ciclo gravídico-puerperal leva a alterações importantes na vida das mulheres: as inúmeras modificações fisiológicas, psíquicas e físicas, as quais têm capacidade de refletir na saúde mental materna (LIMA et al., 2017). Observa-se que o impacto na saúde mental das mulheres grávidas é relevante porque soma-se as grandes mudanças impostas pela chegada de um filho, aumento da responsabilidade, medo, interrogações, e as alterações físicas e hormonais são fatores que potencializam o risco depressivo materno. Desta forma, vários estudos mostraram que a relação mãe-bebê se torna prejudicada e o afeto positivo e a sintonia afetiva, por exemplo, são alterados em casos de DPP (MAIA, 2011; FONSECA; SILVA; OTTA, 2010).

Com início dos sintomas de forma insidiosa, o diagnóstico de DPP pode ser negligenciado pela puérpera, marido e familiares. No geral, estes indivíduos atribuem ao “cansaço e desgaste” naturais do pós-parto e, dessa forma, dificultam a identificação da doença (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010).

Os principais fatores envolvidos no aparecimento de DPP são: história prévia de transtorno depressivo, idade abaixo de 16 anos, eventos estressantes nos últimos 12 meses, ausência ou pouco suporte social, suporte emocional deficiente, conflitos conjugais, estado civil de solteira ou divorciada, abortamento espontâneos ou de repetição (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010). Existem substâncias que, além de aumentarem o risco para o desenvolvimento da doença, afetam o crescimento do feto e trazem complicações à gravidez. O abuso de álcool e cigarro, por exemplo, estão associados com a depressão, além de outros fatores que aumentam o risco de desenvolver a patologia (SHAKEEL et al., 2015).

Há condições que aumentam tanto os riscos à depressão durante a gravidez quanto àquela que ocorre posterior ao parto. No caso da depressão pré-natal, um estudo realizado por Fiala et al. (2017), que analisou uma amostra de 3233 mães, evidenciou fatores de riscos para o desenvolvimento de depressão. O histórico de depressão pessoal e familiar (ambos os pais), gravidez não desejada, infelicidade por estar grávida, primeiro grau completo, viver sozinha e estresse psíquico foram as condições que se sobressaíram na amostra estudada. O aborto espontâneo, a menor renda salarial e os testes especializados em anormalidades congênitas foram as principais circunstâncias estressoras da gestação. Porém, segundo grau completo e o gênero masculino da criança foram fatores protetivos para a doença.

Ainda no mesmo estudo, após seis semanas do parto, foram encontrados fatores que influenciam a depressão no período do puerpério: histórico pessoal e familiar de depressão (ambos os pais), gravidez não desejada, infelicidade por estar grávida, viver sozinha e estresse psíquico. Os principais estressores psicológicos após seis semanas do parto foram os desentendimentos com o

parceiro, os testes especializados em anomalias congênitas e baixa renda salarial. Nova análise ocorreu após seis meses do parto. Os fatores estressantes foram a preceção de filho (s) doente (s), a baixa renda, os desentendimentos com o parceiro e a escolha por não amamentar influenciaram no surgimento da patologia. Além disso, mães primíparas e com melhor economia familiar foram identificadas como um grupo de baixo risco para o progresso do distúrbio.

Outra população que tem maior tendência a desenvolver humor depressivo é representada por mulheres vítimas de violência doméstica. Num estudo realizado na Tanzânia por Rogathi et al. (2017), pôde-se constatar que um terço das entrevistadas foi vítima dessa violência, o que evidenciou forte associação com a DPP. Mulheres mais jovens e sem histórico de depressão foram propensas a desenvolver o distúrbio quando expostas à violência.

As sequelas de DPP foram evidenciadas pelo estudo de Pope e Mazmanian (2016). Os indícios mostram que há risco elevado, para as mães, de desenvolver transtorno obsessivo compulsivo e ansiedade. Além disso, a longo prazo, há consequências negativas para o desenvolvimento social, emocional, cognitivo e físico dos filhos. Crianças de mães com histórico de depressão pós-parto têm chance aumentada de desenvolver distúrbios psicossociais, emocionais, cognitivos e dificuldades intelectuais. Há, também, perturbação no equilíbrio das relações mãe-bebê, assim como há a possibilidade de infanticídio. Em relação a depressão no puerpério, a chance de tal ato ocorrer é baixa, no entanto, quando a doença se associa à psicose, há probabilidade elevada.

Por mais que não existam instrumentos específicos para o rastreamento da DPP durante o puerpério, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) tem sido utilizada por ser um método simples e de baixo custo (ARAÚJO, 2013). Em um estudo realizado por Moraes e colaboradores (2017), constatou-se que tal escala foi a mais utilizada (68%) em artigos publicados nos últimos 5 anos. Tal escala foi elaborada por Cox, Holden e Sagovsky (1987) e é considerada considera uma pontuação maior ou igual a 12 como critério de probabilidade para a DPP. Os autores aconselham que seja usada como forma de facilitar algumas abordagens, uma vez que pode ser aplicada em torno de 5 minutos. Entretanto, ressaltam: a EPDS não substitui a avaliação clínica, apenas complementa. Vale ressaltar que o questionário EPDS é uma ferramenta de rastreamento e não de diagnóstico (FERREIRA et al., 2018). Na dissertação de mestrado de Santos em 1995, houve a validação desta escala no Brasil.

Dessa forma, há necessidade de que, depois de rastreadas e diagnosticadas, as mulheres com depressão pré-natal e pós-parto recebam intervenção precoce. Há efetividade significativa quando o tratamento ocorre durante a gravidez e nos primeiros anos de vida da criança. Esta medida influencia no desenvolvimento psíquico e social dos filhos, com repercussão na saúde mental a curto, médio e a longo prazo (PORTUGAL, 2005).

À vista disso, com intuito de prevenir as depressões pós-parto e pré-natal, é necessário minimizar o impacto dos fatores relacionados, identificar a população mais suscetível e intervir precocemente. Além do mais, determinar esses fatores e o risco à DPP em instituições de saúde pode auxiliar na criação e desenvolvimento de políticas públicas no Sistema Único de Saúde. Ao passo que a escassez

de conteúdo e estudos sobre o tema, torna eminente a necessidade de enfatizar, rastrear e melhor conduzir os casos de DPP. Dessa forma, esse estudo pode auxiliar na identificação precoce de puérperas que estão sujeitas a desenvolver DPP em uma Maternidade pública da cidade de Boa Vista, Roraima. Além do mais, pode favorecer a criação de medidas preventivas e políticas públicas, como as voltadas para a diminuição da incidência e prevalência da doença, que podem ser estabelecidas em Unidades Básicas de Saúde e em outros setores da Saúde Pública.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de corte transversal, prospectivo, de caráter quantitativo e descritivo, com coleta de dados no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré (HMINSN), de forma que a amostra foi escolhida aleatoriamente nessa instituição. Respeitou-se os critérios de inclusão (nacionalidade brasileira, maiores de 18 anos com capacidade de leitura e voluntárias à pesquisa) e exclusão (diagnóstico de malformação fetal durante gravidez e preenchimento inadequado dos questionários).

A coleta ocorreu no mês de maio de 2019 com mulheres que estavam internadas no HMINSN e foi optado pela coletados dados no pós-parto mediato (2 horas até 10 dias do pós-parto) e (tardio após 10 dias do nascimento), assim como foi feito por muitos outros estudos (FERREIRA, 2018).

Foi utilizado um questionário formulado a partir de perguntas extraídas de estudos prévios (FIALA et al., 2017; MORAES et al., 2006; FERREIRA et al., 2018; ROGATHI et al., 2017) que detinha fatores socioeconômicos, clínico-obstétricos e psicossociais (Anexo A – Questionário aplicado às puérperas internadas no HMINSN). Além disso, todas as participantes do estudo também responderam as questões relacionadas à Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (versão em português) para identificação das puérperas com sintomas depressivos (Anexo B – Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo). A escala foi desenvolvida em 1987 por Cox e colaboradores e identifica a depressão no período pré e pós-natal. No Brasil, foi validada por Santos em 1995. A escala conta com 10 questões e com respostas pontuadas de 0, 1, 2, 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. Abrange e avalia humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, idéia de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa. É autoaplicável e com o término do preenchimento, é feita a soma dos pontos de acordo com os itens selecionados pelas entrevistadas. Caso o resultado seja maior ou igual a 12, há indicativo de depressão, mas não há avaliação da gravidade da doença (PORTUGAL, 2005). Apesar de outros estudos na literatura terem utilizado a nota de corte maior ou igual a 10, optou-se por assumir a pontuação de corte maior ou igual a 12 por dois motivos: a cartilha do Ministério da Saúde de Portugal de 2005 utiliza tal pontuação e objetivou-se aumentar a especificidade da escala na amostra estudada. O escore final varia de 0 a 30 pontos: quanto maior a pontuação, maior é a presença de sintomas depressivos (PORTUGAL, 2005; LIMA et al., 2017).

As puérperas foram divididas em dois Grupos: Grupo 1 – participantes que pontuaram menor que 12 na EPDS e Grupo 2 – aquelas que pontuaram maior ou igual a 12 na EPDS.

O tamanho mínimo da amostra para o estudo foi

calculado com a fórmula $n=z^2.p.q/e^2$ (n =tamanho mínimo da amostra; z =coeficiente de confiança; p =prevalência do fenômeno estudado; q =complementar de prevalência ($1-p$); e =erro máximo em valor absoluto). Com base em um estudo realizado na cidade de Recife-PE, a prevalência de depressão pós-parto foi de 7,2% (CANTILINO, 2010), o que configura o valor adotado da prevalência do fenômeno (p) igual a 0,07. O índice de confiança escolhido foi de 95%, logo o valor do coeficiente (z) é de 1,96 e o erro máximo em valor absoluto (e) igual a 0,05. Dessa forma, o tamanho total da amostragem é de 100 puérperas. A análise estatística foi realizada através do software Epi Info 3.5.4 (CDC, Atlanta, EUA) e valores de $p < 0,05$ foram consideradas significativas para todas as análises. Os dados não-paramétricos foram analisados através da ferramenta Tables do software citado. Em relação ao valor de p , foram adotadas 3 casas decimais sem arredondamento, com intervalo de confiança de 95%, segundo o teste do Qui- quadrado.

Esse trabalho recebeu a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Roraima no dia 16/04/2019 e consta como registro o CAAE 01546818.6.0000.5302.

3. RESULTADOS

Na amostra coletada, 77 participantes responderam aos questionários, sendo que 17 foram excluídas devido aos critérios de exclusão. Desta forma, os resultados apresentados são referentes a 60 puérperas incluídas na pesquisa.

A maior parte da amostra foi constituída por puérperas autodeclaradas pardas, com renda até 2 salários mínimos, com ensino médio completo, idade entre 18 e 28 anos, desempregadas, que mantinham relacionamento com um companheiro e moravam acompanhadas (Tabela 1).

No estudo atual, a análise dos fatores clínico-obstétricos demonstrou que a amostra foi composta, majoritariamente, por mulheres que gestaram e pariram até 3 vezes, com até 2 filhos e nenhum aborto. Além disso, o tempo de internação de até 3 dias também foi predominante (Tabela 2).

Ao analisar as variáveis socioeconômicas (Tabela 1) e clínica-obstétricas (Tabela 2) entre o Grupo 1 e 2, percebe-se que não há diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$), desta forma, estes resultados foram apresentados para o total de 60 mulheres.

Tabela 1. Caracterização dos fatores socioeconômicos das puérperas (n=60).

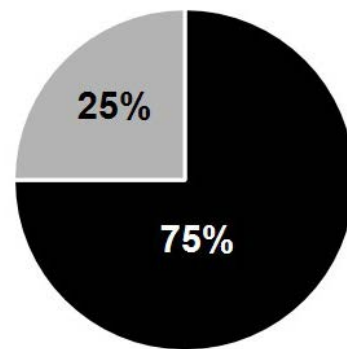
VARIÁVEIS	Nº	(%)	VARIÁVEIS	Nº	(%)
RENDA FAMILIAR (Salários mínimos)			OCUPAÇÃO		
Até 2;	46	(76,7)	Estudante	15	(25,0)
De 2,1 a 4;	8	(13,3)	Não trabalha	28	(46,7)
De 4,1 a 10;	5	(8,3)	Trabalha	17	(28,3)
De 10,1 a 20.	1	(1,7)	TOTAL	60	(100,0)
TOTAL	60	(100,0)			
RAÇA			ESCOLARIDADE		
Branca	8	(13,3)	Fundamental Incompleto	6	(10,0)
Preta	1	(1,7)	Fundamental Completo	5	(8,3)
Parda	44	(73,3)	Médio Incompleto	12	(20,0)
Indígena	7	(11,7)	Médio Completo	21	(35,0)
TOTAL	60	(100,0)	Superior Incompleto	11	(18,3)
			Superior Completo	5	(8,3)
			TOTAL	60	(100,0)
ESTADO CIVIL			IDADE		
Com companheiro	53	(88,3)	18-28 Anos	44	(73,3)
Sem companheiro	7	(11,7)	29-40 Anos	16	(26,7)
TOTAL	60	(100,0)	TOTAL	60	(100,0)
MORADIA					
Acompanhada	60	(100,0)			
TOTAL	60	(100,0)			

Tabela 2. Caracterização dos fatores socioeconômicos das puérperas (n=60).

VARIÁVEIS	Nº	(%)	VARIÁVEIS	Nº	(%)
Nº GESTAÇÕES			FILHOS		
Até 3	46	(76,7)	Até 2	40	(66,7)
Acima de 3	14	(23,3)	Acima de 2	20	(33,3)
TOTAL	60	(100)	TOTAL	60	(100)
Nº DE PARTOS			ABORTOS		
Até 3	53	(88,3)	Zero	44	(73,3)
Acima de 3	7	(11,7)	Até 2	15	(25,0)
TOTAL	60	(100)	Acima de 2	1	(1,7)
			TOTAL	60	(100)
INTERNAÇÃO					
Até 3 dias	35	(58,3)			
Mais de 3 dias	25	(41,7)			
TOTAL	60	(100)			

Na amostra estudada, segundo os resultados encontrados a partir da aplicação das questões relacionadas à Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, 25% ($n=15$) das mulheres entrevistadas foi identificada como suspeita para DPP (Figura 1).

A Tabela 3 apresenta os fatores psicossociais apresentados pelos Grupos 1 e 2. Percebe-se que o estresse na gestação ($p 0,009$), o desejo de não estar grávida ($p 0,000$) e depressão prévia pessoal ($p 0,029$) são possíveis fatores predisponentes para DPP.



- Grupo 1 - puérperas com score < 12 na EPDS
- Grupo 2 - puérperas com score ≥ 12 na EPDS

Figura 1. Puérperas segundo a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Grupo 1 e 2).

Tabela 3. Caracterização dos fatores psicossociais: Grupo 1 x Grupo 2.

VARIÁVEIS	Nº	(%)	Nº	(%)	VALOR DO P	VARIÁVEIS	Nº	(%)	Nº	(%)	VALOR DO P
	GRUPO 1		GRUPO 2				GRUPO 1		GRUPO 2		
PLANEJAMENTO DA GESTAÇÃO						ESTRESSE NA GESTAÇÃO					
Sim	17	(37,8)	2	(13,3)	0,070	Sim	26	(57,8)	14	(93,3)	0,009
Não	28	(62,2)	13	(86,7)		Não	19	(42,2)	1	(6,7)	
TOTAL	45	(100)	15	(100)		TOTAL	45	(100)	15	(100)	
APOIO DO PAI DA CRIANÇA						VIOLÊNCIA FÍSICA					
Sim	42	(93,3)	12	(80,0)	0,158	Sim	1	(2,2)	1	(6,7)	0,440
Não	3	(6,7)	3	(20,0)		Não	44	(97,8)	14	(93,3)	
TOTAL	45	(100)	15	(100)		TOTAL	45	(100)	15	(100)	
APOIO FAMILIAR						DESEJO DE INTERROMPER A GESTAÇÃO					
Sim	44	(97,8)	13	(86,7)	0,151	Sim	4	(8,9)	2	(13,3)	0,471
Não	1	(2,2)	2	(13,3)		Não	41	(91,1)	13	(86,7)	
TOTAL	45	(100)	15	(100)		Total	45	(100)	15	(100)	
DEPRESSÃO PRÉVIA PESSOAL						SOFRE PRESSÃO PSICOLÓGICA					
Sim	2	(4,4)	4	(26,7)	0,029	Sim	8	(17,8)	6	(40,0)	0,078
Não	43	(95,6)	11	(73,3)		Não	37	(82,2)	9	(60,0)	
TOTAL	45	(100)	15	(100)		Total	45	(100)	15	(100)	
DEPRESSÃO PRÉVIA FAMILIAR						CONFLITOS CONJUGAIS					
Sim	7	(15,6)	5	(33,3)	0,136	Sim	11	(24,4)	6	(40,0)	0,246
Não	38	(84,4)	10	(66,7)		Não	34	(75,6)	9	(60,0)	
TOTAL	45	(100)	15	(100)		Total	45	(100)	15	(100)	
PREFERÊNCIA PELO SEXO DO BÊBÊ						DESEJO DE NÃO ESTAR GRÁVIDA					
Sim	22	(48,9)	6	(40,0)	0,550	Sim	14	(31,1)	13	(86,7)	0,000
Não	23	(51,1)	9	(60,0)		Não	31	(68,9)	2	(13,3)	
Total	45	(100)	15	(100)		Total	45	(100)	15	(100)	

4. DISCUSSÃO

Na amostra estudada, 25% (n=15) das puérperas representam as puérperas com possível DPP. As puérperas que responderam os questionários aplicados encontravam-se no pós-parto mediato ou tardio. Tal dado foi maior que o resultado de 13,3% encontrado por Santos na validação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo no território brasileiro no ano de 1995. Outro estudo realizado por Ferreira e colaboradores (2018) encontrou 10,6% de incidência da sintomatologia depressiva. Tal pesquisa foi realizada no mesmo período do pós-parto e utilizou a mesma escala (EPDS) para o rastreamento dos sintomas. Porém, a pontuação de corte foi igual ou maior que 10, o que diverge da presente pesquisa. Outro estudo realizado por Araújo e colaboradores (2019) encontrou 19,8% de puérperas com suspeita de DPP. A mesma ferramenta de rastreamento (EPDS) foi utilizada, porém, também com pontuação de corte maior ou igual a 10. Além disso, a aplicação foi realizada entre 4 e 6 semanas do pós-parto, o que contrapõe a presente pesquisa. Boch e colaboradores (2006) encontraram 6,5% de sintomas depressivos em puérperas com até 3 dias de pós-parto, e utilizaram, também, o mesmo método de rastreamento (EPDS) para os sintomas. Porém, a pontuação de corte utilizada (score ≥ 10) também ficou abaixo da estabelecida no atual estudo.

Conforme demonstrado na Tabela 1, a maior parte da amostra foi composta por puérperas que concluíram o ensino médio. Diferente do que foi encontrado por Figueira, Malloy-Diniz e Corrêa (2010) em Belo Horizonte. Os autores demonstraram que o ensino superior completo correspondia à formação de mais de 50% das puérperas. Essa discordância deve-se ao fato que a pesquisa de Figueira et al. foi realizada em instituições privadas.

Como citado anteriormente, ao analisar as variáveis socioeconômicas (Tabela 1) e clínica-obstétricas (Tabela 2) entre o Grupo 1 e 2, não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$). O estudo de Ferreira et al. (2018) também não encontrou correlação entre características sociodemográficas e a presença da sintomatologia depressiva. O mesmo resultado também foi encontrado por Boch em 2006 e por Gaillard em 2014.

Alvarenga e colaboradores (2018) realizaram a análise do perfil de 60 puérperas em situação de vulnerabilidade social e econômica. Ao contrário dos estudos anteriormente citados, encontrou que a baixa escolaridade materna e o elevado número de filhos podem interferir negativamente na saúde mental materna. A pesquisa de Araújo et al. (2019) também identificou a baixa escolaridade materna e baixo nível social como fatores que podem influenciar no desenvolvimento da doença.

Como citado anteriormente, o estresse na gestação, a depressão prévia pessoal e o não desejo de estar grávidas são possíveis fatores de risco. Diante disso, observa-se que a existência da patologia depressiva prévia foi mais frequente no Grupo 2, o que corrobora com os resultados de Ferreira (2018). Além do mais, a rejeição à maternidade foi um fator que parece contribuir com a DPP, segundo Moraes e colaboradores (2006).

Outro estudo que corrobora com a atual pesquisa foi o de Fiala et al. (2017). Após seis semanas do parto, identificou-se que o histórico pessoal, gravidez não desejada, infelicidade por estar grávida e estresse psíquico foram os fatores envolvidos no desenvolvimento da DPP.

A dificuldade de encontrar essas participantes após a alta hospitalar foi uma limitação do presente estudo, uma vez que a entrevista não foi repetida numa fase mais tardia do puerpério. Vários estudos demonstram que existe correlação significativa entre os sintomas depressivos no período puerperal precoce e no tardio (4 a 8 semanas), assim, seria relevante o diagnóstico e acompanhamento das participantes numa fase mais tardia do pós-parto (FERREIRA et al., 2018). Outra limitação se refere ao menor número de puérperas avaliadas que o número pretendido após o cálculo amostral. Optou-se por excluir mulheres estrangeiras neste estudo e devido ao grande número de mulheres Venezuelanas atualmente atendidas no HMINSN, não obtivemos o número de mulheres brasileiras pretendido.

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde em Portugal em 2005 sugere que devem ser implementadas condições para a proteção e desenvolvimento das crianças mais vulneráveis, dar suporte às funções familiares e às relações pais-criança podem ser medidas a serem adotadas precocemente. Potencializar o acompanhamento da gravidez, solicitar a presença do pai, atentar para a saúde mental da grávida e detectar situações de risco psicossociais são condutas a serem tomadas. Outrossim, à medida que o profissional de saúde constrói relação de confiança com os pais, a abordagem e interação pais-profissional ficam descomplicadas, o que facilita as intervenções (PORTUGAL, 2005).

Surgido recentemente e pioneiro em Brasília, o pré-natal psicológico (PNP) é um conceito que, basicamente, volta-se para o âmbito humano da gestação, parto e parentalidade. Ele utiliza os encontros temáticos em grupo que enfatizam a psicoterapia preparatória para o processo de maternidade e paternidade, além de integrar a gestante e família ao processo gravídico-puerperal (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

Estudo realizado por Arrais et al. (2014) avaliou a eficácia do programa e os benefícios trazidos pela aplicação do PNP. Constatou-se que o programa atuou como fator de proteção para DPP, o que confirma o caráter psicoprolifático do projeto. Os fatores de risco encontrados nas mulheres grávidas puderam ter abordagem psicoterapêutica nas sessões de PNP, o que facilitou a adaptação das mulheres ao pós-parto. A desmistificação da maternidade, diante de uma sociedade que a idealiza, pôde ser abordada nas sessões. Dessa forma, a preparação das mães puérperas para as dificuldades encontradas durante esse período pôde diminuir a possibilidade de desenvolver DPP.

5. CONCLUSÃO

A maior prevalência de pacientes identificadas com possível DPP, encontrada no presente estudo, diferente de outros estudos na literatura, reforça a necessidade de encará-la como problema de saúde pública no Brasil. A negação à gravidez, o histórico de depressão prévia e o estresse durante a gestação mostraram-se possíveis fatores predisponentes para o desenvolvimento da DPP. A avaliação durante o pré-natal das gestantes e após o parto, a avaliação das puérperas com uma abordagem direcionada para esta doença poderia prevenir sua evolução e/ou favorecer o diagnóstico precoce da DPP. O rastreamento destes casos favoreceria o diagnóstico precoce e poderia ser feito com a aplicação do questionário de Edimburgo (EPDS), uma vez que tem sido utilizado como um método simples, eficaz e de baixo custo. As estratégias

de prevenção e investigação tornam-se essenciais para diminuir a prevalência da doença no puerpério e um olhar mais atento para estes casos poderá evitar o impacto direto nas relações familiares, na qualidade da relação entre mãe e filho (a) e no agravamento dos sintomas a médio e longo prazo.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos as pacientes que participaram da pesquisa.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram que não existe qualquer conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

- ABOU-SALEH M.T., GHUBASH R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. *Acta Psychiatr Scand.*, v. 95, n. 5, 1997, p:428-32.
- ALVARADO R. et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de um modelo causal. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.*, v. 38, n. 2, 2000, p:84-93.
- ARAÚJO, I. de S., et al. Depressão pós-parto: perfil clínico epidemiológico de pacientes atendidas em uma maternidade pública de referência em Salvador – BA. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 41, n. 3, 2019, p.155-163.
- ARAÚJO, P. L. Rastreo da sintomatologia depressiva em mulheres grávidas do pré-natal de alto risco. 2013. 34p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2013.
- ARRAIS, A. da R., MOURÃO, M. A., FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 1, 2014, p.251-264.
- ALVARENGA, P., et al. Variáveis sociodemográficas e saúde mental materna em contexto de vulnerabilidade social. *Psicologia, saúde & doenças.*, v. 19, n.3, 2018, p.776-788.
- BOCH, M. et al., Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *Gen. Hosp. Psychiatry.*, v. 28, n.1, 2006, p3-8.
- CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev. Psiq. Clín.*, v. 6, n. 37, 2010, p.278-84.
- CANTILINO, A. Depressão pós-parto: prevalência, pensamentos disfuncionais e comorbidades com transtornos ansiosos [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2009.
- COX, J. L., HOLDEN, J. M., SAGOVSKY, R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, n. 150, 1987, p.782-786.
- DA-SILVA V. A. et al. Prenatal and postnatal depression among low income brazilian women. *Braz J Med Biol Res.*, v. 31, n. 6, 1998, p:799-804.
- FERREIRA, C. et. al. Depressão pós-parto: detecção precoce e fatores associados. *Acta Obstet. Ginecol. Port.*, v. 12, n. 4, 2018, p.262-267.
- FIALA, A. et al. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mother from the Czech. *BMC Psychiatry*, n. 15, 2017, p.104.
- FIGUEIRA, P., MALLOY-DINIZ, L., CORRÊA, H. Desafios no estudo da prevalência da depressão pós-parto. *J. Bras. Psiquiatr.*, v. 59, n. 3, p.255-256.
- FONSECA, V. R. J. R. M., SILVA, G. A., OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 26, 2010, p.738-746.
- JARDE, A. et al. Neonatal Outcomes in woman with untreated antenatal depression compared with women without depression: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, v. 8, n. 73, 2016, p.826-837.
- LIMA, M. de O. P. et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paul Enferm.*, São Paulo, v. 1, n. 30, 2017, p.39-46.
- LOBATO, G., MORAES, C. L., REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 4, n. 11, 2011, p.369-379.
- MAIA, B. M. M. R. Perfeccionismo e depressão pós-parto. 2011. 296p. Dissertação (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2011.
- MORAES, G. P. de A. et al. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? *Trends Psychiatry Psychother.*, v.1, n. 39, 2017, p.54-61.
- MORAES, I. G. da S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 1, n. 40, 2006, p.65-70.
- POPE, C. J., MAZMANIAN, D. Breastfeeding and postpartum depression: an overview and methodological recommendations for future research. *Depression Research and Treatment.*, v. 16, artigo ID 4765310, 2016, 9p.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de Saúde. Lisboa: DGS, 2005. 45 p.
- ROGATHI, J. J. et al. Postpartum depression among women who have experienced intimate partner violence: A prospective cohort study at Moshi, Tanzania. *J. Affect Disord.*, n. 15, 2017, p.238-245.
- 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. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, 2007, p. 2577-2588.
- SHAKEEL, N. et al. A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. *BMC Pregnancy and Childbirth*, n. 15, 2015, p. 5.
- SIERRA MANZANO J.M., CARRO GARCÍA C., LADRON MORENO E. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto: Edinburgh postnatal depression scale. *Aten Primaria.*, v. 30, n. 2, 2002, p:103-11.
- SILVA, R. et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev. Bras Psiquiatr.*, v. 2, n. 4, 2012, p.143-148.
- GAILLARD, A. et al. Predictores of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res.*, v. 12, n. 4, 2014, p.341-346.