



Universidade Federal de Pernambuco  
Centro de Ciências da Saúde  
Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

ANDRÉIA LÍGIA VIEIRA CORREIA

**PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À  
DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA  
NA CIDADE DE JOÃO PESSOA - PARAÍBA**

RECIFE

2006

Universidade Federal de Pernambuco  
Centro de Ciências da Saúde  
Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

ANDRÉIA LÍGIA VIEIRA CORREIA

**PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À  
DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA  
NA CIDADE DE JOÃO PESSOA – PARAÍBA**

Dissertação submetida à avaliação para a  
obtenção do grau de Mestre em  
Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento  
do Departamento de Neuropsiquiatria da  
Universidade Federal de Pernambuco.

Orientador: Prof. Ivanor Meira-Lima

Co-orientador: Prof. Everton Botelho Sougey

RECIFE

2006

C824p Correia, Andréia Lígia Vieira.

Prevalência e fatores de risco associados à depressão pós-parto em um serviço de referência na cidade de João Pessoa - Paraíba / Andréia Lígia Vieira Correia. - Recife, 2006.

113f.

Originalmente apresentada como Dissertação (mestrado)  
Universidade Federal de Pernambuco- UFPE.

1. Depressão pós-parto - fatores de risco.
2. Depressão em mulheres . 3. Psiquiatria Título.

UNIPÊ / BC

CDU – 616.89



Serviço Público Federal  
Universidade Federal de Pernambuco  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA  
E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

DEFESA DE DISSERTAÇÃO

MESTRANDA: ANDRÉIA LÍGIA VIEIRA CORREIA

TÍTULO : "PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À  
DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NA CIDADE  
DE JOÃO PESSOA -PARAÍBA"

Orientador: Prof. IVANOR VELLOSO MEIRA LIMA

BANCA EXAMINADORA:

Prof. JOSÉ MARCELINO BADIM -UFPE  
Prof. JOÃO RICARDO MENDES DE OLIVEIRA- UFPE  
Prof. EVERTON BOTELHO SOUGEY- UFPE

LOCAL: SALA DE AULA DA PÓS-GRADUAÇÃO

Horário: 8h

Dia: 16.08.2006

Comentários: \_\_\_\_\_

Presidente: \_\_\_\_\_

Examinador: \_\_\_\_\_

Examinador: \_\_\_\_\_



Universidade  
Federal  
de Pernambuco

*Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria  
e Ciências do Comportamento*

RECIFE, 16 DE AGOSTO DE 2006

*MENÇÃO DA MESTRADA  
ANDRÉIA LÍGIA CORREIA VIEIRA*

APROVADA

REPROVADA

  
PROF. EVERTON BOTELHO SOUGEY  
Presidente da Banca Examinadora



Universidade  
Federal  
de Pernambuco

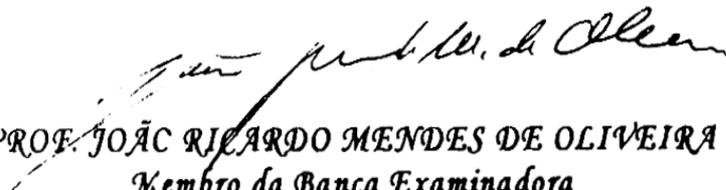
*Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria  
e Ciências do Comportamento*

RECIFE, 16 DE AGOSTO DE 2006

*MENÇÃO DA MESTRANDA  
ANDRÉIA LÍGIA CORREIA VIEIRA*

APROVADA

REPROVADA

  
PROF. JOÃO RICARDO MENDES DE OLIVEIRA  
Membro da Banca Examinadora



Universidade  
Federal  
de Pernambuco

*Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria  
e Ciências do Comportamento*

*RECIFE, 16 DE AGOSTO DE 2006*

*MENÇÃO DA MESTRANDA  
ANDRÉIA LÍGIA CORREIA VIEIRA*

*APROVADA*

*REPROVADA*

*PROF. JOSÉ MARCELINO BANDIM  
Membro da Banca Examinadora*

Para Marvin e Mayda, com amor.

## AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos aos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste estudo.

Aos meus pais que, de maneira sutil, mostraram-me valores essenciais da vida e ainda me guiam nos momentos difíceis.

À minha família, particularmente Ivonilde, Ana e Perci, por estarem ao meu lado sempre que necessário. A Marvin e Mayda que, de forma risonha, entenderam as minhas ausências.

Ao professor Ivanor que, da forma generosa que lhe é peculiar, confiou no meu trabalho, escutou os meus anseios, combateu minhas precipitações, ajudando-me sobremaneira na condução, não somente do estudo, mas também de importantes questões de vida. Meu profundo agradecimento.

Ao Professor Everton pela contribuição recebida durante o curso e pela forma hábil com que prestou esclarecimentos e dirimiu possíveis dúvidas.

A meus colegas Amauri e Amira, por terem me ajudado com desprendimento durante a conclusão deste projeto.

A todos os que fazem o Departamento de Neuropsiquiatria, pela forma atenciosa como fui tratada e pela excelência na condução do mestrado. Aos funcionários da Maternidade, pelo apoio recebido.

A todos os meus pacientes que, cotidianamente, impulsionam-me nesta busca pela pesquisa e pelo conhecimento.

Agradeço fundamentalmente às mulheres que participaram da pesquisa, pois, ao me deparar com suas histórias de vida, tornei-me, sem dúvida, mais sensível ao sofrimento humano.

## RESUMO

Depressão pós-parto (DPP) é uma das complicações mais comuns do período puerperal, afetando aproximadamente 10-20% das mulheres. Este transtorno representa um problema de saúde pública considerável que traz conseqüências para as mães e seus familiares. A finalidade deste trabalho foi investigar a prevalência da depressão pós-parto e identificar, entre as puérperas de um serviço de referência na cidade de João Pessoa, fatores de risco relacionados ao surgimento deste transtorno. Um questionário contendo informações sobre variáveis sócio-demográficas, psiquiátricas, obstétricas, sociais e eventos estressantes de vida foi utilizado dentro do primeiro ano após o parto. Duzentas e duas mulheres foram incluídas neste estudo. O humor foi avaliado através da Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (EPDS). O teste de Qui-quadrado foi utilizado na comparação das variáveis citadas acima. Quarenta e três mulheres foram identificadas como tendo depressão pós-parto com escore acima de 11 no instrumento EPDS. A prevalência encontrada de depressão pós-parto foi de 21,6%. De acordo com os resultados encontrados, variáveis como depressão na gestação, gravidez não planejada, história familiar de depressão, considerar a gravidez como difícil, ausência de suporte emocional dado pelo parceiro ou não receber auxílio deste para as tarefas domésticas, ausência de confiança na família ou nos amigos foram fatores associados ao surgimento da DPP. Estar enfrentando dificuldades financeiras ou conjugais, situação de desemprego e a presença de blues materno foram identificados também como fatores associados, em nosso meio, à depressão no período pós-parto. A DPP é um transtorno freqüente e vários fatores de risco devem ser considerados na abordagem pré-natal das gestantes e nas avaliações após o parto, como forma de prevenção desta condição mórbida.

Palavras-chave: Depressão pós-parto. Prevalência. Fatores de risco. Depressão em mulheres.

## ABSTRACT

Post-natal depression (PND) is one of the most usual complications during the puerperal period affecting approximately 10-20% women. This disturbance represents a considerable health public issue which brings consequences to mothers and relatives. The aim of this research was to investigate the prevalence of postnatal depression and to identify, among the puerperal mothers of a reference service in the city of João Pessoa, risk factors related to the upcoming of such disturbance. A survey containing information on social-demographic, psychiatric, obstetric, purely social, and life stressful events variables was carried out within the first year after delivery. Two hundred and two women were included in this study. Mood was evaluated through Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS). The Qui-square test was used within the comparison of the above quoted variables. Forty-three women were identified as developing post-natal depression, with a score above eleven (11) according to the EPDS. The prevalence found in post-natal depression was of 21,6%. According to the results found, variables such as: depression during gestation, unplanned pregnancy, family depression history, difficult pregnancy, absence of emotional support presumably guaranteed by partner or not getting any help from the former when it comes to performing domestic tasks, absence of family or friends trust, facing financial or marital hindrances, unemployment situation, and the presence of maternity blues were detected as factors that can be associated with post-natal depression, inside our environment. PND is a habitual disturbance and several risk factors must be considered within the prenatal approach of pregnant women and as such within the evaluations after delivery as a way of preventing this morbid condition.

Key words: Postpartum depression. Prevalence. Risk factors. Depression in women.

## LISTA DE ABREVIATURAS

BDI: Inventário de Depressão de Beck.

CID – 10: 10ª. Edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas  
Relacionado à Saúde.

DPP: Depressão Pós-Parto.

DSM – IV: 4ª. Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da *American  
Psychiatric Association.*

EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale.*

GHQ: *Questionário de Saúde Geral.*

PDSS: *Postpartum Depression Screening Scale.*

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das características sócio-demográficas da população estudada.....	44
Tabela 2 – Características sócio-demográficas entre mulheres deprimidas e não deprimidas..	46
Tabela 3 – Comparação entre os grupos em relação à vida sexual das mulheres.....	48
Tabela 4 – Dados sobre partos e gestações anteriores nas mulheres com e sem depressão.....	49
Tabela 5 – Diferenças entre os grupos sobre características da gestação e parto atual.....	51
Tabela 6 – Comparação entre os grupos sobre a presença de psicopatologia da mãe.....	54
Tabela 7 – Comparação entre os grupos de mulheres com e sem depressão em relação aos fatores genéticos.....	58
Tabela 8 – Comparação entre os grupos sobre a ausência ou presença de suporte social e emocional percebido pelas mulheres.....	60
Tabela 9 – Eventos estressantes recentes experimentados pelas mulheres com e sem depressão.....	64
Tabela 10 – Diferenças entre os grupos sobre preocupação acerca dos bebês.....	67
Tabela 11 – Resumo dos fatores de risco encontrados nos grupos de mulheres com depressão na Maternidade Cândida Vargas – João Pessoa - PB .....	68

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Diferença entre os grupos de mulheres em relação ao planejamento da gestação atual.....	50
Gráfico 2 – Percepção da gravidez entre os grupos de mulheres com e sem depressão.....	52
Gráfico 3 – Mulheres com e sem depressão puerperal que experimentaram depressão no período da gravidez atual. ....	53
Gráfico 4 - Período da gravidez em que as mulheres experimentaram ansiedade.....	55
Gráfico 5 – Período da gestação em que as mulheres relataram depressão.....	56
Gráfico 6 – Mulheres com e sem depressão puerperal que revelaram depressão na gestação atual.....	56
Gráfico 7 – Presença de blues materno entre as puérperas deprimidas e não deprimidas.....	57
Gráfico 8 – História familiar de depressão entre os grupos de mulheres entrevistadas.....	58
Gráfico 9 – Suporte emocional experimentado pelas mulheres deprimidas e não deprimidas.	59
Gráfico 10 - Comparação entre os grupos de mulheres em relação à percepção do suporte instrumental recebido .....	61
Gráfico 11 - Percepção de confiança na família entre os grupos pesquisados.....	62
Gráfico 12 - Sentimento de apoio oriundo de amigos percebidos pelos diferentes grupos de mulheres.....	62
Gráfico 13 - Problemas financeiros vivenciados pelas mulheres deprimidas e não deprimidas.	63
Gráfico 14 - Problemas conjugais nas mulheres deprimidas e sem depressão.....	65
Gráfico 15 - Preocupação das mães com depressão e sem depressão sobre a alimentação do infante.....	66

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>CAPÍTULO I: REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	16
<b>1.1 PERÍODO PÓS-PARTO E O AUMENTO DO RISCO PARA TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS</b> .....	17
<b>1.2 DELIMITANDO O PERÍODO PÓS-PARTO</b> .....	18
<b>1.3 TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NO PERÍODO PUERPERAL</b> .....	20
<b>1.4 DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP)</b> .....	22
1.4.1 Prevalência.....	22
1.4.2 Sintomatologia.....	23
1.4.3 Diagnóstico.....	24
1.4.4 Instrumentos para avaliação da depressão pós-parto.....	27
1.4.5 Etiologia.....	28
1.4.6 Tratamento.....	30
1.4.6.1 Métodos educacionais.....	30
1.4.6.2 Intervenções biológicas.....	31
1.4.6.3 Intervenções psicoterápicas.....	32
1.4.7 Conseqüências para o bebê.....	33
<b>1.5 FATORES DE RISCO</b> .....	34
1.5.1 Considerações gerais.....	34
1.5.2 Fatores de risco em Depressão Pós-parto.....	35

<b>CAPÍTULO II: ESTUDO OBSERVACIONAL.....</b>	<b>37</b>
<b>2.1 OBJETIVOS.....</b>	<b>38</b>
2.1.1 Objetivos Gerais.....	38
2.1.2 Objetivos específicos.....	38
<b>2.2 METODOLOGIA.....</b>	<b>39</b>
2.2.1 Local de desenvolvimento da pesquisa.....	39
2.2.2. População do estudo e critérios para inclusão e exclusão.....	39
2.2.3 Instrumentos para coleta de dados.....	40
2.2.3.1 Questionário sócio-demográfico.....	40
2.2.3.2 Fatores de risco específicos para DPP.....	40
2.2.3.3 <i>Edinburgh Postdepression Screening Scale</i> .....	41
2.2.4 Análise estatística.....	41
2.2.5 Aspectos éticos e legais.....	42
<b>2.3 RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
2.3.1 Perfil sócio-demográfico das mulheres entrevistadas.....	43
2.3.2 Prevalência da Depressão Pós-parto.....	45
2.3.3 Comparação entre os grupos de mulheres com e sem depressão.....	45
2.3.3.1 Perfil sócio - demográfico.....	45
2.3.3.2 Características da vida sexual.....	47
2.3.3.3 Aspectos obstétricos.....	47
2.3.3.4 Aspectos psiquiátricos.....	52
2.3.3.5 Suporte social e estressores vitais.....	59
2.3.3.6 Variáveis do bebê.....	65

<b>2.4 DISCUSSÃO</b> .....	69
<b>2.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b> .....	74
<b>2.6 CONCLUSÕES</b> .....	75
REFERÊNCIAS.....	77
ANEXO A: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	95
ANEXO B: Questionário sócio-demográfico.....	97
ANEXO C: Questionário sobre fatores de risco em depressão pós-parto.....	99
ANEXO D: <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale (versão em português)</i> .....	103
ANEXO E: Carta de aprovação de Comitê de Ética em Pesquisas.....	106

## INTRODUÇÃO

Durante a gravidez e o parto, as mulheres apresentam uma acentuada vulnerabilidade para transtornos de humor (O'HARA et al., 1990). Tipicamente estas alterações se dividem em *maternity blues*, depressão pós-parto e psicose puerperal. Dos transtornos que necessitam de tratamento, o mais prevalente é a Depressão Pós-parto (DPP), que atinge cerca de 10-20% da população e acarreta conseqüências substanciais para as mães, crianças e familiares (WATT et al., 2002). De fato, a depressão não tratada pode ocasionar efeitos a longo prazo no bebê, causando prejuízos cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais. Para as mães, os sintomas depressivos podem prejudicar o seu desempenho e levar a uma depressão crônica recorrente (JACOBSEN et al., 1999).

Apesar dos efeitos devastadores desse transtorno, ele ainda é pouco identificado e parece ser comum a todos os grupos étnicos e culturais (HOROWITZ; POSMONTIER, 2004).

Intervenções em saúde pública podem ser realizadas com o objetivo de prevenir doenças, mas é necessário conhecer melhor as características das mesmas, bem como os fatores de risco. Estes possibilitam políticas de saúde pública ou mesmo a identificação precoce daquelas. Pesquisas sobre fatores de risco em depressão pós-parto revelam alguns achados. Numerosos estudos, porém, têm produzido resultados inconsistentes em relação a outras variáveis, como tratamento, etiologia etc. (APPLEBY et al., 1997; ROBERTSON et al., 2004; WARNER et al., 1996).

Uma síntese recente da literatura revelou serem fortes fatores de risco: a depressão ou ansiedade durante a gravidez, história anterior de transtorno mental, eventos estressantes de vida e precário suporte social, e, como moderados ou fracos fatores de risco, aspectos neuróticos da personalidade, relação conjugal e fatores obstétricos (ROBERTSON et al., 2004).

Objetivando verificar se a taxa de prevalência de depressão pós-parto e os fatores de risco encontrados na nossa cultura são semelhantes aos encontrados na literatura, desenvolvemos esta pesquisa, que pode auxiliar na identificação e na prevenção em nosso meio desse fenômeno freqüentemente encontrado no período pós-parto.

**CAPÍTULO I**  
**REVISÃO DA LITERATURA**

## **1.1 PERÍODO PÓS-PARTO E O AUMENTO DO RISCO PARA TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS**

Dados epidemiológicos de diferentes países têm estabelecido que a taxa de prevalência de depressão ao longo da vida é cerca de duas vezes mais alta em mulheres do que em homens (WEISSMAN et al., 1993). Diferenças biológicas e culturais propiciam esse aumento de prevalência entre as mulheres; dentre elas, as alterações hormonais ocorridas em diversas fases da vida sexual feminina, como o período puerperal. Desde o tempo de Hipócrates, a relação entre o período pós-parto e as alterações de humor tem sido notada (MILLER, 2002). A distinção entre alterações esperadas no período pós-parto, na maioria das mulheres, e o surgimento de transtornos mentais que ocorrem nessa época é de particular importância. Para muitas mulheres, ser uma boa mãe significa assegurar ao bebê um ambiente seguro e uma relação harmoniosa. No entanto, algumas delas experimentam essa fase com ambivalência, dúvidas em relação ao seu corpo, sua saúde e à saúde do bebê, além de ansiedade antecipatória em relação ao seu estilo de vida após o nascimento da criança. Aproximadamente 12,5% de todas as internações psiquiátricas em mulheres ocorrem no primeiro mês do pós-parto e há, nesta fase, um risco maior de serem admitidas em hospital psiquiátrico do que em qualquer outro período ao longo da vida (KENDELL et al., 1987). Embora alguns estudos não demonstrem taxas distintas de doenças afetivas no pós-parto e em mulheres não puérperas (KUMAR; ROBSON, 1984, O'HARA et al., 1991), a ocorrência de determinados transtornos no período puerperal está bem estabelecida. O que não está esclarecido é se estes transtornos seriam entidades clínicas distintas ou doenças já conhecidas com ocorrência no período puerperal (ROBLING et al., 2000).

## 1.2 DELIMITANDO O PERÍODO PÓS-PARTO

O período pós-parto divide-se em pós-parto imediato (1º. ao 10º. dia pós-parto), onde predominam os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas e hiperplasiadas da prenhez. Depois surge um período de transição, o pós-parto tardio (10º ao 45º. dia), onde as funções começam a ser influenciadas pela lactação. Por último o período remoto (além do 45º. dia), com duração pouco delimitada, em cujo processo estão envolvidas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna ocorridas após a gravidez. No entanto, considera-se que estas fases têm limites imprecisos e são cronologicamente variáveis (REZENDE, 1995).

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (APA), o diagnóstico de depressão pós-parto requer um episódio depressivo maior iniciando-se nas primeiras quatro semanas após o parto. Casos, portanto, que não podem ser claramente identificados dentro desse período são excluídos (APA, 1994).

Como vários estudos têm demonstrado a ocorrência de depressão iniciada mesmo após essa fase, os pesquisadores consideram atualmente um período de tempo maior que o primeiro mês. Um autor sugere considerar apenas os casos que iniciam dentro de, no máximo, três semanas após o nascimento da criança (BROCKINGTON et al., 1981). Por outro lado, Arentsen (1968) considera que os transtornos mentais podem surgir dentro do período de seis meses após o parto. Uma outra pesquisa salientou a importância de se identificar sintomas depressivos, particularmente durante os seis primeiros meses após o nascimento do bebê (STOWE et al., 2005). Quando considerados os transtornos mentais relacionados ao puerpério, alguns pesquisadores argumentam que, se o critério de início é a admissão ou contato hospitalar, o ponto de corte mais apropriado seria o de 90 dias (KENDELL et al., 1987). Outro estudo revelou que em aproximadamente 41% dos casos, a depressão se inicia dentro das primeiras 28 semanas (WISNER et al., 2004). Para muitas mulheres a depressão remite em dois anos (GOODMAN; HOROWITZ, 2004).

Para assegurar a correta identificação dos casos, os autores tendem a considerar o limite da depressão pós-parto entre três e doze meses (KENDELL et al., 1987;

MILLER, 2002). Uma revisão da literatura revelou que cerca de 5.0% dos casos de depressão puerperal iniciam após o terceiro mês pós-parto, e sugeriu que a definição de DPP deveria ser expandida para incluir mulheres com início tardio, ao longo do primeiro ano após o parto (GOODMAN, 2004). Esta definição é a mesma considerada pela *Marcé Society* (2003), importante organização internacional que se dedica ao estudo de transtornos mentais do período pós-parto.

### **1.3 TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NO PERÍODO PUERPERAL**

A classificação e a natureza dos transtornos mentais que ocorrem no período puerperal ainda é motivo de controvérsia (DOUGLASS; HAYS, 1984). Alguns autores consideram-nos como transtornos mentais já reconhecidos, ocorrendo acidentalmente nessa época (ROBLING et al., 2000), e muitos os classificam em três tipos:

#### **Blues Materno:**

Blues Materno é uma condição comum e que afeta cerca de 30-75% das mães (O'HARA et al., 1984). Um estudo realizado demonstrou que os sintomas tendem a aumentar no segundo dia pós-parto até o sexto dia, quando começam a diminuir (BECK et al., 1992). Os sintomas incluem irritabilidade, labilidade do humor, ansiedade generalizada e alterações de sono e apetite. Esse transtorno tem resolução em dias, não requer tratamento farmacológico, apenas apoio (PITT, 1973), e não parece estar relacionada com história psiquiátrica, estressores psicossociais, contexto cultural, lactação ou paridade (HAPGOOD et al., 1988). Porém, apresentar o blues materno: pode propiciar o surgimento de depressão pós-parto (MILLER, 2002). Cerca de 20% das mulheres que apresentam blues parecem estar mais predispostas a desenvolver um episódio de depressão maior no primeiro ano de pós-parto (CAMPBELL et al., 1992).

#### **Psicose Puerperal**

A Psicose Puerperal é uma condição incomum. Surge em 0,1 a 0,2% das parturientes, inicia-se dentro das quatro primeiras semanas após o parto e se constitui uma emergência médica. Há um grande risco para a mãe e seu bebê, em virtude das características psicóticas do quadro. O início dos sintomas é rápido e geralmente ocorre nas primeiras duas semanas após o parto. Os sintomas presentes incluem elevação do humor ou depressão, comportamento desorganizado, humor lábil, delírios e alucinações (BROCKINGTON et al., 1981). Os fatores de risco para psicose pós-parto são

principalmente genéticos e biológicos, com as causas psicossociais e demográficas parecendo ser secundárias (BROCKINGTON et al., 1990, CRADOCK; JONES, 2001).

Apesar do prognóstico e evolução favoráveis, a psicose puerperal requer tratamento hospitalar (COHEN; NONACS, 1998). Estudos prospectivos têm demonstrado que a maioria das mulheres com psicose puerperal apresenta posteriormente Transtorno Bipolar do Humor (KUMAR; ROBSON, 1984; OKANO et al., 1998; ROBLING et al, 2000).

Depressão pós-parto:

Relatos anteriores descrevem a DPP como uma "depressão atípica", ou uma forma moderada de depressão, resultando em uma ausência de sintomas neurovegetativos clássicos" e ideação suicida(PITT, 1973).

## **1.4 DEPRESSÃO PÓS-PARTO (DPP)**

A Depressão Pós-Parto (DPP) é uma condição séria e comum que ocorre algumas semanas após o parto. Essa condição afeta seriamente a mãe, o bebê e a dinâmica familiar, e a mãe torna-se incapaz de reconhecer e responder às exigências do seu filho, com prejuízo na sua relação com ele (BECK, 1996). Se não há o reconhecimento precoce ou quando indevidamente tratada, a DPP causa conseqüências negativas para toda a família (GOODMAN; HOROWITZ, 2004). Para as mães, esse transtorno pode predispor futuros episódios depressivos e, para a criança, alterações cognitivas, comportamentais, emocionais ou interpessoais, inclusive tardiamente (ROBINSON et al, 2001).

### **1.4.1 Prevalência**

A prevalência encontrada de DPP difere entre os diversos estudos. O método utilizado, o período de avaliação e a população envolvida podem apresentar diferentes taxas de prevalência. Outro fator relevante é o ponto de corte utilizado pelas diferentes escalas. Em relação à DPP, taxas tão distintas quanto 9,1% a 38,2% de prevalência foram encontradas no primeiro semestre, e uma variação 8,1% a 18%, no segundo semestre pós-parto (GOODMAN, 2004).

Uma meta-análise realizada em 1996, incluindo 59 estudos e considerando uma população de mais de 12.000 indivíduos, encontrou uma taxa de DPP de 13% (O'HARA; SWAIN, 1996). Esse estudo se baseou em sintomas que ocorriam depois da segunda semana após o parto e considerou escalas validadas ou padronizadas para avaliar os quadros depressivos. No entanto, quando se considera o período de prevalência correspondente aos doze primeiros meses após o parto, o número de mulheres que experimentam sintomas depressivos em algum tempo desse período eleva-se consideravelmente. Em uma meta-análise realizada avaliando-se a literatura referente à

persistência dos sintomas ao longo do tempo, taxas de 24% (KUMAR; ROBSON, 1984) a 27.3% (MATTHEY et al, 2000) foram encontradas durante esse período. Goodman (2004) considera que, para algumas mulheres, a depressão pós-parto pode permanecer além do primeiro ano, tornando-se prolongada ou crônica.

No Brasil, um estudo realizado encontrou taxa de prevalência de 12% no terceiro mês de pós-parto (DA - SILVA et al., 1998). Valores semelhantes foram encontrados em outros dois estudos: Cantilino (2006) observou prevalência de 13,3% (n=120) na validação para o português do *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) em Recife, Pernambuco; Santos et al. (1999), com o objetivo de validar o EPDS, demonstrou taxa de 13,4% (n=236) em mulheres puérperas. Dois outros trabalhos recentes foram realizados: Faisal-Cury et al. (2004) encontrou taxa de 37,1% (n=70) em uma população de mulheres atendidas pelo Programa de Saúde de Família; e Morais et al. (2006) demonstrou que 19,1% das puérperas apresentavam DPP em uma amostra de 410 mulheres na cidade de Pelotas - Rio Grande do Sul.

A maioria dos estudos envolve mulheres na faixa etária de 18 anos ou mais. Porém, pesquisas realizadas demonstram que a prevalência em mães adolescentes é bem maior. Troutman e Cutrona (1990), avaliando mães com idade entre 14 e 18 anos, encontraram uma taxa de aproximadamente 26% (n=128), incluindo depressão menor. Entretanto, nessa população podem existir fatores de riscos comuns a DPP e à gravidez na adolescência, relação ainda não totalmente esclarecida.

#### 1.4.2 Sintomatologia

Uma história detalhada e avaliações psicossociais podem auxiliar na identificação da DPP. Conhecer os fatores de risco e os sintomas possibilita detectar precocemente a DPP nas mulheres, estimulando a procura pelo tratamento. Por outro lado, é necessário avaliar os sintomas em relação à particularidade do período, uma vez que perda de peso e alterações em sono são comuns em mulheres no período pós-parto, nem sempre refletindo um quadro depressivo.

Fazer a correta distinção entre sintomas associados a uma depressão e aqueles que ocorrem naturalmente no período pós-parto é um desafio. Isto é particularmente verdadeiro em relação aos sintomas somáticos, que são habitualmente encontrados nessa fase (COHEN; NONACS, 1988). Outros fatores que podem dificultar a identificação do quadro é a presença de quadros clínicos como anemia, disfunção tireoideana e diabetes (PEDERSEN et al., 1993).

Como considerado anteriormente, a depressão pós-parto inicia-se nos doze primeiros meses, após o nascimento da criança. Seus sintomas são semelhantes aos de uma depressão não relacionada com o puerpério, excetuando-se os aspectos relacionados com o parto ou o bebê (WISNER et al, 2002). Alguns estudos epidemiológicos e clínicos não consideram a sintomatologia significativamente diferente daquelas que ocorrem em outros períodos de vida das mulheres (COX et al., 1993; KUMAR E ROBSON, 1984; O'HARA et al., 1991). Os sintomas de DPP incluem medo, labilidade emocional, sentimentos de culpa, perda de apetite, alterações de sono, ou sensação de incapacidade de lidar satisfatoriamente com o bebê, dificuldades em memória e concentração, fadiga e irritabilidade. Algumas mulheres podem se preocupar excessivamente com a saúde dos seus bebês, ou se perceberem como más, inadequadas ou mães pouco amorosas (ROBINSON et al., 2001).

Para algumas mulheres, o blues materno: pode surgir, permanecer e se tornar mais grave posteriormente, com o surgimento da DPP. Em outras mulheres, os sintomas iniciais podem diminuir até relativo bem-estar com surgimento posterior de sintomas depressivos.

### 1.4.3 Diagnóstico

Os sistemas classificatórios mais utilizados para os transtornos psiquiátricos são: a 4ª. Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da *American Psychiatric Association* (DSM-IV) e a Classificação Internacional de Doenças - CID 10 (1993).

O diagnóstico de DPP é feito com base em sintomas de Depressão Maior que se iniciam nas primeiras quatro semanas após o parto, de acordo com a quarta edição revisada do DSM-IV (APA, 1994). Não existe, portanto, uma classificação distinta desse transtorno, devendo ser diagnosticado como parte de Transtornos Afetivos ou de Humor nos sistemas anteriormente citados (DSM-IV e CID-10). O DSM-IV solicita ainda que seja especificado “com início no pós-parto” para diferenciar quadros depressivos e psicóticos que ocorrem nas primeiras quatro semanas após o parto. Na CID-10, similarmente, o episódio deve ser diagnosticado dentro de uma categoria principal, especificando a sua associação com o período puerperal.

De acordo com os critérios do DSM-IV (APA, 1994), a principal característica da DPP é ser uma depressão que ocorre por, pelo menos, duas semanas, durante a qual uma mulher tem humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em atividades que eram antes prazerosas. Outros sintomas depressivos devem estar presentes diariamente em número não inferior a quatro, como: perda/ganho de peso, alteração em apetite, insônia/hipersônia, agitação/retardo psicomotor, fadiga, perda de energia, sentimento de culpa, diminuição na capacidade de pensar ou concentrar-se, recorrentes pensamentos de morte com ou sem planejamento suicida. Quando perda de prazer ou de interesse estão presentes, são exigidos apenas três sintomas adicionais para o diagnóstico. Alguns autores consideram o predomínio da ansiedade, agitação e pensamentos recorrentes como um Transtorno Obsessivo-Compulsivo Pós-parto, e não como um subtipo de DPP (DRISCOLL; SICHEL, 2000).

Em muitas mulheres, a DPP remite entre dois a três meses pós-parto (BEEGHLY et al, 2002). No entanto, a depressão pode continuar ao longo do primeiro ou

segundo ano da criança (JOSEFSSON et al, 2001). Horowitz & Goodman (2004) demonstraram que cerca de um terço das mulheres que apresentaram sintomas de DPP no primeiro mês continuavam deprimidas até dois anos após o parto. Portanto, o curso da DPP pode evoluir até 24 meses após o nascimento da criança.

Os critérios diagnósticos do DSM-IV (1994) para Episódio Depressivo Maior são os seguintes:

- A. No mínimo, cinco dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior, pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer;
- (1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio) ou observação feita por terceiros (por exemplo, chora muito);
  - (2) Acentuada diminuição do interesse ou prazer em quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros);
  - (3) Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por exemplo, mais de 15% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias;
  - (4) Insônia, ou hipersônia, quase todos os dias;
  - (5) Agitação ou retardo psicomotor, quase todos os dias, (observáveis por outros, não meramente situações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento);
  - (6) Fadiga ou perda de energia, quase todos os dias;
  - (7) Sentimento de inutilidade ou de culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente);
  - (8) Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita pelos outros);
  - (9) Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideiação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio;

- B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto;
- C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo;
- D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por exemplo, hipotireoidismo);
- E. Os sintomas não são mais bem explicados por luto, ou seja, após perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

O sistema classificatório da Organização Mundial de Saúde (1993), a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, considera a DPP uma Síndrome comportamental associada a um transtorno fisiológico ou fator físico, codificando-a como F53.0, sob a denominação “Transtornos mentais e de comportamento leves, associados ao puerpério, não classificados em outros locais”. Esta classificação deve ser utilizada quando os sintomas tiveram início dentro das seis primeiras semanas após o parto, e quando aspectos clínicos adicionais estão presentes.

#### 1.4.4. Instrumentos para avaliação da depressão pós-parto

A introdução de instrumentos de avaliação no diagnóstico de transtornos mentais tem auxiliado e fomentado a identificação em cuidados de saúde. Deve ser salientado, no entanto, que os escores encontrados nos diversos instrumentos não substituem o julgamento clínico, e uma avaliação posterior deve ser realizada para confirmar o diagnóstico. As formas principais utilizadas na avaliação de depressão em puérperas são entrevistas clínicas, medidas padronizadas de depressão e instrumentos de auto-avaliação.

Medidas padronizadas de depressão como o Inventário de Depressão de Beck I (BDI), o Structural Classification International Diagnostic (SCID), o Questionário de Saúde Geral (GHQ), a Escala de Hamilton para Depressão e outras escalas mensuram a depressão e detectam puérperas deprimidas. Contudo, no período pós-parto é possível ocorrer uma supervalorização dos sintomas. O BDI II (BECK, 1996) também tem sido usado para identificar o transtorno, entretanto as escalas utilizadas para identificar sintomas de depressão podem refletir valores pertinentes não à depressão em si, mas a problemas clínicos que são esperados nessa fase, causando uma elevação nos escores. Tais escalas parecem avaliar melhor a gravidade dos sintomas do que possibilitar uma identificação inicial dos casos de DPP (GOODMAN; HOROWITZ, 2005).

Em relação às escalas de auto-avaliação, estas vêm sendo empregadas freqüentemente na prática clínica e em pesquisas, sendo algumas utilizadas especificamente para identificar a DPP. A primeira delas foi um questionário de 19 itens, idealizado por Braverman e Roux, em 1978. Contudo, não há informações sobre a sua especificidade ou valor preditivo. Vários autores sugeriram outras escalas, porém com diferentes especificidades, valores preditivos ou sensibilidades. Recentemente, uma proposta de uma escala simples, o Brisbane Postnatal Predictive Index, para propósito de pesquisa, foi introduzida e se apresentou eficaz na identificação de DPP, revelando uma aplicação simples para detectar grupos de alto risco para depressão (WEBSTER et al, 2003). No Brasil, duas escalas para rastreamento de DPP foram validadas: O PDSS (BECK; GABLE, 2001) e a EPDS (COX, 1987).

Traduzido e validado por Cantilino (2002), o PDSS (*Postpartum Depression Screening Scale*) possui especificidade de 95,2%, sensibilidade de 93,7%, valor preditivo positivo de 75,0% e valor preditivo negativo de 99,0% com ponto de corte 102. Constituindo-se uma escala de avaliação tipo Likert, ou seja, contém itens com níveis de intensidade, mensurando através de 35 questões os sintomas com graus variados de intensidade, essa escala demonstrou ser um instrumento de avaliação promissor.

De todas as escalas, a mais amplamente utilizada nos estudos é a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), instrumento desenvolvido na Grã-Bretanha, em 1987, por Cox et al. Desde então, vários países realizaram estudos a fim de estabelecer a sua validade (ADOUARD et al, 2005; DES RIVIERES-PIGEON et al, 2000; MILGROM et al, 2005; TEISSEGRE; CHABROL, 2004; TENG et al, 2005). Ela avalia sintomas como humor deprimido, distúrbio do sono, perda de prazer idéias de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa, sintomas de depressão percentualmente mais freqüentes encontrados na nossa região (SOUGEY et al, 1994). É composta de 10 itens, com pontuações de 0 a 3, de acordo com a intensidade dos sintomas. Utiliza um ponto de corte de 12 a 13 pontos e cada resposta pode variar de 0 (zero) para ausência de sintomas a 3 (três), para maior gravidade e duração dos sintomas. Portanto, a pontuação pode ser encontrada de 0 a 30, de acordo com a gravidade do quadro. Em países desenvolvidos, ela tem sido utilizada para pesquisas diagnósticas e epidemiológicas. Em países subdesenvolvidos, por sua simplicidade e possibilidade de ser utilizada por profissional não especializado em saúde mental, pode ser particularmente útil em locais com condições sociais adversas, facilitando a rápida identificação e intervenção em tais quadros (ALMEIDA FILHO, 1987). No Brasil, essa escala foi traduzida e validada por Santos, em um trabalho envolvendo mulheres entre as 6<sup>a</sup> e 24<sup>a</sup> semanas após o parto. Foram investigadas 236 mulheres e 69 como subamostra em uma região do Distrito Federal. O ponto de corte com maior sensibilidade e especificidade foi de 10/11, mas os autores demonstraram um índice preditivo maior no ponto de corte de 11/12, mais eficaz para discriminar casos de depressão pós-parto e para encaminhamento para avaliação por profissional de saúde mental (DA-SILVA et al, 1998).

#### 1.4.5 Etiologia

Os transtornos psiquiátricos são doenças de etiologia complexa, sendo importante considerar que têm múltiplas causas, com diversos fatores contribuindo para o surgimento de determinado transtorno. A etiologia da depressão pós-parto envolve múltiplos fatores, como depressão anterior, hereditariedade, eventos estressantes e relações pessoais inadequadas.

No caso da depressão pós-parto, os fatores genéticos são importantes, porém mesmo que o indivíduo apresente uma predisposição genética, é provável que fatores biológicos ou psicossociais necessitem interagir para ocasionar a doença. Uma história familiar positiva para depressão tem sido relatada em alguns estudos como um fator que aumenta a probabilidade de desenvolver a DPP (NIELSEN FORMAN et al., 2000; O'HARA et al., 1991). Estudos têm demonstrado ainda que história anterior de depressão aumenta o risco das mulheres apresentarem depressão puerperal (GOTLIB et al., 1991; LLEWELLYN, 1997; O'HARA et al., 1991;). Uma pesquisa australiana com gêmeas demonstrou que fatores genéticos influenciam no surgimento de sintomas depressivos no período pós-parto (TRELOAR et al., 1999).

Teorias hormonais têm tentado explicar a etiologia da DPP. Inicialmente foi proposto que o rápido declínio dos hormônios reprodutivos poderia ser a causa para a patologia afetiva no período pós-parto (WISNER et al., 2002). Os investigadores postularam que uma modificação abrupta dos níveis hormonais gonadais ou do cortisol, ou ainda a influencia de tal modificação na atividade dos neurotransmissores, seria a base para o surgimento da depressão puerperal. Muitos hormônios neuroreguladores e neurotransmissores têm sido estudados nesse transtorno, incluindo estrógenos, progesterona, prolactina, norepinefrina, cortisol, cálcio e adenosina monofosfato cíclico (HOPKINS et al., 1987).

Os estudos envolvendo os vários sistemas neurotransmissores têm sido importantes, porém ainda inconclusivos (LLEWELLYN et al., 1997). Apesar da causa para a DPP, inicialmente, ter sido considerada a redução dos níveis de progesterona ou estrógenos, não se encontrou ainda uma associação consistente (HARRIS et al., 1994; HENDRICK et

al., 1987). Bloch et al (2006) sugeriram recentemente que as mulheres com DPP teriam uma maior sensibilidade aos hormônios reprodutivos; e as alterações hormonais que ocorrem nesse período agiriam como um estímulo para tais sintomas. Comparando dois grupos de mulheres, com e sem passado de DPP, eles simularam esse evento através da administração de um agonista do hormônio gonadotrófico por oito semanas. Constataram que, em algumas mulheres com passado de DPP, aquela alteração foi a suficiente para induzir sintomas de mudanças de humor.

Têm sido demonstradas alterações semelhantes à depressão primária, como redução do triptofano sérico do segundo ao quinto dia em mulheres com blues materno (HANDLEY et al., 1977), e nos seis meses posteriores em mulheres com DPP (BAKER et al., 1981). Este achado é consistente com o papel do triptofano na síntese da serotonina, e na patofisiologia da depressão. No entanto, a administração de triptofano foi estudada na prevenção de blues materno, mostrando-se ineficaz, sugerindo não haver alteração no seu mecanismo de captação (HARRIS et al., 1994).

A função tireoideana vem sendo investigada pela semelhança entre sintomas depressivos e de hipotireoidismo, e a alta taxa observada de tireoidite auto-imune na depressão maior e no puerpério (NEMEROFF, 1985). Em relação aos marcadores neuroendócrinos, na DPP poucos estudos têm sido avaliados. Há evidências de que mulheres deprimidas apresentam níveis aumentados na excreção urinária de cortisol (O'HARA et al., 1991). No entanto, este achado é difícil de interpretar, uma vez que uma das conseqüências do parto é a ocorrência de hipercortisolemia. Outra alteração é o teste de supressão da dexametasona nas mulheres com DPP, particularmente na primeira semana de pós-parto. No entanto o significado desta alteração permanece controverso, uma vez que eventos estressantes ou a presença de elevação de cortisol podem interferir nesses resultados (O'HARA et al., 1990).

#### 1.4.6 Tratamento

O tratamento da DPP envolve intervenções biológicas, psicoterápicas ou de aconselhamento, antes ou depois da DPP. Pode ter, portanto, um caráter preventivo ou curativo.

##### 1.4.6.1 Métodos Educacionais

Na literatura, diversos estudos têm demonstrado a eficácia destas intervenções, que consistem em prevenir ou apoiar as mulheres em relação às dificuldades que ocorrem antes ou depois do parto. Alguns estudos utilizando intervenções psicológicas foram realizados no período pós-parto, com boa resposta e diminuição dos sintomas depressivos (ARMSTRONG et al., 1999; WOLMAN et al., 1993). Em importante estudo realizado na França, 859 mulheres, com escore no EPDS acima de nove, foram submetidas a aconselhamento no hospital e depois a visitas domiciliares. Verificou-se redução dos sintomas em 71% das mulheres (TEISSEDRE et al., 2004). Um estudo canadense, no entanto, não demonstrou a eficácia de sessões de grupo de apoio na depressão de mulheres (FLEMING et al., 1992). O efeito de intervenções pré-natais parecem menos eficazes em prevenir a DPP. Os achados são contraditórios: alguns estudos revelam ineficácia de alguns procedimentos (BRUGHA et al, 2000; MORREL et al, 2000; SMALL et al, 2000), outras pesquisas demonstram uma resposta satisfatória, com diminuição dos sintomas depressivos (MACARTHUR et al., 2002; ZLOTNICK et al.; 2001).

##### 1.4.6.2 Intervenções biológicas

Estudos têm demonstrado a eficácia de intervenções biológicas no tratamento da DPP. Apesar da relutância das mães em aderir a tais tratamentos (WHITTON et al., 1996; APPLEBY et al., 1997), a medicação antidepressiva tem revelado ser eficaz na redução de sintomas depressivos. No entanto, considera-se atualmente que nenhum fármaco seja superior a outro em relação à eficácia (BROCKINGTON et al., 2004).

Embora haja uma tendência, nesse período, a se utilizar psicofármacos de forma menos intensa, ou seja, com menor dose ou duração de tratamento (JERMAIN et al., 1995; COHEN e NONACS, 1998), a medicação antidepressiva tem demonstrado ser uma importante ferramenta no tratamento da DPP. Diversos antidepressivos têm sido estudados, incluindo os tricíclicos (WISNER et al., 1996), inibidores da recaptção de serotonina e outras substâncias (SURI et al., 2005; TCHEREMISSINE e LIEVING, 2005; WHITBY e SMITH, 2005). Vários estudos têm sido realizados com diferentes antidepressivos para estabelecer o risco para o bebê durante a lactação. A imaturidade da barreira hematoencefálica, o desenvolvimento hepático e renal incompletos e outras alterações fisiológicas do lactente nessa época são fatores importantes a serem considerados. A escolha do fármaco deve advir sempre de uma cuidadosa investigação do quadro psicopatológico demonstrado pela mãe (GENTILLE, 2005; WHITBY e SMITH, 2005). Dois estudos recentes, todavia, revelaram que, nos bebês, as concentrações séricas de antidepressivos como sertralina, paroxetina, venlafaxina, citalopram ou fluoxetina foram baixos ou indetectáveis (EPPERSON et al., 2003; BERLE et al., 2004), tornando estas drogas seguras para a administração em mães lactentes. Os agentes inibidores da recaptção de serotonina (ISRS) têm sido, portanto, recomendados como tratamento de escolha na DPP (BARRY et al., 2001; WISNER et al., 2002).

Dois estudos preliminares demonstraram a eficácia do estrogênio no tratamento da DPP (AHOKAS et al., 2001; GREGOIRE et al., 1996). No entanto, estes estudos não elucidam a questão da dose ideal, duração do tratamento, além do efeito na lactação e quais subgrupos de mulheres se beneficiariam dessa opção terapêutica (DENNIS, 2004).

A privação do sono, eletroconvulsoterapia e a fototerapia foram estudadas e revelaram-se viáveis como propostas terapêuticas para mulheres com DPP. No entanto, estes estudos, limitados pela pequena amostra e por seleção heterogênea, não são considerados

tratamentos de primeira escolha, sendo necessários estudos adicionais bem controlados para esclarecer sua eficácia, segurança e tolerabilidade (DENNIS, 2004).

#### 1.4.6.3 Intervenções psicoterápicas

Muitas pesquisas têm sido conduzidas com intervenções psicoterápicas, inclusive estudos randomizados. Destes, apenas um demonstrou a ineficácia da intervenção: um estudo canadense, onde 142 puérperas que receberam oito sessões de grupo não apresentaram resposta significativa à intervenção (FLEMING et al., 1992). Vários outros estudos, no entanto, demonstraram que os sintomas depressivos podem reduzir significativamente através de terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia interpessoal, abordagem psicodinâmica e outras (APPLEBY et al., 1997; MURRAY et al., 2003; O'HARA et al., 2000).

#### 1.4.7. Consequências para o bebê

Reconhecidamente, a DPP influencia os cuidados da mulher para com o seu filho: mães deprimidas tendem a perceber seu filho de uma forma mais negativa e considerar mais difíceis os cuidados necessários com o bebê (NEWPORT et al., 2002). Em meta-análise realizada, incluindo 19 estudos, Beck (1995) correlacionou a DPP com dificuldades na interação mãe-bebê. Verificou que o comportamento afetivo demonstrado por estas mulheres é menor; elas são menos afetuosas e são mais ausentes na resposta às necessidades

infantis do que mães sem sintomas depressivos. A duração da amamentação nestas mulheres também apresenta peculiaridades: puérperas com DPP têm maior chance de interromper precocemente a amamentação (HENDERSON et al., 2003). Múltiplos estudos relacionam DPP com comportamento materno menos afetivo e mais ausente, intrusivo ou hostil (GOODMAN; HOROWITZ, 2005).

A depressão na maternidade prejudica também o desempenho cognitivo, emocional e social da criança. Uma pesquisa realizada no terceiro e décimo oitavo meses de pós-parto, com mães portadoras de DPP, sobre o comportamento destas, do seu bebê e da interação de ambos demonstrou que dificuldades são bastante comuns em crianças de mulheres com depressão. Ocorrência de alteração na motricidade, forte irritabilidade em bebês durante o período neonatal, dificuldades em sono ou alimentação, comunicação e linguagem reduzidas parecem estar presentes com maior frequência em filhos de mães com depressão (RIGHETTI-VELTEMA et al., 2002). Outras características de bebês de mães com DPP incluem alteração na aquisição de peso e maior número de episódios de diarreia (RAHMAN et al., 2004).

## **1.5 FATORES DE RISCO**

### **1.5.1 Considerações gerais**

Fatores de risco são condições biológicas e psicossociais que, quando presentes em determinados grupos da população, estão associadas a uma maior probabilidade de desenvolvimento de um determinado transtorno por parte desta população (VALENÇA, 2005).

Fletcher (1996) considera fator de risco um conceito estatístico, definido como a associação entre algumas características do indivíduo, grupo ou ambiente, que aumenta a chance de se desenvolver um resultado adverso mensurável, ou seja, a probabilidade de ocorrência de uma condição particular relacionada ou não à doença.

Embora os fatores de risco sejam indicadores de uma probabilidade aumentada de desenvolver o transtorno, eles podem ou não estar relacionados com a causa deste (BECK, 1996). Classificam-se os fatores de risco em: modificáveis, de acordo com a possibilidade de redução por métodos de intervenção, ou não-modificáveis, quando as intervenções não são capazes de alterar a probabilidade de desenvolvimento da doença. Os fatores de risco considerados modificáveis podem ser objetos de programas de prevenção, reduzindo o número de indivíduos acometidos com determinado transtorno.

A investigação de fatores de risco deve ser realizada sistemática e periodicamente. Apesar de alguns estudos estabelecerem um resultado generalizado, especificidades culturais e temporais podem identificar fatores diferentes para localidades distintas. As doenças psiquiátricas, por suas características etiológicas complexas, influenciadas por aspectos culturais, econômicos, sociais e biológicos, levam a uma variabilidade dos fatores de risco. Considerando-se que o parto cesariano é um fator de risco para a DPP, um país que adota uma campanha visando reduzir esse procedimento pode modificar, durante o período da campanha, o número de mulheres depressivas no período pós-parto. Por outro lado, bastante peculiar é o fato de que dar à luz a um bebê do sexo

feminino pode ser considerado um fator de risco em comunidades onde a valorização desse gênero é diferente, menor que do sexo masculino.

Investigar fatores de risco em cada comunidade ou país pode auxiliar os pesquisadores e profissionais de saúde a estabelecer melhores programas de prevenção, abordagem mais eficaz, valorizando o raciocínio clínico voltado para a problemática de cada paciente.

### 1.5.2 Fatores de risco em depressão pós-parto

Os fatores de risco em depressão pós-parto podem ser divididos em fatores não biológicos e fatores hormonais. Um número importante de fatores de risco sócio-culturais tem sido proposto para a DPP, porém os resultados permanecem controversos em muitos casos. Como mencionado anteriormente, esses fatores podem não ter uma relação com a etiologia do transtorno, portanto a sua ausência não protege as mulheres de uma eventual DPP. No entanto, algumas características influenciam de forma mais provável o surgimento da DPP. História de ansiedade ou depressão na gestação, história pessoal de depressão, apoio social inadequado, relação precária com o cônjuge, eventos de vida estressantes e fortes estressores ambientais parecem ser consistentes fatores de risco. Por outro lado, baixo nível sócio-econômico e dificuldades no temperamento do bebê não parecem ser importantes fatores de risco (BECK, 2001; NIELSEN FORMAN et al., 2000).

Duas importantes meta-análises foram realizadas por O'Hara e Swain (1996) e Beck (2001). Os primeiros estabeleceram que o principal propósito da sua meta-análise seria quantificar a relação existente entre a depressão pós-parto e uma variedade de fatores de risco não biológicos ou hormonais. Eles reuniram 77 estudos, incluindo aproximadamente 12.200 mulheres das seguintes áreas: Europa, América do Norte, Ásia, Japão e Austrália. Examinando os fatores de risco demonstrados nestes trabalhos, os autores indicaram como consistente fator de risco a depressão durante a gestação. Por outro lado, ansiedade pré-natal, história prévia de depressão, "neuroticismo", fatores sociais como eventos de vida estressantes e precário suporte social tiveram um moderado efeito em

predizer a depressão pós-natal. Uma pequena associação foi encontrada com fatores obstétricos e complicações no parto, relação marital e renda. Beck, por sua vez, em 2001, avaliou 84 estudos provenientes de países asiáticos, europeus e americanos, chegando à conclusão de que fatores como presença de blues materno, gravidez não planejada ou desejada, estado civil ou sócio-econômico tem pequena importância como fator de risco. História prévia de depressão, ansiedade ou depressão pré-natal, estresse nos cuidados com o bebê, temperamento infantil, auto-estima, estressores ambientais, suporte social, ou relação com o cônjuge seriam fatores de risco moderados.

Recentemente, uma meta-análise que incluiu os estudos anteriores e avaliou outras pesquisas revelou que, sob alto risco para desenvolver DPP, estão mulheres que apresentam ansiedade ou depressão durante a gravidez, história prévia de depressão, e aquelas que recentemente experimentaram eventos estressantes, como perda de emprego, desemprego e suporte social inadequado. Fatores de risco moderados encontrados foram fatores psicológicos como neuroticismo e relação conjugal problemática. Fatores obstétricos, tais como hiperêmese gravídica, complicações variadas no parto e nível sócio-econômico apresentam efeito pequeno, porém significativo. Por fim, esta meta-análise revelou que permanece obscuro o papel da gravidez não desejada ou planejada, do trabalho de parto doloroso, das complicações no parto ou do parto cesariano como fatores de risco. Esses pesquisadores revelaram ainda que alguns fatores não podem ser considerados como de risco: a idade materna (exceto adolescentes), o nível educacional, a paridade, e o tipo de relação com o companheiro (ROBERTSON et al., 2004). O sexo do bebê, principalmente em se tratando do sexo feminino, parece ser um potencial fator de risco em países como China, nos quais ter um bebê do sexo feminino pode ser um fator cultural de desapontamento (LEE et al., 2000; PATEL et al., 2002). Outros países demonstram fatores de risco peculiares, como a multiparidade na Turquia e a migração em Israel (FISCH et al., 1997; GUREL;GUREL, 2000).

No caso da depressão pós-parto, um exemplo de fator de risco modificável, pelo menos em longo prazo, são algumas dificuldades sócio-econômicas experimentadas pelas mulheres. Fatores de risco não-modificáveis podem ser úteis na avaliação de comorbidades, recorrências etc. Por exemplo, considerar um episódio depressivo anterior ao período da gravidez pode servir de alerta para a ocorrência da DPP, ou identificar uma

possível co-morbidade, como ansiedade ou transtorno obsessivo-compulsivo, mas não é um fator de risco passível de modificação.

O objetivo de nosso estudo, portanto, foi pesquisar a prevalência na população de mulheres com sintomas depressivos no período pós-parto, estudar-lhes as características e comparar estas com os achados da literatura.

**CAPÍTULO II**  
**ESTUDO OBSERVACIONAL**

## **2.1 OBJETIVOS**

### 2.1.1 Objetivos Gerais

- Estimar a prevalência de DPP, de acordo com o EPDS, em mulheres no primeiro ano pós-parto em um serviço de referência na cidade de João Pessoa, Paraíba.
- Identificar fatores associados em mulheres identificadas como portadoras de DPP, de acordo com o EPDS.

### 2.1.2 Objetivos específicos

- Descrever características sócio-demográficas das mulheres com depressão pós-parto;
- Averiguar diferenças entre mulheres deprimidas e sem depressão em relação à vida sexual e às características de parto e gestações anteriores;
- Analisar aspectos relacionados com eventos estressantes de vida e características do suporte social recebido pelas mulheres com e sem depressão;
- Comparar dados relacionados aos fatores de risco em DPP apontados na literatura com os identificados na nossa região.

## **2.2 METODOLOGIA**

### **2.2.1 Local de desenvolvimento da pesquisa**

A coleta de dados foi realizada na Maternidade Cândida Vargas, localizada no município de João Pessoa, estado da Paraíba. Trata-se de uma instituição considerada centro de referência em assistência materno-infantil na região. A unidade presta serviço às mães que procuram o Sistema único de Saúde (SUS), assistindo, portanto, mulheres provenientes da capital e cidades circunvizinhas, encaminhadas por unidades de saúde que integram a rede de atenção básica em saúde.

Na maternidade funciona um serviço de puericultura, que acompanha mulheres com bebês até dois anos de idade. No ambulatório de puericultura, a assistência às mães é realizada por médicos assistentes, enfermeiros, psicólogos, e ainda com uma equipe de apoio formada por profissionais de nível médio de enfermagem e outros. O serviço médico no ambulatório é realizado por seis pediatras, e o atendimento realizado em período integral durante toda a semana.

### **2.2.2 População do estudo e critérios para inclusão e exclusão**

Previamente à entrevista, as mulheres foram convidadas a participar do estudo, e foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II). Participaram 202 mulheres que estavam em seguimento ambulatorial na instituição, no período de junho a agosto de 2005. Elas deveriam ser alfabetizadas e ter condições de preencher o instrumento de rastreamento para DPP, a Escala de Edinburg. Essas mulheres não deveriam estar no período das duas primeiras semanas de pós-parto, para evitar que os sintomas comuns desta época e que fazem parte do blues materno fossem identificados erroneamente como DPP. Como foi

referido anteriormente, o Marcé Society (2003) considera o período de até doze meses para a identificação da DPP; portanto incluímos neste estudo mães no primeiro ano de pós-parto que haviam dado à luz filhos vivos.

### 2.2.3 Instrumentos para coleta de dados

#### 2.2.3.1 Questionário sócio-demográfico

Neste campo constam dados referentes à identificação da gestante: número do registro e data da entrevista. Neste instrumento houve o registro de dados sócio-demográficos, como idade do bebê, da mãe, seu estado civil, religião, escolaridade etc. e dados referentes à sua vida sexual: idade da menarca, presença de sintomas de tensão pré-menstrual, uso de contraceptivos, início da atividade sexual, gestações anteriores, abortos e número de filhos. Também foram coletados dados referentes à sua história pessoal - informações relativas ao período do parto, como dificuldades obstétricas, hábitos da mãe - e dados sobre os antecedentes familiares e pessoais de depressão.

#### 2.2.3.2 Fatores de risco específicos para DPP

Neste local foram investigados possível depressão anterior à gravidez, ansiedade e depressão no período gestacional, apoio recebido do companheiro, família e amigos, detalhes sobre eventos de vida estressantes, sobre a sua vida com o bebê e presença ou ausência de *maternity blues*. As questões sobre estes fatores foram idealizadas tomando por base o Inventário de Fatores de Risco em DPP, idealizado por Beck (2001a), com revisões posteriores (BECK, 2001b; BECK, 2002). Neste instrumento, foram incluídas perguntas sobre diversos fatores de risco identificados na literatura como significativos para o desenvolvimento da DPP.

### 2.2.3.3. *Edinburgh Postdepression Screening Scale*

O instrumento *Edinburgh Postdepression Screening Scale* (EPDS) foi utilizado para identificar puérperas com sintomas depressivos (COX et al., 1996). Para o diagnóstico de Depressão Pós-parto, considerou-se o ponto de corte de 11, ponto mais sensível para estabelecer a DPP em nosso país (DA-SILVA et al.,1998). Trata-se de uma escala amplamente utilizada em estudos, já tendo sido estabelecida a sua eficácia em identificar sintomas depressivos em puérperas. No entanto, considera-se ainda que a EPDS seja um instrumento de rastreamento; portanto as mães que apresentam altos escores devem ser clínica e posteriormente avaliadas para estabelecer em definitivo o diagnóstico de DPP.

### 2.2.4 Análise estatística

Os dados coletados foram analisados, sendo criadas categorias de análise e mapeamento dos diversos aspectos, expressos sob a forma de tabelas, a fim de viabilizar o tratamento estatístico dos dados.

A análise estatística foi feita a fim de determinar a prevalência pontual e o cruzamento dos dados demográficos. Fez-se também uma associação entre variáveis sócio-demográficas e sintomatologia, para detectar possíveis fatores de risco.

O programa *Microsoft Access* 2000 foi utilizado para a confecção de um banco de dados, que foi posteriormente analisado pelo software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS versão 8.0). Foram calculados intervalos de confiança com 95% de probabilidade com nível de confiança de 5%. A verificação da associação entre as variáveis foi realizada através do teste do *Qui Quadrado de Pearson*.

### 2.2.5 Aspectos éticos e legais

O projeto de pesquisa foi previamente encaminhado para análise ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, órgão responsável pela avaliação dos projetos realizados na cidade João Pessoa. O projeto foi aprovado sem ressalvas (ANEXO E). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), previamente aprovado pelo mesmo comitê, foi apresentado às mulheres que, após a leitura, assinaram o documento, concordando em fornecer dados para a pesquisa. A entrevista foi anônima e às entrevistadas foram fornecidas explicações claras sobre a pesquisa e a entrevista, preservando-lhes o anonimato mediante questionários considerados numericamente.

## 2.3 RESULTADOS

### 2.3.1 Perfil sócio-demográfico das mulheres entrevistadas

Foram entrevistadas 202 mulheres no centro de referência Maternidade Cândida Vargas, em João Pessoa, no período de junho a agosto de 2005. O instrumento utilizado para identificar a depressão nas puérperas foi o EPDS (*Edinburgh Postpartum Depression Scale*), sendo estabelecido ponto de corte de 11/12 para a identificação da DPP. A idade das mulheres variou de 14 a 40 anos, com idade média de 24 anos (média  $\pm$  desvio-padrão: 24,5  $\pm$ 5,67). 120 mulheres (59,4%) pertenciam à faixa etária de 20 a 29 anos. A grande maioria era natural da capital do estado (n= 131/64,9%) e 99 delas de cor branca (49,0%). Geralmente tinham uma relação afetiva estável, onde 69 (34,2%) eram casadas e 99 (49%) não eram casadas, mas mantinham união consensual. Das mães, 77 (38,1%) não concluíram o ensino fundamental, e 142 (70,3%) pertenciam à religião católica. Na tabela 1 estão demonstrados os valores demográficos obtidos.

TABELA 1

Distribuição das características sócio-demográficas da população estudada. (n=202), Maternidade Cândida Vargas, junho a agosto de 2005, João Pessoa – PB.

Variável	N=202	%
<b>Idade da mãe</b>		
10-19 anos	46	22,8
20-29 anos	120	59,4
30-39 anos	35	17,3
Acima de 40 anos	01	0,5
<b>Idade do bebê</b>		
15-90 dias	74	36,7
90 dias ou mais	128	63,3
<b>Naturalidade</b>		
Capital	131	64,9
Interior do estado	54	26,7
Outros estados	17	8,4
<b>Religião</b>		
Católica	142	70,3
Evangélica	39	19,3
Outros	21	10,4
<b>Cor</b>		
Branca	99	49,0
Negra	15	7,4
Parda	88	43,6
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	27	13,4
Casada	69	34,1
Divorciada	05	2,5
Viúva	02	1,0
União consensual	99	49,0
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental incompleto	77	38,1
Fundamental completo	34	16,8
Médio incompleto	30	14,9
Médio completo	59	29,2
Superior	02	1,0

### 2.3.2 Prevalência da Depressão Pós-Parto

No período compreendido entre junho e agosto de 2005, na Maternidade Cândida Vargas, centro de referência na cidade de João Pessoa, observamos uma taxa de prevalência de 21,6% (n=43), considerada como um escore acima de 12 na Escala de Edinburgh.

No grupo de mulheres deprimidas, a média de idade variou entre 14 e 40 anos, com idade média de 24 anos (média  $\pm$  desvio-padrão: 24,09  $\pm$  5,76). A idade das mulheres não-deprimidas variou entre 14 e 39 anos, com idade média de 24 anos (média  $\pm$  desvio-padrão: 24,61 $\pm$ 5,65). Entre as adolescentes, identificamos uma taxa de prevalência de DPP de 28,3% (faixa etária de 10 a 19 anos).

Para facilitar o estudo das variáveis, passamos a considerar dois grupos distintos de puérperas segundo o EPDS: as mulheres deprimidas (D), e o grupo de mulheres sem depressão (ND).

### 2.3.3 Comparação entre grupos de mulheres com e sem depressão.

#### 2.3.3.1 Perfil sócio-demográfico

Avaliando o perfil sócio-demográfico nos grupos de mulheres com e sem depressão, o nosso estudo não identificou relação entre o surgimento da DPP e variáveis sócio-demográficas. Portanto, etnia, credo religioso, escolaridade, naturalidade, estado civil e idade do bebê não diferiram entre os grupos de mulheres com e sem depressão, entre outras variáveis investigadas. A Tabela 2 demonstra as variáveis sócio-demográficas estudadas e a sua distribuição nos dois grupos de mulheres entrevistadas.

TABELA 2

Características sócio-demográficas entre mulheres deprimidas e não deprimidas, (n=202),  
Maternidade Cândida Vargas, junho a agosto de 2005, João Pessoa – PB.

Variável	Deprimidas (n=43)		Não deprimidas (n=159)		Valor <i>p</i>
	N	%	N	%	
<b>Faixa etária da mãe</b>					
10-19 anos	13	30,2	33	20,8	
20-29 anos	24	55,8	96	60,4	
30-39 anos	05	11,6	30	18,8	
Acima de 40 anos	01	2,4			0,173
<b>Naturalidade</b>					
Capital	28	65,1	103	64,8	
Interior	11	25,6	43	27,0	
Outros estados	04	9,4	13	8,2	0,961
<b>Cor</b>					
Branca	16	37,2	83	52,2	
Parda	21	48,8	67	42,1	
Negra	06	14,0	09	5,7	0,081
<b>Estado Civil</b>					
Solteira	16	14,0	21	13,2	
Casada	11	25,6	58	36,5	
Divorciada	02	4,7	03	1,9	
Viúva			02	1,3	
União consensual	24	55,8	75	47,1	0,510
<b>Escolaridade</b>					
Fundamental incompleto	16	37,2	61	38,4	
Fundamental completo	09	20,9	25	15,7	
Médio incompleto	07	16,3	23	14,5	
Médio completo	11	25,6	48	30,2	
Superior			02	1,3	0,841
<b>Religião</b>					
Católica	32	74,4	110	69,2	
Evangélica	05	11,6	34	21,4	
Outros	06	14,0	15	9,4	0,291

### 2.3.3.2 Características da vida sexual

Idade de início da atividade sexual destas mulheres, da menarca, os catamênios posteriores, presença de sintomas físicos ou psicológicos no período pré-menstrual, e métodos contraceptivos usados não demonstraram estar relacionados à DPP. A Tabela 3 dispõe os dados referentes à vida sexual, os quais demonstram ser bastante semelhantes entre o grupo de mulheres deprimidas e o sem depressão.

### 2.3.3.3. Aspectos obstétricos

Foram pesquisados neste item o número de filhos, se havia história anterior de abortos e se houve complicações nos partos anteriores. Conforme revelado pelos números da Tabela 4, estas características não foram diferentes entre os grupos de mulheres com e sem depressão. A maioria das mulheres eram primíparas nos dois grupos pesquisados (D 53,5% vs. ND 67,3%); cerca de 80% não relataram história anterior de aborto (D 79,1% vs. ND 79,9%). Das mulheres deprimidas, 39,5% (n=17) não relataram complicações em partos anteriores, relato feito por 28,9% (n=46) das não deprimidas (p=0,857).

TABELA 3

Comparação entre os grupos em relação à vida sexual das mulheres.

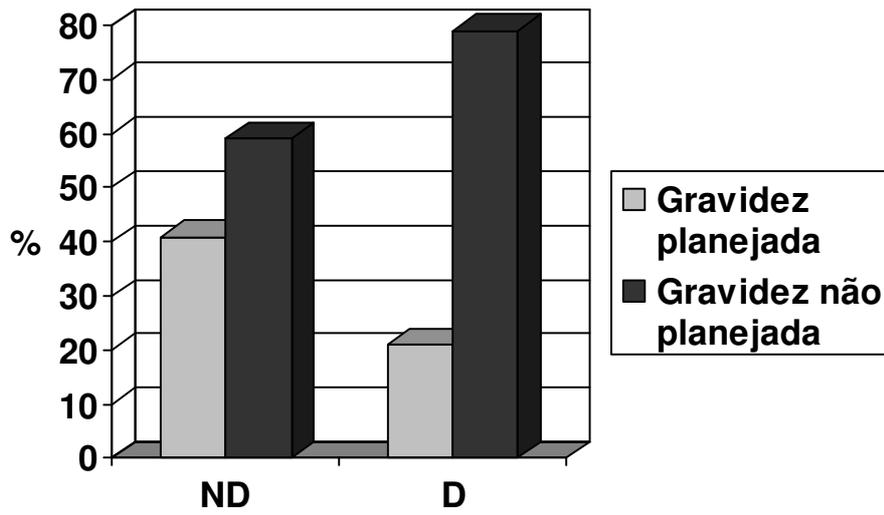
Variável	Deprimidas (n=43)		Não deprimidas (n=159)		Valor <i>p</i>
	N	%	N	%	
<b>Idade da menarca</b>					
> 10 anos			01	0,6	
10 a 16 anos	41	95,3	156	98,1	
> 17 anos	02	4,7	02	1,3	0,322
<b>TPM</b>					
Sim	24	53,5	85	40,9	
Não	18	46,5	74	59,1	0,139
<b>Ciclo Menstrual</b>					
Regular	20	42,9	94	53,5	
Irregular	23	57,1	65	46,5	0,221
<b>Método Contraceptivo</b>					
Não	20	46,5	82	51,6	
Método de barreira	13	30,2	32	20,2	
Contraceptivo	07	16,3	39	24,5	
Coito interrompido			01	0,6	
Mais de um método	03	7,0	05	3,1	0,372
<b>Início da atividade Sexual</b>					
< 11 anos			01	0,6	
11 a 15 anos	15	34,9	43	27,3	
16 a 20 anos	17	39,5	93	58,2	
≥ 21 anos	11	25,6	22	13,9	0,115

Tabela 4

Dados sobre partos e gestações anteriores nas mulheres com e sem depressão.

Variável	Deprimidas (n=43)		Não deprimidas (n=159)		Valor <i>p</i>
	N	%	N	%	
<b>Número de filhos</b>					
0 filhos	23	53,5	107	67,3	
1 filho	13	30,2	41	25,8	
2 filhos	06	14,0	08	5,0	
≥3 filhos	01	2,3	03	1,9	0,160
<b>Abortos</b>					
Não	347	79,1	127	79,9	
Sim	09	20,9	31	19,5	
Natimorto			01	0,6	0,857
<b>Complicações em partos anteriores</b>					
Não	17	39,5	46	28,9	
Sim	03	7,0	09	5,7	
Não se aplica	23	53,5	104	65,4	0,353

Variáveis como gravidez planejada e gravidez desejada foram avaliadas separadamente no nosso estudo. De fato, por vezes a mulher não planeja a gestação, porém ao saber da gravidez, ela passa a desejar o filho que virá, aceitando plenamente a gestação. Na nossa pesquisa, encontramos um maior número de mulheres deprimidas (D 79,1% vs. ND 59,1%) no grupo que não planejou a gestação ( $p < 0,05$ ) - Gráfico 1. Esta associação, por sua vez, não chegou a ter relevância estatística em relação à gravidez desejada. As complicações no parto atual, o tipo de parto e o sexo do bebê também não se mostraram relacionados com a DPP (ver Tabela 5).



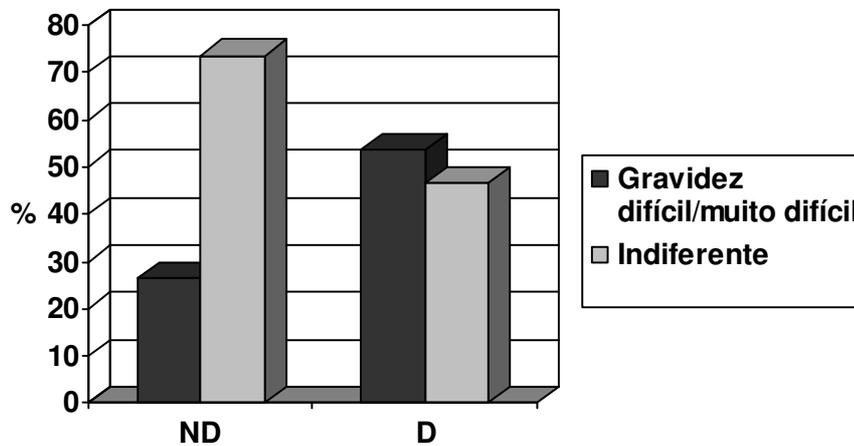
**Gráfico 1 - Diferença entre os grupos de mulheres em relação ao planejamento da gestação atual (n=202).**

TABELA 5

Diferenças entre os grupos sobre características da gestação e parto atual.

Variável	Deprimidas (n=43)		Não deprimidas (n=159)		Valor <i>p</i>
	N	%	N	%	
<b>Gravidez planejada</b>					
Não	34	79,1	94	59,1	
Sim	09	20,9	65	40,9	0,016
<b>Gravidez desejada</b>					
Não	16	37,2	37	23,3	
Sim	27	62,8	122	76,7	0,065
<b>Gravidez difícil</b>					
Indiferente	20	46,5	117	73,6	
Sim	23	53,5	42	26,4	0,002
<b>Complicação no parto atual</b>					
Não	33	76,7	131	82,4	
Sim	10	23,3	28	17,6	0,401
<b>Tipo de parto</b>					
Normal	25	58,1	88	55,3	
Cesariano	18	41,9	69	43,4	
Fórceps			02	1,3	0,738
<b>Sexo do bebê</b>					
Feminino	24	55,8	80	50,3	
Masculino	79	49,7	19	44,2	0,476

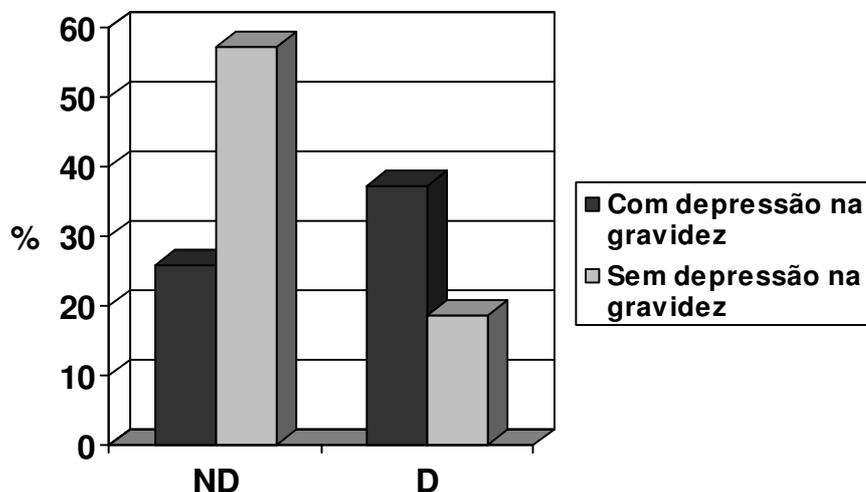
Investigamos ainda o tipo de gestação ou de que forma as puérperas vivenciaram a gravidez. De acordo com o Gráfico 2, considerar a gravidez difícil ou muito difícil foram mais freqüentemente observadas no grupo de mulheres deprimidas (D 53,5% vs. ND 26,4%) ( $p < 0,005$ ).



**Gráfico 2 – Percepção da gravidez entre os grupos de mulheres com (n=43) e sem depressão (n=159).**

#### 2.3.3.4 Aspectos psiquiátricos

A Tabela 6 compara, entre os grupos, as características da mãe em relação à psicopatologia anterior, que incluiu história prévia de depressão, depressão ou ansiedade nesta gestação. Destas variáveis, a presença de sintomas depressivos na gravidez atual demonstrou ser um fator associado com a DPP. No grupo de mulheres deprimidas, 81,4% das mulheres (n=35) referiram sintomas depressivos durante a gestação, enquanto no grupo sem depressão apenas 42,8% das puérperas (n=68) admitiram este evento ( $p < 0,001$ ) – Gráfico 3.



**Gráfico 3 – Mulheres com (n=43) e sem depressão puerperal (n=159) que experimentaram depressão no período da gravidez atual.**

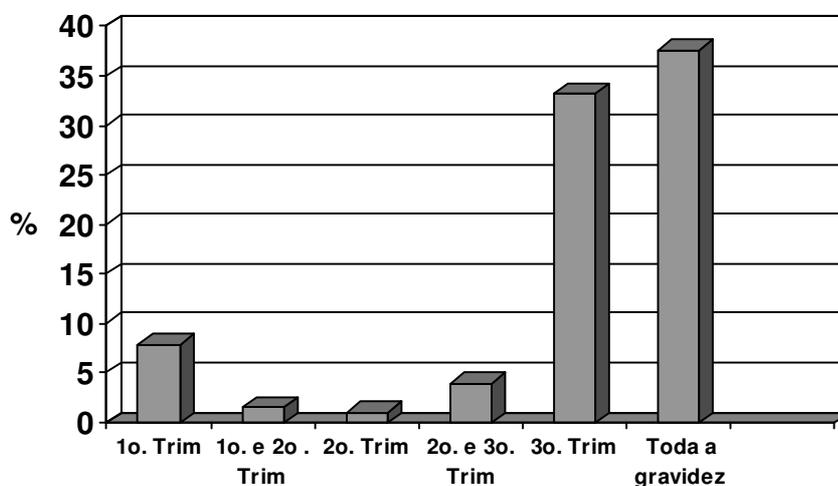
A depressão prévia, ou seja, um episódio depressivo que ocorreu antes da gestação atual foi relatado por 37,2% das mulheres deprimidas (n=16). No grupo sem depressão, apenas 25,8% delas (n=41) relataram episódio depressivo anterior. Esta diferença, no entanto, não foi estatisticamente significativa ( $p=0,140$ ). No grupo de mulheres que havia tido depressão anterior, perguntamos se elas haviam solicitado ajuda profissional ao se sentirem deprimidas. Os dados obtidos revelaram que, das 57 mulheres que admitiram episódio depressivo anterior (28,2% do total de mulheres), apenas cinco delas (8,8%) haviam procurado ajuda profissional.

TABELA 6

Comparação entre os grupos sobre a presença de psicopatologia da mãe (n=202).

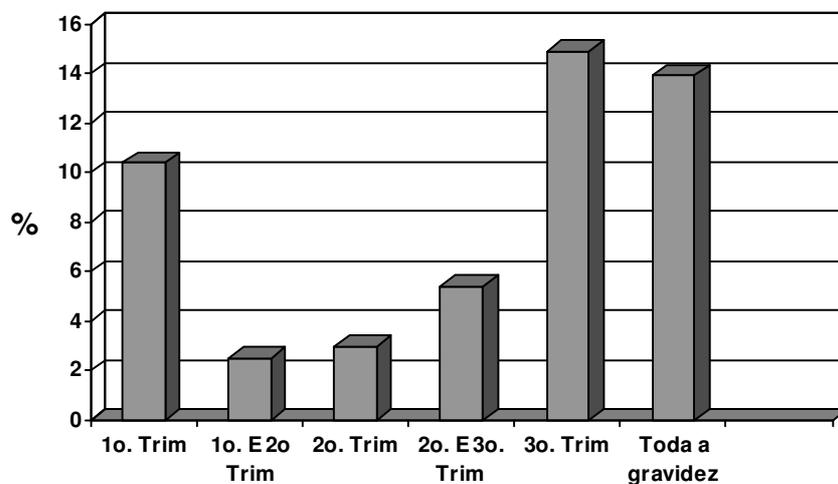
Variável	Deprimidas (n=43)		Não deprimidas (n=159)		Valor <i>p</i>
	N	%	N	%	
<b>História anterior de depressão</b>					
Não	27	62,8	118	74,2	0,140
Sim	16	37,2	41	25,8	
<b>Depressão na gravidez</b>					
Não	08	18,6	91	57,2	0,000
Sim	35	81,4	68	42,8	
<b>Ansiedade na gravidez</b>					
Não	04	9,3	26	16,4	0,249
Sim	39	90,7	133	83,6	
<b>Blues Materno</b>					
Não	18	41,9	107	64,2	0,008
Sim	25	58,1	52	35,8	

Em relação à ansiedade durante a gravidez, 85,1% das mulheres que participaram do estudo admitiram episódio de ansiedade (n=172), portanto um número expressivo no grupo com e sem depressão, o que dificulta a análise da ansiedade como fator de risco. Chama a atenção o número de mulheres que vivenciaram ansiedade durante toda a gestação, com um aumento deste número no terceiro trimestre (Ver Gráfico 4).



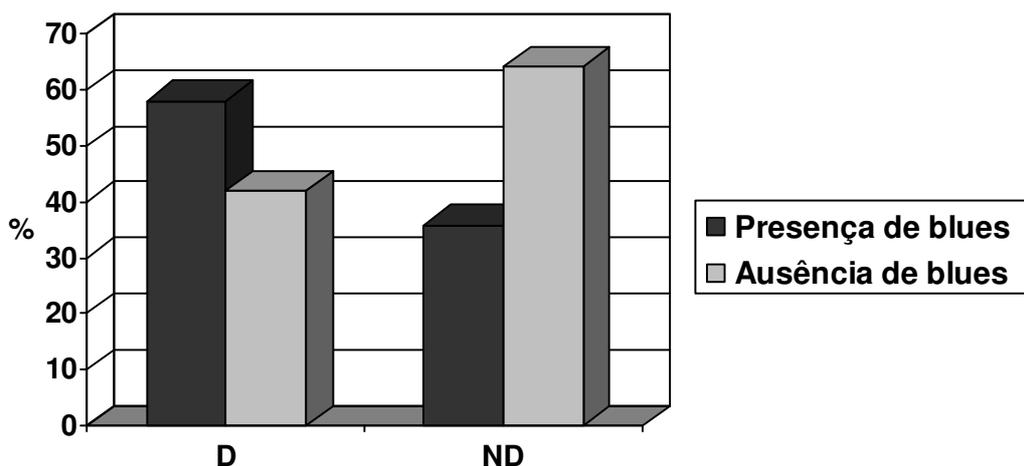
**Gráfico 4 - Período da gravidez em que as mulheres experimentaram ansiedade (n=172).**

Seguindo o mesmo modelo da ansiedade, o sentimento de tristeza entre as mulheres entrevistadas cresce à medida que se aproxima do final da gestação. No gráfico 5 está demonstrado o período da gestação em que as mulheres experimentaram sintomas depressivos, e pudemos verificar que o número de mulheres com sentimento de tristeza aumenta significativamente no terceiro trimestre.



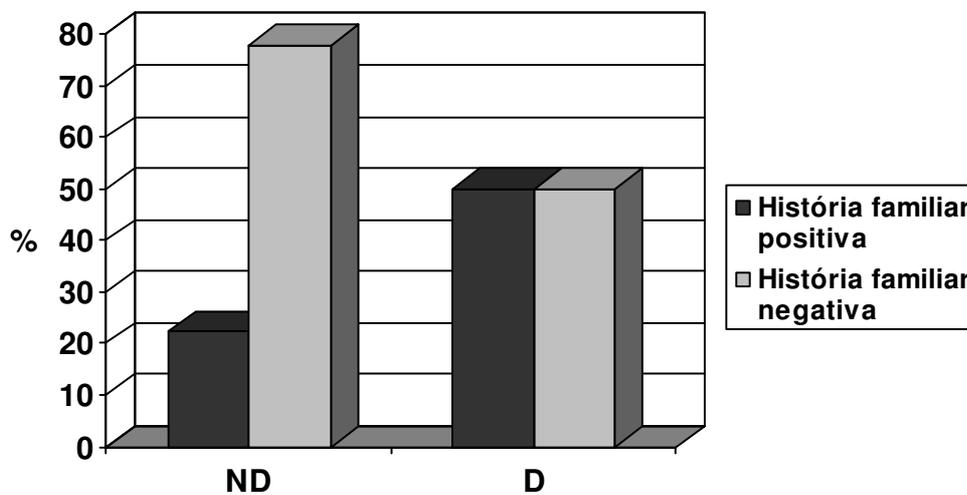
**Gráfico 5 - Período da gestação em que as mulheres relataram depressão (n=103).**

A pesquisa investigou se as puérperas haviam experimentado um período de choro e irritabilidade nas primeiras semanas após ter dado à luz. O estudo demonstrou que 58,1% das mulheres (n=25) que tiveram estes sintomas anteriormente (considerados por nós como sugestivos de blues materno) estavam deprimidas no puerpério. Das 159 mulheres sem depressão, porém, apenas 35,8% delas (n=57) experimentaram o blues materno ( $p=0,008$ ). O Gráfico 7 demonstra a presença de blues materno entre os grupos de mulheres entrevistadas.



**Figura 7- Presença de blues materno entre as puérperas deprimidas (n=43) e não deprimidas (n=159).**

História familiar de depressão também foi investigada (Tabela 9). Das mulheres entrevistadas no nosso estudo, apenas 169 foram questionadas acerca de história familiar de depressão. Apesar deste número reduzido, nós encontramos uma associação positiva com a Depressão Pós-parto mensurada pelo EPDS. No grupo das mulheres deprimidas, 50% (n=17) possuía história familiar de depressão. No entanto, no grupo sem depressão, apenas 22,2% (n=30) admitia uma história familiar positiva de depressão, sugerindo relação com a DPP ( $p<005$ ). No Gráfico 8 estão demonstrados valores relacionados com esta variável.



**Gráfico 8 – História familiar de depressão entre os grupos de mulheres entrevistadas com e sem depressão (n=169).**

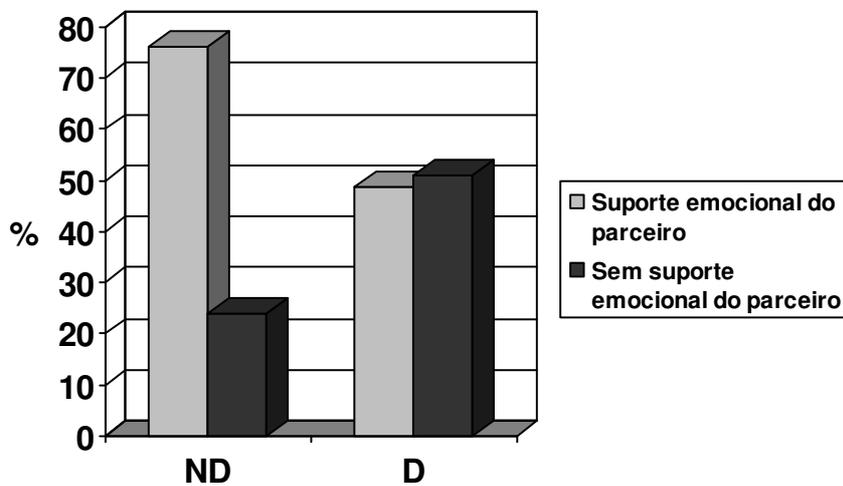
**TABELA 7**

Comparação entre os grupos de mulheres com e sem depressão em relação aos fatores genéticos (n=169)

Variável	Deprimidas (n=43)		Não deprimidas (n=159)		Valor <i>p</i>
	N	%	N	%N	
<b>História familiar de depressão</b>					
Não	17	50	105	77,8	
Sim	17	50	30	22,2	0,001

### 2.3.3.5 Suporte social e estressores vitais

O suporte social se refere à ajuda que as mulheres têm no período puerperal, que pode ser afetivo/emocional, ou ainda sob a forma de auxílio para determinadas tarefas, também chamado instrumental. O suporte pode ser avaliado sob o ponto de vista da puérpera, da percepção da mulher, ou o suporte recebido efetivamente, observado por terceiros. Nas mães entrevistadas neste estudo, investigamos o suporte percebido pelas mulheres, em relação ao parceiro (suporte emocional, confiança, ajuda deste para atividades domésticas, ou em caso de dificuldades), confiança na família e amigos. Conforme exposto na Tabela 8, a ausência de suporte emocional do parceiro percebido pelas mulheres foi identificada com maior frequência no grupo das mulheres deprimidas. No grupo com depressão, 48,8% (n=22) não percebiam que estavam sendo emocionalmente apoiadas pelo companheiro e, no grupo sem depressão, 23,9% (n=38) não percebiam este suporte (p=0,001) – Gráfico 9.



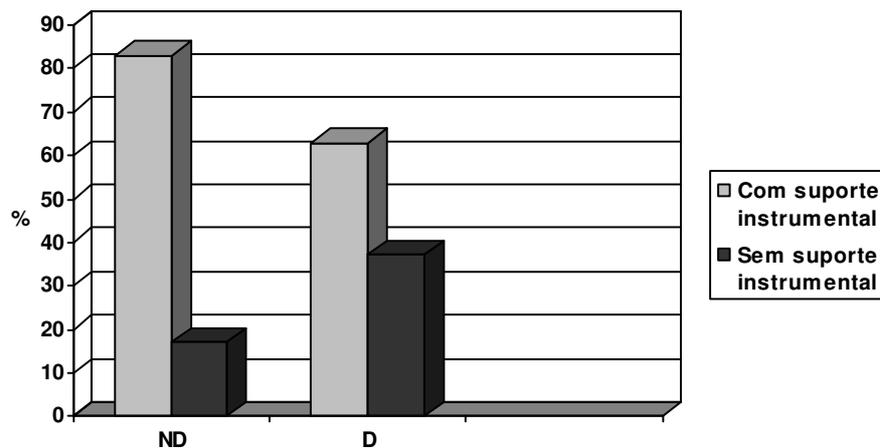
**Gráfico 9 – Suporte emocional experimentado pelas mulheres deprimidas(n=43) e não deprimidas (n =159).**

TABELA 8

Comparação entre os grupos sobre a ausência ou presença de suporte social e emocional percebido pelas mulheres.

Variável	Deprimidas (n=43)		Não deprimidas (n=159)		Valor <i>p</i>
	N	%	N	%	
<b>Suporte emocional do parceiro</b>					
Não	21	48,8	28	23,9	
Sim	22	51,2	121	76,1	0,001
<b>Suporte instrumental</b>					
Não	16	37,2	27	17,0	
Sim	27	62,8	132	83,0	0,004
<b>Ajuda do parceiro</b>					
Não	12	27,9	27	17,0	
Sim	31	72,1	132	83,0	0,107
<b>Confiança no parceiro</b>					
Não	15	34,9	33	20,8	
Sim	28	65,1	126	79,2	0,053
<b>Confiança na família</b>					
Não	11	25,6	13	8,2	
Sim	32	74,4	146	91,8	0,002
<b>Confiança nos amigos</b>					
Não	30	69,8	82	51,6	
Sim	13	30,2	77	48,4	0,033

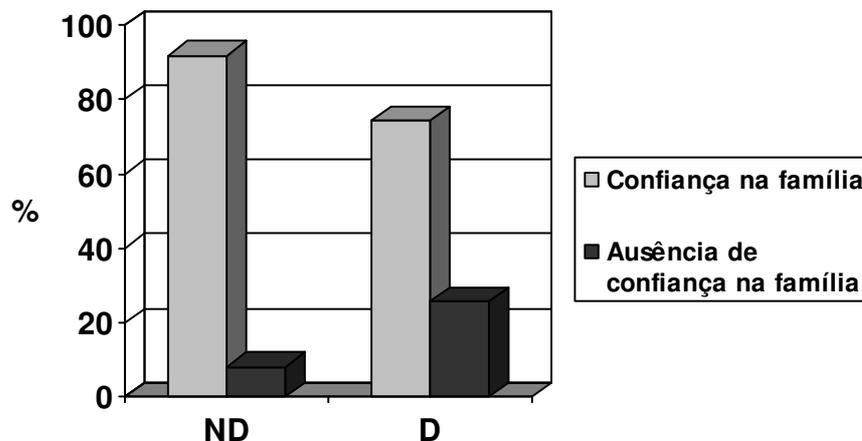
O suporte instrumental, ou seja, receber ou não ajuda do parceiro para as tarefas diárias foi também avaliado, sendo observado com mais frequência a presença deste suporte no grupo de mulheres sem depressão. Dentre as mulheres com sintomas depressivos, 37,2% (n=16) relatavam não receber auxílio do companheiro nessas tarefas. No grupo sem depressão, apenas 17% das puérperas (n=27) não recebiam este suporte ( $p<0,005$ ). O Gráfico 10 compara esta variável entre os grupos pesquisados.



**Gráfico 10 – Comparação entre os grupos de mulheres em relação à percepção do suporte instrumental recebido (n=202)**

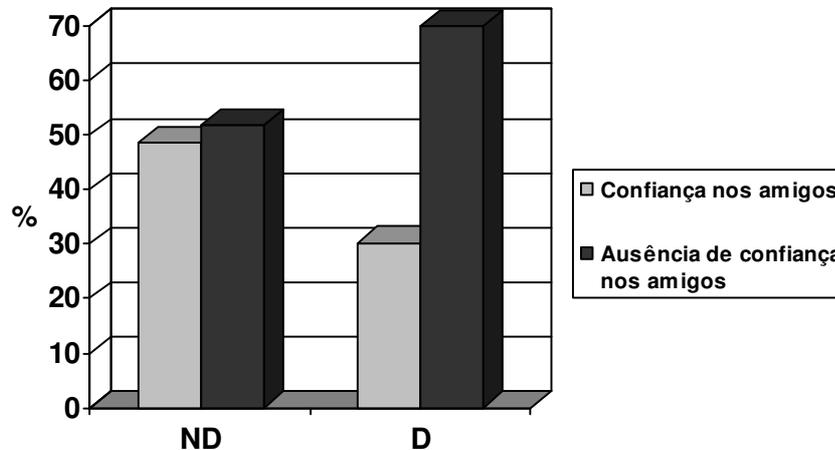
Outras questões realizadas no nosso trabalho, que não se mostraram significativamente relacionadas com a DPP, foram a percepção que elas tinham sobre a ajuda do parceiro, quando solicitada, e a confiança nele. Nestes itens, não identificamos qualquer associação com a DPP (Tabela .8).

O Gráfico 11 demonstra esquematicamente a confiança que as entrevistadas tinham na sua família. No grupo das deprimidas, 25,6% (n=11) revelava não confiar na sua família, enquanto entre as mulheres sem sintomas depressivos, apenas 8,2% delas (n=13) relatavam não perceber a família confiável ( $p<0,005$ ).



**Gráfico 11 – Percepção de confiança na família entre os grupos pesquisados (n=202).**

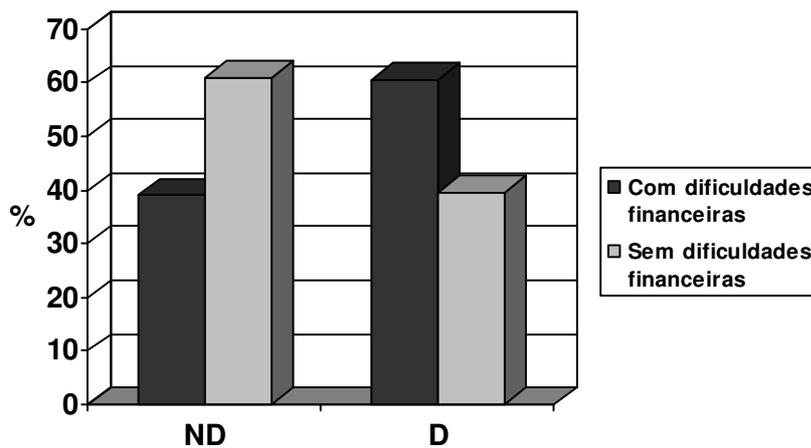
O Gráfico 12 relaciona o papel que os amigos desempenham na vida dessas mulheres. No grupo com depressão, 69,8% das puérperas (n=30) não confiavam nos seus amigos. No entanto, no grupo das mulheres não deprimidas apenas 51,6% (n=82) relatavam perceber a ausência desta confiança, valores estatisticamente significativos ( $p < 0,05$ ).



**Gráfico 12 – Sentimento de apoio oriundo de amigos percebido pelos diferentes grupos de mulheres (n=202).**

Os dados apresentados na Tabela 9 demonstram a importância que eventos estressantes de vida teriam no surgimento da DPP. Nós investigamos separadamente fatores como dificuldades financeiras, perda de familiar, presença de doença séria na família, demissão,

estar desempregado e mudança de domicílio. Os nossos resultados revelaram que dois eventos de vida são particularmente relevantes. Em relação às dificuldades financeiras, das 159 mulheres sem depressão, 39,0% delas (n=62) relataram atravessar dificuldades financeiras recentes, enquanto no grupo das mães deprimidas, 60,5% (n=26) das mulheres referiram estar atravessando essas dificuldades ( $p<0,05$ ) - Gráfico 13.

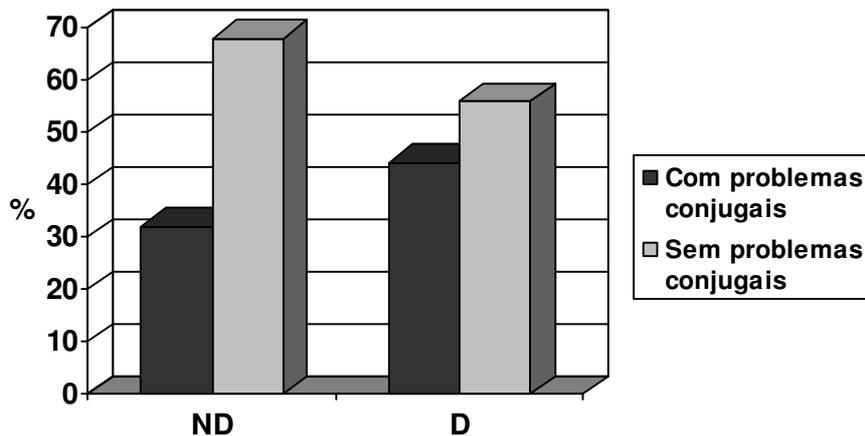


**Gráfico 13 – Problemas financeiros vivenciados pelas mulheres deprimidas (N=43) e não deprimidas (N=159).**

Outro fator relevante demonstrado foi estar atravessando problemas no relacionamento afetivo. Mulheres deprimidas relatavam mais frequentemente problemas conjugais (D 44,2% vs. ND 22,0% /  $p<0,01$ ) - Gráfico 14.

TABELA 9

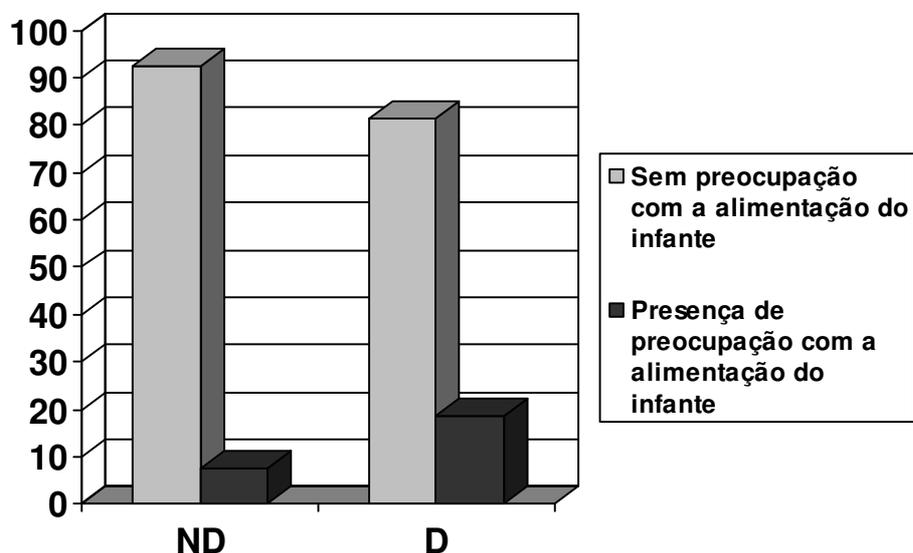
Eventos estressantes recentes experimentados pelas mulheres com e sem depressão (n=202)					
Variável	Deprimidas		Não deprimidas		Valor <i>p</i>
	(n=43)		(n=159)		
	N	%	N	%	
<b>Satisfação conjugal</b>					
Não	14	32,6	30	18,9	
Sim	29	67,4	129	81,1	0,054
<b>Problemas financeiros</b>					
Não	17	39,5	97	61,0	
Sim	26	60,5	62	39,0	0,012
<b>Problemas conjugais</b>					
Não	24	55,8	124	78,0	
Sim	19	44,2	35	22,0	0,004
<b>Morte na família</b>					
Não	38	88,4	145	91,2	
Sim	05	11,6	14	8,8	0,574
<b>Doença grave na família</b>					
Não	42	97,7	141	88,7	
Sim	01	2,3	18	11,3	0,073
<b>Mudança de casa</b>					
Não	32	74,4	127	79,9	
Sim	11	25,6	32	20,1	0,438
<b>Desemprego</b>					
Não	21	48,8	114	71,7	
Sim	22	51,2	45	28,3	0,005
<b>Mudança de emprego</b>					
Não	37	88,1	142	89,3	
Sim	05	11,9	17	10,7	0,823



**Gráfico 14 – Problemas conjugais nas mulheres deprimidas (n=43) e sem depressão (n=159).**

#### 2.3.3.6 Variáveis do bebê

A preocupação que as puérperas tinham com o seu filho foi um fator de risco investigado. Cinco perguntas foram feitas: se havia preocupação das mães com a saúde do seu filho de uma maneira geral; ou mais especificamente se havia apreensão por parte das mães sobre a alimentação dele, seu choro, seu sono ou ainda se elas os consideravam irritadiços. A única variável que se relacionou significativamente com a DPP foi a preocupação acerca da alimentação com o seu bebê. No grupo de mulheres deprimidas, 18,6% admitiram se preocupar com a alimentação do infante. No grupo das mulheres não deprimidas, apenas 7,5% (n=12) revelaram ter esta preocupação – Gráfico 15.



**Gráfico 15 – Preocupação das mães com depressão (n=43) e sem depressão (n=159) sobre a alimentação do infante.**

A preocupação acerca do sono foi mais freqüente no grupo de mães deprimidas (D 37,2% vs. ND 23,9% /  $p=0,080$ ), e a irritabilidade dos bebês percebida pelas mulheres demonstrou também diferenças entre os grupos (D 30,2% vs. ND 17,0%), apesar de não serem estatisticamente significativos ( $p=0,053$ ). Os valores obtidos em relação à preocupação com o infante estão apresentados na Tabela 10.

Tabela 10

Diferenças entre os grupos sobre preocupação acerca dos bebês

Variável	Deprimidas (n=43)		Não deprimidas (n=159)		Valor <i>p</i>
	N	%	N	%	
<b>Saúde do bebê</b>					
Não	33	76,7	137	86,2	
Sim	10	23,3	22	13,8	0,133
<b>Alimentação do bebê</b>					
Não	35	81,4	147	92,5	
Sim	08	18,6	12	7,5	0,031
<b>Sono</b>					
Não	27	62,8	121	76,1	
Sim	16	37,2	38	23,9	0,080
<b>Irritabilidade</b>					
Não	30	69,8	132	83,0	
Sim	13	3,2	27	17,0	0,053
<b>Choro em excesso</b>					
Não	32	74,4	127	79,9	
Sim	11	25,6	32	2,1	0,438

A Tabela 11 demonstra os dados obtidos em relação às diversas variáveis estudadas na nossa pesquisa, sua associação com a Depressão Pós-parto e os valores estatísticos encontrados. Os fatores associados à DPP incluíram depressão na gestação, história familiar positiva de depressão, considerar difícil a gestação, gravidez não planejada, problemas conjugais, ausência de suporte emocional ou instrumental do parceiro, ausência de confiança na família ou amigos, dificuldades financeiras, desemprego, preocupação acerca da alimentação do filho e a presença de blues materno.

Tabela 11

Resumo dos fatores de risco associados ao grupo de mulheres com depressão na Maternidade Cândida Vargas – junho a agosto de 2005 – João Pessoa – PB.

FATORES DE RISCO RELEVANTES	OR	ID 95%	Valor de p
Depressão na gestação	5,8	(2,5-13,4)	***
História familiar de depressão	3,5	(1,5-7,6)	**
Considerar a gravidez como difícil	1,5	(1,1-2,2)	**
Ausência de suporte emocional dado pelo parceiro	1,5	(1,1,-2,1)	**
Problemas com o casamento	2,8	(1,3-5,7)	**
Dificuldades financeiras	2,3	(1,2-4,7)	**
Ausência de suporte instrumental	1,3	(1,0-1,6)	**
Blues materno	2,4	(1,2-4,9)	**
Ausência de confiança na família	1,2	(1,0-1,4)	*
Gravidez não planejada	1,9	(1,0-3,5)	*
Preocupação com a alimentação do bebê	2,8	(1,0-7,3)	*
Desemprego	2,6	(1,3-5,2)	*
Ausência de confiança nos amigos	1,6	(0,9-2,5)	*

\*  $p < 0,05$     \*\*  $p < 0,01$     \*\*\*  $p < 0,001$

OR: *Odds ratio*; ID 95%: Intervalo de confiança de 95%.

## 2.4. DISCUSSÃO

A taxa de prevalência encontrada em nosso estudo foi semelhante às demonstradas em outros estudos realizados, onde taxas variando entre 8 a 23% das mulheres no primeiro ano de pós-parto foram encontradas (COOPER et al., 1988; HOBFOLL et al., 1995). As mulheres investigadas no nosso estudo têm baixo nível sócio-econômico, pois a pesquisa foi feita com mulheres que utilizavam o Sistema Único de Saúde (SUS), serviço normalmente utilizado por uma população que não tem acesso ao sistema privado de saúde. O papel do estado sócio-econômico na etiologia da DPP tem sido investigado. Beck (2001) avaliou cerca de oitenta estudos em meta-análise, encontrando oito deles que relatavam a possível relação entre nível sócio-econômico e a DPP. Todavia este estudo não explicitou quais indicadores foram utilizados na meta-análise. Outros autores, no entanto, estudaram especificamente níveis sócio-econômicos mais baixos, e encontraram significativa diferença na prevalência da DPP em grupos sócio-econômicos pouco privilegiados (PATEL et al., 2002; SEGUIN et al., 1999b). No nosso país, Moraes (2006) revelou taxas de 19,1% utilizando como instrumento diagnóstico a Escala Hamilton de Depressão. Da-Silva et al. (1998) observaram prevalência de 12% no terceiro mês pós-parto utilizando o EPDS. Uma avaliação da prevalência de DPP e Depressão Menor em puérperas do Programa de Saúde da Família revelou uma alta taxa de 37,1%, justificada pelos autores pelo perfil de baixa renda das entrevistadas. Portanto, a diferença entre as prevalências encontradas pode se relacionar com distintos métodos diagnósticos, níveis econômicos ou culturais dos grupos estudados. Um estudo realizado em mulheres na faixa etária entre 14 e 18 anos encontrou taxa de 26% de prevalência, taxa semelhante à observada na nossa amostra (CUTRONA; TROUTMAN, 1990).

Não encontramos associação significativa de DPP com diversas variáveis sócio-econômicas, como idade, etnia, credo religioso, número de filhos etc. Similarmente aos dados encontrados na nossa pesquisa, um estudo de meta-análise anterior não demonstrou fatores

sócio-demográficos como associados ao surgimento da DPP (BECK, 2001), ou apenas como fracos fatores de risco (ROBERTSON, 2004).

A nossa pesquisa não evidenciou associação de DPP com a disforia pré-menstrual, número de filhos ou dificuldades vivenciadas em partos anteriores. No entanto, algumas pesquisas demonstram uma associação significativa em relação à síndrome pré-menstrual, inclusive postulando que mulheres com DPP teriam uma maior sensibilidade às variações hormonais de determinados períodos, como puerpério e ciclo menstrual (BLOCH et al., 2005; BLOCH et al., 2006). A análise retrospectiva, o baixo nível sócio-econômico e a dificuldade na delimitação diagnóstica em relação à TPM podem ter dificultado a investigação em relação a essa variável. Outros autores consideraram como fator de risco a multiparidade. Um estudo que incluiu mais de cinco mil mulheres encontrou uma associação entre a DPP e mulheres múltíparas (NIELSEN FORMAN et al., 2000), mas este dado não foi congruente com os dados encontrados em meta-análise posterior (ROBERTSON, 2004).

Na literatura, os achados em relação aos aspectos obstétricos são controversos. Na verdade, alguns autores postularam ser fatores obstétricos como multiparidade (BAGEDAHL, 1998; SEGUIN et al., 1999a) ou abortos induzidos (LEE, 2000) como fatores de risco. Outros autores, porém, discordam de tal associação (FAISAL-CURY et al., 2005; JOSEFSSON, 2002; PFOST; STEVENS, 1990). História prévia de aborto e complicações em partos anteriores foram fatores incluídos na nossa pesquisa e que não se relacionaram com a DPP. Em um estudo de meta-análise foi encontrada esta associação, revelando, no entanto, apenas um pequeno efeito dos fatores obstétricos como de risco para a DPP (SWAIN; O'HARA, 1996).

O dado referente ao modo como as mulheres vivenciaram a sua gestação no nosso estudo revelou uma diferença significativa, onde mulheres deprimidas tendem a perceber como difícil ou muito difícil a sua gestação. Na verdade, este dado deve ser analisado com cuidado, pois mulheres com depressão podem perceber de forma mais negativa este evento de vida, de modo que esta experiência poderia ser uma conseqüência de sua depressão e não necessariamente um dos fatores relacionados com a DPP. Na literatura, Righetti-Veltema (1998) relatou este fator como relacionado à DPP, e, em um estudo de meta-análise, outros trabalhos confirmaram estes resultados (ROBERTSON et al., 2004).

Muitos autores pesquisaram a influência da gravidez planejada/desejada no surgimento da Depressão Pós-parto. No entanto, alguns trabalhos investigam de forma conjunta tais informações, dificultando a comparação com nossos dados. Beck (1996) encontrou um pequeno efeito da gravidez desejada/planejada e o surgimento da DPP. No entanto, uma pesquisa realizada com mais de 2000 mulheres investigou de forma separada estas variáveis, revelando que gravidez não planejada e a depressão pós-natal estão relacionadas (WARNER et al., 1996). Da mesma forma, em nosso estudo, apenas a variável gravidez planejada se associou com a DPP.

Os efeitos de diversas complicações obstétricas no surgimento da DPP foram analisados, e uma meta-análise demonstrou que tais fatores exercem apenas uma pequena influência no surgimento da depressão pós-parto (SWAIN; O'HARA, 1996). Essas complicações incluem hiperêmese, parto prematuro, parto instrumental etc. Outros estudos não encontraram qualquer relação entre as duas situações supracitadas (NIELSEN FORMAN et al., 2000; WARNER et al., 1996). Na nossa pesquisa, indagamos sobre possíveis problemas obstétricos durante o parto, mas não identificamos tais variáveis como associadas à DPP. No entanto, utilizamos como parâmetro o relato feito pelas puérperas, o que pode ter comprometido a confiabilidade dos achados.

Dois estudos revelaram uma maior probabilidade de surgimento da DPP em mulheres que se submeteram ao parto cesariano (BOYCE; TODD, 1992; HANNAH et al, 1992). No entanto, esses achados não foram replicados em outros trabalhos, inclusive com amostras maiores (JOHNSTONE et al, 2001; NIELSEN FORMAN et al., 2000;). O tipo de parto foi investigado na nossa amostra, mas não foi encontrada associação significativa com a depressão puerperal.

Sobre a importância do sexo do bebê como fator de risco para depressão puerperal, a literatura tem demonstrado resultados contraditórios. Como citado anteriormente, em determinadas culturas o desapontamento com o sexo do bebê, principalmente se feminino, parece ter uma associação com o surgimento de DPP (LEE et al., 2000; PATEL et al., 2002). Nos países ocidentais, no entanto, os estudos não evidenciaram tal associação entre esta variável e a DPP (BECK, 2001; O'HARA; SWAIN, 1996). Na nossa região, ter um bebê do sexo feminino também não é culturalmente um fator de desapontamento, e, de fato, no nosso estudo não encontramos associação entre o sexo do bebê e a DPP.

Há poucas dúvidas de que história prévia de alterações psicopatológicas, como ansiedade e depressão, põe as mulheres sob risco de apresentar DPP. No entanto, quando analisamos os dados referentes à depressão anterior ao período da gestação, nossos dados não revelaram associação significativa, embora tenham apontado tendência que em uma amostra maior poderia se revelar significativa. Alguns autores consideram inquestionável a relação entre o passado de depressão e o surgimento da DPP (BECK, 2001; JOSEFSSON et al., 2002. ROBERTSON et al., 2004; JOHNSTONE et al., 2001; JOSEFSSON et al., 2001).

Na literatura, a relação entre ansiedade e depressão pós-parto foi relatada em alguns estudos (JOHNSTONE et al., 2001; NETER et al., 1995). Em sua meta-análise, Swain e O'Hara (1996) encontraram forte associação entre ansiedade na gravidez e depressão pós-parto. Como relatado anteriormente, na nossa pesquisa um grande número de mulheres permaneceram ansiosas, o que corrobora a atual consideração de que diversos quadros ansiosos podem estar presentes durante a gestação e no período puerperal. O expressivo número de mulheres que relatavam ansiedade, principalmente no último trimestre da gestação sugere ter o parto um efeito ansiogênico sobre estas mulheres. Dentre os transtornos ansiosos atualmente considerados que surgem no período da gestação, parto e puerpério estão: o transtorno da relação mãe-bebê, ansiedade específica no puerpério, obsessão de dano à criança etc. Cada um destes transtornos tem características clínicas distintas e tratamentos também diferenciados. Ainda estão sob pesquisa outras características destas síndromes, bem como sua relação com transtornos mais bem estabelecidos, como o *Blues*, a Psicose Puerperal ou a DPP (BROCKINGTON, 2004). O blues materno foi também investigado e encontramos associação significativa com a DPP. Pesquisas anteriores demonstram a associação entre *maternity blues* e DPP (CAMPBELL ET AL., 1992; O'HARA et al., 1991a).

Outro fator importante foi a presença de sintomas depressivos durante a gestação. A nossa pesquisa revelou que o número de mulheres que experimentam sintomas depressivos na gravidez aumenta gradativamente, sobretudo no terceiro trimestre. Este dado sugere que a depressão que ocorre no período puerperal pode ter se iniciado já a partir da gestação. Na literatura, os resultados encontrados demonstram a relevância desta variável como importante fator de risco em depressão pós-parto (BECK, 2001; JOSEFSSON et al., 2002; O'HARA et al., 1991b). No grupo de mulheres com depressão, perguntamos ainda se elas haviam buscado auxílio profissional ao se sentirem deprimidas. Os dados obtidos revelam que das 57 mulheres

(28,8% do total) que experimentaram depressão na gravidez, apenas cinco (8,8%) haviam procurado ajuda. Este dado reflete ainda a dificuldade, na nossa região, de se procurar ajuda profissional diante de sintomas depressivos.

Estabelecer a ligação entre história familiar de depressão e a DPP exige que as mulheres tenham conhecimento de familiares com história psiquiátrica e que se disponham a relatá-los. Swain e O'Hara (1996), em sua meta-análise, não encontraram qualquer associação entre história familiar de depressão e DPP. Entretanto, Johnstone et al. (2001) referiram um risco aumentado de DPP em 490 mulheres com uma história familiar positiva. Os nossos achados, mesmo com eventuais dificuldades na coleta de dados, estão em conformidade com esta pesquisa, pois um maior número de mulheres no grupo com depressão relatou ter familiares com depressão.

Os estudos na literatura em relação a fatores de risco como suporte social têm se mostrado inconsistentes. Alguns autores não encontraram qualquer relação entre DPP e suporte emocional ou instrumental (BECK, 1996; SEGUIN et al., 1999). Outros, no entanto, demonstraram forte associação com sintomas depressivos no pós-parto (NIELSEN FORMAN et al., 2000). No nosso estudo, optamos por investigar estes dados em subcategorias e encontramos algumas associações, considerando, no entanto, a possibilidade de ter existido o “fenômeno da múltipla testagem”.

Estudiosos têm pesquisado os efeitos de eventos estressantes adicionais que as mulheres experimentam durante a gestação e o puerpério. Estes eventos refletiriam um estresse a mais em um período onde as mulheres estariam mais vulneráveis, podendo ser um importante fator de risco na depressão pós-parto. Vários autores estudaram a associação destes com a DPP, e encontraram uma forte relação (O'HARA et al., 1982; PAYKEL et al., 1980). Beck (2001), em estudo incluindo mais de 2300 mulheres, revelou uma moderada associação entre este tipo de evento e a DPP. Outros pesquisadores não encontraram associação alguma com a DPP (HOPKINS et al., 1987; KUMAR e ROBSON, 1984). O grupo de mulheres com e sem depressão, no nosso estudo, não diferiram significativamente em relação à presença de eventos estressantes, como morte ou doença séria na família, mudança de casa ou de emprego. Porém, o estudo revelou que o desemprego foi um fator relevante no surgimento de DPP. Uma possível justificativa para estes achados contraditórios está no fato de que algumas pesquisas são feitas de forma retrospectiva, de modo que as mulheres deprimidas, tentando estabelecer uma conexão

com a doença atual, tendem a supervalorizar estes eventos, causando um viés na pesquisa. Uma outra questão a esclarecer é que muitas vezes os estudos avaliam cada um dos estressores de forma independente; outros investigam estes fatores pela presença ou ausência do conjunto deles, dificultando uma comparação entre eles.

Tem sido relatado que determinadas variáveis do bebê estariam relacionadas com o surgimento da DPP. A literatura demonstra que algumas variáveis podem realmente ser importantes fatores de risco. Beck (2002), estudando duas variáveis relacionadas ao bebê (temperamento da criança e o estresse experimentado ao cuidar do filho), revelou que estes são moderados fatores de risco para o surgimento da DPP. No nosso estudo, a única variável que demonstrou certa associação foi a preocupação com a alimentação do bebê. Interpretar estes resultados torna-se difícil, pois a preocupação das mães sugere um cuidado delas mães com o seu bebê, mas a preocupação com a saúde de uma maneira geral não foi confirmada como fator de risco. Neste caso, o que podemos inferir é que, na verdade, mães deprimidas tendem a superestimar a preocupação com a alimentação dos bebês, uma vez que esta dificuldade é bastante comum, mas as mães com depressão vivenciam tal fato de forma mais negativa.

## **2.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

A pesquisa apresentada revelou algumas limitações importantes. A população estudada fazia acompanhamento em um ambulatório de puericultura, portanto a nossa amostra excluiu mulheres que não freqüentavam um serviço de saúde com o seu bebê. Uma outra limitação foi o fato de termos utilizado o instrumento EPDS que, apesar de largamente aplicado nas pesquisas, pressupõe que essas mulheres sejam alfabetizadas, excluindo o grupo de mulheres analfabetas. Além disso, este é um questionário de rastreamento, considerando-se que, pelos critérios do DSM-IV, a DPP demonstrada por este instrumento deveria ser posteriormente confirmada. O tamanho modesto da amostra pode ter impossibilitado a identificação de determinadas associações de pequeno efeito. Outro problema na nossa pesquisa é a característica transversal da mesma, que não permite inferências sobre causalidade, apenas avalia possíveis associações. O ideal seria a realização de estudos com desenhos prospectivos, com a presença de maior variabilidade sócio-econômica entre as entrevistadas, para confirmação dos nossos achados.

## 2. 6 CONCLUSÕES

A prevalência de depressão pós-parto, de acordo com o EPDS, encontrada na Maternidade Cândida Vargas, serviço de referência da cidade de João Pessoa – PB, foi de 21,6%.

Em adolescentes (faixa etária de 10 a 19 anos), a prevalência observada foi de 30,2%.

As seguintes variáveis foram associadas com a DPP:

- depressão na gestação
- não ter planejado a gravidez
- história familiar de depressão
- considerar a gravidez como difícil
- ausência de suporte emocional dado pelo parceiro
- não receber auxílio do parceiro para as tarefas domésticas
- ausência de confiança na família ou nos amigos
- estar enfrentando dificuldades financeiras
- estar enfrentando dificuldades conjugais
- situação de desemprego
- presença do blues materno
- preocupação com a alimentação do seu bebê.

Os fatores que não se relacionaram com o surgimento da DPP incluíram variáveis sócio-demográficas, início da atividade sexual, método contraceptivo utilizado, idade da menarca, sintomas pré-menstruais e regularidade da menstruação, gravidez desejada, complicações obstétricas, tipo de parto, sexo do bebê, alguns estressores vitais, preocupações acerca da saúde do bebê, dentre outras variáveis.

Considerando que muitos dos fatores de risco identificados são considerados modificáveis, alguns deles podem ser investigados durante o aconselhamento pré-natal. Portanto, as equipes multidisciplinares encarregadas de cuidar da saúde dessas mulheres, bem como elas mesmas, deveriam ser alertadas e educadas sobre tais fatores de risco. Como sugerem os dados dispostos nesta pesquisa, muitas mulheres não procuram auxílio profissional diante de sintomas de depressão, mesmo fora do período de parto e gravidez.

Por fim, sugerimos que seja aplicado um instrumento rápido e simples como o EPDS a todas as mulheres sob estes riscos, ou que faça parte da atenção em saúde recebida por todas as mulheres gestantes de forma sistemática.

É possível supor que nosso trabalho possa contribuir de alguma maneira para programas de prevenção ou tratamento deste importante transtorno. Como foi dito anteriormente, identificar as características das mulheres com DPP pode subsidiar o trabalho de profissionais da área de saúde e áreas correlatas no processo de elaboração ou aperfeiçoamento de estratégias terapêuticas, assim como possibilita uma abordagem em saúde pública.

## REFERÊNCIAS<sup>1</sup>

Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NM, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Women Ment Health* 2005;8(2):89-95.

Ahokas A, Kaukoranta J, Wahlbeck K, Aito M. Estrogen deficiency in severe postpartum depression: successful treatment with sublingual physiologic 17beta-estradiol: a preliminary study. *J Clin Psychiatry*.2001;62(5):332-6.

American Psychiatric Association. DSM-IV Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed;1994.

Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *Bmj* 1997;314(7085):932-6.

Arentsen K. Postpartum psychoses with particular reference to the prognosis. *Dan Med Bull* 1986;15(4):97-100.

<sup>1</sup> Formato de acordo com as normas do *International Committee of Medical Journal Editors*

Armstrong KL, Fraser JA, Dadds MR, Morris J. A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *J Pediatr Child Health* 1999;35(3):237-44

Bagedahl-Strindlund M, Monsen Borjesson K. Postnatal depression: a hidden illness. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98(4):272-5.

Baker JM, Handley SL, Waldron G, Dunn TL. Seasonal variation in plasma tryptophan in parturient women. *Prog Neuropsychopharmacol* 1981;5(5-6):515-8.

Beck CT, Reynolds MA, Rutowski P. Maternity blues and postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1992;21(4):287-93.

Beck, CT. The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. *Nurs Res* 1995;44(5): 298-304.

Beck CT. A meta-analysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament. *Nurs Res* 1996a;45(4):225-30.

Beck CT. Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children. *Nurs Res* 1996b;45(2):98-104.

Beck, CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001a;50(5):275-85.

Beck CT, Gable RK. Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale. *Nurs Res* 2001b;50(3):155-64.

Beck, CT. Revision of the postpartum depression predictors inventory. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002;31(4):394-402.

Beeghly M, Weinberg MK, Olson KL, Kernan H, Riley J, Tronick EZ. Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year. *J Affect Disord* 2002;71(1-3):169-80.

Berle JO, Steen VM, Aamo TO, Breilid H, Zahlens K, Spigset O. Breastfeeding during maternal antidepressant treatment with serotonin reuptake inhibitors: infant exposure, clinical symptoms, and cytochrome p450 genotypes. *J Clin Psychiatry* 2004;65(9):1228-34.

Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord* 2005;88(1):9-18.

Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28(1):3-8.

Boyce PM, Todd AL. Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Med J Aust* 1992;157(3):172-4.

Brockington IF, Cernik KF, Schofield EM, Downing AR, Francis AF, Keelan C. Puerperal Psychosis. Phenomena and diagnosis. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38(7):829-33.

Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004;363(9405): 303-10.

Brugha TS, Wheatley S, Taub NA, Culverwell A, Friedman T, Kirwan P, et al. Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors. *Psychol Med* 2000;30(6):1273-81.

Campbell JC, Poland ML, Waller JB, Ager J. Correlates of battering during pregnancy. *Res Nurs Health* 1992;15(3):219-26.

Cantilino A, Carvalho JA, Maia A, Albuquerque C, Cantilino G, Sougey EB. Translation, validation and cultural aspects of Postpartum Depression Screening Scale in Brazilian Portuguese. *Transcultural Psychiatry*. In press, 2006.

Cooper PJ, Campbell EA, Day A, Kennerley H, Bond A. Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *Br J Psychiatry* 1988;152:799-806.

Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.

Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993;163:27-31.

Cox JL, Chapman G, Murray D, Jones P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *J Affect Disord* 1996;39(3):185-9.

Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins ML, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res* 1998;31(6):799-804.

Dennis CL. Treatment of postpartum depression, part 2: a critical review of nonbiological interventions. *J Clin Psychiatry* 2004;65(9):1252-65.

Des Rivieres-Pigeon C, Seguin L, Brodeur JM, Perreault M, Boyer G, Colin C, et al. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: the validity of its Quebec version for a population low socioeconomic status mothers. *Can J Commun Ment Health* 2000;19(1):201-14.

Epperson CN, Jatlow PI, Czarkowski K, Anderson GM. Maternal fluoxetine treatment in the postpartum period: effects on platelet serotonin and plasma drug levels in breastfeeding mother-infant pairs. *Pediatrics* 2003;112(5):425

Faisal-Cury A, Tedesco JJ, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Arch Womens Ment Health* 2004;7(2):123-31.

Fisch RZ, Tadmor OP, Dankner R, Diamant YZ. Postnatal depression: a prospective study of its prevalence, incidence and psychosocial determinants in an Israeli sample. *J Obstet Gynaecol Res* 1997;23(6):547-54.

Fleming AS, Klein E, Corter C. The effects of a social support group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 1992;33(4):685-98.

Fletcher RH, Fletcher SW, Fletcher EH. Risco. In: Fletcher RH, Fletcher SW, Fletcher EH, editores. *Epidemiologia Clínica*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas;1991, 126-44.

Gentile S. The safety of newer antidepressants in pregnancy and breastfeeding. *Drug Saf* 2005;28(2):137-52.

Goodman JH. Postpartum depression beyond the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33(4):410-20.

Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM, Mount JH. Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *J Abnorm Psychol* 1991;100(2):122-32.

Gregoire AJ, Kumar R, Everitt B, Henderson AF, Studd JW. Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet* 1996;347(9006):930-3.

Gurel S, Gurel H. The evaluation of determinants of early postpartum low mood: the importance of parity and inter-pregnancy interval. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;91(1):21-4.

Handley SL, Dunn TL, Baker JM, Cockshott C, Gould S. Mood changes in puerperium, and plasma tryptophan and cortisol concentrations. *Br Med J* 1977;2(6078):18-20.

Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early postpartum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry* 1992;160:777-80.

Hapgood CC, Elkind GS, Wright JJ. Maternity blues: phenomena and relationship to later post partum depression. *Aust N Z J Psychiatry* 1988;22(3):299-306.

Harris B, Lovett L, Newcombe RG, Read GF, Walker R, Riad-Fahmy D. Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *Bmj* 1994;308(6934):949-53.

Hays P, Douglass A. A comparison of puerperal psychosis and the schizophreniform variant of manic-depression. *Acta Psychiatr Scand* 1984;69(3):177-81.

Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth* 2003;30(3):175-80.

Hendrick V, Altshuler LL, Suri R. Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics* 1998;39(2):93-101.

Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, Hulsizer MR, Cameron RP. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(3):445-53.

Hopkins J, Campbell SB, Marcus M. Role of infant-related stressors in postpartum depression. *J Abnorm Psychol* 1987;96(3):237-41.

Horowitz JA, Goodman J. A longitudinal study of maternal postpartum depression symptoms. *Res Theory Nurs Pract* 2004;18(2-3):149-63.

Horowitz JA, Goodman JH. Identifying and treating postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34(2):264-73.

Jermain DM. Treatment of postpartum depression. *Am Pharm* 1995;NS35(1):33-8, 45.

Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yatees AD, Harris MG. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35(1):69-74.

Jones I, Craddock N. Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry* 2001;158(6):913-7.

Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80(3):251-5.

Josefsson A, Angelsioo L, Berg G, Ekstrom CM, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 2002;99(2):223-8.

Kaplan, I, Sadock BJ; trad Andrea Callefi *et al*, - 6a. ed. - Porto Alegre: Artmed, 1999

Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987;150:662-73.

Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984;144:35-47.

Lee DT, Yip AS, Leung TY, Chung TK. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J* 2000;6(4):349-54

Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997;58 Suppl 15:26-32.

MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Knowles H, Lilford R, Henderson C, et al. Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2002;359(9304):378-85.

Matthey S, Barnett B, Ungerer J, Waters B. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord* 2000;60(2):75-85.

Milgrom J, Ericksen J, Negri L, Gemmill AW. Screening for postnatal depression in routine primary care: properties of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an Australian sample. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39(9):833-9.

Miller LJ. Postpartum depression. *Jama* 2002;287(6):762-5.

Moraes, IG, Pinheiro RT, Silva, RA et al. Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40 (1): 65-70.

Morrell CJ, Spiby H, Stewart P, Walters S, Morgan A. Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial. *Bmj* 2000; 321(7261):593-8.

Murray, L., P. J. Cooper, et al. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 420-7.

Nemeroff, CB, Simon, JS et al. Antithyroid antibodies in depressed patients. *Am J Psychiatry* 1985; 142(7): 840-3.

Neter E, Collins NL, Lobel M, Dunkel-Schetter C. Psychosocial predictors of postpartum depressed mood in socioeconomically disadvantaged women. *Womens Health* 1995;1(1):51-75.

Newport DJ, Hostetter A, Arnold A, Stowe ZN. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *J Clin Psychiatry* 2002;63 Suppl 7:31-44.

Nielsen Forman D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby Salvig J, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *Bjog* 2000;107(10):1210-7.

Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 2:34-40.

O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *J Abnorm Psychol* 1984;93(2):158-71.

O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol* 1990;99(1):3-15.

O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Varner MW. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. *J Abnorm Psychol* 1991a;100(1):63-73.

O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. Arch Gen Psychiatry 1991b;48(9):801-6.

O'Hara, MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. International Review of Psychiatry. 1996; 8,37-54.

O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. Arch Gen Psychiatry 2000;57(11):1039-45.

Okano T, Nomura J, Kumar R, Kaneko E, Tamaki R, Hanafusa I, et al. An epidemiological and clinical investigation of postpartum psychiatric illness in Japanese mothers. J Affect Disord 1998;48(2-3):233-40.

Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. Am J Psychiatry 2002;159(1):43-7.

Paykel ES, Emms EM, Fletcher J, Rassaby ES. Life events and social support in puerperal depression. Br J Psychiatry 1980;136:339-46.

Pedersen CA, Stern RA, Pate J, Senger MA, Bowes WA, Mason GA. Thyroid and adrenal measures during late pregnancy and the puerperium in women who have been major depressed or who become dysphoric postpartum. *J Affect Disord* 1993;29(2-3):201-11.

Pfost KS, Stevens MJ, Lum CU. The relationship of demographic variables, antepartum depression, and stress to postpartum depression. *J Clin Psychol* 1990;46(5):588-92.

Pitt B. Maternity blues. *Br J Psychiatry* 1973;122(569):431-3.

Posmontier B, Horowitz JA. Postpartum practices and depression prevalences: technocentric and ethnokinship cultural perspectives. *J Transcult Nurs* 2004;15(1):34-43.

Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(9):946-52.

Rezende J, Montenegro CA. *Obstetrícia Fundamental*. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

Righetti-Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord* 2002;70(3):291-306.

Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(4):289-95.

Robinson JR, Drotar D, Boutry M. Problem-solving abilities among mothers of infants with failure to thrive. *J Pediatr Psychol* 2001;26(1):21-32.

Robling SA, Paykel ES, Dunn VJ, Abbott R, Katona C. Long-term outcome of severe puerperal psychiatric illness: a 23 year follow-up study. *Psychol Med* 2000;30(6):1263-71.

Santos MF, Martins FC, Pasquali, L. Escalas de avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiqu Clin* 1999;26(2):32-40.

Seguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth* 1999a;26(3):157-63.

Seguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. Socio-environmental factors and postnatal depressive symptomatology: a longitudinal study. *Women Health* 1999b;29(1):57-72.

Sichell DA, Cohen LS, Rosenbaum, JF e Driscoll J. Postpartum onset of obsessive compulsive disorder. *Psychosomatics* 1993;34(3) 277-9.

Small R, Lumley J, Donohue L, Potter A, Waldenstrom U. Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *Bmj* 2000;321(7268):1043-7.

Sougey, E; Carvalho, TFR; Caetano, D. Sintomatologia Depressiva em Duas Regiões Brasileiras. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 43:221-223,1994.

Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(2):639-45.

Suri R, Burt VK, Altshuler LL. Nefazodone for the treatment of postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2005;8(1):55-6.

Tcheremissine OV, Lieving LM. Pharmacotherapy of postpartum depression: current practice and future directions. *Expert Opin Pharmacother* 2005;6(12):1999-2005.

Teissedre F, Chabrol H. A study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on 859 mothers: detection of mothers at risk for postpartum depression. *Encephale* 2004;30(4):376-81.

Teng HW, Hsu CS, Shih SM, Lu ML, Pan JJ, Shen WW. Screening postpartum depression with the Taiwanese version of the Edinburgh Postnatal Depression scale. *Compr Psychiatry* 2005;46(4):261-5.

The Marcé Society[homepage on the internet]. London: FCP Internet Ltd:c2001 [cited 2003 sep19]. Available from: <http://www.marcesociety.com/>.

Treloar SA, Martin NG, Bucholz KK, Madden PA, Heath AC. Genetic influences on post-natal depressive symptoms: findings from an Australian twin sample. *Psychol Med* 1999;29(3):645-54.

Troutman BR, Cutrona CE. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *J Abnorm Psychol* 1990;99(1):69-78.

Valença A, Nascimento I, Nardi AE, Marques C, Figueira, I, Versiani M. Pânico e suicídio. *J Bras Psiquiatr*; 1998: 47 (12) 647-55.

Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1996;168(5):607-11.

Watt S, Sword W, Krueger P, Sheehan D. A cross-sectional study of early identification of postpartum depression: implications for primary care providers from The Ontario Mother & Infant Survey. *BMC Fam Pract* 2002;3:5.

Webster J, Pritchard MA, Creedy D, East C. A simplified predictive index for the detection of women at risk for postnatal depression. *Birth* 2003;30(2):101-8.

Weissman MM, Bland R, Joyce PR, Newman S, Wells JE, Wittchen HU. Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *J Affect Disord* 1993;29(2-3):77-84.

Whitby DH, Smith KM. The use of tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors in women who are breastfeeding. *Pharmacotherapy* 2005;25(3):411-25.

Whitton A, Warner R, Appleby L. The pathway to care in post-natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *Br J Gen Pract* 1996;46(408):427-8.

Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002;347(3):194-9.

Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH. Timing of depression recurrence in the first year after birth. *J Affect Disord* 2004;78(3):249-52.

Wolman WL, Chalmers B, Hofmeyr GJ, Nikodem VC. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: a randomized, controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168(5):1388-93.

World Health Organization. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Genebra: WHO; 1993.

Zlotnick C, Johnson SL, Miller IW, Pearlstein T, Howard M. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *Am J Psychiatry* 2001;158(4):638-40.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A EPRESSÃO PÓS-PARTO EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA – PB.

Pesquisador responsável: Dra, Andréia Ligia Vieira Correia - Departamento de Neuropsiquiatria HC/UFPE

Você está convidada a participar voluntariamente de uma pesquisa clínica, Leia atentamente as informações abaixo antes de dar o seu parecer:

- 1- *Esta pesquisa tem por objetivo identificar mulheres com Depressão Pós-parto, e pediremos para você ler e responder questionários a respeito de dados de sua vida pessoal e a forma como você vem se sentindo ultimamente,*
- 2- *Não é necessário escrever seu nome nos questionários, pois sua identidade será mantida como informação confidencial, Os resultados poderão ser publicados, mas sua identidade não será revelada,*
- 3- *Como se trata de um procedimento de interesse clínico e científico, os trabalhos desenvolvidos ocorrerão sem qualquer prejuízo para a sua pessoa, Este trabalho beneficiará a comunidade na medida em que investiga maiores detalhes sobre esta doença, Se, durante a nossa entrevista, houver evidencias de que você é portadora, disponibilizaremos informações sobre o tratamento e onde procurar ajuda para o mesmo,*
- 4- *Sua participação nesse estudo é totalmente voluntária, Mesmo que você decida participar, terá a liberdade para se desligar da pesquisa a qualquer momento, sem incorrer em penalidade,*
- 5- *Você poderá fazer todas as perguntas que considerar necessárias antes de concordar em participar da pesquisa, ou a qualquer momento durante o estudo,*

***Eu, \_\_\_\_\_, li e entendi todas as informações sobre este estudo e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento, Desta forma, consinto voluntariamente em participar da presente pesquisa,***

_____ Nome da Entrevistada	_____ Assinatura
_____ Nome da Testemunha	_____ Assinatura
_____ Nome da Testemunha	_____ Assinatura
_____ Nome do Pesquisador	_____ Assinatura

Local/ Data \_\_\_\_\_

ANEXO B  
QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

## QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

REGISTRO: \_\_\_\_\_

A, IDADE? \_\_\_\_\_ IDADE DO BEBÊ: \_\_\_\_\_

B NATURALIDADE: \_\_\_\_\_

ETNIA : BRANCA NEGRA PARDA

ESTADO CIVIL : SOLTEIRA CASADA DIVORCIADA VIÚVA  
UNIÃO CONSENSUAL

EDUCACAO FUNDAMENTAL ENSINO MÉDIO SUPERIOR  
COMPLETO INCOMPLETO

RELIGIÃO: CATÓLICA EVANGÉLICA OUTRA

IDADE DA 1ª MENSTRUÇÃO : \_\_\_\_\_ TPM SIM NÃO

GRAVIDEZ DESEJADA SIM NÃO GRAVIDEZ PLANEJADA SIM NÃO

GRAVIDEZ DIFÍCIL MUITO DIFÍCIL INDIFERENTE

CICLO MENSTRUAL : REGULAR IRREGULAR

IDADE DE INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL: \_\_\_\_\_

USAVA ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO? SIM

QUAL? CAMISINHA PÍLULA DIU COITO INTERROMPIDO  
ANTICONCEPCIONAL TABELA NENHUM MÉTODO

VOCÊ TEM FILHOS? QUANTOS? \_\_\_\_\_

ABORTOS? SIM NÃO

COMPLICACOES EM PARTOS ANTERIORES? SIM NÃO NÃO SE APLICA

COMPLICACAO NO PARTO ATUAL? SIM NÃO

FEZ PRÉ-NATAL? ? SIM NÃO

SEXO DA CRIANCA: FEM MASC

RECEBEU O SEU BEBE NA SALA DE PARTO DIAS PÓS-PARTO PÓS -ALTA

TIPO DE PARTO: NORMAL CESARIANO FÓRCEPS

HISTÓRIA FAMILIAR DE DEPRESSÃO SIM NÃO

ANEXO C

QUESTIONÁRIO SOBRE FATORES DE RISCO EM DEPRESSÃO

PÓS-PARTO

## FATORES DE RISCO EM DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Protocolo No, \_\_\_\_\_

Data do exame: \_\_/\_\_/\_\_

### Depressão pré-natal

Você se sentiu triste ou deprimida durante a gravidez?

Sim  Não

Quando ? \_\_\_\_\_

Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

### Ansiedade pré-natal

Você se sentiu ansiosa durante a gravidez?

Sim  Não

Se sim, por quanto tempo você vem se sentindo desta forma?

R, \_\_\_\_\_

### História de depressão prévia

Antes desta gravidez, alguma vez você se sentiu deprimida?

Sim  Não

Você procurou algum tratamento psiquiátrico?

Sim  Não

### Falta de suporte social

Você sente que recebe suporte emocional adequado de seu parceiro?

Sim  Não

Você sente que recebe suporte adequado de seu parceiro para a realização das atividades cotidianas (cuidados com a casa, com o bebê)?

Sim  Não

Você acha que pode contar com seu parceiro quando precisar de ajuda?

Sim  Não

Você acha que pode confiar no seu parceiro?

Sim  Não

Você acha que pode confiar na sua família?

Sim  Não

Você acha que pode confiar nos seus amigos?

Sim  Não

### **Insatisfação conjugal**

Você está satisfeita com o seu casamento?

Sim  Não

### **Vida estressante**

Atualmente, você está passando por alguma situação estressante, como:

Problemas financeiros

Sim  Não

Problemas conjugais

Sim  Não

Morte na família

Sim  Não

Doença séria na família

Sim  Não

Mudança de casa

Sim  Não

Desemprego

Sim  Não

Mudanças de emprego

Sim  Não

### **Estresse no cuidado com o bebê**

O seu bebê vem atravessando algum problema de saúde?

Sim  Não

Você vem tendo algum problema com a alimentação de seu bebê?

Sim  Não

Qual? \_\_\_\_\_

Você vem tendo algum problema em fazer o seu bebê adormecer?

Sim  Não

Você consideraria o seu bebe como irritado e difícil de ser consolado?

Sim  Não

O seu bebê chora muito?

Sim  Não

### **“Maternity Blues”**

19, Você experimentou um período de choro e oscilação de humor durante a primeira semana após o seu parto?

Sim  Não

**ANEXO D**

(Edinburgh Postnatal Depression Scale (Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh))

J, L, Cox, J, M, Holden, R, Sagovsky, 1987

Tradução MF Santos

(VERSÃO EM PORTUGUÊS)

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo, Por favor, marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentido **NOS ÚLTIMOS SETE DIAS**, não apenas como você está se sentindo hoje,

Aqui está um exemplo já preenchido:

*Eu tenho me sentido feliz:*

( ) *Sim, todo o tempo,*

(X) *Sim, na maior parte do tempo,*

( ) *Não, não muito,*

( ) *Não, em nenhum momento,*

Esta resposta quer dizer: “*Eu me senti feliz na maior parte do tempo*” na última semana,

Por favor, preencha as questões da página seguinte do mesmo modo,

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça nas coisas:

- Como sempre fiz,
- Não tanto quanto antes,
- Sem dúvida menos que antes,
- De jeito nenhum

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia:

- Como sempre senti,
- Talvez menos do que antes,
- Com certeza menos,
- De jeito nenhum,

3. Eu tenho me sentido culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:

- Sim, na maioria das vezes,
- Sim, algumas vezes,
- Não muitas vezes,
- Não, nenhuma vez,

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:

- Não, de maneira alguma,
- Pouquíssimas vezes,
- Sim, algumas vezes,
- Sim, muitas vezes

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:

- Sim, muitas vezes,
- Sim, algumas vezes,
- Não muitas vezes,
- Não, nenhuma vez

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia:

- Sim, Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles,
- Sim, Algumas vezes não consigo lidar bem como antes,
- Não, Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles,
- Não, Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes,

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir:

- Sim, na maioria das vezes,
- Sim, muitas vezes,
- Não muitas vezes,
- Não, de jeito nenhum,

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada:

- Sim, na maioria das vezes,
- Sim, muitas vezes,
- Não muitas vezes,
- Não, de jeito nenhum,

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado:

- Sim, quase todo o tempo,
- Sim, muitas vezes,
- De vez em quando,
- Não, nenhuma vez,

10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça:

- Sim, muitas vezes ultimamente,
- Algumas vezes nos últimos dias,
- Pouquíssimas vezes ultimamente,
- Nenhuma vez

ANEXO E  
CARTA DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

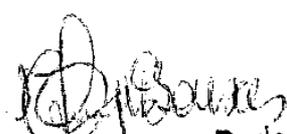
**Certidão**

**Certifico**, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, em sua 59ª reunião ordinária, realizada no dia 25/05/2005, protocolo nº96/05, aprovou por unanimidade parecer favorável do relator Profº Gerson da Silva Ribeiro, referente Projeto de Pesquisa da Interessada Andréia Lígia V. Correia, intitulado "Fatores de Risco em Depressão Pós-Parto".

João Pessoa 27 de maio de 2005.

  
Andréia Márcia Lima D'Assunção  
V/ Secretária do CEP/CCS

Visto, encaminha-se a interessada.

  
Profª. Eliane Marques D. de Sousa  
Coordenadora CEP/CCS