

Evidências de Sintomatologia Depressiva no Pós-Parto Imediato

Evidence on Depressive Symptomatology in the Immediate Postpartum Period

KEILA ARAUJO MONTEIRO¹
BRUNA DO NASCIMENTO GODOI¹
OLEGÁRIO ROSA TOLEDO²
FLÁVIA LÚCIA DAVID²
MARIZA MARTINS AVELINO³
ELEOMAR VILELA DE MORAES⁴

RESUMO

Objetivo: analisar a prevalência dos sintomas da depressão e suas associações com características sociais, econômicas, comportamentais, psicológicas e obstétricas no pós-parto imediato. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo transversal, descritivo e probabilístico, realizado com 204 puérperas no pós-parto imediato, atendidas em um hospital público na cidade de Barra do Garças-MT, Brasil, no período de agosto de 2015 a junho de 2016. A prevalência de sintomas depressivos foi avaliada através da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), com escore ≥ 10 . Os dados foram analisados com auxílio do programa EPI-INFO® versão 7.1.5.0. As associações foram feitas por meio dos testes Exato de Fisher, *Mantel-Haenszel*, Razão de Chances (Odds Ratio), sendo adotado o nível de significância de 5%. **Resultados:** A amostra foi constituída por puérperas com idades entre 18 e 42 anos, sendo a maioria composta por mulheres jovens com média de 25 anos ($\pm 5,32$). Na análise multivariada os fatores com indicativo de associação foram: ingestão de álcool nos três primeiros meses de gestação (OR=1,99; IC95%=0,65-6,09), uso de tabaco (OR=10,80; IC95%=2,13-54,60), problema mental familiar (OR=4,34; IC95%=1,56-12,09), sofrer violência psicológica ou emocional (OR=2,57; IC95%=1,04-6,36), sogra interferir nos cuidados com o bebê (OR=4,21; IC95%=1,65-10,78) e o tipo de moradia (OR=2,79; IC95%=1,13-6,87). **Conclusão:** A prevalência de sintomas depressivos no puerpério imediato foi elevada (24,51%). Além disso, adverte-se para um forte indicativo de associação entre sintomas da depressão pós-parto e o uso de tabaco, ter familiar com problema mental, a sogra interferir nos cuidados do recém-nascido, morar de aluguel e sofrer violência psicológica/emocional.

DESCRIPTORIOS

Transtornos Mentais. Depressão Pós-Parto. Prevalência.

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence of depression symptoms and their associations with social, economic, behavioral, psychological and obstetric factors in the immediate postpartum period. **Material and Methods:** This was a cross-sectional, descriptive and probabilistic study with 204 puerperal women in the immediate postpartum, assisted in a public hospital in the city of Barra do Garças – MT, Brazil, from August 2015 to June 2016. The prevalence of depressive symptoms was assessed using the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), with a score of ≥ 10 . The information was analyzed using the EPI-INFO® 7.1.5.0 program. The associations were done using Fisher's Exact test; Odds Ratio, and a 5% significance level was adopted. **Results:** The sample consisted of puerperal women aged between 18 and 42 years, with a predominance of young women with an average of 25 years (± 5.32). In the multivariate analysis, the factors with significant association were as follows: alcohol consumption in the first three months of gestation (OR=1.99; IC95%=0.65-0.09), tobacco use (OR=10.80; IC95%=2.13-54.60), family members with mental illness (OR=4.34; IC95%=1.56-12.09), psychological and emotional violence (OR=2.57; IC95%= 1.04-6.36), mother-in-law interfering with baby care (OR=4.21; IC95%= 1.65-10.78) and housing type (OR=2.79; IC95%=1.13-6.87). **Conclusions:** The prevalence of depressive symptoms in the immediate postpartum period was considered high (24.51%). In addition, there is a strong indicative of association between depression postpartum symptoms and tobacco use, family member with mental illness, mother-in-law interfering with the newborn's care, living in a rented house, and suffering emotional/psychological violence.

DESCRIPTORS

Mental Disorder. Depression Postpartum. Prevalence.

1 Farmacêutica. Barra do Garças/MT. Brasil.

2 Prof. Adjunto. Curso de Farmácia ICBS/CUA. Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Barra do Garças/MT. Brasil.

3 Profª. Associada. Departamento de Saúde Mental e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia/GO. Brasil.

4 Doutoranda do PPG em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia/GO. Brasil.

O período gravídico-puerperal é considerado complexo e de vulnerabilidade para a mulher onde, alterações multicausais advindas da combinação de características fisiológicas, psicológicas, sociais e, além da influência de fatores de risco genético e ambientais pode predispor-la ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos¹.

Esses transtornos incluem diversos problemas com diferentes sintomas, caracterizados pela combinação de pensamentos anormais, mudanças no comportamento, nas emoções e nas interações sociais. No entanto, os mais frequentes na gestação e no puerpério são a depressão pós-parto (DPP) e a ansiedade². Nesse contexto, a DPP ocorre mundialmente em cerca de 10% a 20% das mulheres³. Contudo, no Brasil, a prevalência de mulheres com esse transtorno pode chegar a 26,3%, sendo maior do que os registrados na Europa, nos Estados Unidos e na Austrália⁴.

O puerpério pode ser classificado em três períodos: pós-parto imediato, que tem início logo após o parto e perdura até o 10º dia; pós-parto tardio, que inicia no 11º dia até o 45º dia e o pós-parto remoto, a partir do 46º dia⁵. A depressão puerperal é caracterizada por irritabilidade, tristeza, sentimentos de culpa, insegurança e medo de não ser capaz de cuidar do seu filho, além de choro constante⁶.

Com isso, após o parto, a ausência de descanso e a perda de sono constante resultam em uma exaustão física e mental da mulher⁷, que além de provocar alterações físicas, gera transformações emocionais como nervosismo, tristeza e hipersensibilidade⁶.

Diversas são as causas que podem desencadear uma DPP. Quanto aos fatores psicossociais, destacam-se as péssimas condições de habitação e o baixo nível socioeconômico, que contribuem de forma expressiva para elevar o nível de estresse durante a gestação e no pós-parto⁸. Por outro lado, o apoio familiar e social que as mulheres recebem no período gravídico-puerperal influencia positivamente a sua saúde mental. Porém, a ausência do apoio dado pelo cônjuge, uma relação conflituosa com a sogra e a intervenção desta nos cuidados com o bebê, aumentam a possibilidade da sintomatologia depressiva no pós-parto⁹.

Além disso, o uso de substâncias psicoativas na gestação relaciona-se com uma série de problemas maternos e infantis, com efeitos dependendo do tempo de exposição e período de

gestação. As substâncias psicoativas ou de abuso mais utilizadas são o álcool e o tabaco. Porém, os problemas normalmente ocasionados pelo consumo destes, incluem distúrbios que agravam a saúde física e mental da mulher, como os distúrbios psicológicos. Já no feto, além de contribuir para o baixo peso ao nascer e desencadear o parto prematuro provoca problemas comportamentais e cognitivos¹⁰.

Os fatores genéticos também estão associados aos sintomas depressivos. A hereditariedade tem forte relação com morbidades psiquiátricas, devido à presença de certos locos genéticos. Ou seja, as mulheres com problema mental familiar têm grandes chances de apresentar transtornos mentais comuns¹¹.

Vale ressaltar também, que mulheres vítimas de violência doméstica apresentam maiores modificações no humor e são acometidas por sentimentos de baixa autoestima, timidez, culpa, receio, afastamento social, ansiedade e depressão¹².

Assim sendo, algumas medidas estão sendo adotadas pelos órgãos de saúde como prevenção e tratamento contra a depressão pós-parto, destacando-se: as intervenções psicológicas com uso de antidepressivos; o apoio social e familiar e a atividade física, entre outras¹³.

Frente ao exposto, esse estudo objetivou analisar a prevalência dos sintomas da depressão e suas associações com características sociais, econômicas, psicológicas, comportamentais, obstétricas e de violência no pós-parto imediato. Devido à sua relevância, não só para a saúde da mãe como para a formação do recém-nascido, a DPP é um assunto que merece ser pesquisado, analisado e discutido. Nesse sentido, o presente estudo traz luz sobre a sintomatologia depressiva em puérperas, ao contribuir para o debate e a construção de conhecimento sobre o tema.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo com delineamento transversal, descritivo e probabilístico. O estudo envolveu mulheres no pós-parto imediato (entre o segundo e o terceiro dia após o parto), atendidas na Maternidade do Hospital Público e Pronto Socorro Milton Pessoa Morbeck, Barra do Garças – MT, Brasil.

A amostra foi constituída por puérperas com idades de 18 a 42 anos. Os dados foram coletados entre agosto de 2015 e junho de 2016,

em dias alternados. Para o cálculo amostral, considerou-se uma proporção DPP de 20%¹⁴. Dessa forma, o universo amostral mínimo obtido foi de 182 pacientes, antevendo uma eventual ausência de respostas¹⁵, acrescentou-se ao estudo 22 mulheres, totalizando uma amostra final de 204 parturientes.

Para coleta de dados foi empregado instrumento validado e estruturado com questões abertas e fechadas, sendo autoexplicativos, contendo campos para resposta e orientações em negrito, com informações complementares de modo a facilitar a aplicação, o preenchimento e a digitação, evitando vieses.

A primeira parte do instrumento avaliou os Transtornos Mentais Menores (TMM) e para averiguar os sintomas depressivos no *pós-parto imediato*, utilizou a *Edinburgh Depression Postnatal Scale (EPDS)*, originalmente de Cox e Holden¹⁶, baseada na versão portuguesa de Augusto e colaboradores¹⁷. A escala foi constituída por 10 questões, cada uma contendo quatro opções, pontuadas de zero a três, com soma total e igual a 30. O ponto de corte utilizado para possível sintomatologia depressiva foi ≥ 10 , que proporcionou uma boa sensibilidade (86,4%) e especificidade (91,1%)¹⁸.

A segunda parte se referiu às características socioeconômicas e culturais, onde se avaliou local de residência, nível de escolaridade, estado civil, religião e nível socioeconômico. Esses temas foram investigados através de perguntas propostas pelos autores, exceto as questões ligadas à violência contra a mulher, que para o rastreio utilizou-se questões baseadas no *Abuse Assessment Screen (AAS)* criado por Macfarlane e colaboradores¹⁹.

Por fim, a terceira parte, relacionada ao período gestacional, elaborada pelos autores deste trabalho, investigou-se aspectos referente ao parto e gravidez, complicações na gestação, aborto, uso de drogas ilícitas e lícitas, problemas neurológicos na família e a interferência da sogra na relação com o recém-nascido.

Os critérios de inclusão foram parturientes com idade entre 18 e 42 anos. Excluíram-se as puérperas que faziam tratamento com antidepressivos, que não tinham condições físicas ou psicológicas para responderem ao questionário, que não responderam todas as perguntas da escala EPDS, as analfabetas e as menores de 18 anos.

Os dados foram analisados com auxílio do programa EPI-INFO® versão 7.1.5.0. Realizou-se uma análise estatística dos dados com valores percentuais. Para análise descritiva das variáveis

quantitativas empregou-se valores de máximo e mínimo, mediana, média e desvio padrão. Já as variáveis qualitativas foram expostas em frequência absoluta e frequência simples.

Os testes estatísticos de associação aplicados foram os *Exato de Fisher*, *Mantel-Haenszel*, Qui-Quadrado (χ^2), Razão de Prevalência (RP) e Razão de Chances (*OddsRatio*), e foi considerado o intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Foi estimado de significância estatística o valor *p-associado* inferior ou igual a 0,05 ($p \leq 0,05$). “Sintomas depressivos” foi considerada como a variável dependente. Para estimar a RP optou-se pela análise de regressão logística. A entrada no modelo de regressão logística foi do tipo hierárquica, fundamentada no *p-valor borderline* (entre $p \leq 0,05$) e na importância clínica²⁰.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso, CEP/UFMT/2015 processo N° 975.413. Foram respeitadas as determinações da Resolução N° 466/12, as pacientes não tiveram qualquer prejuízo físico ou moral, porém com pequena chance de constrangimento, o questionário foi sigiloso e as pacientes tiveram garantida a liberdade de não aceitação bem como o direito de saber os resultados da pesquisa.

RESULTADOS

A amostra foi composta por mulheres jovens com idade média de 25 anos ($\pm 5,32$), variando entre 18 a 42 anos. A maioria era casada ou convivia em união consensual (77,83%), apresentava renda familiar acima de um salário mínimo (74,13%) e possuíam mais de oito anos de estudo (76,96%). Na análise bivariada, detectou-se a associação entre os sintomas depressivos e tipo de moradia (RP=1,67; $p=0,04$), demonstrada na (Tabela 1).

Encontrou-se uma prevalência de 24,51% de puérperas com provável sintomatologia depressiva no pós-parto imediato (Tabela 2).

A análise bivariada evidenciou que dentre as variáveis comportamentais, psicológicas e obstétricas ocorreu associação entre sintomas depressivos com “uso de álcool nos três primeiros meses de gestação” (RP=2,12; $p=0,01$), com “tabagismo” (RP=2,78; $p=0,01$) e com “problema mental familiar” (RP=2,46; $p=0,01$). A variável com maior indicativo de associação com sintomas depressivos foi “tabagismo” que elevou em quase três vezes as chances de ocorrência do evento (Tabela 3).

Tabela 1 – Características socioeconômicas e suas associações com sintomas depressivos em puérperas atendidas na maternidade de um hospital público em Barra do Garças – MT, Brasil, 2017 (n=204).

| Características | Sintomas Depressivos** | | | | Estatística | |
|-----------------------------|------------------------|--------------|-----------|--------------|-----------------|--------------|
| | Sim | | Não | | RP (IC 95%) | P |
| | n | % | N | % | | |
| Faixa etária | | | | | | |
| 18 a 24 anos | 23 | 23,00 | 77 | 77,00 | 0,89(0,55-1,44) | 0,62* |
| 25 a 42 anos | 27 | 25,96 | 77 | 74,04 | | |
| Estado civil*** | | | | | | |
| Solteira /separada/viúva | 12 | 26,67 | 33 | 73,33 | 1,11(0,63-1,94) | 0,72* |
| Casada/amasiada | 38 | 24,05 | 120 | 75,95 | | |
| Anos de escolaridade | | | | | | |
| | 16 | 34,04 | 31 | 65,96 | 1,57(0,96-2,58) | 0,08* |
| > 8 anos de escolaridade | 34 | 21,66 | 123 | 78,34 | | |
| Renda familiar*** | | | | | | |
| ≤ um salário mínimo**** | 15 | 28,85 | 37 | 71,15 | 1,30(0,77-2,16) | 0,33* |
| > um salário mínimo**** | 33 | 22,15 | 116 | 77,85 | | |
| Tem religião*** | | | | | | |
| Não | 9 | 31,03 | 20 | 68,97 | 1,32(0,72-2,43) | 0,38* |
| Sim | 41 | 23,43 | 134 | 76,57 | | |
| Habitação**** | | | | | | |
| Imóvel alugado | 29 | 31,87 | 62 | 68,13 | 1,67(1,02-2,75) | 0,04* |
| Imóvel próprio | 20 | 19,05 | 85 | 80,95 | | |

Tabela 2 – Descrição da prevalência de sintomas depressivos detectados através da *Edinburgh Depression Postnatal Scale (EPDS)* aplicadas em puérperas atendidas na maternidade de um hospital público em Barra do Garças – MT, Brasil, 2017 (n=204).

| Escala de EPDS* (10 itens) | n (%) | Intervalo Obtido | Mediana | Média (DP)** |
|-----------------------------------|-------------|------------------|---------|--------------|
| | | 0 - 24 | 6 | 6 (±5) |
| Improvável depressão (0-9 pontos) | 154 (75,49) | | | |
| | 50 (24,51) | | | |

* Pontuação ≥ 10 na subescala de depressão da *Edinburgh Depression Postnatal Scale (EPDS)*; ** DP=Desvio Padrão.

Tabela 3 – Distribuição das variáveis comportamentais, psicológicas e obstétricas e suas relações com sintomas depressivos no pós-parto imediato, em mulheres atendidas na maternidade de um hospital público em Barra do Garças – MT, Brasil, 2017 (n=204).

| Características | Sintomas depressivos*** | | | | Estatística | |
|---|-------------------------|--------|-----|-------|-----------------|---------------|
| | n | Sim % | N | Não % | RP (IC 95%) | p |
| Variáveis comportamentais | | | | | | |
| Ingestão de álcool no 1º trimestre de gestação | | | | | | |
| Sim | 16 | 43,24 | 21 | 56,76 | 2,12(1,32-3,42) | 0,01* |
| Não | 34 | 20,36 | 133 | 79,64 | | |
| Tabagismo**** | | | | | | |
| Sim | 8 | 61,54 | 5 | 38,46 | 2,78(1,68-4,62) | 0,01** |
| Não | 42 | 22,11 | 148 | 77,89 | | |
| Variáveis psicológicas | | | | | | |
| Problema mental anterior | | | | | | |
| Sim | 6 | 46,15 | 7 | 53,85 | 2,00(1,05-3,81) | 0,07** |
| Não | 44 | 23,04 | 147 | 76,96 | | |
| Problema mental familiar | | | | | | |
| Sim | 18 | 47,37 | 20 | 52,63 | 2,46(1,56-3,88) | 0,01 * |
| Não | 32 | 19,28 | 134 | 80,72 | | |
| Variáveis obstétricas | | | | | | |
| Gravidez planejada | | | | | | |
| Não | 39 | 27,66 | 102 | 72,34 | 1,58(0,87-2,89) | 0,12* |
| Sim | 11 | 17,46 | 52 | 82,54 | | |
| Teve acompanhamento de pré-natal | | | | | | |
| Não | 2 | 100,00 | 0 | 0,00 | 4,21(3,29-5,39) | 0,06** |
| Sim | 48 | 23,76 | 154 | 76,24 | | |
| Teve complicação no parto | | | | | | |
| Sim | 6 | 40,00 | 9 | 60,00 | 1,72(0,88-3,36) | 0,13** |
| Não | 44 | 23,28 | 145 | 76,72 | | |
| Tipo de parto | | | | | | |
| Cesário | 36 | 28,57 | 90 | 71,43 | 1,59(0,92-3,75) | 0,09* |
| Vaginal | 14 | 17,95 | 64 | 82,05 | | |

RP= Razão de Prevalência; IC=Intervalo de Confiança; * Mantel-Haenszel; ** Teste Exato de Fischer; *** Pontuação ≥ 10 na subescala de depressão da *Edinburgh Depression Postnatal Scale (EPDS)*; **** Alguns sujeitos não responderam.

Na Tabela 4, evidenciou-se que a única variável de violência com associação positiva, foi “sofrer violência psicológica ou emocional” (RP=2,95; p=0,01), elevando as chances em até três vezes. Mas, dentre as variáveis estressoras, encontrou-se associação também quando a “sogra interfere nos cuidados do bebê” (RP=2,28; p=0,01). Entre estas, a de maior associação foi a sogra interferir nos cuidados do bebê, aumentando as chances em duas vezes.

Na análise multivariada (Tabela 5), diversas variáveis revelaram associação com sintomatologia da DPP. Dentre os temas estão, o “tabagismo” (OR=10,80; p=0,01), ter “problema mental familiar” (OR=4,34; p=0,01), “sogra interfere nos cuidados com o bebê” (OR=4,21; p=0,01), “habitação” (OR=2,79; p=0,03) e “sofrer violência psicológica ou emocional” (OR=2,57; p=0,04).

Tabela 4 – Distribuição das variáveis de violência e estressoras e suas associações com sintomas depressivos em puérperas atendidas na maternidade de um hospital público em Barra do Garças – MT, Brasil, 2017 (n=204).

| Características | Sintomas depressivos*** | | | | Estatística | |
|--|-------------------------|------|-----|-------|------------------|---------------|
| | Sim | | Não | | RP (IC 95%) | p |
| | N | % | N | % | | |
| Variáveis de violência | | | | | | |
| Sofreu abuso sexual**** | | | | | | |
| Sim | 4 | 25,1 | 146 | 74,87 | 1,76(0,28-10,97) | 0,45** |
| | 9 | 3 | | | | |
| Não | 1 | 14,2 | 6 | 85,71 | | |
| | | 9 | | | | |
| Sofreu violência física | | | | | | |
| Sim | 1 | 20,0 | 4 | 80,00 | 0,80(0,14-4,72) | 1,00** |
| | | 0 | | | | |
| Não | 4 | 24,8 | 148 | 75,13 | | |
| | 9 | 7 | | | | |
| Sofreu violência psicológica/emocional **** | | | | | | |
| Sim | 2 | 46,4 | 30 | 53,57 | 2,95(1,84-4,71) | 0,01* |
| | 6 | 3 | | | | |
| Não | 2 | 15,7 | 123 | 84,25 | | |
| | 3 | 5 | | | | |
| Variável estressora | | | | | | |
| Conflitos conjugais**** | | | | | | |
| Sim | 2 | 20,8 | 110 | 79,14 | 0,57(0,30-1,09) | 0,11* |
| | 9 | 6 | | | | |
| Não | 8 | 36,3 | 14 | 63,64 | | |
| | | 6 | | | | |
| Sogra interfere nos cuidados do bebe **** | | | | | | |
| Sim | 2 | 32,1 | 57 | 67,86 | 2,28(1,24-4,19) | 0,01* |
| | 7 | 4 | | | | |
| Não | 1 | 14,1 | 73 | 85,88 | | |
| | 2 | 2 | | | | |

RP= Razão de Prevalência; IC=Intervalo de Confiança; * Mantel-Haenszel; ** Teste Exato de Fischer; *** Pontuação ≥ 10 na subescala de depressão de *Edinburgh Depression Postnatal Scale (EPDS)*; **** Alguns sujeitos não responderam

Tabela 5 – Análise de Regressão logística dos eventos associados aos sintomas depressivos, de acordo com as variáveis psicológica/emocional, obstétrica, de violência e estressora em puérperas atendidas na maternidade de um hospital público em Barra do Garças – MT, Brasil, 2017 (n=204).

| Características | Estatística | | |
|---|-------------|------------------|-------------|
| | OR | (95%IC) | p |
| Variáveis | | | |
| Sofreu violência psicológica/emocional | 2,57 | 1,04-6,36 | 0,04 |
| Tabagismo | 10,80 | 2,13-54,60 | 0,01 |
| Problema mental familiar | 4,34 | 1,56-12,09 | 0,01 |
| Sogra interfere nos cuidados do bebê | 4,21 | 1,65-10,78 | 0,01 |
| Ingestão de álcool no 1º trimestre de gestação | 1,99 | 0,65-6,09 | 0,23 |
| Habitação alugada | 2,79 | 1,13-6,87 | 0,03 |

OR – Odds Ratio; IC - Intervalo de Confiança

DISCUSSÃO

É sabido que a mulher no puerpério vivencia constantes alterações emocionais e fisiológicas que podem predispor ao surgimento de sintomatologia depressiva. Essa predisposição foi confirmada no presente estudo, que encontrou prevalência de sintomas depressivos em 24,51% das puérperas participantes da pesquisa. Além disso, detectaram-se na análise multivariada, indicativos de associações de sintomas depressivos com as variáveis tabagismo e ter problema mental familiar. Sendo essas associações de onze e de quase quatro vezes e meia, respectivamente.

A única situação psicossocial relacionada à variável dependente foi a habitação. Essa variável confirmou indicativo de associação na análise multivariada de elevação de quase três vezes mais chances (quando o imóvel é alugado) de aparecimento dos sintomas da DPP. Nesse contexto, foi possível observar que dessas puérperas, cerca de 32% apresentaram sintomatologia da doença no pós parto imediato por preocupação com o aumento nas despesas.

Existem uma gama de fatores que podem desencadear ou agravar a saúde mental, dentre eles estão o nível socioeconômico e as péssimas condições de moradia⁸. Da mesma forma, os gastos excedentes com o recém-nascido elevariam a insegurança e o medo de não conseguir as provisões necessárias para a família.

Para estipular o percentual dos sintomas

depressivos no pós-parto imediato foi utilizado a escala EPDS considerada um instrumento eficaz, simples e de fácil aplicação, validado no Brasil e no exterior^{16,17}. Utilizou-se para esta escala, um ponto de corte ≥ 10 pontos para diagnosticar esses sintomas, confirmado como sendo o melhor para detectar precocemente (segundo ou terceiro dia após o parto) sintomas de depressão no pós-parto imediato²¹.

No Brasil, a prevalência de sintomatologia da DPP pode oscilar entre 7,2% e 42,8%¹⁴. Essas variações poderiam ser explicadas pela baixa representatividade das amostras, pela diversidade de instrumentos de avaliação empregados e pela heterogeneidade sociocultural das populações avaliadas¹⁴.

Diante disso, avaliou-se a prevalência de sintomatologia da DPP, comparando artigos com desenho de estudo, instrumento e período de coleta idênticos a este. Somente após uma busca minuciosa, conseguiu-se estabelecer com segurança que os sintomas da DPP encontrados (24,51%) na presente pesquisa foram elevados confrontados com outros achados (18,00%)¹².

Quanto ao comportamento da gestante encontrou-se indicativo de associação com a variável independente e “Ingerir álcool no 1º trimestre de gestação” (análise bivariada) ao passo que, o “Tabagismo” se confirmou em ambas as análises (bivariada e multivariada).

De fato, o consumo de álcool durante o primeiro trimestre de gestação pode elevar em duas

vezes as chances de ocorrer sintomas depressivos. Deste modo, a grávida que fizer uso de álcool estará menos saudável e, conseqüentemente terá menos disposição para cuidar de si mesma e do recém-nascido¹¹. Um achado recente explica que a ingestão de álcool na gravidez, com risco de etilismo, agravou as chances de as mães tornarem-se deprimidas⁴. Além disso, o álcool atua como um depressor do sistema nervoso central, e provoca mudanças comportamentais no indivíduo que geram alterações de humor, devido às modificações neuroquímicas. Dessa forma, muitas tendem a consumir o álcool no intuito de lidar com problemas ou emoções negativas²².

Vale esclarecer, que o efeito do álcool depende do tempo de exposição, e que os três primeiros meses de gestação são os mais sensíveis, ocasionando danos ao sistema nervoso central, afetando a linguagem, a fala e também o comportamento¹⁰. Diante disso, é sabido que o uso combinado de drogas lícitas, álcool e cigarro, na gestação, podem levar ao baixo peso ao nascer e ao parto prematuro¹⁰. Além disso, as grávidas que ingeriram etanol nesse período estavam em risco de terem filhos nascidos com Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). Sugere-se, assim, abstinência em qualquer momento, uma vez que as lesões poderão ser permanentes e irreversíveis²³.

Destaca-se que, a taxa de tabagismo encontrada neste estudo foi baixa (6,40%) quando comparado com a literatura internacional²⁴. Com isso, aventa-se a possibilidade desse dado ter sido mascarado nas entrevistas. Mesmo diante dessa possibilidade, encontrou-se associação entre fumar e exibir sintomatologia de DPP. Os efeitos do tabagismo foram comprovados ainda na década de noventa. Uma coorte realizada na Austrália, evidenciou que o uso de nicotina interfere nos sistemas neuroquímicos associados à regulação de humor. Ainda de acordo com esses autores, o indivíduo deprimido se “automedica”, ou seja, usa o cigarro para aliviar os sentimentos de tristeza ou humor negativo²⁵. Diante disso, considera-se que essa relação tem implicações graves nessa população, e cabe aos profissionais de saúde auxiliar na redução do humor negativo, sugerindo exercícios de relaxamento, ouvir música, ler ou até uma caminhada leve.

Cita-se, ainda, que ao uso de um único cigarro pela gestante, aceleram-se os batimentos cardíacos fetais devido ao efeito da nicotina sobre o aparelho cardiovascular do feto. Além do

mais, o consumo intenso do tabaco pela grávida compromete o seu sistema imunológico, induzindo à ocorrência de abortos²⁶.

Portanto, diante dessas evidências, cabe ressaltar a importância da equipe multidisciplinar no pré-natal, que envolve médicos, psicoterapeutas, psiquiatras, nutricionistas e enfermeiros no sentido de prevenir a continuidade do uso de álcool nos primeiros trimestres de gestação e do tabagismo durante a gravidez.

O presente estudo evidenciou na análise multivariada, que puérperas com histórico de problema mental familiar, exibiam associação com sintomatologia depressiva. O transtorno depressivo pode ter diferentes causas, contudo, ter um familiar com qualquer problema mental, sugere uma interferência genética²⁷.

Recentemente, em um estudo com mais de 300 mil pessoas, encontrou-se que a depressão tem forte relação com a herança genética¹¹. Essa descoberta corrobora com os achados deste trabalho, que sugerem um fator genético também responsável por transtornos no pós-parto imediato. Entretanto, a genética não é o único evento que leva à depressão, destacam-se aqui os temas ambientais e sociais que frequentemente se associam à hereditariedade¹¹. De fato, inclui-se no conceito de ambiente todos os fatores ocorridos desde a formação do zigoto até a atualidade¹¹. Fazendo-se um comparativo com o nosso estudo, seria dizer que todos os eventos ocorridos na gestação, no parto, na infância, na adolescência e na idade adulta participaram na definição da expressão genética.

Em relação a sofrer violência psicológica/emocional pela gestante, esta autora encontrou associação positiva com DPP. Corroborando os resultados encontrados por um estudo semelhante realizado com grávidas em Goiânia – GO, que descobriu ser este o principal fator de associação com sintomas depressivos em gestantes²⁸. Da mesma forma, uma coorte prospectiva realizada na Austrália que examinou os sintomas depressivos no período gravídico e puerperal confirmou relação semelhante para abuso emocional²⁹. Essa violência, mesmo não deixando marcas aparentes por ser psicológica, leva a graves problemas de saúde e demanda tratamentos dispendiosos e longos²⁸.

Vale lembrar que a sintomatologia depressiva se inicia após situações de estresse ou conflitos. Como é comum persistir após o término

do evento desencadeador a solução pode estar na adoção de programas de triagem e prevenção de “violência perpetrada por parceiros íntimos”³⁰. Essa estratégia foi comprovada em uma pesquisa robusta realizada com 734 mulheres nos EUA, onde, medidas preventivas diminuíram os riscos à saúde das mulheres³⁰.

Outro fator observado é que a agressão emocional atinge tanto habitantes de países desenvolvidos, como (EUA e Austrália), quanto em desenvolvimento como o Brasil. Em países como o Reino Unido e a Austrália, a triagem dos sintomas depressivos em puérperas nos primeiros meses após o parto está inserida na rotina dos cuidados perinatais³¹. Entretanto, ainda não é uma realidade no Brasil, por fatores diversos que vão desde a dificuldade de acesso dessas mães aos serviços de saúde, financiamento insuficiente para a atenção básica, superlotação nas maternidades fazendo com que o serviço prestado seja de baixa qualidade

Dentro deste contexto, resultados de uma pesquisa realizada em Bangladesh com 660 mães de recém-nascidos revelou que sofrer abuso emocional ter um fraco relacionamento com o cônjuge e com a sogra, são fortes preditores de sintomas de DPP³². Essa relação da puérpera com a sogra, apesar de pouco investigada, foi evidenciada por esta autora na análise multivariada como indicativo de associação considerável com a patologia estudada.

Uma pesquisa realizada na Turquia relatou que no período após o parto, o relacionamento entre mãe e sogra pode ser afetado, alterando a dinâmica familiar e aumentando o risco de desenvolver sintomas de DPP⁹. Segundo os autores, apesar de a puérpera necessitar de auxílio nos cuidados com o bebê, quando a sogra intervém nesse processo, acaba prejudicando a saúde mental da nora⁹. Neste contexto, as associações evidenciadas no presente estudo permitem inferir que a equipe de enfermagem deve investigar se a dinâmica das emoções das grávidas encontra-se prejudicada, em especial, no pós-parto (imediato e tardio). Bem como, oferecer na consulta pós-natal, apoio às mudanças psíquicas advindas do surgimento do bebê.

Em relação às limitações do estudo,

alguns aspectos metodológicos devem ser considerados tais como o delineamento transversal que restringiu as conclusões causais. Assim, pesquisas futuras com delineamento longitudinal seriam necessárias para monitorar os sintomas depressivos e estabelecer as relações de causa e efeito. Além disso, a amostra foi restrita às puérperas no pós-parto imediato e ao setor público de saúde. Portanto, os resultados não podem ser generalizados para o pós-parto tardio e remoto, nem para o setor privado, muito embora a população pesquisada pertença a uma instituição de referência com ampla área de abrangência.

Por outro lado, a pesquisa exibiu diversos pontos fortes como a adoção de piloto para as questões elaboradas pelos autores, a realização do cálculo amostral, a representatividade da amostra para esta população e o ineditismo do estudo na região. Por fim, salienta-se que a medida da provável depressão foi obtida com a *Edinburgh Depression Postnatal Scale (EPDS)* que tem sido empregada internacionalmente e foi validada no Brasil. e a relevância por ratificar fatores importantes que predispõem ao surgimento da DPP com consequências deletérias nas relações materno-infantis.

CONCLUSÕES

Conclui-se que a prevalência de sintomatologia depressiva no pós-parto imediato foi alta e os fatores com indicativo de associação foram fumar, ter familiar com problema mental, sofrer abuso psicológico/emocional, morar de aluguel e ter sogra que interfere nos cuidados com o recém-nascido. Diante da frequência elevada e da gravidade do problema, o rastreamento desses sintomas, deveria ser feito por uma equipe multidisciplinar treinada e se tornar parte da rotina dos cuidados obstétricos. Esta equipe deveria ser capaz de formular diagnósticos, identificar as pacientes vulneráveis e implantar intervenções adequadas, além de dar apoio psicológico e educativo. Desta forma poder-se-á promover uma melhoria no vínculo mãe-filho, no relacionamento familiar e diminuir a prevalência e as sequelas da DPPI.

REFERÊNCIAS

- Meltzer-brody S, Howard LM, Bergink V, Vigod S, Jones I, et al. Postpartum psychiatric disorders. Springer Nature. 2018; 4(18022): 1-18.
- World Health Organization. Mental disorders. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/>. Acesso em: 12 Jun. 2015.
- Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for postnatal depression—a summary of current knowledge. Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktiskmedicin, nyraekke. 2014; 134(3): 297-301.
- Filha MMT, Ayers S, Gama SGN, Carmo Leal M. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil national research study, 2011/2012. Journal of affective disorders. 2016;194(1):159-167.
- Vieira F, Bachion MM, Salge AKM, Munar DB. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010; 14(1): 83-9.
- Silva FCS, Araújo TM, Araújo MFM, Carvalho CML, Caetano JA. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. Acta Paulista de Enfermagem. 2010; 23(3): 411-6.
- National Institute of Mental Health. Postpartum Depression Facts. 2017. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/postpartum-depression-facts/indexshtml#_pub7>. Acesso em: 21 Jan. 2017.
- Pereira PK, Lovisi GM, Lima LA, Legay LF. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. Rev PsiqClín. 2010; 37(5): 216-22.
- Cankorur VS, Abas M, Berkun O, Stewart R. Social Support and the Incidence and Persistence of Depression between Antenatal and Postnatal Examinations in Turkey: A Cohort Study." BMJ Open. 2015; 5(4): e006456.
- Furray A, Foster D. Substance use in the perinatal period. Current psychiatry reports. 2015; 17(11): 91.
- Hyde CL, Nagle MW, Tian C, Chen X, Paciga SA, Wendland JR, et al. Identification of 15 genetic loci associated with risk of major depression in individuals of European descent. Nature genetics. 2016; 48(9): 1031-1036.
- Mattar R, Silva EYK, Camano L, Abrahão AR, Colás OR, Andalaft Neto, et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2007.
- Universidade Aberta do SUS. Universidade Federal de São Paulo - Especialização em Saúde da Família. Caso complexo Danrley e Darlene: Depressão no puerpério. 2012. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/4/unidades_casos_complexos/unidade12/unidade12_ft_depressao.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2018.
- Lobato G, Moraes, CL. Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2011; 11: 369-379.
- Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Hearst, NB Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3ª.ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2008.
- Cox J, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. The British journal of psychiatry. 1987; 150(6): 782-786.
- Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Matos E, Figueiredo E. Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. Psychological Medicine. 1996; 26(1): 135-141.
- Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. Revista de Saúde Pública. 2009; 43(sup.1): 79-84.
- Mcfarlane J, Parker B, SoekenK., Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. Jama. 1992; 267(23): 3176-3178.
- Browner WS. Publishing and presenting clinical research. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2012.
- Teissedre F, Chabrol H. Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. The Canadian Journal of Psychiatry. 2004; 49(1): 51-54.
- Almeida RMM, Pasa GG, Scheffer M. Álcool e violência em homens e mulheres. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2009; 22(2): 252-260.
- Cannon MJ, Guo J, Denny CH, Green PP, Miracle H, Sniezek JE, et al. Prevalence and Characteristics of Women at Risk for an Alcohol-Exposed Pregnancy (AEP) in the United States: Estimates from the National Survey of Family Growth. Maternal and child health journal. 2015; 19 (4): 776-782.
- Elsenbruch S, Benson S, Rütke M, Rose M, Dudenhausen J, PincusKnackstedt MK, Klapp BF, Arck PC. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. HumReprod. 2007;22(3):869-77.
- Morrell S, Taylor R, Quine S, Kerr C, Western J. A cohort study of unemployment as a cause of psychological disturbance in Australian youth. SocSci Med. 1994;38(11):1553-64.
- Leopércio W, Gigliotti A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2004; 30(2): 176-85.
- Schardosim JM, Heldt E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. 2011; 32(1): 159-166.
- Moraes EV, Campos RN, Avelino MM. Depressive Symptoms in Pregnancy: The Influence of Social, Psychological and Obstetric Aspects. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO GynecologyandObstetrics. 2016; 38(06): 293-300.
- Woolhouse H, Gartland D, Hegarty K, Donath S, Brown SJ. Depressive symptoms and intimate partner violence in the 12 months after childbirth: a prospective pregnancy cohort study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2012; 119(3): 315-323.
- Agrawal A, Ickovics J, Lewis JB, Magriples U, Kershaw TS. Postpartum intimate partner violence and health risks among young mothers in the United States: a prospective study. Maternal and child health journal. 2014; 18(8): 1985-1992.
- Austin MP, Highet N. Clinical practice guidelines for depression and related disorders—anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis—in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne: beyondblue: the national depression initiative. 2011.
- Kabir ZN., Nasreen HE, Edhborg M. Intimate partner violence and its association with maternal depressive symptoms 6–8 months after childbirth in rural Bangladesh. Global health action. 2014. 7.

CORRESPONDÊNCIA

Eleomar Vilela de Moraes
 Av. Getúlio Vargas, 663, Setor Aeroporto.
 CEP: 76240-000
 Aragarças – Goiás – Brasil.
 E-mail: veleomar@gmail.com