

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 lócus 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.
- Teessedre 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